

Gambaran Kepatuhan Menjalani Terapi Hemodialisa Pada Pasien Penyakit Ginjal Kronis Di RSUD Kota Bandung

Maidartati¹, Tita Puspita Ningrum², Tantan Hadiansyah³,
Ahmad Kusnaeni⁴, Yoppy Indra Wahyudi⁵

¹Universitas Adhirajasa Reswara Sanjaya, Maidartati@ars.ac.id

²Universitas Adhirajasa Reswara Sanjaya, tita@ars.ac.id

³Stikes Dustira tantanhadiansyah@stikesdustira.ac.id

⁴Universitas Al-Irsyad Cilacap, ahmadkusnaeni@gmail.com,

⁵Universitas Adhirajasa Reswara Sanjaya, yoppy@ars.ac.id

Correspond Author: Maidartati@ars.ac.id

ABSTRAK

Penyakit Ginjal Kronis (PGK) merupakan gangguan atau penurunan fungsi ginjal yang progresif dan *irreversible*, terjadi secara bertahap selama 3 bulan atau lebih akibat dari kerusakan struktur ginjal yang menetap. Adapun tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui Gambaran ketidakpatuhan menjalani terapi hemodialisa pada pasien PGK di RSUD Kota Bandung. Penelitian menggunakan metode kuantitatif deskriptif. Teknik pengambilan sampel dengan purposive sampling. Pengumpulan data menggunakan kuesioner *End Stage Renal Disease–Adherence Questionnaire* (ESRD-AQ) kepada responden sebanyak 44 orang. Analisa data univariat menggunakan distribusi frekuensi. Hasil penelitian menunjukkan pasien PGK yang menjalani terapi hemodialisa di RSUD Kota Bandung sebanyak 11 orang (25%) tidak patuh dalam menjalani terapi hemodialisa. Dapat disimpulkan bahwa sebagian besar pasien patuh dalam menjalani terapi hemodialisa. Penelitian ini sebaiknya pihak rumah sakit memasukkan penilaian tingkat kepatuhan pasien menjalani terapi hemodialisa sebagai domain tambahan dalam indikator mutu pelayanan kesehatan di ruang hemodialisa RSUD Kota Bandung.

Kata kunci : Pasien Penyakit Ginjal Kronis, Kepatuhan Terapi Hemodialisa, ESRD-AQ.

ABSTARCT

Chronic Kidney Disease (CKD) is a progressive and irreversible disorder or decline in kidney function, which occurs gradually over 3 months or more due to permanent damage to the kidney structure. The purpose of this study was to determine the description of compliance with hemodialysis therapy in CKD patients at the Bandung City Hospital. The study used a descriptive quantitative method. The sampling technique was purposive sampling. Data collection used the End Stage Renal Disease–Adherence Questionnaire (ESRD-AQ) questionnaire to 44 respondents. Univariate data analysis used frequency distribution. The results showed that CKD patients undergoing hemodialysis therapy at the Bandung City Hospital were 33 respondents (75%) compliant and 11 people (25%) were not compliant in undergoing hemodialysis therapy. It can be concluded that most patients are compliant in undergoing hemodialysis therapy. The suggestion from this study is that the hospital should include an assessment of the level of patient compliance in undergoing hemodialysis therapy as an additional domain in the quality indicator of health services in the hemodialysis room at the Bandung City Hospital.

Keywords: Chronic Kidney Disease Patients, Hemodialysis Therapy Compliance, ESRD-AQ.

PENDAHULUAN

Istilah PGK disebut juga dengan Gagal Ginjal Kronis (GGK) karena adanya penurunan faal ginjal yang menahun, mengarah pada kerusakan jaringan ginjal yang tidak reversible dan progressive. Adapun istilah Gagal Ginjal Terminal (GGT) adalah fase terakhir dari GGK dengan faal ginjal sudah sangat buruk. Kedua hal tersebut bisa dibedakan dengan tes klirens (Sihotang, 2025). Pada suatu derajat tertentu ($\text{LFG} < 15 \text{ ml/menit/1,73 m}^2$) PGK memerlukan pengganti ginjal yang tetap berupa Terapi Pengganti Ginjal (TGP) yaitu terapi dialisis atau transplantasi ginjal (Utomo, E. K., & Rochmawati, E, 2021).

Berdasarkan kriteria penurunan GFR, klasifikasi PGK meliputi peningkatan rasio albuminuria dan serum kreatinin. Klasifikasi PGK menurut KDIGO bertujuan untuk menentukan penanganan pasien, dan urgensi penanganan dari PGK tersebut. Kriteria pertama yang digunakan KDIGO untuk menentukan urgensi penyakit ginjal kronis adalah GFR, GFR merupakan kemampuan glomerulus ginjal untuk memfiltrasi darah. GFR dapat dihitung dengan menggunakan jumlah serum kreatinin dengan rumus menggunakan formula *GFR Modification of Diet in Renal Disease* (MDRD) (Barasa, A. N, 2024)

Hemodialisa (HD) berasal dari kata hemo artinya darah, dan kata dialisa yang berarti pemisahan zat-zat tertentu. Hemodialisa adalah suatu terapi untuk mengeluarkan cairan berlebih dan sisa metabolisme dari dalam tubuh saat ginjal tidak dapat melaksanakan proses tersebut baik secara akut ataupun secara progresif. Proses ini digantikan dengan menggunakan suatu mesin yang dilengkapi dengan membran penyaring semipermeabel sebagai ginjal buatan (DEWI, E. R, 2024; Dewi, N. P. I. S, 2022)

Pada prinsipnya hemodialisa adalah terapi untuk menggantikan kerja dari organ ginjal (*Renal Replacement therapy*) yaitu membuang

sisa-sisa metabolisme dan kelebihan cairan, dan membantu menyeimbangkan unsur kimiawi dalam tubuh serta membantu menjaga tekanan darah (Mait, G., Nurmansyah, M., & Bidjuni, H, 2021).

Tindakan hemodialisis hanya menggantikan sebagian dari fungsi ginjal yaitu fungsi ekskresi (filtrasi, reabsorpsi dan sekresi) sedangkan untuk fungsi non ekskresi / hormonal tidak dapat digantikan oleh tindakan hemodialisis. Terapi HD dilakukan pada pasien PGK stadium 5 dan pada pasien dengan *Acute Kidney Injury* (AKI) yang memerlukan terapi pengganti ginjal (Hopi, 2025).

Terapi hemodialisa dikenal secara umum oleh masyarakat dengan istilah cuci darah. Prinsip dasar kerja hemodialisis adalah suatu proses pemisahan zat-zat tertentu dari darah baik itu zat terlarut (*solute*) maupun zat pelarut (*solvent*) melalui suatu mekanisme perpindahan zat diantara dua kompartemen (darah dan dialisat) melalui suatu membran semipermeabel. Proses perpindahan zat atau translokasi ion ini disebut dengan istilah dialisis, karena yang dipisahkannya itu adalah darah maka disebut dengan hemodialisis, sedangkan tempat terjadinya dialisis disebut dengan istilah dializer, dan larutan / zat pemisahannya disebut dengan istilah cairan dialisat (Sahidin, H. K., Majid, A., Ningrat, S., & Fitriani, N, 2025)

. Mekanisme perpindahan zat ini terjadi karena adanya perbedaan konsentrasi zat yaitu difusi dan karena adanya perbedaan tekanan hidrostatik yaitu ultrafiltrasi dan konveksi (Sayekti, S., Sari, K., & Meinawati, L, 2024)

Kepatuhan menjalani terapi HD merupakan faktor penting untuk mendapatkan keberhasilan terapi, berkontribusi dalam mengurangi angka morbiditas dan mortalitas, serta menurunkan efek samping tindakan hemodialisis seperti kram otot, malnutrisi, sepsis, infeksi, dan lainnya (Alikari dkk., 2017). Ketidakpatuhan terhadap pembatasan cairan dapat menyebabkan edema dan hipertensi yang akan membebani kerja sistem kardiovaskular di dalam tubuh pasien. Penyakit kardiovaskular merupakan penyebab kematian

kesatu pada pasien HD rutin dan sebuah study didapatkan adanya hubungan positif antara ketidakpatuhan terhadap pembatasan cairan dengan kematian (Lenggogeni, D. P., Malini, H., Fatmadona, R., & Roza, E. S, 2021).

Perjalanan penyakit ginjal kronis pada awalnya tergantung pada penyebab penyakit yang mendasarinya dan pada perkembangan penyakitnya lebih lanjut memiliki proses perjalanan penyakit yang terjadi hampir sama yaitu adanya pengurangan massa ginjal yang menyebabkan terjadinya hipertrofi struktural dan fungsional nefron yang tersisa sebagai upaya kompensasi tubuh, yang diperantarai oleh molekul vasoaktif seperti sitokin dan *growth factor* (Sayekti, S., Sari, K., & Meinawati, L, 2024).

Hal ini menyebabkan terjadinya hiperfiltrasi yang diikuti oleh peningkatan tekanan kapiler dan aliran darah glomerulus. Proses adaptasi ini berlangsung singkat, yang pada akhirnya diikuti dengan adanya penurunan fungsi nefron secara progresif. Adanya peningkatan aktivitas aksis *renin-angiotensin-aldosteron system* (RAAS) di intrarenal ikut menyebabkan terjadinya hiperfiltrasi, sklerosis dan progresifitas, yang diperantarai oleh *Transforming Growth Factor β* (TGF- β). Selain itu progresifitas PGK juga dipengaruhi oleh albuminuria, hipertensi, hiperglikemia, dan dislipidemia. Pada stadium awal, PGK mengalami kehilangan daya cadangan ginjal (*renal reserve*) dimana LFG masih normal atau malah meningkat dan dengan perlahan akan terjadi penurunan fungsi nefron yang progresif dengan ditandai adanya peningkatan kadar urea dan kreatinin darah. (Sihotang, 2025). Manifestasi klinis yang muncul pada pasien PGK dapat berdampak pada semua sistem tubuh diantaranya gangguan kardiovaskuler: hipertensi, nyeri dada, dan sesak nafas, akibat perikarditis, *effuse perikardie* dan gagal jantung akibat penimbunan cairan, gangguan irama jantung dan edema. Gangguan pernafasan: nafas dangkal, kussmaul, batuk dengan sputum kental dan riak suara krekels. Gangguan gastrointestinal: anoreksia, *nausea* dan *fortinus* yang berhubungan dengan metabolisme protein dalam usus, perdarahan pada saluran gastrointestinal, ulserasi dan perdarahan mulut,

nafas bau ammonia. Gangguan muskuloskeletal: *restless leg syndrome* (pegal pada kakinya sehingga selalu di gerakkan), *burning feet syndrome* (rasa kesemutan dan terbakar terutama di telapak kaki), tremor, miopati (kelemahan dan hipertrofi otot-otot ekstremitas). Gangguan Integumen: kulit berwarna pucat akibat anemia dan kekuning-kuningan akibat penimbunan urokom, gatal-gatal akibat toksik, kuku tipis dan rapuh. Gangguan endokrin, gangguan seksual: libido fertilitas dan ereksi menurun, gangguan menstruasi dan aminorex, gangguan metabolik glukosa, gangguan metabolik lemak dan vitamin D. Gangguan cairan dan elektrolit dan keseimbangan asam basa: biasanya retensi garam dan air, tetapi dapat juga terjadi kehilangan natrium dan dehidrasi, asidosis, hiperkalemis, hypomagnesemia, serta hipokalsemia (Utomo, E. K., & Rochmawati, E, 2021; Mait, G., Nurmansyah, M., & Bidjuni, H, 2021; Hopi, 2025).

Gangguan hematologi: anemia yang disebabkan karena berkurangnya produksi eritopoetin, sehingga rangsangan eritopoesis pada sumsum tulang berkurang, hemolisis akibat berkurangnya masa hidup erosit dalam suasana uremia toksik, dapat juga terjadi gangguan fungsi trombosis dan trombositopeni (Mait, G., Nurmansyah, M., & Bidjuni, H, 2021; Hopi, 2025)

Mekanisme utama pada proses hemodialisis adalah darah akan dipompakan dari dalam tubuh masuk kedalam suatu ginjal buatan (dializer) yang terdiri dari 2 kompartemen yang terpisah, darah dari pasien dipompa dan dialirkan kedalam kompartemen darah yang dibatasi oleh selaput semipermeabel buatan (artifisial) dengan kompartemen dialisat dan selanjutnya akan dipompakan kembali ke dalam tubuh pasien. Cairan dialisat dan darah yang terpisah akan mengalami perubahan konsentrasi karena zat terlarut berpindah dari konsentrasi yang tinggi kearah konsentrasi yang rendah sampai konsentrasi zat terlarut sama di kedua kompartemen atau berdifusi (Doni, D. I., Yanthy, Y. S., Ayu, A. R. R., Honey, H. I., & Siti, S. A, 2025)

Gap penelitian ini Adalah PGK merupakan kondisi kronis yang membutuhkan terapi hemodialisa jangka panjang untuk

mempertahankan kelangsungan hidup pasien. Kepatuhan pasien dalam menjalani terapi hemodialisa menjadi faktor penting dalam menentukan keberhasilan terapi, mencegah komplikasi, serta meningkatkan kualitas hidup. Berbagai penelitian sebelumnya telah mengkaji faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan hemodialisa, seperti dukungan keluarga, pengetahuan pasien, kondisi psikologis, dan akses pelayanan kesehatan.

Namun demikian, sebagian besar penelitian terdahulu berfokus pada analisis faktor determinan kepatuhan atau hubungan antar variabel tertentu. Sementara itu, penelitian yang secara khusus menggambarkan tingkat ketidakpatuhan pasien hemodialisa menggunakan instrumen baku seperti End Stage Renal Disease–Adherence Questionnaire (ESRD-AQ) masih terbatas, khususnya pada setting rumah sakit daerah di Indonesia. Selain itu, belum terdapat data spesifik mengenai gambaran ketidakpatuhan terapi hemodialisa pada pasien PGK di RSUD Kota Bandung sebagai dasar perencanaan peningkatan mutu pelayanan.

Keterbatasan data lokal ini menimbulkan kebutuhan akan penelitian deskriptif yang memberikan gambaran nyata tingkat kepatuhan pasien dalam menjalani terapi hemodialisa. Oleh karena itu, penelitian ini dilakukan untuk mengisi kekosongan data tersebut sebagai dasar perbaikan layanan keperawatan dan manajemen mutu pelayanan hemodialisa.

Novelty atau kebaruan penelitian ini terletak pada Penggunaan instrumen End Stage Renal Disease–Adherence Questionnaire (ESRD-AQ) untuk menilai kepatuhan pasien PGK yang menjalani hemodialisa di RSUD Kota Bandung, yang sebelumnya belum pernah diterapkan pada setting tersebut. Penyajian gambaran spesifik tingkat ketidakpatuhan terapi hemodialisa pada rumah sakit daerah sebagai data dasar lokal.

Rekomendasi penelitian yang diarahkan pada integrasi penilaian kepatuhan pasien sebagai indikator mutu pelayanan di ruang hemodialisa, yang belum menjadi domain evaluasi mutu di RSUD Kota Bandung.

Tujuan penelitian ini untuk mengetahui gambaran ketidakpatuhan menjalani terapi hemodialisa pada pasien Penyakit Ginjal Kronis (PGK) di RSUD Kota Bandung.

KAJIAN PUSTAKA

Ketidakpatuhan terhadap diet dan rejimen pengobatan dapat menyebabkan kadar fosfor serum meningkat secara kronis yang menyebabkan hiperparatiroidisme sekunder dan osteodistrofi ginjal. Peningkatan kadar fosfat juga dapat meningkatkan resiko penyakit jantung koroner bahkan pada pasien dengan usia muda terjadi peningkatan resiko kematian yang signifikan. Hiperkalemia berat sering terjadi pada pasien yang menjalani terapi HD dengan kecenderungan untuk mengabaikan rejimen diet yang tepat. Melewatkan atau memperpendek sesi hemodialisis akan mengurangi angka kecukupan dialisis (adekuasi), melewati setidaknya satu sesi HD per bulan dan mempersingkat durasi tindakan HD lebih dari 10 menit (≥ 3 kali per bulan) telah dikaitkan dengan risiko kematian 25-30% (Barasa, A. N, 2024; DEWI, E. R, 2024).

Penyakit Ginjal Kronis (PGK) adalah kondisi klinis tubuh mengalami penurunan fungsi ginjal secara lambat, bersifat *progressive* dan *irreversible* serta terjadi secara samar (*insidious*). Pada kondisi ini organ ginjal tidak mampu membuang zat-zat sisa metabolisme tubuh dan tidak mampu menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit yang ditandai dengan gejala uremia atau azotemia (Dewi, N. P. I. S, 2022)).

Pedoman penatalaksanaan klinik tentang evaluasi dan manajemen penyakit ginjal kronis, bahwa kriteria PGK dilihat berdasarkan adanya kerusakan pada struktur atau fungsi ginjal selama atau lebih dari 3 (tiga) bulan,

dengan disertai adanya implikasi pada kesehatan yang diklasifikasikan berdasarkan penyebab serta dilihat juga berdasarkan pada penurunan Laju Filtrasi Glomerulus (LFG) < 60 mL/min/1,73 m². Penanda kerusakan ginjal berdasarkan penyebab dapat ditandai oleh satu atau lebih penanda diantaranya: albuminuria, kelainan pada sedimen urin, gangguan elektrolit dan hal lain yang disebabkan gangguan pada tubulus, kelainan yang ditemukan pada histologi, gangguan struktural yang ditemukan dengan tes pencitraan (*imaging test*) dan adanya riwayat transplantasi ginjal. Jadi jika kerusakan struktur dan fungsi ginjal terjadi kurang dari 3 bulan dan nilai LFG > 60 mL/min/1,73 m² maka itu bukan termasuk dalam kriteria PGK (Doni, D. I., Yanthy, Y. S., Ayu, A. R. R., Honey, H. I., & Siti, S. A, 2025; Lenggogeni, D. P., Malini, H., Fatmadona, R., & Roza, E. S, 2021).

Istilah PGK disebut juga dengan Gagal Ginjal Kronis (GGK) karena adanya penurunan faal ginjal yang menahun, mengarah pada kerusakan jaringan ginjal yang tidak *reversible* dan *progressive*. Adapun istilah Gagal Ginjal Terminal (GGT) adalah fase terakhir dari GGK dengan faal ginjal sudah sangat buruk. Kedua hal tersebut bisa dibedakan dengan tes klirens kreatinin (Irwan, 2014). Pada suatu derajat tertentu (LFG < 15 ml/menit/1,73 m²) PGK memerlukan pengganti ginjal yang tetap berupa Terapi Pengganti Ginjal (TGP) yaitu terapi dialisis atau transplantasi ginjal (Mait, G., Nurmansyah, M., & Bidjuni, H, 2021).

Penyebab penyakit (etiologi) memegang peran penting dalam memperkirakan perjalanan klinis PGK dan penanggulangannya. Penyebab primer PGK juga akan mempengaruhi manifestasi klinis yang akan sangat membantu dalam mendiagnosa penyakit (Hopi, 2025; Sahidin, H. K., Majid, A., Ningrat, S., & Fitriani, N, 2025). Secara umum PGK bisa disebabkan oleh penyakit sistemik seperti diabetes melitus; hipertensi; penyakit glomerulonephritis kronis; pielonefritis; obstruksi saluran kemih; lesi hereditas, seperti pada penyakit ginjal polikistik; gangguan pembuluh darah; infeksi; obat-obatan; atau agen toksik (Mait, G., Nurmansyah, M., & Bidjuni, H, 2021; Dewi, N. P. I. S, 2022).

Penyebab utama dari PGK adalah penyakit diabetes dan penyakit hipertensi. Diabetes dapat mengakibatkan kerusakan pada banyak organ tubuh, seperti ginjal, pembuluh darah, jantung, saraf dan mata. Penyakit hipertensi yang tidak terkontrol dapat mengakibatkan serangan jantung, stroke dan PGK. Sebaliknya PGK juga dapat menyebabkan hipertensi. Kondisi lain yang dapat menyebabkan PGK yaitu : (1) Glomerulonefritis, kumpulan penyakit yang menyebabkan inflamasi dan kerusakan pada unit penyaring ginjal; (2) Penyakit bawaan seperti pada penyakit ginjal polikistik, yang menyebabkan pembentukan kista pada ginjal dan merusak jaringan di sekitarnya; (3) Lupus dan penyakit lain yang dapat mempengaruhi sistem kekebalan tubuh; (4) Obstruksi seperti pada batu ginjal, tumor atau pembesaran kelenjar prostat pada pria; serta (5) Infeksi saluran kencing yang berulang (Anita, 2020 ; Darmawan dkk, 2019).

Pasien PGK yang menjalani terapi hemodialisa rutin beresiko menghadapi berbagai masalah komplikasi kesehatan seperti gejala azotemia, retensi garam dan air, retensi fosfat, hiperparatiroidisme sekunder, hipertensi, anemia kronis, hiperlipidemia dan gangguan kardiovaskuler. Untuk menangani masalah ini, pasien PGK mungkin memerlukan rangkaian intervensi perawatan maupun pengobatan seperti: pembatasan cairan; mengkonsumsi obat-obatan seperti pengikat fosfat, vitamin D, agen calcimimetik, obat anti hipertensi, agen hipoglikemik, eritropoetin, suplement zat besi, dan berbagai obat-obat lain; pengaturan diet; serta rutin mendatangi unit hemodialisa untuk jadwal tindakan hemodialisis (Barasa, A. N, 2024; Utomo, E. K., & Rochmawati, E, 2021). Untuk mencapai keberhasilan dalam menjalani terapi hemodialisa ini diperlukan *self care management* dari pasien hemodialisa terutama dalam kepatuhan diri (Shinta, D., Ali, H., Tri, H. R., & Yulida, S, 2021; Sihotang, 2025).

Darah akan dibersihkan dari sampah-sampah hasil metabolisme secara *continous* menembus membran dan menyebrang ke kompartemen dialisat, di lain pihak cairan dialisat mengalir dengan kecepatan 500 ml/menit ke dalam kompartemen dialisat. Selama proses hemodialisis, heparin diberikan

untuk mencegah pembekuan darah ketika berada di luar vaskuler. Prinsip hemodialisis melibatkan difusi zat terlarut melalui suatu membran semipermeabel yang ada pada dializer. Darah yang mengandung hasil sisa metabolisme dengan konsentrasi tinggi dilewatkan pada membran semipermeabel pada dializer dengan arah yang berlawanan (*counter current*) ke dalam dializer (Barasa, A. N, 2024; Utomo, E. K., & Rochmawati, E, 2021).

METODE PENELITIAN

Desain penelitian adalah keseluruhan dari proses yang diperlukan untuk perencanaan dan pelaksanaan penelitian. Desain penelitian juga merupakan suatu tahap keputusan yang telah dibuat oleh peneliti yang berhubungan dengan suatu penelitian yang telah bisa diterapkan. Penelitian ini merupakan jenis penelitian kuantitatif dengan desain penelitian yaitu non eksperimental dengan rancangan penelitian deskriptif yaitu penelitian yang bertujuan untuk menerangkan atau menggambarkan masalah penelitian yang terjadi berdasarkan karakteristik tertentu atau kondisi populasi (Firmansyah, M., & Masrun, M, 2021; Adil, A., Liana, Y., Mayasari, R., Lamonge, A. S., Ristiyana, R., Saputri, F. R., ... & Wijoyo, E. B, 2023).

Penelitian menggunakan metode kuantitatif deskriptif. Teknik pengambilan sampel dengan purposive sampling. Pengumpulan data menggunakan kuesioner *End Stage Renal Disease-Adherence Questionnaire* (ESRD-AQ) kepada responden sebanyak 44 orang.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Analisis *bivariat* mengenai ketidakpatuhan menjalani terapi hemodialisa, yang didapat dari lembar kuesioner yang telah diberikan oleh peneliti kepada pasien yang bersedia menjadi responden.

Tabel 4.7
Alasan melewatkan minum obat

Variabel	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
Alasan lain	7	15,91
Efek samping obat	1	2,27
Lupa minum obat	13	29,55
Total	21	100

Pada domain membatasi asupan cairan responden yang selalu dapat membatasi asupan cairan ada sebanyak 19 orang (43,18%), yang sering sebanyak 7 orang (15,91%), kadang-kadang sebanyak 10 orang (22,73%), jarang sebanyak 6 orang (13,64%), dan yang tidak pernah sebanyak 2 orang (4,55%).

Pada domain mengikuti program diet makanan responden yang selalu dapat mengikuti program diet ada sebanyak 13 orang (29,55%), sering sebanyak 9 orang (20,46%), kadang-kadang sebanyak 19 orang (43,18%), jarang sebanyak 2 orang (4,55%), dan tidak pernah sebanyak 1 orang (2,27%).

Berdasarkan hasil penelitian ini domain kepatuhan pada kehadiran menjalani tindakan HD menjadi domain kepatuhan yang paling banyak dipatuhi. Responden yang selalu hadir dalam tiap sesi tindakan HD ada sebanyak 33 orang (75%) dan tiap sesi tindakan HD, responden sebagian besar tidak pernah mempersingkat durasi maupun lama waktu tindakan HD sebanyak 35 orang (79,55%). Domain kepatuhan kehadiran pada tindakan HD pada ESRD-AQ menurut Kim (2011) mempunyai nilai skor tertinggi dibandingkan dengan domain kepatuhan yang lain, sehingga menjadi faktor yang paling berpengaruh dalam penilaian derajat tingkat kepatuhan menjalani terapi HD. Menurut Kim (2011) domain kepatuhan kehadiran pada tindakan HD diduga adanya hubungan yang erat dengan angka mortalitas pasien HD, sehingga menjadi domain kepatuhan yang penting untuk keberhasilan suatu terapi HD. Kepatuhan pasien pada kehadiran tindakan HD maka akan dapat mengurangi atau menghilangkan masalah uremia, overhidrasi maupun hiperkalemi yang dialami oleh pasien PGK, sehingga menurunkan angka mortalitas pasien dan angka kejadian rawat inap pasien PGK (Shinta, D., Ali, H., Tri, H. R., & Yulida, S, 2021; Sihotang, 2025).

Domain kepatuhan pada diet asupan makanan pada penelitian ini menjadi domain yang paling tidak dipatuhi responden. Jumlah responden yang selalu patuh pada domain ini sebanyak 13 orang (29,55%). Domain kepatuhan pada diet asupan makanan terutama dalam membatasi makanan yang banyak mengandung tinggi kalium menjadi domain yang sering diabaikan oleh pasien PGK selain dari domain kepatuhan pembatasan asupan cairan. Kepatuhan pada kedua domain ini akan berpengaruh kepada angka kejadian layanan hemodialisa segera /emergency di RS lebih tinggi, karena ketidakpatuhan pada kedua domain ini kemungkinan besar bisa menyebabkan kondisi perburukan pasien akibat overhidrasi maupun hiperkalemi sehingga memerlukan tindakan HD segera, hasil ini sesuai dengan fenomena yang terjadi di RSUD Kota Bandung yang didapatkan masih tingginya angka layanan HD segera di RSUD Kota Bandung karena kasus overhidrasi maupun hiperkalemi. Kasus pasien PGK dengan overhidrasi (edema paru) atau hiperkalemi kalau tidak dilakukan tindakan HD segera maka akan berakibat pada kematian pasien.

Pelayanan keperawatan terhadap pasien PGK yang menjalani terapi HD adalah perawatan yang komprehensif yang meliputi berbagai dimensi seperti bio, psiko, sosial dan spiritual. Kepatuhan pasien terhadap terapi HD (kehadiran, durasi dan lama durasi, minum obat, diet asupan cairan dan diet asupan makanan) menjadi indikator yang baik dalam menilai kualitas pelayanan HD. Kepatuhan merupakan respon / perilaku pasien terhadap suatu program/terapi yang disarankan kepada pasien, sehingga kepatuhan pasien akan berdampak pada keberhasilan tujuan layanan HD serta meningkatkan kepuasan pasien terhadap pelayanan yang diberikan.

Hasil ini sesuai dengan penelitian (Shinta, D., Ali, H., Tri, H. R., & Yulida, S, 2021; Sihotang, 2025) yang mana kepatuhan dalam menjalankan terapi hemodialisa sangat penting dalam menjaga agar kondisi pasien PGK tidak sampai menurun karena resiko yang sangat besar jika kadar ureum dan kreatinin dalam tubuh beserta zat lain yang harusnya dibuang tidak segera dibersihkan.

Simpulan

Sebagian besar pasien patuh dalam menjalani terapi hemodialisa. Penelitian ini sebaiknya pihak rumah sakit memasukkan penilaian tingkat kepatuhan pasien menjalani terapi hemodialisa sebagai domain tambahan dalam indikator mutu pelayanan kesehatan di ruang hemodialisa RSUD Kota Bandung.

REFERENSI

- Adil, A., Liana, Y., Mayasari, R., Lamonge, A. S., Ristiyana, R., Saputri, F. R., ... & Wijoyo, E. B. (2023). Metode penelitian kuantitatif dan kualitatif: Teori dan praktik. *Jakarta: Get Press indonesia*.
- Barasa, A. N. (2024). *Gambaran Dukungan Keluarga Terhadap Kepatuhan Hemodialisa Pasien Gagal Ginjal Kronis Di Ruangan Hemodialisa Rsup H. Adam Malik Medan* (Doctoral dissertation, Poltekkes Kemnkes Medan).
- DEWI, E. R. (2024). *GAMBARAN KEPATUHAN PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK DALAM MENJALANI HEMODIALISA DI RSUD DIPONEGORO DUA SATU KLATEN* (Doctoral dissertation, UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KLATEN).
- Dewi, N. P. I. S. (2022). *Gambaran Kepatuhan Pembatasan Cairan Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa Di Rsud Klungkung Tahun 2022* (Doctoral dissertation, Poltekkes Kemenkes Denpasar Jurusan Keperawatan 2022).
- Doni, D. I., Yanthy, Y. S., Ayu, A. R. R., Honey, H. I., & Siti, S. A. (2025). *GAMBARAN KEPATUHAN PENGGUNAAN OBAT ANTIHIPERTENSI PADA PASIEN HEMODIALISA DI RSPAD GATOT SOEBROTO BULAN MEI*

2025. *Jurnal Farmasi IKIFA*, 4(3), 126-137.
- Firmansyah, M., & Masrun, M. (2021). Esensi perbedaan metode kualitatif dan kuantitatif. *Elastisitas: Jurnal Ekonomi Pembangunan*, 3(2), 156-159.
- Lenggogeni, D. P., Malini, H., Fatmadona, R., & Roza, E. S. (2021). Gambaran Efikasi Diri Pasien yang Menjalani Hemodialisis. *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi*, 21(1), 434-437.
- Leo, I. O. T., Regaletha, T. A., & Purnawan, S. (2024). Gambaran Kepatuhan Pasien dengan Penyakit Ginjal Kronis dalam Menjalani Hemodialisis di RSUD Prof. Dr. WZ Johanes. *SEHATMAS: Jurnal Ilmiah Kesehatan Masyarakat*, 3(1), 67-81.
- Lia, M. (2022). Gambaran Efikasi Diri Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisis Di Rumah Sakit Dr. Bratanata Kota Jambi. *Journal of Borneo Holistic Health*, 5(1), 65-72.
- Mait, G., Nurmansyah, M., & Bidjuni, H. (2021). Gambaran adaptasi fisiologis dan psikologis pada pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisis di Kota Manado. *Jurnal Keperawatan*, 9(2), 1.
- Pulo Hopi, P. (2025). *GAMBARAN TINGKAT KEPATUHAN PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK DALAM MENJALANI HEMODIALISA (Studi Deskriptif Di Ruang Hemodialisa Rumah Sakit Siloam Kupang)* (Doctoral dissertation, Stikes Katolik St. Vincentius a Paulo Surabaya).
- Sahidin, H. K., Majid, A., Ningrat, S., & Fitriani, N. (2025). Gambaran Persepsi Penyakit Dan Kecemasan Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa: Gambaran Persepsi Penyakit Dan Kecemasan Pada Pasien
- Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa. *Alauddin Scientific Journal of Nursing*, 6(1), 1-18.
- Sayekti, S., Sari, K., & Meinawati, L. (2024). A Description GAMBARAN KADAR ASAM URAT PADA PASIEN GAGAL GINJAL KRONIS SETELAH HEMODIALISA DI RSUD KABUPATEN KEDIRI: Gambaran Kadar Asam Urat pada Pasien Gagal Ginjal Kronis Setelah Hemodialisa di RSUD Kabupaten Kediri. *Jurnal Sintesis: Penelitian Sains, Terapan dan Analisisnya*.
- Shinta, D., Ali, H., Tri, H. R., & Yulida, S. (2021). LITERATURE REVIEW: GAMBARAN KEPATUHAN DIET PASIEN PENYAKIT GINJAL KRONIK (PGK) YANG MENJALANI HEMODIALISA.
- Sihotang, D. R. S. (2025). Gambaran Asupan Cairan Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Terapi Hemodialisis di Ruang Hemodialisa RSU Royal Prima Medan. *Jurnal Mitra Keperawatan dan Kebidanan*, 7(2).
- Utomo, E. K., & Rochmawati, E. (2021). Gambaran tekanan darah dan hemoglobin pasien gagal ginjal yang menjalani terapi hemodialisis. *Jurnal Keperawatan Duta Medika*, 1(1), 17-21.
- Profil Penulis
1. Maidartati
Dosen Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas ARS
 2. Tita Puspita Ningrum
Dosen Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas ARS
 3. Tantan Hadiansyah
Dosen di Keperawatan STIKES Dustira
 4. Ahmad Kusnaeni
Dosen di Keperawatan Universitas Al-Irsyad Cilacap
 5. Yoppy Indra Wahyudi

