

SKRIPSI

GAMBARAN PENGETAHUAN PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK TENTANG HEMODIALISA DI RUMAH SAKIT SANTA ELISABETH MEDAN TAHUN 2018



Oleh:
WIDIA TUMANGGOR
012015025

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH
MEDAN
2018**

SKRIPSI

**GAMBARAN PENGETAHUAN PASIEN GAGAL GINJAL
KRONIK TENTANG HEMODIALISA
DI RUMAH SAKIT SANTA ELISABETH MEDAN
TAHUN 2018**



Untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan (Amd. Kep)
Dalam Program Studi D3 Keperawatan
Pada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan

Oleh:
WIDIA TUMANGGOR
012015025

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH
MEDAN
2018

LEMBAR PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama : Widia Tumanggor
NIM : 012015025
Program Studi : D3 Keperawatan
Judul Skripsi : Gambaran Pengetahuan Pasien Gagal Ginjal Kronik tentang Hemodialisa di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2018

Dengan ini menyatakan bahwa hasil penulisan skripsi yang telah saya selesaikan ini adalah karya sendiri dan benar keasliannya. Apabila ternyata dikemudian hari penulisan skripsi ini merupakan hasil plagiat atau penciplakan dari karya orang lain maka saya bersedia untuk mempertanggung jawabkan sekaligus bersedia menerima sanksi yang diberikan kepada saya berdasarkan aturan yang berlaku di institusi yaitu STIKes Santa Elisabeth Medan.

Demikian pernyataan ini saya perbuat dalam keadaan sadar dan tidak dipaksakan oleh pihak manapun. Atas perhatian semua pihak saya mengucapkan terimakasih.

Penulis



STIKES



PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN STIKes SANTA ELISABETH MEDAN

Tanda Persetujuan

Nama : Widia Tumanggor
NIM : 012015025
Judul Skripsi : Gambaran Pengetahuan Pasien Gagal Ginjal Kronik
tentang Hemodialisa di Rumah Sakit Santa Elisabeth
Medan Tahun 2018

Menyetujui Untuk Diujikan Sidang Ahli Madya Keperawatan
Medan, 15 Mei 2018

Mengetahui
Ketua Program Studi D3 Keperawatan



Prodi D III Keperawatan

Nasipta Ginting, SKM., S.Kep., Ns., M.Pd

Pembimbing



Nagoklan Simbolon, SST., M.Kes

Telah Diuji,

Pada Tanggal, 15 Mei 2018

PANITIA PENGUJI

Ketua :



Nagoklan Simbolon, SST., M.Kes

Anggota :

1.



Paska R. Situmorang, SST., M.Biomed

2.



Rusmauli Lumbangaol, S.Kep., Ns., M.Kep

Mengetahui
Ketua Program Studi D3 Keperawatan



Nasipta Ginting., SKM., S.Kep., Ns., M.Pd



PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN STIKes SANTA ELISABETH MEDAN

Tanda Pengesahan

Nama : Widia Tumanggor
NIM : 012015025
Judul Skripsi : Gambaran Pengetahuan Pasien Gagal Ginjal Kronik
tentang Hemodialisa di Rumah Sakit Santa Elisabeth
Medan Tahun 2018

Telah Disetujui, Diperiksa dan Dipertahankan Dihadapan Tim Penguji
Sebagai Persyaratan untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan
Pada Selasa, 15 Mei 2018 dan Dinyatakan LULUS

TIM PENGUJI:

TANDA TANGAN

Penguji I : Nagoklan Simbolon, SST., M.Kes

Penguji II : Paska R. Situmorang, SST., M.Biomed

Penguji III : Rusmauli Lumbangaol, S.Kep., Ns., M.Kep

Mengetahui
Ketua Program Studi D3 Keperawatan

Prodi D III Keperawatan

Nasipta Ginting, SKM., S.Kep., Ns., M.Pd

Mengesahkan
Ketua STIKes Santa Elisabeth Medan

Mestiana Br. Karo, S.Kep., Ns., M.Kep

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan,
saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : WIDIA TUMANGGOR
NIM : 012015025
Program Studi : D3 Keperawatan
Jenis Karya : Skripsi

Demi perkembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan Hak Bebas Royalti Non-eksklusif (*Non-exclusive Royalty Free Right*) atas skripsi saya yang berjudul: "Gambaran Pengetahuan Pasien Gagal Ginjal Kronik tentang Hemodialisa di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2018."

Dengan hak bebas royalti Noneksklusif ini Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengolah, dalam bentuk pangkalan (data base), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis atau pencipta dan sebagai pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di Medan, 15 Mei 2018

Yang Menyatakan



(Widia Tumanggor)

STIKI

ABSTRAK

Widia Tumanggor 012015025

Gambaran Pengetahuan Pasien Gagal Ginjal Kronik tentang Hemodialisa di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2018

Program Studi D3 Keperawatan STIKes Santa Elisabeth Medan 2018

Kata Kunci: Gagal Ginjal Kronik, Hemodialisa, Pengetahuan

(xviii + 72 + lampiran)

Gagal ginjal kronik merupakan penyakit dengan prevalensi tiap tahunnya meningkat 50%. Saat ini gagal ginjal kronik mencapai 150 ribu orang di Indonesia (WHO, 2014). Gagal ginjal kronik tidak dapat disembuhkan namun dapat mempertahankan kehidupan dengan cara melakukan terapi hemodialisa secara rutin. Hemodialisa merupakan terapi yang berfungsi sebagai pengganti ginjal. Oleh karena itu diperlukan pengetahuan yang baik tentang hemodialisa untuk mencegah kejadian yang fatal bagi kesehatan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran pengetahuan pasien gagal ginjal kronik tentang hemodialisa di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2018. Jenis penelitian yang digunakan adalah deskriptif. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa. Teknik pengambilan sampel yang digunakan *purposive sampling* sebanyak 30 responden. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan kategori baik proporsi yang paling tinggi sebanyak 27 responden (90%) dan pengetahuan kategori cukup sebanyak 3 responden (10%). Pengetahuan yang baik tersebut ditemukan pada proporsi yang paling tinggi pada karakteristik: umur 50 tahun ke atas sebanyak 19 responden (63,3%), pendidikan tinggi sebanyak 11 responden (36,6%), pekerjaan sebagai IRT sebanyak 9 responden (30%) dan lama hemodialisa kategori sedang sebanyak 11 responden (36,6%). Pengetahuan tentang hemodialisa dalam kategori baik sangat didukung oleh umur yang semakin bertambah maka pengetahuan juga semakin baik. Pekerjaan juga mendukung seseorang dalam mendapatkan informasi yang lebih luas lagi. Pendidikan yang sangat mendukung proses belajar, makin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah menerima informasi baik dari orang maupun media massa, serta lama menjalani hemodialisa yang dianggap memiliki pengetahuan yang baik akibat pengalaman yang sudah didapatkan.

Daftar Pustaka (2010-2017)

ABSTRACT

Widia Tumanggor 012015025

Description of Knowledge of Chronic Kidney Failure Patients about Hemodialysis at Santa Elisabeth Hospital Medan Year 2018

D3 Nursing Program STIKes Santa Elisabeth Medan 2018

Keywords: Chronic Kidney Failure, Hemodialysis, Knowledge

(xviii + 72 + appendices)

Chronic kidney failure is a disease with annual prevalence increased by 50%. Currently chronic kidney failure reaches 150 thousand people in Indonesia (WHO, 2014). Chronic kidney failure cannot be cured but we can sustain life by routinely hemodialysis therapy. Hemodialysis is a therapy that serves as a substitute for the kidneys. Therefore it needs good knowledge about hemodialysis to prevent fatal events for health. This study aims to find out the description of knowledge of patients with chronic kidney failure about hemodialysis at Santa Elisabeth Hospital Medan in 2018. Type of research used was descriptive. The populations in this study were all patients with chronic kidney failure who underwent hemodialysis. Sampling technique used purposive sampling with 30 total respondents. The results showed that the best knowledge category of the highest proportion was 27 respondents (90%) and knowledge with enough category were 3 respondents (10%). Good knowledge was found in the highest proportion of the characteristics: age 50 years and over were 19 respondents (63.3%), higher education were 11 respondents (36.6%), housewife were 9 respondents (30%) and duration of moderate category hemodialysis were 11 respondents (36.6%). Knowledge of hemodialysis in both categories is strongly supported by increasing age and better knowledge. Work also supports someone to get wider information. Education is very supportive of the learning process, the higher educated a person is, the easier he will receive information from both people and mass media, and long undergoing hemodialysis considered to have good knowledge due to experience already obtained.

References (2010-2017)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena berkat dan kurnia-Nya penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan baik dan tepat pada waktunya. Adapun judul penelitian ini adalah “Gambaran Pengetahuan Pasien Gagal Ginjal Kronik tentang Hemodialisa di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2018”. Penelitian ini bertujuan untuk melengkapi tugas dalam menyelesaikan Program Studi D3 Keperawatan STIKes Santa Elisabeth Medan. Penulis menyadari bahwa penelitian ini masih jauh dari sempurna baik dari isi maupun bahasa yang digunakan. Oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun sehingga karya tulis ini dapat lebih baik lagi. Penyusunan karya tulis ini telah banyak mendapatkan bantuan, bimbingan, dan dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu penulis mengucapkan terimakasih kepada:

1. Mestiana Br. Karo, S.Kep., Ns., M.Kep selaku ketua STIKes Santa Elisabeth Medan, yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan.
2. Direktur Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan yang telah memberikan izin kepada penulis untuk melakukan pengambilan data awal dari Rekam Medis dan melakukan penelitian di Ruangan Hemodialisa Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan
3. Nasipta Ginting., SKM., S.Kep., Ns., M.Pd selaku Kaprodi D3 Keperawatan STIKes Santa Elisabeth Medan serta selaku Pembimbing Akademik yang

telah memberikan bimbingan dan pengarahan dalam menyelesaikan pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan.

4. Nagoklan Simbolon, SST., M.Kes selaku dosen pembimbing yang telah sabar dan banyak memberikan waktu dalam membimbing dan memberikan arahan sehingga peneliti dapat menyelesaikan penelitian ini dengan baik.
5. Seluruh dosen dan tenaga pendidikan serta tenaga pendukung STIKes Santa Elisabeth Medan yang telah membantu dan memberikan dukungan dalam menyelesaikan pendidikan.
6. Kedua orang tua penulis, Bapak J. Tumanggor dan ibu M. Sinaga yang selalu memberikan doa, dukungan dan pengertian yang sangat luar biasa dalam segala hal terhadap penulis. Adik-adik penulis, Wilken Joy Endro Tumanggor, Owen Fadly Tumanggor dan Angry Obiana Tumanggor yang selalu mengingatkan peneliti agar selalu ingat berdoa dan yang selalu membangkitkan semangat dalam proses penulisan.
7. Sr. Avelina Tindaon, FSE selaku koordinator asrama dan ibu asrama yang selalu mendukung dan memotivasi penulis dalam penyusunan penelitian ini.
8. Kepada seluruh teman-teman Program Studi Diploma III Keperawatan terkhusus angkatan XXIV stambuk 2015, yang selalu memberi semangat dan motivasi kepada peneliti dalam menyelesaikan laporan ini serta semua orang yang penulis sayangi

Dengan rendah hati peneliti mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang telah berpartisipasi dalam penyusunan penelitian ini, semoga Tuhan Yang Maha Kuasa membalas semua kebaikan yang telah diberikan kepada penulis. Demikian kata pengantar dari penulis, akhir kata penulis mengucapkan banyak terimakasih.

Medan, Mei 2018

Penulis

(Widia Tumanggor)

DAFTAR ISI

	Halaman
Sampul Luar	i
Sampul Dalam	ii
Persyaratan Gelar	iii
Lembar Pernyataan	iv
Lembar Persetujuan	v
Penetapan Panitia Penguji	vi
Lembar Pengesahan	vii
Surat Pernyataan Publikasi	viii
Abstrak	ix
Abstract	x
Kata Pengantar	xi
Daftar Isi	xiv
Daftar Lampiran	xvi
Daftar Tabel	xvii
Daftar Bagan	xviii
 BAB 1 PENDAHULUAN	 1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan	5
1.3.1 Tujuan Umum	5
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat Penulisan	6
1.4.1 Secara Teoritis	6
1.4.2 Secara Praktisi	6
 BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	 8
2.1 Konsep Pengetahuan	8
2.1.1 Definisi Pengetahuan	8
2.1.2 Proses Pengetahuan	8
2.1.3 Tingkat Pengetahuan	9
2.1.4 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan	11
2.1.5 Cara Memperoleh Pengetahuan	15
2.2 Gagal Ginjal Kronik	21
2.2.1 Definisi	21
2.2.2 Etiologi	22
2.2.3 Patofisiologi	23
2.2.4 Manifestasi Klinis	24
2.2.5 Komplikasi	28
2.3 Penatalaksanaan Gagal Ginjal Kronik	28
2.3.1 Terapi Konservatif	28
2.3.2 Terapi Simptomatik	29

2.3.3 Transplantasi Ginjal	31
2.3.4 Hemodialisa	31
BAB 3 KERANGKA KONSEP	39
BAB 4 METODE PENULISAN.....	40
4.1 Rancangan Penulisan	40
4.2 Populasi dan Sampel	40
4.2.1 Populasi.....	40
4.2.2 Sampel	41
4.3 Variabel Penulisan dan Definisi Operasional	41
4.3.1 Variabel Penelitian.....	41
4.3.2 Definisi Operasioanl	42
4.4 Instrumen Penulisan.....	43
4.5 Lokasi dan Waktu Penelitian	44
4.5.1 Lokasi.....	44
4.5.2 Waktu.....	44
4.6 Pengambilan dan Pengumpulan Data	45
4.6.1 Pengambilan Data	45
4.6.2 Teknik Pengumpulan Data.....	45
4.7 Kerangka Operasional.....	45
4.8 Analisa Data.....	47
4.9 Etika Penulisan.....	48
BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	49
5.1 Hasil Penelitian	49
5.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian	49
5.1.2 Karakteristik Responden.....	52
5.1.3 Pengetahuan tentang Hemodialisa	53
5.1.4 Kategori Pengetahuan tentang Hemodialisa	55
5.1.5 Gambaran Pengetahuan tentang Hemodialisa Berdasarkan Karakteristik Responden	56
5.2 Pembahasan.....	58
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN	68
6.1 Kesimpulan	68
6.2 Saran	70
DAFTAR PUSTAKA	72
DAFTAR LAMPIRAN	75

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 Lembar Penjelasan Kuesioner	75
Lampiran 2 <i>Informed Consent</i>	76
Lampiran 3 Kuesioner Penelitian.....	77
Lampiran 4 Surat Pengajuan Judul	79
Lampiran 5 Surat Pengambila Data Awal.....	80
Lampiran 6 Surat Persetujuan Pengambilan Data Awal.....	81
Lampiran 7 Surat Permohonan Ijin Penelitian	82
Lampiran 8 Surat Tanggapan Permohonan Ijin Penelitian	83
Lampiran 9 Surat Keterangan Selesai Melakukan Penelitian	84
Lampiran 10 Hasil Output Distribusi Frekuensi Penelitian	85
Lampiran 11 Abstrak.....	95
Lampiran 12 Abstrack.....	96
Lampiran 12 Lembaran Konsultasi.....	97

DAFTAR TABEL

	Halaman
4.1 Defenisi Operasional Gambaran Pengetahuan Pasien Gagal Ginjal Kronik tentang Hemodialisa di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2018	42
5.1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Data Karakteristik pada Pasien yang Menjalani Hemodialisa di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2018	52
5.2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pengetahuan tentang Hemodialisa di Rumah Sakit Santa Elisabeth Tahun 2018	54
5.3 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kategori Pengetahuan tentang Hemodialisa di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2018.....	55
5.4 Gambaran Pengetahuan tentang Hemodialisa Berdasarkan Karakteristik Responden	56

DAFTAR BAGAN

	Halaman
3.1 Kerangka Konsep Penelitian “Gambaran Pengetahuan Pasien Gagal Ginjal Kronik tentang Hemodialis di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2018	39
4.2 Kerangka Operasional Pengetahuan Pasien Gagal Ginjal Kronik tentang Hemodialisa di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2018.....	46

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gagal ginjal kronik merupakan kegagalan fungsi ginjal untuk mempertahankan metabolisme serta keseimbangan cairan dan elektrolit akibat destruksi struktur ginjal yang progresif dan manifestasi penumpukan sisa metabolik (toksik uremik) di dalam darah (Muttaqin, 2014). Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya gagal ginjal kronik adalah diabetes mellitus, hipertensi, glomerulonefritis kronis, nefritis intersisial kronis, penyakit ginjal polistikistik, obstruksi-infeksi saluran kemih dan obesitas. Gagal ginjal kronik biasanya menyerang usia 35-44 tahun dengan prevalensi pada laki-laki 0,3% lebih tinggi dari perempuan 0,2%, prevalensi lebih tinggi terjadi pada masyarakat perdesaan 0,3%, tidak bersekolah 0,4%, pekerjaan wiraswasta, petani/nelayan/buruh 0,3%, dan kuintil indeks kepemilikan terbawah dan menengah bawah masing-masing 0,3% (Pusat Data dan Informasi Kesehatan Kementerian RI, 2017).

Badan kesehatan dunia atau WHO menyebutkan pertumbuhan penderita gagal ginjal pada tahun 2013 telah meningkat 50% dari tahun sebelumnya. Di Amerika Serikat, kejadian dan prevelensi gagal ginjal meningkat di tahun 2014. Indonesia merupakan negara dengan tingkat penderita gagal ginjal yang cukup tinggi. Hasil survei yang dilakukan oleh perhimpunan Nefrologi Indonesia (Pernefri) diperkirakan ada sekitar 12,5% dari populasi atau sebesar 25 juta penduduk Indonesia mengalami penurunan fungsi ginjal. Jumlah penderita gagal ginjal di Indonesia sekitar 150 ribu orang. Prevelensi gagal ginjal kronik

berdasarkan diagnosis dokter di Indonesia sebesar 0,2% dan Sulawesi Utara menempati urutan ke 4 dari 33 provinsi dengan prevalensi 0,4% pada tahun 2013 (Pusat Data dan Informasi Kesehatan Kementerian RI, 2017).

Stadium terberat gagal ginjal adalah gagal ginjal kronis, apabila sudah terjadi gagal ginjal kronis maka salah satu cara mengobatinya dengan menjalani tindakan hemodialisa. Hemodialisa atau cuci darah yaitu suatu terapi dengan mesin cuci darah (dialiser) yang berfungsi sebagai ginjal buatan. Menurut WHO setiap tahun 200.000 orang Amerika menjalani hemodialisa karena gangguan ginjal kronis, artinya 1.140 dalam satu juta orang Amerika adalah pasien dialysis dan yang harus menjalani hidup dengan bergantung pada cuci darah atau hemodialisa 1,5 juta orang. Di Indonesia pasien yang menjalani pada hemodialisa 10 ribu orang. Menurut Rekam Medis Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2017 bahwa terdapat 3.225 pasien rawat jalan dan 342 pasien rawat inap yang menjalani hemodialisa akibat gagal ginjal kronis dengan jumlah laki-laki 179 orang dan perempuan 163 orang.

Penelitian Harimisa (2017) dengan judul Hubungan Pengetahuan Pasien Gagal Ginjal Kronik dengan Pengendalian Masukan Cairan Di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado mendapatkan data dari Kepala Rekam Medis RSUD Dr. Hardjono Ponorogo pada tahun 2014 terdapat 8.617 pasien gagal ginjal kronik dengan pasien baru 170 orang dan pasien lama sejumlah 8.447 orang yang menjalani hemodialisa. Hasil penelitian Dani (2015) dengan judul Hubungan Motivasi, Harapan dan Dukungan Petugas Kesehatan Terhadap Kepatuhan Pasien Gagal Ginjal Kronik untuk Menjalani Hemodialisa yang dilakukan di Ruang

Hemodialisa RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau, mengatakan pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa membutuhkan 12-15 jam setiap minggunya, atau paling sedikit 3-4 jam per terapi. Pasien harus terus menjalani hemodialisis seumur hidup untuk menggantikan fungsi ginjalnya. Tercatat setelah melakukan hemodialisa angka harapan hidup meningkat menjadi 79%. Ketika seseorang memulai terapi ginjal pengganti (hemodialisa) maka ketika saat itulah pasien tersebut harus merubah seluruh aspek kehidupannya.

Dalam penelitian yang dilakukan Raziansyah (2012) tentang Pengalaman dan Harapan Pasien yang Menjalani Hemodialisis di RSUD Ratu Zalecha Martapura menunjukkan hasil peneliti dilakukan di Ruang Hemodialisa RSUD Kraton Pekalongan pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa dari 15 pasien gagal ginjal kronik didapatkan 9 (60%) pasien yang patuh dalam menjalani terapi hemodialisa sesuai dengan jadwal karena pasien mempunyai keinginan untuk sembuh dan mengetahui tentang hemodialisa, Sedangkan 6 (40%) pasien tidak patuh dalam menjalani program terapi hemodialisa sesuai dengan jadwal karena prosedur hemodialisa yang lama dan seumur hidup, sehingga pasien merasa putus asa dan mengakibatkan kebosanan dengan frekuensi hemodialisa yang dijalani serta merasa sia-sia dengan menjalani hemodialisa karena tidak memberikan manfaat untuk kesembuhan. Hal ini kemungkinan disebabkan kurangnya pengetahuan tentang hemodialisa yang dijalankan.

Meliono dalam Sentana (2016) mengatakan bahwa pengetahuan adalah hasil mengingat suatu hal termasuk mengingat kembali kejadian yang pernah dialami baik secara sengaja maupun tidak disengaja dan ini terjadi setelah orang

melakukan kontak atau pengamatan terhadap suatu objek tertentu. Penelitian yang dilakukan oleh Saputro (2017) di RSUD Gambiri Kota Kediri tentang Pengetahuan Keluarga tentang Gagal Ginjal Kronik menunjukkan bahwa dari 24 responden, pengetahuan keluarga tentang menjalankan hemodialisa dapat meningkatkan kualitas hidup sebesar 25%, pengetahuan cukup 58% dan pengetahuan kurang sebesar 17%.

Penelitian Arosa (2014) dengan judul Hubungan Tingkat Pengetahuan tentang Hemodialisa dengan Tingkat Kecemasan Menjalani Terapi Hemodialisa di Rumah Sakit Umum Daerah Arifin Achmad Pekanbaru didapat hasil bahwa tingkat pengetahuan tentang hemodialisa dari 28 orang, responden yang memiliki pengetahuan yang baik sebanyak 9 orang, pengetahuan cukup sebanyak 28 orang (53,8%) dan yang memiliki (17,4%) pengetahuan yang kurang sebanyak 15 orang (28,8%).

Penelitian Mailania (2015) tentang Kualitas Hidup Pasien Penyakit Ginjal Kronik yang Menjalani hemodialisa: Systematic Review menekankan bahwa pengetahuan sangat penting untuk mengurangi komplikasi penyakit gagal ginjal kronik dan mengetahui tentang hemodialisa, hal ini akan mendukung dilaksanakannya hemodialisa secara teratur. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa untuk meningkatkan kualitas hidup pasien penyakit gagal ginjal kronis harus melakukan hemodialisa. Pasien yang melakukan hemodialisa secara teratur ternyata dapat meningkatkan kualitas hidup dan memperpanjang usia.

Untuk meningkatkan kepatuhan pasien menjalankan hemodialisa secara teratur diperlukan adanya pengetahuan yang baik tentang hemodialisa. Pendidikan

kesehatan merupakan salah satu upaya penting untuk meningkatkan pengetahuan pasien tentang penanganan masalah gagal ginjal kronik. Berdasarkan hal diatas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian langsung tentang gambaran pengetahuan pasien gagal ginjal kronik tentang hemodialisa di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2018.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian di atas maka rumusan masalah peneliti ini adalah “Bagaimana gambaran pengetahuan pasien gagal ginjal kronik tentang hemodialisa di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2018?”

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui gambaran pengetahuan pasien gagal ginjal kronik tentang hemodialisa di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2018.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi berapa banyak pasien gagal ginjal kronik mengetahui tentang hemodialisa di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2018.
2. Mengidentifikasi berapa banyak pasien gagal ginjal kronik mengetahui tentang hemodialisa berdasarkan karakteristik umur di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2018.

3. Mengidentifikasi berapa banyak pasien gagal ginjal kronik mengetahui tentang hemodialisa berdasarkan karakteristik jenis kelamin di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2018.
4. Mengidentifikasi berapa banyak pasien gagal ginjal kronik mengetahui tentang hemodialisa berdasarkan karakteristik suku di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2018.
5. Mengidentifikasi berapa banyak pasien gagal ginjal kronik mengetahui tentang hemodialisa berdasarkan karakteristik pekerjaan di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2018.
6. Mengidentifikasi berapa banyak pasien gagal ginjal kronik mengetahui tentang hemodialisa berdasarkan karakteristik pendidikan di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2018.
7. Mengidentifikasi berapa banyak pasien gagal ginjal kronik mengetahui tentang hemodialisa berdasarkan karakteristik lama menjalani hemodialisa di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2018.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Penelitian ini berguna sebagai salah satu bahan sumber bacaan mengenai gambaran pengetahuan pasien gagal ginjal kronik tentang hemodialis di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2018.

1.4.2 Manfaat Praktisi

1. Bagi Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai salah satu kebijakan untuk memberikan pendidikan kesehatan pada pasien yang menjalankan hemodialisa dan menjalankan hemodialisa secara rutin.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai referensi atau bahan informasi bagi institusi pendidikan dalam mata kuliah yang berhubungan dengan hal-hal yang berkaitan dengan penelitian tentang hemodialisa.

3. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai data awal untuk peneliti lebih lanjut dan sebagai pengalaman peneliti dalam melakukan penelitian

4. Bagi Mahasiswa

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai tambahan pengetahuan bagi mahasiswa tentang gambaran hemodialisa.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Pengetahuan

2.2.1 Defenisi Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah seseorang melakukan pengindraan terhadap objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui pancaindra manusia, yaitu indra penglihatan, pendengaran, penciuman, perasa, dan peraba. Tetapi sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2011). Pengetahuan adalah hasil mengingat suatu hal termasuk mengingat kembali kejadian yang pernah dialami baik secara sengaja maupun tidak disengaja dan ini terjadi setelah orang melakukan kontak atau pengamatan terhadap suatu objek tertentu (Mubarak, 2013).

2.1.2 Proses Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2011) sebelum orang mengadopsi perilaku baru, di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan yang disebut AIETA, yakni *awareness, interest, evaluation, trial, adoption*.

1. Kesadaran (*awareness*) dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus.
2. Merasa tertarik (*interest*) terhadap stimulasi atau objek tersebut.
3. Evaluasi (*evaluation*), menimbang-nimbang terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.

4. Mencoba (*trial*), dimana subjek mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang di kehendaki oleh stimulus.
5. Adopsi (*adoption*), dimana sbjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikap terhadap stimulus

2.1.3 Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*over behavior*). Dari pengalaman dan penelitian ternyata perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Efendy & Makhfudli, 2009). Menurut Notoatmodjo (2011) pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai enam tingkatan yakni:

1. Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat akan suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk kedalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu, tahu merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari yaitu menyebutkan, menguraikan, mendefenisikan, menyatakan dan sebagainya.

2. Memahami (*Comprehention*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan

materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi tersebut harus dapat menjelaskan, menyebutkan, contoh menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.

3. Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya. Aplikasi di sini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

4. Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek kedalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi dan masih ada kaitannya satu satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja seperti dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan dan sebagainya.

5. Sintesis (*Synthetic*)

Sintesis yang dimaksud menunjukkan pada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain, sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi yang ada.

6. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

2.1.4 Faktor- Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Mubarak (2013) mengungkapkan pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian/responden. Faktor-faktor yang memengaruhi pengetahuan seseorang diantaranya:

1. Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang kepada orang lain terhadap suatu hal agar mereka dapat memahami. Tidak dapat dipungkiri bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang, maka semakin mudah pula mereka menerima informasi. Pada akhirnya, makin banyak pula pengetahuan yang dimilikinya. Sebaliknya, jika seseorang memiliki tingkat pengetahuan yang rendah, maka akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap penerimaan, informasi dan nilai-nilai yang baru diperkenalkan.

Sumiyati (2013) mengatakan pengetahuan erat kaitannya dengan pendidikan seseorang. Ketika seseorang memiliki pendidikan tinggi maka semakin baik pula pengetahuannya. Pendidikan yang baik akan membantu seseorang dalam pengembangan wawasan. Dalam mencapai

pengetahuan yang baik seseorang dituntut tidak hanya sekedar tahu tetapi harus memahami dan mampu mengaplikasikannya dalam pekerjaan. Pengetahuan tidak hanya didapatkan melalui pendidikan formal saja tetapi juga bisa dari media cetak seperti koran dan televisi.

Mellydar dalam Sentana (2016) pendidikan sangat memengaruhi seseorang terhadap pengetahuan yang dimilikinya dimana melalui pendidikan maka seseorang akan dapat mengembangkan potensi dirinya dan memperoleh pengetahuan maupun keterampilan-keterampilan yang dibutuhkannya untuk meningkatkan derajat kesehatannya. Selain dari faktor pendidikan, ada juga faktor yang memengaruhi pengetahuan seseorang yaitu faktor lingkungan dan pengalaman dimana lingkungan juga dapat mempermudah manusia mendapatkan informasi, kemudahan memperoleh informasi dapat membantu mempercepat seseorang untuk memperoleh pengetahuan yang baru.

2. Pekerjaan

Lingkungan pekerjaan dapat menjadikan seseorang memperoleh pengalaman dan pengetahuan baik secara langsung maupun secara tidak langsung.

Anderson dalam Sentana (2016) mengatakan bahwa salah satu faktor struktur sosial yaitu pekerjaan akan mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan, pekerjaan seseorang dapat mencerminkan sedikit banyaknya informasi yang diterima, informasi tersebut akan membantu

seseorang dalam mengambil keputusan untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada.

3. Usia

Bertambahnya usia seseorang maka akan terjadi perubahan pada aspek fisik dan psikologis (mental). Pertumbuhan fisik secara garis besar dapat dikategorikan menjadi empat, yaitu: perubahan ukuran, perubahan proporsi, hilangnya ciri-ciri lama dan timbulnya ciri-ciri baru. Hal ini terjadi akibat pematangan fungsi organ. Pada aspek psikologis taraf berpikir seseorang semakin matang atau dewasa.

Notoatmodjo dalam penelitian Afrilia (2014) dengan judul Hubungan Karakteristik Ibu dengan Pengetahuan tentang Gizi Seimbang bagi Ibu Hamil di Puskesmas Kecamatan Palmerah Tangerang yang menyatakan bahwa umur lama hidup seseorang dihitung sejak kelahirannya. Umur terkait dengan kedewasaan berpikir. Individu dengan usia dewasa cenderung mempunyai tingkat pengetahuan yang lebih baik dibandingkan dengan individu dengan usia yang jauh lebih muda.

Menurut Afrilia semakin dewasa usia seseorang, cenderung akan lebih baik pengetahuannya tentang suatu hal dibandingkan dengan usia yang lebih muda. Robert J. Havighurst dalam Izzati (2016) dengan judul Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Pasien yang Menjalani Hemodialisa di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi mengatakan bahwa konsep tugas perkembangan dibagi menjadi beberapa macam yaitu diantaranya :

- a. Masa bayi dan kanak-kanak awal (0-6 tahun)
- b. Kanak-Kanak Madya (6-13 tahun)
- c. Remaja (13-17 tahun)
- d. Dewasa Awal (18-30 tahun)
- e. Dewasa Lanjut (31-50 tahun)
- f. Usia Lanjut (diatas 50 tahun)

4. Minat

Minat adalah suatu kecenderungan atau keinginan yang tinggi terhadap sesuatu. Minat menjadikan seseorang untuk mencoba dan menekuni suatu hal dan pada akhirnya diperoleh pengetahuan yang lebih mendalam.

5. Pengalaman

Pengalaman adalah suatu kejadian yang pernah dialami seseorang dalam berinteraksi dengan lingkungannya. Ada kecenderungan pengalaman yang kurang baik akan berusaha untuk dilupakan seseorang, namun jika pengalaman tersebut menyenangkan, maka secara psikologis akan timbulkesan yang sangat mendalam.

6. Kebudayaan Lingkungan Sekitar

Kebudayaan dimana kita hidup dan dibesarkan mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan sikap kita. Apabila dalam suatu wilayah mempunyai budaya untuk menjaga kebersihan lingkungan, maka sangat mungkin masyarakat sekitarnya mempunyai sikap untuk selalu

mejaga sikap kebersihan lingkungan karena lingkungan sangat berpengaruh dalam pembentukan sikap pribadi atau sikap seseorang

7. Informasi

Kemudahan untuk memperoleh suatu informasi dapat membantu mempercepat seseorang untuk memperoleh pengetahuan yang baru.

2.1.5 Cara Memperoleh Pengetahuan

Berbagai macam cara yang telah digunakan untuk memperoleh kebenaran pengetahuan sepanjang sejarah, dapat dikelompokkan menjadi dua yakni: Cara tradisional atau non ilmiah dan cara modern atau ilmiah (Notoatmodjo, 2012).

1. Cara Tradisional atau Non Ilmiah

Cara kuno atau tradisional ini dipakai orang untuk memperoleh kebenaran pengetahuan, sebelum ditemukannya metode ilmiah atau metode penemuan secara sistematis dan logis adalah dengan cara non ilmiah, tanpa melalui penelitian. Cara-cara penemuan pengetahuan pada periode ini antara lain meliputi:

a. Cara coba atau salah (*trial and error*)

Cara memperoleh kebenaran non ilmiah, yang pernah digunakan oleh manusia dalam memperoleh pengetahuan adalah melalui cara coba-coba atau dengan kata yang lebih dikenal "*trial and error*".

Cara ini telah dipakai orang sebelum adanya kebudayaan, bahkan mungkin sebelum adanya peradaban. Pada waktu itu seseorang apabila menghadapi persoalan atau masalah, upaya pemecahannya dilakukan dengan coba-coba saja. Cara coba-coba ini dilakukan

dengan menggunakan beberapa kemungkinan dalam memecahkan masalah, dan apabila kemungkinan tersebut tidak berhasil, dicoba kemungkinan yang lain. Apabila kemungkinan kedua ini gagal pula, maka dicoba lagi dengan kemungkinan ketiga, dan apabila kemungkinan ketiga gagal dicoba kemungkinan keempat dan seterusnya, samapi masalah tersebut dapat terpecahkan. Itulah sebabnya maka cara ini disebut metode *trial* (coba) and *error* (gagal atau salah) atau metode coba salah (coba-coba).

b. Secara kebetulan

Penemuan kebenaran secara kebetulan terjadi karena tidak disengaja oleh orang yang bersangkutan. Salah satu contoh adalah penemuan enzim urease oleh Summers pada tahun 1926. Pada suatu hari sumers sedang bekerja dengan ekstrak acetone, dan karena terburu-buru ingin bermain tennis, maka ekstrak acetone tersebut disimpan didalam kulkas. Keesokan harinya ketika ingin meneruskan percobaannya, ternyata ekstrak acetone yang disimpan didalam kulkas tersebut timbul kristal-kristal yang kemudian disebut enzi urease.

c. Cara kekuasaan atau otoritas

Kehidupan sehari-hari memiliki banyak sekali kebiasaan-kebiasaan dan tradisi-tradisi yang dilakukan oleh orang, tanpa melalui penalaran apakah yang dilakukan tersebut baik atau tidak. Kebiasaan-kebiasaan ini biasanya diwariskan turun temurun dari

generasi ke generasi berikutnya, Misalnya, mengapa harus ada upacara selapanan dan turun tanah pada bayi, mengapa ibu yang sedang menyusui harus minum jamu, mengapa anak tidak boleh makan telur, dan sebagainya.

d. Berdasarkan pengalaman pribadi

Pengalaman adalah guru yang baik, demikian bunyi pepatah. Pepatah ini mengandung maksud bahwa pengalaman itu merupakan sumber pengetahuan, atau pengalaman itu merupakan suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan. Oleh sebab itu pengalaman pribadi pun dapat digunakan sebagai upaya memperoleh pengetahuan. Hal ini dilakukan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang diperoleh dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi pada masa yang lalu. Apabila dengan cara yang digunakan tersebut orang dapat memecahkan masalah lain yang sama, orang dapat pula menggunakan atau merujuk cara tersebut tetapi bila ia gagal menggunakan cara tersebut, ia tidak akan mengulangi cara itu, dan berusaha untuk mencari cara yang lain sehingga berhasil memecahkannya.

e. Cara akal sehat (*common sense*)

Akal sehat atau *common sense* kadang-kadang dapat menemukan teori atau kebenaran. Sebelum ilmu pendidikan ini berkembang, para orang tua zaman dahulu agar anaknya mau menuruti nasehat

orang tuanya, atau agar anak disiplin menggunakan cara hukuman fisik bila anaknya berbuat salah, misalnya dijewer telinganya atau dicubit. Ternyata cara menghukum anak ini sampai sekarang berkembang menjadi teori atau kebenaran, bahwa hukuman adalah merupakan metode (meskipun bukan yang paling baik) bagi pendidikan anak. Pemberian hadiah dan hukuman (*reward and punishment*) merupakan cara yang masih dianut oleh banyak orang untuk mendisiplinkan anak dalam konteks pendidikan.

f. Kebenaran dengan wahyu

Ajaran dan dogma agama adalah suatu kebenaran yang diwahyukan dari Tuhan melalui para Nabi. Kebenaran ini harus diterima dan diyakini oleh pengikut-pengikut agama yang bersangkutan, terlepas dari apakah kebenaran ini diterima oleh para Nabi adalah sebagai wahyu dan bukan karena hasil usaha penalaran atau penyelidikan manusia.

g. Kebenaran secara intuitif

Kebenaran secara intuitif diperoleh manusia secara cepat sekali melalui proses diluar kesadaran dan tanpa melalui proses penalaran atau berpikir. Kebenaran yang diperoleh melalui intuitif sukar dipercaya karena kebenaran ini tidak menggunakan cara-cara yang rasional dan sistematis. Kebenaran ini diperoleh seseorang hanya berdasarkan intuisi atau suara hati atau bisikan hati saja.

h. Melalui jalan pikir

Perkembangan kebudayaan umat manusia sejalan dengan cara berpikir manusia yang ikut berkembang. Dari sini manusia telah mampu menggunakan penalarannya dalam memperoleh pengetahuannya. Dengan kata lain, dalam memperoleh kebenaran pengetahuan manusia telah menggunakan jalan pikirannya, baik melalui induksi maupun deduksi. Induksi dan deduksi pada dasarnya merupakan cara melahirkan pemikiran secara tidak langsung melalui pernyataan-pernyataan yang dikemukakan, kemudian dicari hubungannya sehingga dapat dibuat suatu kesimpulan. Apabila proses pembuatan kesimpulan itu melalui pernyataan-pernyataan khusus kepada yang umum dinamakan induksi., sedangkan deduksi adalah pembuatan kesimpulan dari pernyataan-pernyataan umum kepada yang khusus.

i. Induksi

Induksi adalah proses penarikan kesimpulan yang dimulai dari pernyataan-pernyataan khusus ke pertanyaan yang bersifat umum. Hal ini berarti dalam berpikir induksi pembuatan kesimpulan tersebut berdasarkan pengalaman-pengalaman empiris yang ditangkap oleh indra. Kemudian disimpulkan ke dalam suatu gejala. Karena proses berpikir induksi itu beranjak dari hasil pengamatan indra atau hal-hal yang nyata, maka dapat dikatakan

bahwa induksi beranjak dari hal-hal yang konkret kepada hal-hal yang abstrak.

2. Cara Modern atau Ilmiah

Cara baru atau modern dalam memperoleh pengetahuan pada dewasa ini lebih sistematis, logis, dan ilmiah. Cara ini disebut metode penelitian ilmiah, atau lebih populer disebut metodologi penelitian (*research methodology*). Cara ini mula-mula dikembangkan oleh Francis Bacon (1561-1926). Ia adalah seorang tokoh yang mengembangkan metode berpikir induktif. Mula-mula ia mengadakan pengamatan langsung terhadap gejala-gejala alam atau kemasyarakatan. Kemudian hasil pengamatannya tersebut dikumpulkan dan diklasifikasikan, dan akhirnya diambil kesimpulan umum. Kemudian metode berpikir induktif yang dikembangkan oleh Bacon ini dilanjutkan oleh Deobold van Dallen yang mengatakan bahwa dalam memperoleh kesimpulan dilakukan dengan mengadakan observasi langsung, dan membuat pencatatan-pencatatan terhadap semua fakta sehubungan dengan objek yang diamatinya. Pencatatan ini mencakup tiga hal pokok yakni:

- a. Segala sesuatu yang positif, yakni gejala tertentu yang muncul pada saat dilakukan pengamatan.
- b. Segala sesuatu yang negatif, yakni gejala tertentu yang tidak muncul pada saat dilakukan pengamatan.
- c. Gejala-gejala yang muncul secara bervariasi, yaitu gejala-gejala yang berubah-ubah pada kondisi-kondisi tertentu.

2.2 Gagal Ginjal Kronik

2.2.1 Defenisi

Gagal ginjal kronik atau *Chronic Kidney Disease* (CKD) adalah kerusakan fungsi ginjal yang lamban, progresif, ireversibel yang berakibat pada ketidakmampuan ginjal untuk menghilangkan produk limbah dan menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit. Pada akhirnya, ini mengarah pada penyakit ginjal stadium akhir atau *End-Stage Renal Disease* (ESRD) dan kebutuhan akan terapi penggantian ginjal untuk transplantasi ginjal untuk menopang kehidupan (Morton, 2009). Gagal ginjal kronik merupakan kegagalan fungsi ginjal untuk mempertahankan metabolisme serta keseimbangan cairan dan elektrolit akibat destruksi struktur ginjal yang progresif dan manifestasi penumpukan sisa metabolik (toksik uremik) didalam darah (Muttaqin, 2014).

Gagal ginjal kronik atau *Chronic Kidney Disease* (CKD) melibatkan hilangnya fungsi ginjal secara progresif dan ireversibel. *The Kidney Disease Quality Initiative* (KDOQI) dari *The National Kidney Foundation* mendefinisikan gagal ginjal kronik sebagai akibat adanya kerusakan ginjal yang terdegradasi laju filtrasi glomerular kurang dari $60 \text{ mL/min/1,73 m}^2$ selama lebih dari 3 bulan. Tahap terakhir dari gagal ginjal, penyakit ginjal stadium akhir (*End-Stage Kidney Disease*), terjadi bila laju filtrasi Gromerular kurang dari 15 mL/menit . Pada saat ini, dialisis atau transplantasi diperlukan untuk mempertahankan kehidupan (Lewis, 2011). Ketika seorang pasien menderita kerusakan ginjal yang cukup untuk memerlukan terapi penggantian ginjal secara permanen, pasien telah memasuki tahap kelima atau akhir dari penyakit ginjal kronik, yang juga disebut

sebagai gagal ginjal kronis atau tahap akhir penyakit ginjal (Brunner & Suddarth, 2010).

2.2.2 Etiologi

Penelitian yang dilakukan Jha (2013) dengan judul *Chronic Kidney Disease: Global Dimension and Perspectives* mengatakan bahwa diabetes dan hipertensi adalah penyebab utama penyakit ginjal kronis di semua negara maju dan berkembang, namun glomerulonefritis dan penyebab yang tidak diketahui lebih sering terjadi di negara-negara Asia dan sub-Sahara Afrika. Perbedaan ini terkait terutama dengan beban penyakit yang menjauh dari infeksi terhadap penyakit yang berhubungan dengan gaya hidup kronis, tingkat kelahiran yang menurun, dan harapan hidup yang meningkat di negara maju. Polusi, pestisida, penyalahgunaan analgesik, obat-obatan herbal, dan penggunaan aditif makanan yang tidak diatur juga berkontribusi terhadap beban penyakit ginjal kronis di negara-negara berkembang.

Penyakit ginjal kronis memiliki banyak penyebab yang berbeda, namun penyebab utamanya adalah diabetes (sekitar 50%) dan hipertensi (sekitar 25%). Etiologi yang kurang umum meliputi glomerulonefritis, penyakit kistik, dan penyakit urologis. Penyakit ginjal kronis jauh lebih sering terjadi dibanding luka ginjal akut. Meningkatnya prevalensi penyakit ginjal kronis sebagian dikaitkan dengan peningkatan faktor risiko, termasuk populasi yang menua, kenaikan tingkat obesitas, dan peningkatan kejadian diabetes dan hipertensi (Lewis, 2011).

Muttaqin & Kumala Sari (2014) kondisi klinis yang memungkinkan dapat mengakibatkan gagal ginjal kronis bisa disebabkan dari ginjal sendiri dan dari luar ginjal.

1. Penyakit dari ginjal
 - a. Penyakit pada saringan (glomerulus): glomerulonefritis
 - b. Infeksi kuman: pyelonefritis, ureteritis
 - c. Batu ginjal: nefrolitiasis
 - d. Kista di ginjal: polycystis kidney
 - e. Trauma langsung pada ginjal
 - f. Sumbatan: batu, tumor, penyempitan/striktur
2. Penyakit umum di luar ginjal
 - a. Penyakit sistemik: diabetes melitus, hipertensi, kolesterol tinggi
 - b. Dyslipidemia
 - c. SLE (Lupus Eritematosus Sistemik)
 - d. Infeksi di badan: TBC paru, sifilis, malaria, hepatitis
 - e. Preeklamsia
 - f. Obat-obatan
 - g. Kehilangan banyak cairan yang mendadak (luka bakar).

2.2.3 Patofisiologi

Patofisiologi gagal ginjal kronis dimulai pada fase awal gangguan, keseimbangan cairan, penanganan garam, serta penimbunan zat-zat sisa masih bervariasi dan bergantung pada bagian ginjal yang sakit. Sampai fungsi ginjal turun turun kurang dari 25% normal, manifestasi klinis gagal ginjal kronik

mungkin minimal karena nefron-nefron sisa yang sehat mengambil alih fungsi nefron yang rusak. Nefron yang tersisa meningkatkan kecepatan filtrasi, reabsorpsi dan sekresinya serta mengalami hipertropi (Muttaqin, 2014).

Banyaknya nefron yang mati maka nefron yang tersisa menghadapi tugas yang sangat berat sehingga nefron-nefron tersebut ikut rusak dan akhirnya mati. Sebagian dari siklus kematian ini tampaknya berkaitan dengan tuntutan pada nefron-nefron yang ada untuk meningkatkan reabsorpsi protein. Pada saat penyusutan progresif nefron-nefron, terjadi pembentukan jaringan parut dan aliran darah ginjal akan berkurang. Pelepasan renin akan meningkat bersama dengan kelebihan beban cairan sehingga meningkatkan hipertensi. Hipertensi akan memperburuk kondisi gagal ginjal, dengan tujuan agar terjadi peningkatan filtrasi protein-protein plasma. Kondisi akan bertambah buruk dengan semakin banyak terbentuk jaringan parut sebagai respons dari kerusakan nefron dan secara progresif fungsi ginjal menurun drastis dengan manifestasi penumpukan metabolit-metabolit yang seharusnya dikeluarkan dari sirkulasi sehingga akan terjadi sindrom uremia berat yang memberikan banyak manifestasi pada setiap organ tubuh (Muttaqin, 2014).

2.2.4 Manifestasi Klinis

Penyakit gagal ginjal kronik sering kali tidak teridentifikasi sehingga tahap uremik akhir tercapai. Uremia, yang secara harafiah berarti “urine dalam darah” adalah sindrom atau kumpulan gejala yang terkait dengan *End Stage Renal Disease* (ESRD). Pada uremia pada keseimbangan cairan dan elektrolit yang terganggu, pengaturan dan fungsi endokrin ginjal rusak, dan akumulasi produk

siswa secara sistematis mempengaruhi setiap sistem organ lain. Manifestasi awal uremia mencakup mual, apatis, kelemahan, dan kelelahan, gejala yang kerap kali keliru dianggap sebagai infeksi virus atau influenza. Ketika kondisi memburuk, sering muntah, peningkatan kelemahan, letargi dan kebingungan muncul (Bayhakki, 2012).

Muttaqin (2014) menjelaskan bahwa penderita penyakit ginjal kronis menunjukkan beberapa gejala diantaranya, merasa lemas, tidak bertenaga, nafsu makan berkurang, mual, muntah, bengkak, volume kencing berkurang, gatal, sesak nafas, dan wajah tampak pucat. Selain itu, urine penderita mengandung protein, eritrosit, dan leukosit. Kelainan hasil pemeriksaan laboratorium penderita meliputi kreatinin darah naik, Hb turun, dan protein dalam urine selalu positif. Tanda dan gejala dari gagal ginjal kronis:

1. Kardiovaskular: Hipertensi, pitting edema (kaki, tangan, sacrum), edema periorbital, gesekan pericardium, pembesaran vena-vena di leher, pericarditis, hiperkalemia, hiperlipidemia.
2. Integument: warna kulit ke abu-abuan, kulit kering dan gampang terkelupas, pruritus berat, ekimosis, purpura, kulit rapuh, rambut kasar dan tipis.
3. Paru-paru: ronkhi basah kasar (krekles): sputum yang kental dan lengket, penurunan reflex batuk, sesak nafas, takipnea, pernapasan kusmaul.

4. Saluran cerna: bau ammonia ketika bernafas, pengecapan rasa logam, ulserasi dan pendarahan mulut, anoreksia, mual, muntah, cegukan, diare, perdarahan saluran cerna.
5. Neurologik: kelemahan dan keletihan, konfusi, ketidakmampuan berkonsentrasi, disorientasi, tremor, kejang, asteriksi, tungkai tidak nyaman, telapak kaki serasa terbakar, perubahan perilaku.
6. Muskuloskeletal: amenorea, atrofi testis, ketidaksuburan dan penurunan libido.
7. Hematologi: anemia, trombositopenia.

Tjokroprawiro (2015) gejala yang timbul pada gagal ginjal kronik berhubungan dengan penurunan fungsi ginjal, yaitu:

1. Kegagalan fungsi ekskresi, penurunan Laju Filtrasi Glomerular, gangguan reabsorpsi dan sekresi di tubulus, Akibatnya akan terjadi penumpukan toksin uremik dan gangguan keseimbangan cairan, elektrolit serta asam basa tubuh.
2. Kegagalan fungsi hormonal:
 - a. Penurunan eritropoetin
 - b. Penurunan vitamin D3 aktif
 - c. Gangguan sekresi renin

Keluhan dan gejala klinis yang timbul pada gagal ginjal kronis hampir mengenai seluruh sistem yaitu:

- a. Umum: lemah, malaise, gangguan pertumbuhan dan debilitas, edema.

- b. Kulit: pucat, rapuh, gatal, *bruising*.
- c. Kepala dan leher: foetor uremi.
- d. Mata: fundus hipertensi, mata merah.
- e. Jantung dan vaskuler: hipertensi, sindroma *overload*, payah jantung, perikarditis uremik, tamponade.
- f. Respirasi: efusi pleura, edema paru, nafas kusmaul, pleuritis uremik.
- g. Gastrointestinal: anoreksia, mual, muntah, gastritis, ulkus, kolitis ilremik, perdarahan saluran cerna.
- h. Ginjal: nokturia, poliuria, haus, proteinuria, hematuria.
- i. Reproduksi: penurunan libido, impotensi, amenorhea, infertilitas, ginekomasti.
- j. Saraf: letargi, malaise, anoreksia, *drawsiness*, tremor, mioklonus, asteiksis, kejang, penurunan kesadaran, koma.
- k. Tulang: renal osteodistrofi (ROD), kalsifikasi di jaringan lunak.
- l. Sendi: gout, pseudogout, kalsitikasi.
- m. Darah: anemia, kecenderungan berdarah akibat penurunan fungsi trombosit, defisiensi imun akibat penurunan fungsi imunologis dan fagositosis.
- n. Endokrin: intoleransi glukosa, resistensi glukosa, resistensi insulin, hiperlipidemia, penurunan kadar testoteron dan ekstrojen.
- o. Farmasi: penurunan ekskresi lewat ginjal (Tjokroprawiro, 2015).

2.2.5 Komplikasi

Komplikasi potensial dari penyakit ginjal kronis yang menyangkut perawatan dan memerlukan pendekatan kolaboratif untuk perawatan meliputi:

1. Hiperkalemia akibat penurunan ekskresi, asidosis metabolik dan asupan berlebihan (diet, obat-obatan, cairan).
2. Perikarditis, efusi perikardial, dan tamponade perikardial karena retensi produk limbah uremik dan dialisis yang tidak adekuat.
3. Hipertensi karena retensi natrium dan air dan kerusakan sistem renin-angiotensin-aldosteron.
4. Anemia akibat produksi eritropoietin yang menurun, penurunan rentang hidup RBC, pendarahan di saluran pencernaan dari toksin yang menjengkelkan dan pembentukan maag dan kehilangan darah selama hemodialisis.
5. Penyakit tulang dan klasifikasi metastatik dan vaskuler karena retensi fosfor, level kalsium serum rendah, metabolisme vitamin D abnormal dan kadar aluminium yang meningkat (Smeltzer, 2010).

2.3 Penatalaksanaan Gagal Ginjal Kronik

Penelitian yang dilakukan Husanna (2013), penatalaksanaan dari gagal ginjal adalah:

2.3.1 Terapi Konservatif

Tujuan dari terapi konservatif adalah mencegah memburuknya laal ginjal secara progresif, meringankan keluhan-keluhan akibat akumulasi toksin azotemia,

memperbaiki metabolisme secara optimal dan memelihara keseimbangan cairan dan elektrolit

1. Peranan diet

Terapi diet rendah protein (DRP) menguntungkan untuk mencegah atau mengurangi toksin azotemia, tetapi untuk jangka lama dapat merugikan terutama gangguan keseimbangan negatif nitrogen.

2. Kebutuhan jumlah kalori

Kebutuhan jumlah kalori (sumber energi) untuk GSK harus adekuat dengan tujuan utama yaitu mempertahankan keseimbangan positif nitrogen, memelihara status nutrisi dan memelihara status gizi.

3. Kebutuhan cairan

Bila ureum serum $>150\text{mg\%}$ kebutuhan cairan harus adekuat supaya jumlah diuresis mencapai 2 liter Per hari.

4. Kebutuhan elektrolit dan mineral

Kebutuhan jumlah mineral dan elektrolit bersifat individual tergantung dari LFG dan penyakit ginjal dasar (*underlying renal disease*).

2.3.2 Terapi Simptomatik

1. Asidosis metabolik

Asidosis metabolik harus dikoreksi karena meningkatkan serum kalium (hiperkalemia). Untuk mencegah dan mengobati asidosis metabolik dapat diberikan suplemen alkali. Terapi alkali (sodium bicarbonat) harus segera diberikan intravena bila $\text{pH} < 7,35$ atau serum bikarbonat $< 20 \text{ mEq/l}$.

2. Anemia

Transfusi darah misalnya Paked Red Cel/ (PRC) merupakan salah satu pilihan terapi alternatif, murah, dan efektif. Terapi pemberian transfusi darah harus hati-hati karena dapat menyebabkan kematian mendadak

3. Keluhan gastrointestinal

Anoreksi, cegukan, mual dan muntah, merupakan keluhan yang sering dijumpai pada gagal ginjal kronik. Keluhan gastrointestinal ini merupakan keluhan utama (*c/rief complaint*) dari gagal ginjal kronik. Keluhan gastrointestinal yang lain adalah ulserasi mukosa mulai dari mulut sampai anus. Tindakan yang harus dilakukan yaitu program terapi dialisis adekuat dan obat-obatan simptomatik.

4. Kelainan kulit

Tindakan yang diberikan harus tergantung dengan jenis keluhan kulit.

5. Kelainan neuromuscular

Beberapa terapi pilihan yang dapat dilakukan yaitu terapi hemodialisis reguler yang adekuat, medikamentosa atau operasi subtotal paratiroidektomi.

6. Hipertensi

Pemberian obat-obatan anti hipertensi.

7. Kelainan sistem kardiovaskular

8. Tindakan yang diberikan tergantung dari kelainan kardiovaskular yang diderita.

2.3.3 Transplantasi Ginjal

Transplantasi ginjal atau dikenal dengan sebutan cangkok ginjal adalah suatu tindakan memindahkan ginjal dari satu individu ke individu lainnya. Transplantasi ginjal dibagi menjadi dua yaitu *cadaveric-donor* (donor ginjal dari individu yang telah meninggal) atau *living-donor* (donor ginjal dari individu yang masih hidup). *Living-donor* dibagi lagi menjadi dua yaitu *related* (donor ginjal dan resipien ginjal memiliki hubungan kekerabatan) dan *non-related* (donor dan resipien tidak memiliki hubungan kekerabatan). Indikasi dilakukannya transplantasi ginjal adalah pasien dengan penyakit ginjal tahap akhir (*end-stage renal disease*). Beberapa faktor penyebab terjadinya penyakit ginjal tahap akhir adalah hipertensi, infeksi, kencing manis (diabetes mellitus), kelainan bentuk dan fungsi ginjal bawaan, dan kondisi autoimun seperti lupus (Wijaya, 2013)

2.3.4 Hemodialisa

1. Defenisi

Hemodialisa merupakan suatu proses yang digunakan pada pasien dalam keadaan sakit akut dan memerlukan terapi dialisis jangka pendek (beberapa hari hingga beberapa minggu) atau pasien dengan penyakit ginjal stadium akhir atau *End Stage Renal Disease* (ESRD) yang memerlukan terapi jangka panjang atau permanen. Tujuan hemodialisa adalah untuk mengeluarkan zat-zat nitrogen yang toksik dari dalam darah dan mengeluarkan air yang berlebihan (Suharyanto, 2013).

Hemodialisis adalah proses pembersihan darah oleh akumulasi sampah buangan. Hemodialisis digunakan bagi pasien dengan tahap akhir gagal ginjal atau pasien berpenyakit akut yang membutuhkan dialisis waktu singkat. Hemodialisis akan mencegah kematian. Hemodialisis tidak menyembuhkan atau memulihkan penyakit ginjal dan tidak mampu mengimbangi hilangnya aktivitas metabolik atau endokrin yang dilaksanakan ginjal dan dampak dari gagal ginjal serta terapinya terhadap kualitas hidup pasien (Wijaya, 2013).

2. Tujuan

- a. Membuang sisa produk metabolisme protein seperti : urea, kreatinin dan asam urat.
- b. Membuang kelebihan air dengan mempengaruhi tekanan banding antara darah dan bagian cairan.
- c. Mempertahankan atau mengembalikan sistem buffer tubuh
- d. Mempertahankan atau mengembalikan kadar elektrolit tubuh
- e. Membantu menggantikan sistem kerja ginjal dalam sistem kandung kemih yang tidak bisa bekerja maksimal karena gangguan dari penyakit tertentu.
- f. Membuang sisa metabolisme yang tidak lagi digunakan agar tidak menyebabkan gejala yang mengganggu kesehatan.
- g. Membantu mengeluarkan cairan berlebih di dalam tubuh (edema) yang tidak bisa dikeluarkan dalam bentuk urine.

h. Membantu meningkatkan kualitas hidup dari pasien yang terganggu kinerja ginjalnya (Wijaya, 2013)

3. Akses Sirkulasi Darah Pasien

Akses pada sirkulasi darah pasien terdiri atas subklavikula dan femoralis, fistula, dan tandur. Akses ke dalam sirkulasi darah pasien pada hemodialisis darurat dicapai melalui kateterisasi subklavikula untuk pemakaian sementara. Kateter femoralis dapat dimasukkan ke dalam pembuluh darah femoralis untuk pemakaian segera dan sementara. Fistula yang lebih permanen dibuat melalui pembedahan (biasanya dilakukan pada lengan bawah) dengan cara menghubungkan atau menyambung (anastomosis) pembuluh arteri dengan vena secara *side to side* (dihubungkan antara ujung dan sisi pembuluh darah). Fistula tersebut membutuhkan waktu 4 sampai 6 minggu menjadi matang sebelum siap digunakan (Brunner & Suddart, 2009). Waktu ini diperlukan untuk memberikan kesempatan agar fistula pulih dan segmen vena fistula berdilatasi dengan baik sehingga dapat menerima jarum berlumen besar dengan ukuran 14-16. Jarum ditusukkan ke dalam pembuluh darah agar cukup banyak aliran darah yang akan mengalir melalui dialiser. Segmen vena fistula digunakan untuk memasukkan kembali (reinfus) darah yang sudah didialisis.

Tandur dapat dibuat dengan cara menjahit sepotong pembuluh darah arteri atau vena dari *materia gore-tex* (heterograf) pada saat menyediakan lumen sebagai tempat penusukan jarum dialisis. Tandur

dibuat bila pembuluh darah pasien sendiri tidak cocok untuk dijadikan fistula (Brunner & Suddart, 2009).

4. Indikasi

Menurut Wijaya (2013), indikasi dari hemodialisa adalah:

- a. Pasien yang memerlukan hemodialisa adalah pasien gagal ginjal kronik dan gagal ginjal akut untuk sementara sampai fungsi ginjalnya pulih (laju filtrasi glomerulus $<5\text{mL}$)
- b. Pasien pasien tersebut dinyatakan memerlukan hemodialisa apabila terdapat indikasi :
 - 1) Hiperkalemia (K^+ darah $> \text{meq/l}$)
 - 2) Asidosis
 - 3) Kegagalan terapi konservatif
 - 4) Kadar ureum/kreatinin tinggi dalam darah
 - 5) Kelebihan volume cairan
 - 6) Mual dan muntah berat
- c. Intoksikasi obat dan zat kimia
- d. Ketidakseimbangan cairan dan elektrolit berat
- e. Sindrom hepatorenal dengan kriteria :
 - 1) K^+ pH darah 7 atau 10 (asidosis)
 - 2) Oliguria /anuria $> 5\text{hr}$
 - 3) $\text{GFR} < 5\text{ml/i}$ pada gagal ginjal kronik
 - 4) Ureum darah $> 200\text{mg/dl}$

5. Kontraindikasi

- a. Hipertensi berat ($TD > 200/100 \text{ mmHg}$)
- b. Hipotensi ($TD < 100 \text{ mmHg}$)
- c. Adanya perdarahan hebat
- d. Demam tinggi (Wijaya, 2013)

6. Prinsip hemodialisa: Difusi

- a. Dihubungkan dengan pergeseran partikel-partikel dari daerah konsentrasi tinggi ke konsentrasi rendah oleh tenaga yang ditimbulkan oleh perbedaan konsentrasi zat-zat terlarut di kedua sisi membran dialisis menyebabkan pergeseran urea, kreatinin dan asam urat dari darah klien ke larutan dialisat.
- b. Osmosis mengangkut pergeseran cairan lewat membran semi permeabel dari daerah yang kadar partikel-partikel rendah ke daerah kadar yang tinggi, osmosis bertanggung jawab atas pergeseran cairan dari klien (Wijaya, 2013).

7. Unsur penting untuk sirkuit Hemodialisa

Ada 3 unsur penting untuk sirkuit hemodialisa menurut Wijaya (2013), yaitu:

- a. Sirkuit darah

Dari klien mengalir darah dari jarum/kanul arteri dengan pompa darah (200-250 ml/menit) ke kompartemen darah ginjal buatan kemudian mengembalikan darah melalui vena yang letaknya

proksimal terhadap jarum arteri. Sirkuit darah punya 3 motor: tekanan arteri, tekanan vena dan detektor gelembung udara.

b. Sirkuit dialisat/cairan dialisat

Cairan yang terdiri dari air, elektrolit air bersih, bebas dari elektrolit, mikroorganisme atau bahan asing lain perlu diolah dengan berbagai cara.

c. Konsentrasi dialisat berisi komposisi elektrolit :

- 1) Na⁺ : 135-145 meq/l
- 2) K⁺ : 0-4,0 meq/l
- 3) Cl⁻ : 90-112
- 4) Ca : 2,5-3,5 meq/l
- 5) Mg : 0,5-2,0 meq/l
- 6) Dext 5% : 0-250 meq/l
- 7) Acetat : 33-45

8. Penatalaksanaan Pasien yang Menjalani Hemodialisis

Pasien hemodialisis harus mendapat asupan makanan yang cukup agar tetap dalam gizi yang baik. Gizi kurang merupakan prediktor yang penting untuk terjadinya kematian pada pasien hemodialisis. Asupan protein diharapkan 1-1,2 gr/kgBB/hari dengan 50% terdiri atas asupan protein dengan nilai biologis tinggi. Asupan kalium diberikan 40-70 meq/hari. Pembatasan kalium sangat diperlukan, karena itu makanan tinggi kalium seperti buah-buahan dan umbi-umbian tidak dianjurkan untuk dikonsumsi. Jumlah asupan cairan dibatasi sesuai dengan jumlah

urin yang ada ditambah *insensible water loss*. Asupan natrium dibatasi 40-120 mEq/hari guna mengendalikan tekanan darah dan edema. Asupan tinggi natrium akan menimbulkan rasa haus yang selanjutnya mendorong pasien untuk minum. Bila asupan cairan berlebihan maka selama periode di antara dialisis akan terjadi kenaikan berat badan yang besar (Perhimpunan Dokter Spesialis Penyakit Dalam Indonesia, 2015). Banyak obat yang diekskresikan seluruhnya atau sebagian melalui ginjal. Pasien yang memerlukan obat-obatan (preparat glikosida jantung, antibiotik, antiaritmia, antihipertensi) harus dipantau dengan ketat untuk memastikan agar kadar obat-obatan ini dalam darah dan jaringan dapat dipertahankan tanpa menimbulkan akumulasi toksik. Resiko timbulnya efek toksik akibat obat harus dipertimbangkan.

9. Komplikasi

Komplikasi terapi dialisis mencakup beberapa hal seperti hipotensi, emboli udara, nyeri dada, gangguan keseimbangan dialisis, dan pruritus. Masing-masing dari point tersebut (hipotensi, emboli udara, nyeri dada, gangguan keseimbangan dialisis, dan pruritus) disebabkan oleh beberapa faktor. Hipotensi terjadi selama terapi dialisis ketika cairan dikeluarkan. Terjadinya hipotensi dimungkinkan karena pemakaian dialisat asetat, rendahnya dialisis natrium, penyakit jantung, aterosklerotik, neuropati otonomik, dan kelebihan berat cairan. Emboli udara terjadi jika udara memasuki sistem vaskuler pasien (Hudak & Gallo, 2010). Nyeri dada dapat terjadi karena PCO_2 menurun

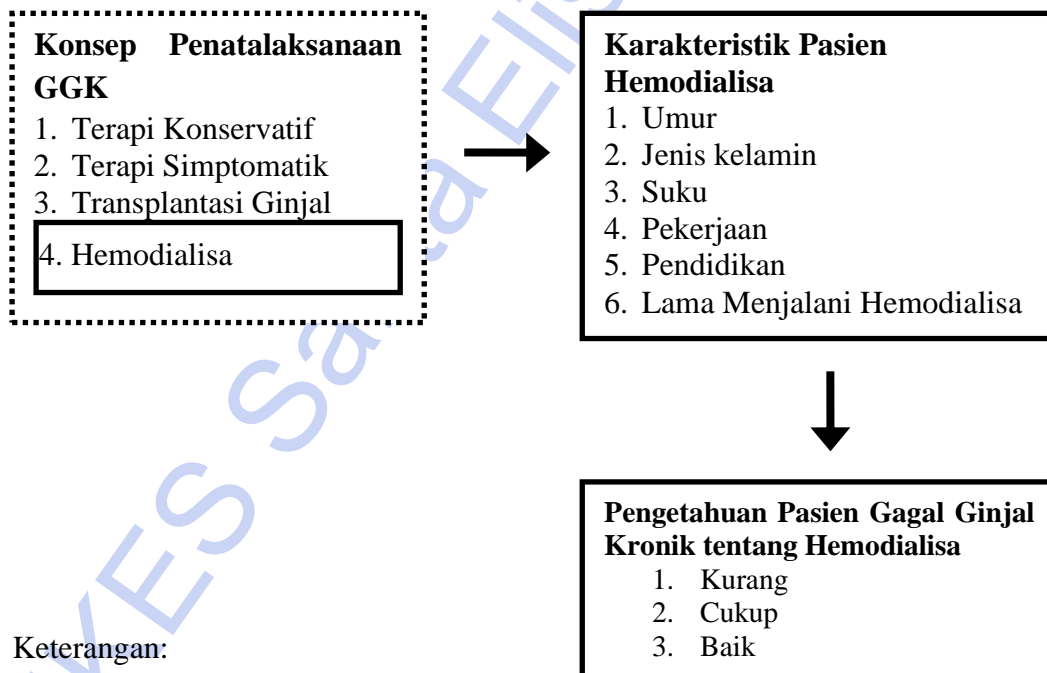
bersamaan dengan terjadinya sirkulasi darah diluar tubuh, sedangkan gangguan keseimbangan dialisis terjadi karena perpindahan cairan serebral dan muncul sebagai serangan kejang. Komplikasi ini kemungkinan terjadinya lebih besar jika terdapat gejala uremia yang berat. Pruritus terjadi selama terapi dialisis ketika produk akhir metabolisme meninggalkan kulit (Smelzer, 2011).

Terapi hemodialisis juga dapat mengakibatkan komplikasi sindrom disequilibrium, reaksi dializer, aritmia, temponade jantung, perdarahan intrakranial, kejang, hemolisis, neutropenia, serta aktivasi komplemen akibat dialisis dan hipoksemia, namun komplikasi tersebut jarang terjadi. (Brunner & Suddarth, 2009).

BAB 3 KERANGKA KONSEP

Kerangka konsep adalah abstraksi dari suatu realistik agar dapat dikomunikasikan dan membentuk suatu teori yang menjelaskan keterkaitan antara variabel baik variabel yang diteliti maupun yang tidak diteliti (Nursalam, 2014). Kerangka konsep ini bertujuan untuk mengidentifikasi pengetahuan pasien gagal ginjal kronik tentang hemodialisa di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2018.

Bagan 3.1 Kerangka Konsep Penelitian “Gambaran Pengetahuan Pasien Gagal Ginjal Kronik tentang Hemodialisa di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2018”



Keterangan:



Di Teliti



Tidak di Teliti

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah rancangan penelitian deskriptif. Penelitian deskriptif dirancang untuk mendapatkan lebih banyak informasi tentang karakteristik di bidang studi tertentu. Penelitian deskriptif ini menggunakan rancangan penelitian studi kasus yang mencakup pengkajian satu unit penelitian secara intensif. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk memberikan gambaran situasi seperti yang terjadi secara alami. Desain deskriptif dapat digunakan untuk mengembangkan teori, mengidentifikasi masalah dengan praktik saat ini, membuat penilaian tentang praktik, atau mengidentifikasi kecenderungan penyakit, pencegahan penyakit dan promosi kesehatan pada kelompok yang dipilih (Grove, 2015). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran pengetahuan pasien gagal ginjal kronik tentang hemodialisa di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2018.

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan kumpulan kasus yang diikuti sertakan oleh seorang peneliti. Populasi tidak hanya pada manusia tetapi juga objek dan benda-benda alam yang lain (Polit, 2012). Populasi dalam penelitian ini adalah setiap orang penderita gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2018.

4.2.2 Sampel

Pengambilan sampel adalah proses pemilihan kasus untuk mewakili seluruh populasi sehingga kesimpulan tentang populasi dapat dilakukan. Sampel adalah gabungan dari elemen populasi, yang merupakan unit paling dasar tentang data mana yang dikumpulkan. Dalam penelitian keperawatan, unsur sampel biasanya manusia (Polit, 2012). Penentuan jumlah sampel dalam penelitian ini adalah dengan teknik *Purposive Sampling* pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2018. Teknik pengambilan sampel dilakukan dengan menggunakan *simple random sampling*, artinya dari seluruh anggota populasi peneliti hanya mengambil pasien yang sedang menjalani hemodialisa sebagai responden pada saat peneliti melakukan penelitian. Adapun kriteria inklusi yang telah ditetapkan oleh peneliti yaitu pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan, sudah menjalani hemodialisa lebih dari satu kali, bersedia menjadi responden dan tidak menjadi participant lain. Sementara kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah pasien gagal ginjal kronik yang tidak dapat membaca, pertama sekali melakukan terapi hemodialisa dan pasien menolak sebagai responden.

4.3 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

4.3.1 Variabel Penelitian

Variabel adalah perilaku atau karakteristik yang memberikan nilai beda terhadap sesuatu (benda, manusia, dan lain-lain). Variabel juga merupakan konsep dari berbagai level abstrak yang didefinisikan sebagai suatu fasilitas untuk

pengukuran dan atau manipulasi suatu penelitian (Nursalam, 2014). Penelitian yang akan dilakukan menggunakan satu variabel, variabel yang akan digunakan penulis dalam penelitian ini adalah pengetahuan pasien gagal ginjal kronik tentang hemodialisa berdasarkan karakteristik umur, jenis kelamin, suku, pekerjaan, pendidikan, dan lama menjalani hemodialisa.

4.3.2 Defenisi Operasional

Definisi operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefinisikan tersebut. Karakteristik yang dapat diamati (diukur) itulah yang merupakan kunci definisi operasional, dapat diamati artinya memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena yang kemudian dapat diulang lagi oleh orang lain (Nursalam, 2014).

Tabel 4.1 Defenisi Operasional Pengetahuan Pasien Gagal Ginjal Kronik tentang Manfaat Hemodialisa di Rumah Sakit Santa Elisabet Medan Tahun 2018

Variabel	Definisi	Indikator	Alat ukur	Skala	Skor
Pengetahuan Pasien gagal ginjal kronik tentang hemodialisa berdasarkan karakteristik umur, jenis kelamin, suku, pekerjaan, pendidikan, dan lama menjalani hemodialisa	Hal-hal yang diketahui oleh penderita gagal ginjal kronik tentang Hemodialisa berdasarkan karakteristik umur, jenis kelamin, suku, pekerjaan, pendidikan, dan lama menjalani hemodialisa	Pengetahuan Pasien gagal ginjal kronik tentang hemodialisa dapat dikategorikan atas 3 kriteria a. Baik b. Cukup c. Kurang	Koesioner Dilakukan dengan memberi pernyataan sebanyak 14 item dengan pilihan yang di jawab. Ya = 1 Tidak = 0	Ordina 1	Kuran g 0 – 4 Cukup 5 – 9 Baik 10 – 14

4.4 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah yang alat-alat yang digunakan untuk pengumpulan data. Instrument penelitian yang dibahas tentang pengumpulan data yang disebut kuesioner, yang biasa dipakai dalam wawancara (sebagai pedoman wawancara berstruktur). Kuesioner disini dalam arti sebagai daftar pertanyaan yang sudah tersusun dengan baik, dimana responden tinggal memberikan jawaban-jawaban tertentu (Notoatmodjo, 2012).

Instrumen yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner dan menggunakan skala Guttman. Pada suatu pengukuran penelitian ini menggunakan kuesioner sebagai instrumen untuk mendapatkan informasi dan data dari responden. Ada dua bagian kuesioner yang akan digunakan dalam penelitian yang dibuat oleh peneliti berdasarkan tinjauan pustaka, yaitu: bagian awal kuesioner yaitu data demografi yang terdiri dari: nama initial, umur, jenis kelamin, pekerjaan, suku pendidikan dan lama menjalani hemodialisa dan bagian akhirnya adalah kuesioner pengetahuan tentang hemodialisa.

Pada kuesioner pengetahuan, penulis menggunakan skala Guttman, dimana dalam skala Guttman ini menggunakan jawaban ya dan tidak. Dari 14 pernyataan yang akan diajukan oleh penulis mengenai pengetahuan pasien gagal ginjal kronik tentang hemodialisa dengan jawaban “ ya bernilai 1 (satu) dan tidak bernilai 0 (nol)”, dengan tiga kategori yang ingin diketahui yaitu Baik, Cukup dan Kurang dengan menggunakan rumus:

$$\begin{aligned}
 I &= \frac{\text{Jarak Pengukuran (R)}}{\text{Banyak Kelas}} \\
 &= \frac{\text{Nilai Tertinggi} - \text{Nilai Terendah}}{\text{Banyak Kelas}} \\
 &= \frac{14 - 0}{3} \\
 &= \frac{14}{3} \\
 &= 4,67
 \end{aligned}$$

Keterangan:

1. I (Interval) = jumlah interval yang akan digunakan
2. R (Jarak Pengukuran) = Nilai Tertinggi – Nilai Terendah
3. Banyak Kelas = Kategori yang digunakan dalam Pernyataan

Maka rentang pengetahuan tentang hemodialisa sebagai berikut:

Nilai 0 – 4 = Kurang

Nilai 5 – 9 = Cukup

Nilai 10 - 14 = Baik.

4.5 Lokasi dan Waktu Penelitian

4.5.1 Lokasi

Penelitian ini dilakukan di Ruangan Hemodialisa Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan. Penulis memilih tempat ini dikarenakan Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan merupakan lokasi penelitian yang dapat memenuhi sampel yang telah penulis tetapkan dan lokasinya strategis serta terjangkau bagi penulis untuk melakukan penelitian.

4.5.2 Waktu

Penelitian ini dilakukan pada bulan Maret - April 2018 di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan.

4.6 Pengambilan Dan Pengumpulan Data

4.6.1 Pengambilan Data

Prosedur pengambilan data yang digunakan dalam penelitian ini yaitu metode data primer. Data primer adalah data yang langsung diperoleh dari responden (Sugiyono, 2016). Data primer di dapat langsung dari studi pendahuluan dengan kuesioner, yang dilakukan pada seluruh pasien gagal ginjal kronik yang menjalankan hemodialisa di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2018.

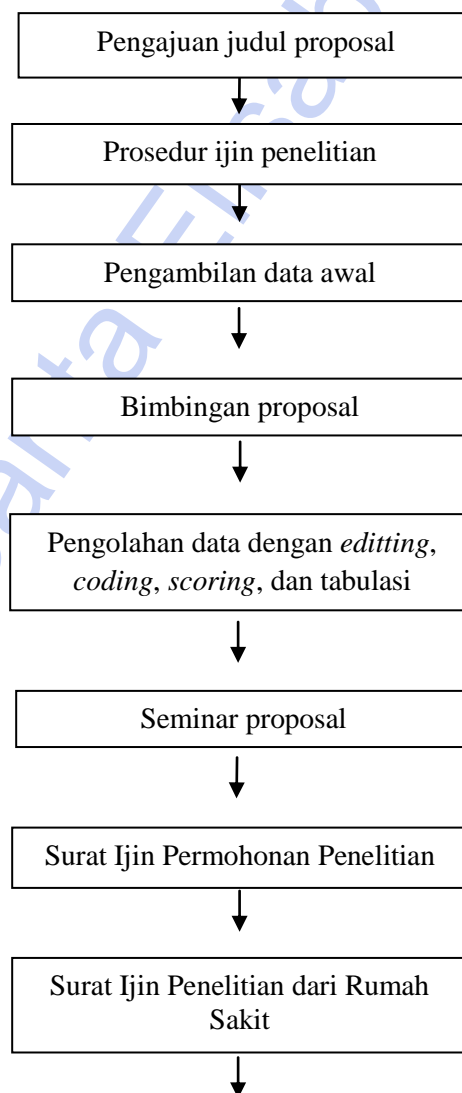
4.6.2 Teknik Pengumpulan Data

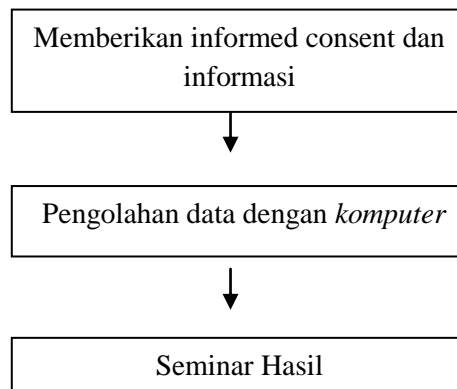
Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah dengan menggunakan kuesioner yang berisi pernyataan pengetahuan pasien gagal ginjal kronik tentang hemodialisa. Selama proses pengisian kuesioner peneliti akan mendampingi responden, agar apabila ada pertanyaan yang tidak jelas, peneliti dapat menjelaskan kembali dengan tidak mengarahkan jawaban responden. Selanjutnya peneliti mengumpulkan kuesioner.

4.7 Kerangka Operasional

Kerangka operasional dalam penelitian ini menjelaskan tentang kerangka kerja yang merupakan kerangka yang menyatakan tentang urutan langkah-langkah peneliti dalam melaksanakan penelitian tentang Gambaran Pengetahuan Pasien Gagal Ginjal Kronik tentang Hemodialisa di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2018.

Bagan 4.2 Kerangka Operasional Pengetahuan Pasien Gagal Ginjal Kronik Tentang Hemodialisa di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2018





4.8 Analisa Data

Analisa univariate (deskriptif) bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian. Bentuk analisis univariate tergantung dari jenis datanya. Analisa data pada penelitian ini adalah untuk mengetahui bagaimana gambaran pengetahuan pasien gagal ginjal kronik tentang hemodialisa dengan yang diharapkan baik, cukup, dan kurang yang disajikan dalam bentuk tabel dan diagram. Data numerik menggunakan nilai mean atau rata-rata, median dan standart deviasi (Notoatmodjo, 2012).

Setelah semuanya data terkumpul maka dilakukan analisa data melalui beberapa tahap, tahap pertama melakukan pengecekan terhadap kelengkapan identitas dan data responden serta memastikan bahwa semua jawaban telah diisi dengan petunjuk yang telah ditetapkan, dilanjutkan dengan mentabulasi data yang telah dikumpulkan, kemudian melihat presentase data yang telah dikumpulkan dan disajikan dalam bentuk tabel frekuensi ataupun diagram.

Analisa data dilakukan setelah pengolahan data, data yang telah dikumpulkan akan diolah, terdiri dari:

1. Editing: peneliti memeriksa apakah semua daftar terpenuhi dan untuk melengkapi data.
2. Kemudian peneliti melakukan coding yaitu memberikan kode/angka pada masing-masing lembar kusioner, tahap ketiga tabulasi yaitu, data yang telah terkumpul ditabulasi dalam bentuk tabel.
3. Scoring: menghitung skor yang diperoleh setiap responden berdasarkan jawaban atas pertanyaan yang diajukan peneliti.
4. Tabulating: tahap mentabulasi data yang telah diperoleh.

4.9 Etika Penelitian

Kode etik penelitian adalah suatu pedoman etika yang berlaku untuk setiap kegiatan penelitian yang melibatkan antara pihak peneliti, pihak yang diteliti (subyek penelitian) dan masyarakat yang akan memperoleh dampak hasil penelitian tersebut. Mencakup setiap perlakuan yang diberikan oleh peneliti terhadap subjek penelitian (Notoatmodjo, 2012). Etika penelitian ini mencakup juga perilaku peneliti atau perlakuan peneliti terhadap subjek penelitian serta sesuatu yang dihasilkan oleh peneliti.

Etika dalam penelitian ini, calon responden yang bersedia akan diberi informasi oleh peneliti tentang tujuan peneliti selanjutnya responden tersebut mendapatkan lembar persetujuan. Apabila responden menolak untuk menjaga kerahasiaan responden, peneliti tidak mencantumkan nama lengkap responden pada lembar pengumpulan data (kuesioner) yang diisi oleh responden. Lembar kuesioner akan diberi nomor kode tertentu oleh peneliti. Kerahasiaan informasi yang diberikan oleh peneliti kepada responden dijamin oleh peneliti.

BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

5.1 Hasil Penelitiann

5.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan adalah Rumah Sakit swasta yang beralamat di Jl. Haji Misbah No. 7. Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan dibangun 11 Februari 1929 dan diresmikan 17 November 1930. Rumah Sakit ini memiliki motto “Ketika Aku Sakit Kamu Melawat Aku (Matius 25:36)”. Visi yang dimiliki Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan ini adalah menjadikan Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan mampu berperan aktif dalam memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas tinggi atas dasar cinta kasih dan persaudaraan. Misi Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan terdiri dari 3, yaitu:

1. Memberikan pelayanan kesehatan yang aman dan berkualitas atas dasar kasih,
2. Meningkatkan sumber daya manusia secara profesional untuk memberikan pelayanan kesehatan yang aman dan berkualitas,
3. Meningkatkan sarana dan prasarana yang memadai dengan tetap mempertahankan masyarakat yang lemah.

Tujuan dari Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan yaitu mewujudkan secara nyata kharisma kongregasi Fransiskanes Santa Elisabeth Medan dalam bentuk pelayanan kesehatan kepada masyarakat umum tanpa membedakan suku, bangsa, agama, ras dan golongan serta memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh (holistik).

Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan terakreditasi Paripurna sejak tanggal 21 oktober 2016. Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan menyediakan beberapa pelayanan medis, yaitu: di Ruangan gawat darurat terdiri dari ruangan Instalasi Gawat Darurat (IGD), Ruangan Operasi (OK), Ruang Intermedite (HCU,ICU,ICCU, PICU dan NICU), Ruangan Rawat Inap yang terdiri dari: Ruangan Bedah (Santa Maria, Santa Martha, Santa Yosep, Santa Lidwina), Ruangan Internis (Santa Fransiskus, Santa Pia,Santa Ignatius, Laura, Pauline, dan Santa Melania), Ruangan Stroke (Hendrikus), Ruangan Anak (Santa Theresia), Ruangan Bayi (Santa Monika), Ruangan Martenitas (Santa Elisabeth) dan Ruangan Bersalin (Santa Katarina), Haemodialisa (HD), Ruangan Kemoterapi, Fisioterapi, Farmasi, Laboratorium, Klinik/Patologi Anatomi, Unit Transfusi Darah (UTD), adapun poli di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan yaitu: BKIA, Poli Onkologi, Poli Orthopedi, Poli Saraf, Poli urologi, Poli THT, Poli gigi dan mulut, Poli Bedah Anak, Poli Kebidanan, Poli Anestesi, Poli Penyakit Dalam dan VCT, Poli Spesialis Anak, Poli Urologi, Poli Jantung, Poli Kejiwaan, Poli Paru, Poli Kulit dan Kelamin, Poli Konsultasi Vaskuler. Adapun jenis tenaga kesehatan yang bekerja di Rumah Sakit Santa Elisaberh Medan, yaitu:

Jenis Tenaga Kesehatan		Jumlah
Dokter	dr. Umum	15 Orang
	dr. Spesialis Bedah Umum	6 orang
	dr. Spesialis Orthopaedi	4 orang
	dr. Spesialis Bedah Saraf	3 orang
	dr. Spesialis Urologi	3 orang
	dr. THT	3 orang
Jenis Tenaga Kesehatan		Jumlah
	dr. Gigi	5 orang
	dr. Spesialis Bedah Anak	1 orang
	dr. Spesialis Kebidanan	6 orang
	dr. Spesialis Anestesi	6 orang
	dr. Spesialis Penyakit Dalam	10 orang

Dokter	dr. Spesialis Anak	5 orang
	dr. Spesialis Neurologi (Saraf)	4 orang
	dr. Spesialis Jantung	4 orang
	dr. Spesialis Radiologi	2 orang
	dr. Spesialis Kejiwaan	2 orang
	dr. Spesialis Patologi Klinik	2 orang
	dr. Spesialis Paru	3 orang
	dr. Spesialis Kulit dan Kelamin	2 orang
	dr. Partologi	2 orang
	Dr Spesialis Bedah Konsultan Vaskular	1 orang
Total		89 orang
Perawat	Ruangan Internis	97 orang
	Ruangan Bedah	20 orang
	Ruangan Intermediate	41 orang
	Ruangan Operasi	21 orang
	Ruangan Maternal – Perinatal	3 orang
	Ruangan Anak	7 orang
	IGD	18 orang
	Ruangan Hemodialisa	6 orang
	Ruangan Kemoterapi	2 orang
	Medichal Check Unit	1 orang
	Poli Penyakit Dalam	2 orang
	Poli Umum	1 orang
	Poli Saraf	1 orang
	Poli Anak	1 orang
	praktek Endoskopi	2 orang
	Unit EEG	1 orang
	Poli VCT	1 orang
	Poli Praktek Urologi Terpadu	1 orang
	Poli Praktek Dokter Spesialis	2 orang
Total		238 orang
Bidan	Ruangan anak	12 orang
	Ruangan Intermediate	5 orang
	Maternal – Perinatal	22 orang
	IGD	4 orang
	Medichal Check Unit	1 orang
	Poli umum	1 orang
	Poli Anak	1 orang
	Poli Praktek Dokter Spesialis	5 orang
Total		51 orang
Tenaga Para Medis	Fisioterapi	14 orang
Lainnya		
Jenis Tenaga Kesehatan		Jumlah
	Laboratorium	25 orang
	Radiology/Rontgen	18 orang
	Ahli Gizi	24 orang
	Farmasi	37 orang
Total		108 orang

5.1.2 Karakteristik Responden

Jumlah responden dalam penelitian ini adalah 30 orang, yaitu pasien yang menjalani hemodialisa di Ruangan Hemodialisa Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2018. Karakteristik responden dalam penelitian ini meliputi umur, jenis kelamin, suku, pekerjaan, pendidikan dan lama menjalani hemodialisa. Hasil selengkapnya mengenai distribusi data karakteristik responden dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Data Karakteristik pada Pasien yang Menjalani Hemodialisa di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2018

Karakteristik	Frekuensi	Persentasi (%)
Umur		
18 - 30 tahun (masa dewasa awal)	1	3,3
31 - 50 tahun (masa dewasa pertengahan)	7	23,3
50 tahun ke atas (masa tua)	22	73,4
Jumlah	30	100
Karakteristik	Frekuensi	Persentasi (%)
Jenis Kelamin		
Laki-laki	15	50
Perempuan	15	50
Jumlah	30	100
Suku		
Batak Toba	10	33,3
Batak Karo	10	33,3
Batak Simalungun	1	3,3
Batak Pakpak	1	3,3
Jawa	8	26,8
Jumlah	30	100
Pekerjaan		
Petani	3	10
PNS	6	20
Tabel 5.1 (Lanjutan)		
Pensiunan	3	10
Wiraswasta	8	26,7
Ibu Rumah Tangga	10	33,3
Jumlah	30	100
Pendidikan		
Rendah	9	30

Sedang	10	33,3
Tinggi	11	36,7
Jumlah	30	100
Lama Menjalani Hemodialisa		
Baru (<12 bulan)	10	33,3
Sedang (13 – 24 bulan)	14	46,7
Lama (>25 bulan)	6	20
Jumlah	30	100

Hasil penelitian menunjukkan bahwa distribusi responden pasien yang menjalani hemodialisa di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan menunjukkan bahwa umur responden menurut konsep tugas perkembangan yang dikemukakan oleh Robert J. Havighurst, proporsi yang paling tinggi adalah usia 50 tahun ke atas sebanyak 22 responden (73,4%) dan yang paling rendah adalah usia 18 – 30 tahun sebanyak 1 responden (3,3%). Jenis kelamin sama jumlah laki-laki dan perempuan sebanyak 15 responden (50%). Suku responden proporsi yang paling tinggi adalah suku Batak Toba dan Batak Karo jumlah masing-masing sebanyak 10 responden (33,3%) dan yang paling rendah adalah Batak Simalungun dan Batak Pakpak masing-masing sebanyak 1 responden (3,3%).

Pekerjaan responden, proporsi yang paling tinggi adalah pekerjaan IRT sebanyak 10 responden (33,3%) dan yang paling rendah memiliki pekerjaan sebagai Petani dan Pensiunan masing-masing sebanyak 3 responden (10%). Berdasarkan tingkat pendidikan responden, proporsi yang paling tinggi adalah pendidikan tinggi (D3, S1 dan S2) sebanyak 11 responden (36,7%) dan yang paling rendah adalah pendidikan rendah (SD dan SMP) sebanyak 9 orang (30%). Berdasarkan lama menjalani hemodialisa, proporsi yang paling tinggi adalah kategori sedang (13–24 bulan) sebanyak 14 responden (46,7%) dan yang paling rendah adalah kategori sudah lama sebanyak 6 responden (20%).

5.1.3 Pengetahuan tentang Hemodialisa

Hasil penelitian tentang gambaran pengetahuan pasien gagal ginjal kronik tentang hemodialisa di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan dibagi menjadi beberapa aspek meliputi definisi hemodialisa, indikasi dan kontraindikasi hemodialisa, komplikasi hemodialisa, tujuan dan manfaat hemodialisa serta diet hemodialisa. Hasil selengkapnya mengenai distribusi frekuensi pengetahuan tentang hemodialisa dalam beberapa aspek dapat dilihat dalam tabel berikut.

Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pengetahuan tentang Hemodialisa di Rumah Sakit Santa Elisabeth Tahun 2018

Pengetahuan tentang Hemodialisa	Frekuensi	Persentase(%)
Defenisi Hemodialisa		
Tahu	30	100
Tidak Tahu	0	0
Jumlah	30	100
Indikasi Hemodialisa		
Tahu	23	76,7
Tidak Tahu	7	23,3
Jumlah	30	100
Kontraindikasi Hemodialisa		
Tahu	22	73,3
Tidak Tahu	8	26,7
Jumlah	30	100
Komplikasi Hemodialisa		
Tahu	15	50
Tidak Tahu	15	50
Jumlah	30	100
Tujuan Hemodialisa		
Tahu	13	43,3
Tidak Tahu	17	56,7
Jumlah	30	100

Tabel 5.2 (Lanjutan)

Diet untuk Hemodialisa		
Tahu	30	100
Tidak Tahu	0	0
Jumlah	30	100

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan pasien tentang hemodialisa dari aspek definisi hemodialisa pada umumnya 100%. Pengetahuan

tentang indikasi hemodialisa, proporsi yang paling tinggi sebanyak 23 orang (76,7%) dan yang paling rendah sebanyak 7 orang (23,2%). Pengetahuan tentang kontraindikasi hemodialisa, proporsi yang paling tinggi sebanyak 22 orang (73,3%) dan yang paling rendah sebanyak 8 orang (26,7%). Pengetahuan tentang komplikasi hemodialisa menunjukkan jumlah yang sama (100%). Pengetahuan tentang tujuan dari hemodialisa, proporsi yang paling tinggi adalah tidak tahu sebanyak 17 orang (56,7%) dan proporsi yang paling rendah adalah tahu sebanyak 13 responden (43,3%) serta pengetahuan tentang diet untuk hemodialisa pada umumnya mengetahui (100%).

5.1.4 Kategori Pengetahuan tentang Hemodialisa

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kategori pengetahuan tentang hemodialisa dari 14 pernyataan mengenai hemodialisa sehingga diperoleh kategori pengetahuan tentang hemodialisa di Ruangan Hemodialisa Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2018 pada tabel berikut.

Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kategori Pengetahuan tentang Hemodialisa di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2018

Pengetahuan	Frekuensi	Persentase (%)
Kurang	0	0
Cukup	3	10
Baik	27	90
Total	30	100

Hasil penelitian menunjukkan bahwa yang mengetahui tentang hemodialisa dalam kategori baik sebanyak 27 responden (90%) dan kategori cukup sebanyak 3 responden (10%).

5.1.5 Gambaran Pengetahuan tentang Hemodialisa Berdasarkan Karakteristik Responden

Hasil penelitan mengenai gambaran pengetahuan pasien tentang hemodialisa berdasarkan karakteristik responden di Ruang Hemodialisa Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2018 dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 5.4 Gambaran Pengetahuan tentang Hemodialisa Berdasarkan Karakteristik Responden

Karakteristik Responden	Pengetahuan						Total	
	Kurang		Cukup		Baik			
	F	%	F	%	F	%	F	%
Umur								
18 – 30 tahun	0	0	0	0	1	3,3	1	3,3
30 -50 tahun	0	0	0	0	7	23,3	7	23,3
50 tahun ke atas	0	0	3	10	19	63,3	22	73,4
Jumlah			3	10	27	90	30	100
Jenis Kelamin								
Laki-laki	0	0	2	6,7	13	43,3	15	50
Perempuan	0	0	1	3,3	14	46,7	15	50
Jumlah	0	0	3	10	27	90	30	100
Suku								
Batak Toba	0	0	1	3,3	9	30	10	33,3
Batak Karo	0	0	2	6,7	8	26,7	10	33,3
Jawa	0	0	0	0	8	26,7	8	26,7
Batak Simalungun	0	0	0	0	1	3,3	1	3,3
Batak Pakpak	0	0	0	0	1	3,3	1	3,3
Jumlah	0	0	3	10	27	90	30	100

Tabel 5.4 (Lanjutan)

Pekerjaan								
Petani	0	0	2	6,7	1	3,3	3	10
PNS	0	0	0	0	6	20	6	20
Pensiunan	0	0	0	0	3	10	3	10
Wiraswasta	0	0	0	0	8	26,7	8	26,7
IRT	0	0	1	3,3	9	30	10	33,3
Jumlah	0	0	3	10	27	90	30	100
Pendidikan								
Rendah	0	0	2	6,7	7	23,4	9	30
Sedang	0	0	1	3,3	9	30	10	33,4
Tinggi	0	0	0	0	11	36,6	11	36,7
Jumlah	0	0	3	10	27	90	30	100
Lama Menjalani Hemodialisa								
Baru (<12 bulan)	0	0	0	0	10	33,3	10	33,3
Sedang (13-24 bulan)	0	0	3	10	11	36,6	14	46,6
Lama (>25 bulan)	0	0	0	0	6	20	6	20
Total	0	0	3	10	27	90	30	100

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan tentang hemodialisa berdasarkan usia menurut konsep tugas perkembangan yang dikemukakan oleh Robert J. Havighurst, proporsi yang paling tinggi dalam kategori baik adalah umur 50 tahun ke atas sebanyak 19 responden (63,3%) dan yang paling rendah adalah umur 18 – 30 tahun sebanyak 1 responden (3,3%). Berdasarkan jenis kelamin, proporsi yang paling tinggi dalam kategori baik adalah jenis kelamin perempuan 14 responden (46,7%) dan diikuti jenis kelamin laki-laki sebanyak 13 responden (43,3%). Berdasarkan suku responden, proporsi yang paling tinggi dengan katgori pengetahuan yang baik adalah suku Batak Toba sebanyak 9 responden (30%) dan diikuti suku Batak Karo dan suku Jawa yang sama masingmasing jumlahnya sama sebanyak 8 responden (26,7%).

Pekerjaan responden proporsi yang paling tinggi dalam kategori pengetahuan baik adalah IRT sebanyak 9 responden (30%) dan diikuti oleh

wiraswasta sebanyak 8 responden (26,7%), sedangkan proporsi yang paling rendah dalam kategori cukup memiliki pekerjaan sebagai petani sebanyak 1 responden (3,3%). Berdasarkan pendidikan terakhir, proporsi yang paling tinggi memiliki pengetahuan dalam kategori baik adalah pendidikan tinggi sebanyak 11 responden (36,6%) dan yang rendah adalah pendidikan rendah sebanyak 7 responden (23,4%). Berdasarkan lama menjalankan hemodialisa, proporsi yang tinggi dengan kategori pengetahuan baik adalah lama menjalankan hemodialisa kategori sedang (13 – 24 bulan) sebanyak 11 responden (36,6%) dan yang paling rendah adalah kategori pengetahuan cukup adalah lama menjalankan hemodialisa kategori sedang (13 – 24 bulan) sebanyak 3 responden (10%).

5.2 Pembahasan

Hasil penelitian pengetahuan tentang hemodialisa, dari 30 responden peneliti memperoleh gambaran pengetahuan tentang hemodialisa, proporsi yang paling tinggi adalah pengetahuan dalam kategori baik sebanyak 27 responden (90%) dan pengetahuan responden dalam kategori cukup sebanyak 3 responden (10%). Pengetahuan tentang hemodialisa pada penelitian ini adalah kemampuan pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa mengetahui tentang hemodialisa yang termasuk dalam tingkatan tahu atau mengetahui. Aspek pengetahuan tentang hemodialisa yaitu definisi hemodialisa, indikasi hemodialisa, kontraindikasi hemodialisa, komplikasi hemodialisa, tujuan hemodialisa dan diet untuk hemodialisa.

Hasil penelitian ini didukung oleh Notoatmodjo (2011) pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah seseorang melakukan

penginderaan terhadap objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindra manusia, yaitu indra penglihatan, pendengaran, penciuman, perasa, dan peraba. Tetapi sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Sumiyati (2013) mengatakan pengetahuan erat kaitannya dengan pendidikan seseorang. Ketika seseorang memiliki pendidikan tinggi maka semakin baik pula pengetahuannya. Pendidikan yang baik akan membantu seseorang dalam pengembangan wawasan. Dalam mencapai pengetahuan yang baik seseorang dituntut tidak hanya sekedar tahu tetapi harus memahami dan mampu mengaplikasikannya dalam pekerjaan. Pengetahuan tidak hanya didapatkan melalui pendidikan formal saja tetapi juga bisa dari media cetak seperti koran dan televisi. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Setiyowati & Hastuti (2014) dengan judul Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Kecemasan Pasien Hemodialisa di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta yang mengatakan bahwa dari 20 responden, tingkat pengetahuan tentang hemodialisa dalam kategori baik sebanyak 15 responden (75%).

Pengetahuan pasien gagal ginjal kronik tentang hemodialisa di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan sebagian besar dalam kategori baik dikarenakan sebagian besar responden sering mendapatkan pendidikan kesehatan dari perawat hemodialisa, berkonsultasi dengan dokter, mengikuti seminar tentang gagal ginjal kronis dan hemodialisa. Selain itu, sumber informasi tentang hemodialisa juga didapat dari buku, media cetak, TV dan internet. Hal ini diperkuat dengan teori yang dikemukakan oleh Purwandi dan Nugroho (2015) mengatakan bahwa melalui berbagai media, baik cetak maupun elektronik, berbagai informasi dapat

diterima oleh masyarakat, sehingga seseorang yang lebih sering terpapar media massa (TV, radio, majalah, pamflet, dan lain-lain) akan memperoleh informasi lebih banyak jika dibandingkan dengan orang yang tidak pernah terpapar informasi media.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti di Ruang Hemodialisa Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan ditemukan bahwa pengetahuan responden tentang hemodialisa dilihat dari karakteristik umur dalam kategori baik proporsi yang paling tinggi pada umur 50 tahun ke atas sebanyak 22 responden (73,4%). Hal ini didukung oleh Notoatmodjo (2011) mengatakan bahwa semakin bertambah usia, daya tangkap dan pola pikir akan semakin berkembang dengan begitu dipercaya bahwa pengetahuan yang diperoleh akan semakin membaik. Hasil penelitian ini juga didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Arosa (2014) dengan judul Hubungan Tingkat Pengetahuan tentang Hemodialisa dengan Tingkat Kecemasan Menjalani Terapi Hemodialisa di Rumah Sakit Umum Daerah Arifin Achmad Pekanbaru yang menyatakan bahwa rentang umur mayoritas pada usia dewasa pertengahan (36–55 tahun) sebanyak 29 responden (56%).

Santosa dalam Izzati (2016) tentang Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Pasien yang Menjalani Hemodialisis di Ruang Hemodialisa Di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi mengatakan bahwa usia > 40 tahun lebih banyak pada pasien yang menjalani hemodialisa, hal ini dikarenakan karena fungsi-fungsi organ di dalam tubuh mulai menurun sehingga memengaruhi angka kesakitan. Selain itu dapat dilihat dari gaya hidup seseorang tersebut yaitu pada

masa mudanya sering merokok, minum minuman yang mengandung zat aspartame, kurang minum air putih saat melakukan pekerjaan yang menyibukkan diri orang tersebut maka akan menimbulkan resiko penyakit. Proses penuaan itu ditandai dengan penurunan energi seluler yang menurunkan kemampuan seluler untuk memperbaiki diri dimana terjadinya dua fenomena yaitu penurunan fisiologi (kehilangan fungsi tubuh serta sistem organnya) dan peningkatan penyakit serta mengakibatkan prevalensi penyakit akan meningkat secara dramatik akibat peningkatan usia.

Notoatmodjo dalam penelitian Afrilia (2014) dengan judul Hubungan Karakteristik Ibu dengan Pengetahuan tentang Gizi Seimbang bagi Ibu Hamil di Puskesmas Kecamatan Palmerah Tangerang yang menyatakan bahwa umur lama hidup seseorang dihitung sejak kelahirannya. Umur terkait dengan kedewasaan berpikir. Individu dengan usia dewasa cenderung mempunyai tingkat pengetahuan yang lebih baik dibandingkan dengan individu dengan usia yang jauh lebih muda. Menurut Afrilia semakin dewasa usia seseorang, cenderung akan lebih baik pengetahuannya tentang suatu hal dibandingkan dengan usia yang lebih muda yang dibuktikan dengan dari 27 responden, ibu yang berumur >20 tahun yang memiliki pengetahuan baik sebanyak 19 responden (47,5%)

Analisa peneliti dalam hal ini kemungkinan dikarenakan lebih banyak pasien hemodialisa berumur 50 tahun ke atas yang berobat ke Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan dan memiliki pengetahuan yang baik karena sebelum melakukan hemodialisa dokter memberikan *informed consent*. Mengacu pada hasil penelitian tersebut dapat dijelaskan bahwa usia 50 tahun ke atas cenderung mengetahui

tentang hemodialisa di karenakan pengalaman yang didapatkan lebih banyak mengenai informasi tentang hemodialisa baik yang didapat dari perawat hemodialisa, dokter, ahli gizi yang ada di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan maupun seminar tentang Hari Ginjal Sedunia yang diselenggarakan oleh Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan setiap tanggal 8 Maret.

Pengetahuan responden tentang hemodialisa juga dilihat dari karakteristik jenis kelamin, hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi yang paling tinggi dalam kategori pengetahuan yang baik adalah jenis kelamin perempuan sebanyak 14 responden (46,7%) diikuti laki-laki sebanyak 13 responden (43,3%). Dalam hal ini, belum ditemukannya literatur yang mengatakan jenis kelamin yang mempengaruhi pengetahuan tentang hemodialisa.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Desitasari (2014) dengan judul Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Sikap terhadap Kepatuhan Diet Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisa di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru yang mengatakan bahwa penelitian yang dilakukan terhadap 36 responden menunjukkan bahwa mayoritas responden jenis kelamin laki-laki sebanyak 22 responden (61,1%). Hal tersebut karena sebagian besar ditemukan di lapangan yang paling banyak adalah laki-laki yang disebabkan karena faktor pola makan dan pola hidup responden laki-laki yang suka merokok dan minum kopi. Menurut analisa peneliti, pada saat melakukan penelitian didapatkan informasi bahwa 30 responden rutin melakukan hemodialisa yaitu 2 kali satu minggu. Hal ini kemungkinan karena alasan responden rutin melakukan

hemodialisa akibat responden sudah paham tentang aturan hemodialisa dan sudah memiliki pengetahuan yang baik tentang hemodialisa.

Pengetahuan responden tentang hemodialisa juga dilihat dari karakteristik suku. Hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi yang paling tinggi dalam kategori yang baik adalah suku Batak Toba dan Batak Karo yang menunjukkan hasil masing-masing sebanyak 10 responden (33,3%) dan yang rendah adalah suku Batak Pakpak dan Batak Simalungun menunjukkan hasil masing-masing sebanyak 1 responden (3,3%). Dalam hal ini peneliti tidak menemukan literatur maupun penelitian yang mengatakan bahwa suku dapat mendukung pengetahuan tentang hemodialisa. Hal ini kemungkinan terjadi karena letak geografis daerah Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan berada di daerah Kecamatan Medan Polonia dan suku yang banyak adalah Suku Batak Toba dan Batak Karo yang mengakibatkan orang yang berkunjung ke Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan untuk berobat adalah suku Batak Toba dan Batak Karo. Hal ini yang mempengaruhi pengetahuan responden tentang hemodialisa.

Pengetahuan responden tentang hemodialisa juga dilihat dari karakteristik pekerjaan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi yang paling tinggi adalah pekerjaan sebagai IRT sebanyak 10 responden (33,3%). Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan teori Notoatmodjo (2011) yang mengatakan lingkungan pekerjaan dapat menjadikan seseorang memperoleh pengalaman dan pengetahuan baik secara langsung maupun secara tidak langsung. Sementara menurut peneliti pengalaman bekerja sebagai IRT yang didapatkan tidak terlalu banyak. Namun hasil penelitian ini didukung oleh penelitian Arosa (2014) dengan judul Hubungan

Tingkat Pengetahuan tentang Hemodialisa dengan Tingkat Kecemasan Menjalani Terapi Hemodialisa di Rumah Sakit Umum Daerah Arifin Achmad Pekanbaru yang menyatakan bahwa dari 29 responden perempuan, 21 responden (40,4%) bekerja sebagai IRT.

Anderson dalam Sentana (2016) mengatakan bahwa salah satu faktor struktur sosial yaitu pekerjaan akan mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan, pekerjaan seseorang dapat mencerminkan sedikit banyaknya informasi yang diterima, informasi tersebut akan membantu seseorang dalam mengambil keputusan untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada. Sesuai dengan hasil yang didapat bahwa pekerjaan memiliki kaitan yang cukup besar terhadap pengetahuan pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa.

Analisa peneliti dalam hal ini bahwa pekerjaan sebagai IRT tidak menambah wawasan maupun informasi yang menunjang pengetahuan karena ruang lingkup pekerjaan sebagai IRT hanya sebatas pekerjaan rumah saja seperti menyapu, mencuci, memasak, dll. Hal ini tidak menutup kemungkinan bahwa pekerjaan sebagai IRT tidak mendapatkan informasi pengetahuan tentang hemodialisa karena responden yang bekerja sebagai IRT dapat menambah informasi tentang hemodialisa dari sumber-sumber informasi seperti media cetak, media elektronik, internet dan televisi.

Pengetahuan responden tentang hemodialisa juga dilihat dari karakteristik pendidikan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi yang tinggi memiliki pengetahuan tentang hemodialisa dalam kategori baik adalah pendidikan tinggi sebanyak 11 responden (36,6%) dan yang rendah adalah pendidikan rendah

sebanyak 7 responden (23,4%). Hasil penelitian ini didukung oleh Notoatmodjo (2011) yang mengatakan bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang, maka semakin mudah pula mereka menerima informasi. Pada akhirnya, makin banyak pula pengetahuan yang dimilikinya. Sebaliknya, jika seseorang memiliki tingkat pengetahuan yang rendah, maka akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap penerimaan, informasi dan nilai-nilai yang baru diperkenalkan.

Muwarni (2014) mengatakan bahwa pada umumnya, pengetahuan sendiri dipengaruhi oleh faktor pendidikan formal bahwa pengetahuan sangat erat hubungannya dengan pendidikan, yang diharapkan bahwa dengan pendidikan yang tinggi maka orang tersebut akan semakin luas pula pengetahuannya akan tetapi, perlu ditekankan, bukan berarti seseorang yang berpendidikan rendah mutlak berpengetahuan rendah pula. Pengetahuan itu sendiri dipengaruhi oleh faktor pendidikan formal.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Desitasari (2014) tentang Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Sikap terhadap Kepatuhan Diet Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisa di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru yang mengatakan bahwa dari 36 responden, proporsi yang tinggi memiliki pendidikan sedang sebanyak 18 responden (33,3%) dan yang terendah pendidikan tinggi sebanyak 6 responden (16,67%).

Mellydar dalam Sentana (2016) pendidikan sangat memengaruhi seseorang terhadap pengetahuan yang dimilikinya dimana melalui pendidikan maka seseorang akan dapat mengembangkan potensi dirinya dan memperoleh

pengetahuan maupun keterampilan-keterampilan yang dibutuhkannya untuk meningkatkan derajat kesehatannya. Selain dari faktor pendidikan, ada juga faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang yaitu faktor lingkungan dan pengalaman dimana lingkungan juga dapat mempermudah manusia mendapatkan informasi, kemudahan memperoleh informasi dapat membantu mempercepat seseorang untuk memperoleh pengetahuan yang baru.

Analisa peneliti dalam hal ini bahwa pendidikan merupakan hal penting, dalam rangka memberikan bantuan terhadap pengembangan individu seutuhnya, dalam arti supaya dapat mengembangkan potensi yang dimilikinya. Dengan pendidikan yang tinggi diharapkan pemahaman komunikasi, informasi, dan edukasi akan lebih baik. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin tinggi tingkat pengetahuan yang dimiliki karena semakin mudah untuk menerima informasi yang dibutuhkan khususnya tentang hemodialisa yang dijalankan oleh responden.

Pengetahuan responden tentang hemodialisa juga dilihat dari karakteristik lamanya menjalani hemodialisa. Hasil penelitian menunjukkan bahwa lama menjalankan hemodialisa, proporsi yang paling tinggi dengan kategori pengetahuan baik adalah lama menjalankan hemodialisa kategori sedang (13–24 bulan) sebanyak 11 responden (36,6%) sedangkan kategori pengetahuan cukup adalah lama menjalankan hemodialisa sedang (13–24 bulan) sebanyak 3 responden (10%). Hasil penelitian ini didukung oleh Notoatmodjo (2011) yang mengatakan bahwa pengalaman adalah suatu kejadian yang pernah dialami seseorang dalam berinteraksi dengan lingkungannya. Menurut analisa peneliti,

pengalaman yang dimaksud dalam penelitian ini adalah hal yang didapatkan oleh responden selama melakukan hemodialisa dan berapa lama responden melakukan hemodialisa. Semakin lama responden melakukan hemodialisa maka semakin banyak pengetahuan yang didapatkan responden tentang hemodialisa.

Analisa peneliti dalam hal ini bahwa pengetahuan tentang hemodialisa sangat didukung oleh umur yang semakin tinggi maka pengetahuan juga semakin baik, dari segi pekerjaan juga mendukung seseorang dalam mendapatkan informasi yang lebih luas lagi, berdasarkan pendidikan yang sangat mendukung proses belajar, makin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah menerima informasi baik dari orang maupun media massa, serta lama menjalani hemodialisa yang dianggap memiliki pengetahuan yang baik akibat pengalaman yang sudah didapatkan.

Penelitian Arosa (2014) dengan judul Hubungan Tingkat Pengetahuan tentang Hemodialisa dengan Tingkat Kecemasan Menjalani Terapi Hemodialisa di Rumah Sakit Umum Daerah Arifin Achmad Pekanbaru yang mengatakan bahwa tingkat pengetahuan tentang hemodialisa yang baik didukung oleh pendidikan, usia, pekerjaan, dan lama menjalani hemodialisa. Penelitian Ruslan (2014) dengan judul Gambaran Pengetahuan Perawat dalam Penanganan Pasien Trauma Kapitis di Ruang Instalasi Gawat Darurat RSUD H. Padjongadaeng Kabupaten Takalar yang mengatakan bahwa pengetahuan sangatlah penting untuk dikuasai karena tidak mungkin seseorang mendapat sesuatu kalau tidak mendapat sesuatu dan mencari informasi tentang pengetahuan tersebut.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, maka dapat diambil beberapa kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengetahuan pasien gagal ginjal kronik tentang hemodialisa di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan menunjukkan bahwa proporsi yang paling tinggi memiliki pengetahuan dalam kategori baik sebanyak 27 responden (90%), hal ini kemungkinan karena tenaga kesehatan di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan selalu memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien yang menjalani hemodialisa, mengikuti seminar yang diselenggarakan oleh Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan pada hari ginjal sedunia setiap tanggal 8 Maret, di samping itu media cetak, media elektronik dan internet juga menunjang pengetahuan responden tentang hemodialisa yang dijalankan
2. Umur responden yang memiliki pengetahuan kategori baik proporsi paling tinggi berada pada usia 50 tahun ke atas sebanyak 19 responden (63,3%), hal ini sesuai dengan teori yang mengatakan bahwa semakin tinggi usia seseorang maka tingkat pengetahuan akan semakin meningkat khususnya pengetahuan responden tentang hemodialisa.
3. Jenis kelamin responden yang memiliki kategori pengetahuan baik proporsi yang paling tinggi adalah jenis kelamin perempuan sebanyak 14 responden (46,7%), hal ini tidak didukung oleh teori, karena jenis

kelamin laki-laki maupun perempuan rutin melakukan hemodialisa yaitu 2 kali satu minggu akibat responden sudah paham tentang aturan hemodialisa dan sudah memiliki pengetahuan yang baik tentang hemodialisa.

4. Suku responden didapatkan proporsi yang paling tinggi adalah Batak Toba dan Batak Karo memiliki pengetahuan yang baik masing-masing sebanyak 10 responden (33,%), hal ini tidak didukung literatur karena letak geografis Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan yang berada di daerah Medan di domisili oleh suku Batak Toba dan Batak Karo.
5. Pekerjaan responden didapatkan proporsi yang paling tinggi memiliki pengetahuan yang baik adalah pekerjaan sebagai IRT sebanyak 10 responden (33,3%) dan hal ini tidak sejalan literatur, namun responden yang bekerja sebagai IRT dapat menambah informasi tentang hemodialisa dari sumber-sumber informasi seperti media cetak, media elektronik, internet dan televisi.
6. Pendidikan responden didapatkan proporsi yang paling tinggi memiliki kategori pengetahuan baik adalah yang memiliki pendidikan tinggi sebanyak 11 responden (36,6%) dan hal ini sesuai dengan teori yang mengatakan bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang maka akan mempermudah informasi yang diterima.
7. Lama menjalani hemodialisa didapatkan proporsi yang paling tinggi pengetahuan baik adalah lama menjalani hemodialisa kategori sedang (13-24 bulan) sebanyak 11 responden (36,6%) dan hal ini didukung

oleh literatur yang mengatakan bahwa pengalaman mempengaruhi pengetahuan khususnya pengetahuan tentang hemodialisa.

6.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, dapat diambil beberapa saran sebagai berikut:

1. Disarankan agar Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tetap mempertahankan pemberian informasi yang sudah baik terhadap pasien yang menjalani hemodialisa, hal ini akan menyebabkan pasien hemodialisa akan rutin mengikuti program hemodialisa sehingga pasien dapat meningkatkan kualitas kesehatan.
2. Disarankan kepada seluruh pasien yang menjalani hemodialisa tetap melakukan hemodialisa dengan rutin dan tetap mempertahankan serta mengembangkan pengetahuan dengan mengikuti aturan-aturan hemodialisa untuk mempertahankan kehidupan dan menunjang kesehatan karena tidak ada perbedaan umur yang menghambat seseorang untuk memperoleh pengetahuan.
3. Disarankan kepada peneliti selanjutnya untuk terus mencari sumber-sumber yang menunjang terkait jenis kelamin dapat mendukung pengetahuan, karena hasil penelitian yang didapatkan bahwa jenis kelamin tidak menjadi penentu pengetahuan yang baik bagi seseorang khususnya pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa.
4. Disarankan agar Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tetap memberikan pelayanan kesehatan yang tidak pernah membedakan suku, untuk itu

diharapkan kepada pasien agar tetap menjalankan hemodialisa dengan rutin dan memperbanyak informasi tentang hemodialisa dari dokter, perawat hemodialisa, ahli gizi dan lain-lainnya.

5. Disarankan kepada petugas kesehatan agar tetap memberikan pelayanan kesehatan kepada responden yang memiliki pekerjaan sebagai IRT dan menyarankan kepada responden agar terus mencari informasi-informasi yang berkaitan hemodialisa untuk menjuang pengetahuan yang lebih baik lagi.
6. Disarankan kepada pasien yang memiliki pengetahuan tinggi agar tetap menggunakan sumber-sumber yang telah diberikan dan terus menggali sumber-sumber yang mendukung pengetahuan tentang hemodialisa.
7. Disarankan kepada petugas kesehatan agar tetap memberikan informed consent sebelum melakukan tindakan hemodialisa dan memberikan pendidikan kesehatan saat melakukan hemodialisa karena lama menjalani hemodialisa berkaitan pengalaman yang didapatkan tentang hemodialisa.

DAFTAR PUSTAKA

- Afrilia (2014). *Hubungan Karakteristik Ibu dengan Pengetahuan tentang Gizi Seimbang bagi Ibu Hamil di Puskesmas Kecamatan Palmerah Tangerang*. Diakses 1 Mei 2018; <http://147-270-1-SM.searchyahoo.co.id>
- Arosa (2014). *Hubungan Tingkat Pengetahuan tentang Hemodialisa dengan Tingkat Kecemasan Menjalani Terapi Hemodialisa di Rumah Sakit Umum Daerah Arifin Achmad Pekanbaru*. Diakses 4 April 2018; <https://media.neliti.com>
- Bayhakki (2014). *Seri Asuhan Keperawatan Klien Gagal Ginjal*. Jakarta: EGC.
- Desitasari (2014). *Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Sikap terhadap Kepatuhan Diet Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisa di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru*. Diakses 4 Mei 2018; <https://ejournal.unsrat.ac.id>
- Grove, Susan K. (2015). *Understanding Nursing Research Building an Evidence-Based Practice*. Cina: Elsevier.
- Harimisa, Caludia; Estefina M; Margaretha B. (2017). *Hubungan Pengetahuan Pasien Gagal Ginjal Kronik dengan Pengendalian Masukan Cairan di Rumah Sakit Umum Pusat Prof. Dr. R. D. Kandou Manado*. Diakses 22 Januari 2018; <https://www.google.co.id>
- Izzati (2016). *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Pasien yang Menjalani Hemodialisis di Ruang Hemodialisa di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi*. Diakses 28 Januari 2018; <http://ejournal.bktt.ac.id>
- Jha, Vivekanand (2013). *Global Kidney Disease: Global Dimension and Perspective*. Diakses 24 Januari 2018; <https://www.scinedirect.com>
- Lewis, Sharon L. (2011). *Medical surgical Nursing: assessment and Management of Clinical Problems*. Canada: Elsevier.
- Makhfudli & Ferry (2013). *Keperawatan Kesehatan Komunitas Teori dan Praktik Dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba medika.
- Morton, Patricia Gonce & Dorrie K. Fonatine (2009). *Critical Care Nursing A Holistic Approach, 9th ed*. Cina: Wolters Kluwer Health.
- Mubarak, wahit Iqbal & Nurul Chayatin (2013). *Ilmu Keperawatan Komunitas: Pengantar dan Teori*. Jakarta: Salemba Medika.

Murwani (2014). *Pendidikan Kesehatan dalam Keperawatan*. Yogyakarta: Fitramaya.

Muttaqin, Arif & Kumala Sari (2014). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Perkemihan*. Jakarta: Salemba Medika.

Notoatmodjo, Soekidjo (2011). *Kesehatan Masyarakat: Ilmu dan Seni*. Jakarta: Rineka Cipta.

_____. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Nursalam (2014). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Yogyakarta: Salemba Medika.

Polit, F. D. & Beck T. Cheryl (2012). *Nursing Research: Generating And Assessing Evidence For Nursing Practice 9th ed* Lippincott Williams & Wilkins.

Purwandi dan nugroho (2015). *Gambaran Pengetahuan Klien tentang Pencegahan Komplikasi Hipertensi di Desa Nambangan Kecamatan Selogiri Kabupaten Wonogiri*. Diakses 26 Mei 2017. <https://id.search.yahoo.com>

Pusat Data dan Informasi Kesehatan Kementerian Republik Indonesia, 2017. Diakses 14 Februari 2018; <https://www.depkes.go.id>

Raziansyah,; Widyawatu,; Adi U.. (2012). *Pengalaman dan Harapan Pasien yang Menjalani Hemodialisis di Rumah Sakit Umum Daerah Ratu Zalecha Martapura*. Diakses 24 Januari 2018; <https://journal.ugm.ac.id>

Ruslan.dkk. (2014). *Gambaran pengetahuan perawat dalam penanganan pasien trauma kapitis diruang instalasi gawat darurat RSUD H Padjonga Daeng kabupaten Takalar*. Diakses 7 Mei 2018; <https://id.search.yahoo.com>

Saputro (2017). *Pengetahuan Keluarga tetang Gagal Ginjal Kronik*. Diakses 24 Januari 2018; <https://ejournal.akperpamenang.ac.id>

Sentana (2016). *Hubungan Karakteristik Responden dengan Pengetahuan dan Sikap Pasien Diabetes Melitus tentang Perawatan Kaki di Ruang Poli Dalam Rumah Sakit Umum Provinsi Nusa Tenggara Barat*. Diakses 1 Mei 2018; <http://poltekkes-mataram.ac.id>

Setiyowati & Hastuti (2014). *Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Kecemasa Pasien Pemodialisa di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta*. Dikases 2 Mei 2018; <https://ejournal.stikespku.ac.id>

Smeltzer, Suzanne C. (2010). *Textbook of Medical Nursing, 12th ed Wolters Kluwer Health.*

Sugiyono (2016). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R & D.* Bandung: Cv.Alfabeta.

Tjokroprawiro, Askandar (2015). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam.* Surabaya: Airlangga University Press.

Wawan & Dewi (2010). *Teori & Pengukuran Pengetahuan, sikap, dan perilaku manusia Dilengkapi Contoh Kuesioner.* Yogyakarta: Nuha Medika

Wijaya, Andra Saferi (2013). *Keperawatan Medikal bedah (Keperawatan Dewasa).* Yogyakarta: Nuha Medika