

**SKRIPSI**  
**GAMBARAN PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK**  
**DI RUANGAN RAWAT INAP RUMAH SAKIT**  
**SANTA ELISABETH MEDAN**  
**TAHUN 2017**



Oleh :

**NURLITA SIMANJUNTAK**  
**012015018**

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

**SKRIPSI**  
**GAMBARAN PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK**  
**DI RUANGAN RAWAT INAP RUMAH SAKIT**  
**SANTA ELISABETH MEDAN**  
**TAHUN 2017**



Diajukan Sebagai Syarat untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan  
(A.Md.Kep) dalam Program Studi D3 Keperawatan  
Pada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan

Oleh :

NURLITA SIMANJUNTAK  
012015018

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

## LEMBAR PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama : Dian Esvani Manurung  
NIM : 012015005  
Program Studi : D3 Keperawatan  
Judul Skripsi : Gambaran Kualitas Pelayanan Kesehatan Di Poli  
BKIA Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan  
Maret 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 : Dian Esvani Manurung  
NIM : 012015005  
Judul : Gambaran Kualitas Pelayanan Kesehatan Di Poli BKIA Rumah Sakit  
Santa Elisabeth Medan Maret Tahun 2018

Menyetujui untuk Diujikan pada Ujian Seminar Hasil  
Jenjang Ahli Madya Keperawatan  
Medan, 14 Mei 2018

Mengetahui  
Ketua Program Studi D3 Keperawatan



Pembimbing



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

**Telah Diuji**

**Pada Tanggal, 14 Mei 2018**

**PANITIA PENGUJI**

**Ketua :**

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

**Anggota :**

**1.**

**Magda Siring-ringo, SST., M.Kes**

**2.**

**Hotmarina Lumban Gaol, S.Kep., Ns**

**Mengetahui**  
**Ketua Program Studi D3 Keperawatan**



**Prodi D III Keperawatan**

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

STIK



## PROGRAM STUDI DIPLOMA 3 KEPERAWATAN STIKes SANTA ELISABETH MEDAN

### Tanda Pengesahan

Nama : Dian Esvani Manurung  
NIM : 012015005  
Judul : Gambaran Kualitas Pelayanan Kesehatan Di Poli BKIA Rumah Sakit  
Santa Elisabeth Medan Maret Tahun 2018

Telah Disetujui, Diperiksa Dan Dipertahankan Dihadapan Tim Penguji  
Sebagai Persyaratan Untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan  
Pada Senin, 14 Mei 2018 Dan Dinyatakan LULUS

#### TIM PENGUJI:

Penguji I : Nasipta Ginting, SKM., S.Kep., Ns., M.Pd  
Penguji II : Magda Siringo-ringo, SST., M.Kes  
Penguji III : Hotmarina Lumban Gaol, S.Kep., Ns

#### TANDA TANGAN




Mengetahui  
Ketua Program Studi D3 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	: Dian Esvani Manurung
NIM	: 0120150105
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 Kualitas Pelayanan Di Poli BKIA Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Maret 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, 14 Mei 2018

Yang Menyatakan



(Dian Esvani Manurung)

## ABSTRAK

Nurlita Simanjuntak 012015018

Gambaran Pasien Gagal Ginjal Kronis di Ruangan Rawat Inap Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2017

Prodi D3 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan

Kata Kunci : Gagal Ginjal Kronis

(xvii+49+lampiran)

Gagal ginjal kronis adalah kemerosotan fungsi ginjal secara menetap akibat kerusakan nefron sehingga pada akhirnya akan terjadi gagal ginjal terminal. Penelitian ini dilakukan guna mengetahui gambaran pasien gagal ginjal kronis di Ruangan Rawat Inap Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2017. Jenis penelitian yang digunakan yaitu kuantitatif dengan rancangan deskriptif. Metode pengambilan data menggunakan *Total sampling* berjumlah 325 pasien dengan alat yang digunakan dalam pengambilan data dari di ruang Rekam Medis. Berdasarkan hasil penelitian diperoleh pasien yang menderita gagal ginjal kronis berdasarkan umur sebagian besar berusia 46-55 (32,92%), berdasarkan jenis kelamin sebagian besar adalah laki-laki (51,08%), berdasarkan pekerjaan adalah pasien yang berpekerjaan wiraswasta (42,46%), berdasarkan pendidikan didapatkan pasien yang berpendidikan terakhir Starata 1,2,dan 3 (44,92%), berdasarkan penyakit terdahulu sebagian besar adalah pasien yang mengalami Hipertensi (56%), berdasarkan penyakit penyerta mayoritas pasien gagal ginjal kronis mengalami anemia (33,23%), berdasarkan pemeriksaan diagnostik (BUN dan rontgen/USG) dilakukan pada semua penderita GGK (100%), dan berdasarkan penataksanaan semua pasien di beri terapi farmakologis dan pengontrolan cairan (100%), hemodialisa (81,53%), dan transplatasi ginjal (0%).

Daftar Pustaka (2009-2017)



## **ABSTRACT**

Nurlita Simanjuntak 012015018

*The Description of Chronic Kidney Failure Patients in Inpatient Room of Santa Elisabeth Hospital*

*D3 Nursing Study Program*

*Keywords: Chronic Kidney Failure*

*(xi + 49 + appendices)*

*Chronic kidney failure is the deterioration of kidney function persistently resulting from damage to the nephron so it will be terminal kidney failure in the end. This research was conducted to find out the description of patients with chronic kidney failure in Inpatient Room of Santa Elisabeth Hospital Medan in 2017. Type of research used was quantitative with descriptive design. Methods of data collection used Total sampling amounted to 325 patients with tools used in data retrieval from the Medical Record room. Based on the results of the study, patients who suffer from chronic kidney failure based on age were mostly aged 46-55 (32.92%), based on gender were mostly male (51.08%), based on occupation were self-employed patients (42 , 46%), based on the education of the last-educated patients Strata 1,2, and 3 (44,92%), based on the previous illness most of them were patients who have Hypertension (56%), based on comorbidities majority of patients with chronic renal failure experience anemia (33.23%), based on diagnostic examination (BUN and X-ray / ultrasound) was performed in all patients with CPR (100%), and based on the management of all patients given pharmacological and fluid control (100%), hemodialysis (81,53 %), and kidney transplantation (0%).*

*References (2007-2017)*

STIKES

## KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti ucapkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena berkat dan rahmat-Nya serta karunia-Nya peneliti dapat menyelesaikan penelitian ini, dengan judul **“Gambaran Pasien Gagal Ginjal Kronis Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2017”**. Penelitian ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan tahap akademik Program Studi D3 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan.

Penyusunan Penelitian ini telah banyak mendapat bantuan, bimbingan, dan dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu peneliti mengucapkan banyak terimakasih kepada yaitu :

1. Mestiana Br. Karo-karo, Skep.,Ns.,M.Kep selaku Ketua STIKes Santa Elisabeth Medan selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan yang telah memberikan kesempatan, fasilitas, bimbingan serta mengarahkan peneliti dengan penuh kesabaran untuk mengikuti serta memberikan ilmu yang bermanfaat dalam menyelesaikan penelitian ini.
2. Dr. Maria Christina, MARS selaku Direktur Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan yang telah memberikan kesempatan kepada peneliti untuk melakukan pengambilan data dan melakukan penelitian secara khusus di ruang Rekam Medis Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan dalam penyelesaian Penelitian ini.

3. Nasipta Ginting, SKM.,S.Kep.Ns.,M.Kep selaku Kaprodi D3Keperawatan STIKes Santa Elisabeth Medan yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk menyelesaikan pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan.
4. Paska Ramawati Situmorang SST.,M.Biomed.,selaku Dosen pembimbing akademik di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk menyelesaikan pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan.
5. Hotmarina Lumban Gaol Skep.,Ns.,selaku dosen pembimbing Skripsi yang telah bersedia membimbing dan mengarahkan yang terbaik dalam penyelesaian Penelitianini.
6. Nasipta Ginting, SKM.,S.Kep.Ns.,M.Kep dan Magda Siringoringo SST.,M.Kes., selaku dosen penguji II dan III yang telah bersedia membimbing dan mengarahkan dalam menyelesaikan Penelitian ini agar lebih baik.
7. Seluruh dosen dan staf pengajar di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan yang telah membantu, membimbing dan memberikan dukungan kepada peneliti dalam upaya pencapaian pendidikan dari semester I – semester VI dan di dalam menyelesaikan Penelitianini.
8. Seluruh pegawai perpustakaan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan yang telah membantu dan memberikan kesempatan kepada peneliti untuk belajar dalam menyelesaikan penelitianini.

9. Kedua orang tua peneliti, Bapak R.Simanjuntak (+) dan Ibu D.Sihotang yang selalu memberikan doa serta dukungan yang sangat luar biasa kepada peneliti.
10. Seluruh Teman-teman Mahasiswa Program Studi D3 keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan Angkatan XXIV yang memberi dukungan selama proses pendidikan dan penyusunan penelitian.

Dengan rendah hati peneliti mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang telah berpartisipasi dalam penyusunan penelitian ini, semoga Tuhan Yang Maha Kuasa membalas semua kebaikan dan bantuan yang telah diberikan kepada peneliti.

Peneliti juga menyadari bahwa penelitian ini masih jauh dari sempurna, baik isi maupun teknik penelitian. Oleh karena itu, dengan segala kerendahan hati peneliti menerima kritik dan saran yang bersifat membangun untuk kesempurnaan penelitian ini. Semoga Tuhan senantiasa mencurahkan rahmat yang melimpah kepada semua pihak yang telah banyak membantu peneliti.

Akhir kata saya ucapkan terimakasih, semoga penelitian ini dapat bermanfaat bagi kita semua dalam pengembangan ilmu pengetahuan khususnya profesi keperawatan.

Medan, 15 Mei 2018  
Peneliti

(Nurlita Simanjuntak)

## DAFTAR ISI

Sampul Depan .....	i
Sampul Dalam.....	ii
Lembar Pernyataan.....	iii
Halaman Persetujuan.....	iv
Penetapan Panitia Penguji.....	v
Halaman Pengesahan .....	vi
Lembar Pernyataan Publikasi.....	vii
Abstrak .....	viii
<i>Abstract</i> .....	ix
Kata Pengantar .....	x
Daftar isi.....	xii
Daftar Tabel .....	xvi
Daftar Bagan .....	xv

### **BAB 1 PENDAHULUAN**

1.1 latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	6
1.3 Tujuan Penelitian .....	6
1.3.1 Tujuan Khusus .....	6
1.3.2 Tujuan Umum .....	6
1.4 Mamfaat Penelitian.....	8
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	8
1.4.2 Manfaat Praktis .....	8

### **BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA**

2.1 Gagal Ginjal Kronis .....	9
2.1.1 Defenisi .....	9
2.1.2 Etiologi.....	10
2.1.3 Fatofisiologi .....	11
2.1.4 Manifestasi Klinis .....	13
2.1.5 Komplikasi.....	14
2.1.6 Kewaspadaan Klinis.....	15
2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik.....	15
2.1.8 Penetalaksanaan Medis .....	16
2.1.9 Klasifikasi .....	19
2.2 Data Demografi .....	20
2.2.1 Gambaran Pasien GJK Berdasarkan Usia .....	20
2.2.2 Gambaran Pasien GJK Berdasarkan Jenis Kelamin .....	21
2.2.3 Gambaran Pasien GJK Berdasarkan Pekerjaan .....	21
2.2.4 Gambaran Pasien GJK Berdasarkan Pendidikan.....	24
2.2.5 Gambaran Pasien GJK Berdasarkan Penyakit Terdahulu .....	23
2.2.6 Gambaran Pasien GJK Berdasarkan Penyakit Penyerta.....	23

<b>BAB 3 KERANGKA KONSEP.....</b>	<b>24</b>
3.1 Kerangka Konsep.....	24
<b>BAB 4 METODE PENELITIAN .....</b>	<b>25</b>
4.1 Rancangan Penelitian.....	25
4.2 Populasi Dan Sampel.....	25
4.2.1 Populasi.....	25
4.2.2 Sampel.....	25
4.2.3 Teknik sampling.....	26
4.3 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional.....	26
4.3.1 Variabel Penelitian.....	27
4.3.2 Definisi Operasional.....	27
4.4 Instrumen Penelitian .....	29
4.5 Lokasi dan Waktu Penelitian .....	30
4.5.1 Lokasi.....	30
4.5.2 Waktu.....	30
4.6 Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan Data.....	30
4.6.1 Teknik pengambilan data.....	31
4.6.2 Teknik pengumpulan data.....	31
4.7 Kerangka Operasional .....	31
4.8 Analisa Data.....	32
4.9 Etika Penelitian.....	33
<b>BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>34</b>
5.1 Hasil Penelitian.....	34
5.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian .....	34
5.1.2 Hasil deskripsi data demografi.....	38
5.2 Pembahasan .....	
5.2.1 Deskriptif pasien GGK berdasarkan data demografi .....	39
5.2.2 Deskriptif pasien yang mengalami GGK penyakit terdahulu .....	41
5.2.3 Deskriptif pasien yang mengalami GGK penyakit penyerta .....	42
5.2.4 Deskriptif pasien mengalami GGK pemeriksaan diagnostik.....	43
5.2.5 Deskriptif pasien yang mengalami GGK penatalaksanaan .....	44
<b>BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>45</b>
6.1 Kesimpulan .....	45
6.2 Saran .....	47

## DAFTAR PUSTAKA

## LAMPIRAN

1. Pengajuan Judul Proposal
2. Lembar Permohonan Pengambilan Data Awal



3. Surat Izin Pengambilan Data Awal
4. Surat Permohonan Izin Penelitian
5. Surat Persetujuan Izin Penelitian
6. Ceklis Pengambilan Data
7. Surat Selesai Melakukan Penelitian
8. Lembar Bimbingan

STIKES Santa Elisabeth Medan

## DAFTAR TABEL

No		Hal
Tabel 4.1	Variabel Dan Defenisi Operasional Pasien Gagal Ginjal Kronis di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2017....	29
Tabel 5.2	Distribusi Penderita Gagal Ginjal Kronis Berdasarkan Data Demografi Di Ruangan Rawat Inap Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2017.....	38
Tabel 5.3	Distribusi Penderita Gagal Ginjal Kronis Berdasarkan Penyakit Terdahulu Di Ruangan Rawat Inap Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2017.....	39
Tabel 5.4	Distribusi Penderita Gagal Ginjal Kronis Berdasarkan Penyakit Penyerta Di Ruangan Rawat Inap Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2017.....	39
Tabel 5.5	Distribusi Penderita Gagal Ginjal Kronis Berdasarkan Pemeriksaan Diagnostik Di Ruangan Rawat Inap Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2017.....	40
Tabel 5.6	Distribusi Penderita Gagal Ginjal Kronis Berdasarkan Penatalaksanaan Di Ruangan Rawat Inap Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2017.....	40

## DAFTAR BAGAN

No		Hal
Bagan 2.1	Pathway Gagal Ginjal Kronik.....	10
Bagan 3.2	Kerangka Konsep Gambaran Pasien gagal Ginjal Kronis.....	20
Bagan 4.3	Kerangka Operasional Gambaran Pasien Gagal Ginjal Kronis di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan.....	25

## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

Penyakit ginjal kronis adalah penurunan fungsi ginjal yang rendah, progresif, ireversibel yang mengakibatkan ketidakmampuan ginjal untuk melemahkan produk limbah dan cairan mantel dan keseimbangan elektrolit. Ciri-ciri dari gagal ginjal kronis ini adalah kulit berwarna kuning tembaga akibat perubahan proses metabolik, kulit kering serta bersisik dan rasa gatal hebat akibat *uremic frost*. Pada akhirnya, ini mengarah pada penyakit ginjal tahap akhir dan penatalaksanaan yang dilakukan adalah dengan menjalani terapi Hemodialisa atau transplantasi ginjal untuk menopang kehidupan. Komplikasi yang terjadi pada gagal ginjal kronis ini adalah hipertensi, hiperkalemia, anemia dan gangguan lainnya. (Patricia and Dorrie, 2009).

Pada suatu derajat pasien tertentu gagal ginjal memerlukan terapi pengganti ginjal yang tetap, berupa dialisis ataupun berupa tranplantasi ginjal. Saat ini karena ketidakefektifannya, hemodialisa (HD) merupakan terapi pengganti ginjal yang paling banyak digunakan. Pada terapi ini, fungsi ginjal dalam membersihkan dan mengatur kadar plasma di gantikan oleh mesin. Penyakit ginjal kronis akan mengalami perkembangan ke arah yang semakin berat, jika tidak di obati dengan benar. Pengobatan ini pun tidak akan bisa membuat ginjal kembali normal, tetapi bisa menghambat progresi penyakit. Dan jika pengobatan tersebut tidak juga membaik bisa mengarah ke gagal ginjal

kronis. Gagal ginjal kronis ini tidak bisa di sembuhkan (Saputro dan Susilowati 2016).

Menurut *United State Renal Data System* (2013) di amerika Serikat prevelensi penyakit gagal ginjal kronis meningkat 20-25 % setiap tahun (Alfians dkk. 2017). WHO memprediksi jumlah penderita gagal ginjal kronis di Indonesia diperkirakan semakin meningkat, yaitu akan terjadi peningkatan antara 1995-2015 sebesar 41,4% (Tamba dkk. 2016). Diperkirakan lebih dari 20 juta (lebih dari 10%) orang dewasa di Amerika Serikat mengalami penyakit gagal ginjal kronis. *World Health Organization* (WHO) menyebutkan pertumbuhan penderita gagal ginjal krinis pada tahun 2013 meningkat hingga 50% dari tahun sebelumnya, dan WHO memperkirakan angka kematian di sebabkan oleh penyakit di Indonesia mencapai 54 % dari seluruh penyebab kematian. Salah satu penyakit kronis yang angka kejadiannya meningkat setiap tahunnya adalah penyakit gagal ginjal kronis. Selain itu 4,5 dari populasi Amerika Serikat telah berada pada derajat 3 dan 4. Di Malaysia dengan populasi 18 juta diperkirakan 1800 kasus baru gagal ginjal per tahun (Sutwira, 2007 (Gani dkk. 2017)). Di negara-negara berkembang lainnya, insiden ini diperkirakan sekitar 60 juta per tahun. Di Indonesia dari data yang di dapatkan berdasarkan serum kreoninin yang abnormal, diperkirakan pasien gagal ginjal kronis sekitar 2000 per juta penduduk, dan yang tertinggi di Sulawesi Tengah sebesar 0,5%, di ikuti Aceh, Gorontalo, dan Sulawesi utara menempati urutan ke 4 tertinggi dari 33 provinsi dengan relevansi 0,4 pada tahun 2013, sementara Nusa tenggara Timur, Sulawesi Selatan, Lampung, Jawa Barat, Jawa Tengah, di Yogyakarta, dan Jawa Timur masing-masing 0,3%.

Di Provinsi Sumatera Utara dilaporkan terdapat 392 pasien yang di diagnosa gagal ginjal kronis tahap akhir (Sutwira, 2007 dalam Gani dkk. 2017).

Hasil penelitian dari Eko Prasetyo (2013) menunjukkan bahwa jenis kelamin terbanyak yang mengalami gagal ginjal kronis adalah Perempuan yaitu 71%, sedangkan laki-laki 29%. Desitasari tentang “Hubungan Tingkat Pengetahuan Pasien Gagal Ginjal Kronik” sebagian besar adalah pasien yang berusia 40-60 tahun (69,4%). Hasil penelitian Nafira, 2017 menunjukkan bahwa distribusi penderita gagal ginjal kronis terbanyak pada usia 55-65 tahun, distribusi penderita gagal ginjal kronis berdasarkan jenis kelamin memperlihatkan bahwa yang terbanyak ialah jenis kelamin laki-laki yakni 75,5%. Hasil penelitian Angelbertus, 2016 tentang “Gambaran Mekanisme Koping Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik” mengatakan bahwa responden yang terbanyak adalah pada rentang usia 41-60 sebanyak 32 orang (56%) dan juga hasil penelitian dari Desitasari tentang “Hubungan Tingkat Pengetahuan Pasien Gagal Ginjal Kronis” adalah usia 40-60 tahun (69,4%). Hasil penelitian dari S.R. Hooper mengatakan bahwa Anak-anak dan remaja dengan penyakit ginjal kronis berisiko mengalami berbagai kesulitan dalam perkembangan neurodevelopmental, dan Masalah sosial-perilaku yang dilaporkan bersifat internalisasi (misalnya depresi, kecemasan, somatisasi). Insiden gagal ginjal kronis menurut Kimberly, 2014 dapat menyerang 2 dari 100.000 orang dan dapat terjadi pada semua usia tetapi lebih sering terjadi pada orang dewasa usia 40 tahun ke atas (Kimberly, 2014). Berdasarkan hasil penelitian Desitasari, penderita yang banyak mengalami gagal ginjal kronis adalah pasien yang berpendidikan terahir SMA.



Hasil observasi yang didapat pada tanggal 26 januari 2018 dari Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan menunjukkan bahwa pada tahun 2016 jumlah pasien yang mengalami gagal ginjal kronis Rawat Inap sebanyak 88 orang, dengan perbandingan jenis kelamin laki-laki 39 orang dan perempuan 49 orang.

Hasil penelitian yang di lakukan di peroleh hasil penderita gagal ginjal kronis tahun 2017 berjumlah 325 orang dan karakteristik berdasarkan usia di dapatkan sebagian besar adalah umur 46-55 tahun yaitu 107 orang (32,92%), jenis kelamin didapatkan sebagian besar adalah laki-laki yaitu 166 orang (51,08%), berdasarkan jenis pekerjaan di peroleh sebagian besar adalah pasien yang berpekerjaan sebagai pegawai swasta (wiraswasta) yaitu sebanyak 138 (42,46%), berdasarkan pendidikan didapatkan sebagian besar berpendidikan terakhir Starata 1,2,dan 3 (44,92%), berdasarkan penyakit terdahulu di peroleh hasil sebagian besar adalah pasien yang mengalami hipertensi yaitu 192 orang (56%), berdasarkan pemeriksaan diagnostik di peroleh hasil dilakukannya pemeriksaan BUN dan rontgen dan USG (100%) pada semua penderita GGK dan berdasarkan penatalaksanaan diperoleh dengan hasil pasien yang menjalani terapi farmakologi dan pengontrolan cairan di lakukan terhadap semua pasien (100%) dan terapi hemodialisa sebanyak 265 orang (81,53%).

## **1.2. Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian dalam latar belakang di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimana gambaran pasien gagal ginjal kronik Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan pada tahun 2017 ?”

### **1.3. Tujuan Penelitian**

#### **1.3.1 Tujuan umum**

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran pasien gagal ginjal kronis Di Ruangan Rawat Inap Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2017.

#### **1.3.2 Tujuan khusus**

1. Mengidentifikasi gambaran pasien gagal ginjal kronik berdasarkan jumlah total penderita di Ruangan Rawat Inap Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2017.
2. Mengidentifikasi gambaran pasien gagal ginjal kronik berdasarkan usiadi Ruangan Rawat Inap Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2017.
3. Mengidentifikasi gambaran pasien gagal ginjal kronik berdasarkan jenis kelamin di Ruangan Rawat Inap Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2017.
4. Mengidentifikasi gambaran pasien gagal ginjal kronik berdasarkan pekerjaan di Ruangan Rawat Inap Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2017
5. Mengidentifikasi gambaran pasien gagal ginjal kronik berdasarkan Pendidikan di Ruangan Rawat Inap Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2017.
6. Mengidentifikasi gambaran pasien gagal ginjal kronik berdasarkan penyakit terdahulu di Ruangan Rawat Inap Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2017.

7. Mengidentifikasi gambaran pasien gagal ginjal kronik berdasarkan penyakit penyerta (komplikasi) di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2017.
8. Mengidentifikasi gambaran pasien gagal ginjal kronik berdasarkan pemeriksaan diagnostik (BUN, dan Rontgen/USG) di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2017
9. Mengidentifikasi gambaran pasien gagal ginjal kronik berdasarkan penatalaksanaan di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2017.

#### **1.4 Manfaat Penelitian**

##### **1.4.1 Manfaat teoritis**

Sebagai salah satu sumber bacaan penelitian dan pengembangan ilmu tentang gambaran pasien gagal ginjal kronik, dan penelitian ini juga dapat digunakan oleh institusi pelayanan kesehatan.

##### **1.4.2 Manfaat praktis**

###### **1. Bagi Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan**

Menambah keluasan ilmu dan teknologi terapan bidang keperawatan dalam menggambarkan pasien yang mengalami pasien gagal ginjal kronik.

###### **2. Bagi Penulis**

Memperoleh pengalaman dalam mengaplikasikan hasil riset keperawatan khususnya studi kasus tentang gambaran pasien gagal ginjal kronik.

### 3. Bagi Institusi

Dapat dijadikan sebagai bahan bacaan di bidang keperawatan khususnya dalam menggambarkan pasien pasien gagal ginjal kronik serta diharapkan bisa membantu proses pembelajaran.

STIKES Santa Elisabeth Medan

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Gagal Ginjal Kronik**

##### **2.1.1 Defenisi**

Penyakit ginjal kronis adalah kemerosotan fungsi ginjal yang rendah, progresif, ireversibel yang mengakibatkan ketidakmampuan ginjal untuk melemahkan produk limbah dan cairan mantel dan keseimbangan elektrolit. Pada akhirnya, ini mengarah pada penyakit ginjal tahap akhir dan kebutuhan akan penggantian terapi atau transplantasi ginjal untuk menopang kehidupan (Patricia and Dorrie, 2009).

Penyakit ginjal kronis melibatkan penurunan fungsi ginjal secara progresif dan ireversibel. Penyakit ginjal menghasilkan prakarsa kualitas dari ginjal yang mendefinisikan gagal ginjal kronis baik sebagai akibat dari kerusakan ginjal atau penurunan *Glomerular Filtration Rate* (GFR) kurang dari 60 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> selama lebih dari 3 kali. Pada saat ini, RRT (dialisis atau transplantasi) diperlukan untuk mempertahankan kehidupan (Lewis, 2014)

Gagal ginjal kronis merupakan sindroma klinis karena penurunan fungsi ginjal secara menetap akibat kerusakan nefron. Proses penurunan fungsi ginjal ini berjalan secara kronis dan progresif sehingga pada akhirnya akan terjadi gagal ginjal terminal (GGT) atau *End State Renal Diseases* (ESRD) (Tjokroprawiro, 2015).

##### **2.1.2 Etiologi**

Begitu banyak kondisi klinis yang bisa menyebabkan terjadinya gagal ginjal kronis. Salah satunya penyebab utama gagal ginjal kronis adalah Diabetes

Melitus (DM). Akan tetapi apapun sebabnya, respons yang terjadi adalah penurunan fungsi ginjal secara progresif. Kondisi klinis yang memungkinkan dapat mengakibatkan Gagal Ginjal Kronis bisa disebabkan dari ginjal sendiri dan diluar ginjal (Tjokroprawiro, 2015).

1. Penyakit dari ginjal
  - a. Penyakit pada saringan (glomerulus) : glomerulonefritis
  - b. Infeksi kuman : pyelonefritis, ureteritis.
  - c. Batu ginjal: nefrolitiasis
  - d. Kista di ginjal: Polcystis Kidney
  - e. Trauma langsung pada ginjal
  - f. Keganasan pada ginjal
  - g. Sumbatan: batu, tumor, penyempitan/striktur.
2. Penyakit umum di luar ginjal
  - a. Penyakit sistemik: diabetes melitus, hipertensi, kolestrol tinggi
  - b. Dyslipidemia
  - c. Infeksi di dalam: TBC paru, sifilis, malaria, hepatitis
  - d. Preeklamsi
  - e. Obat-obatan
  - f. Kehilangan banyak cairan yang mendadak (Tjokroprawiro, 2015).

### 2.1.3 Patofisiologi

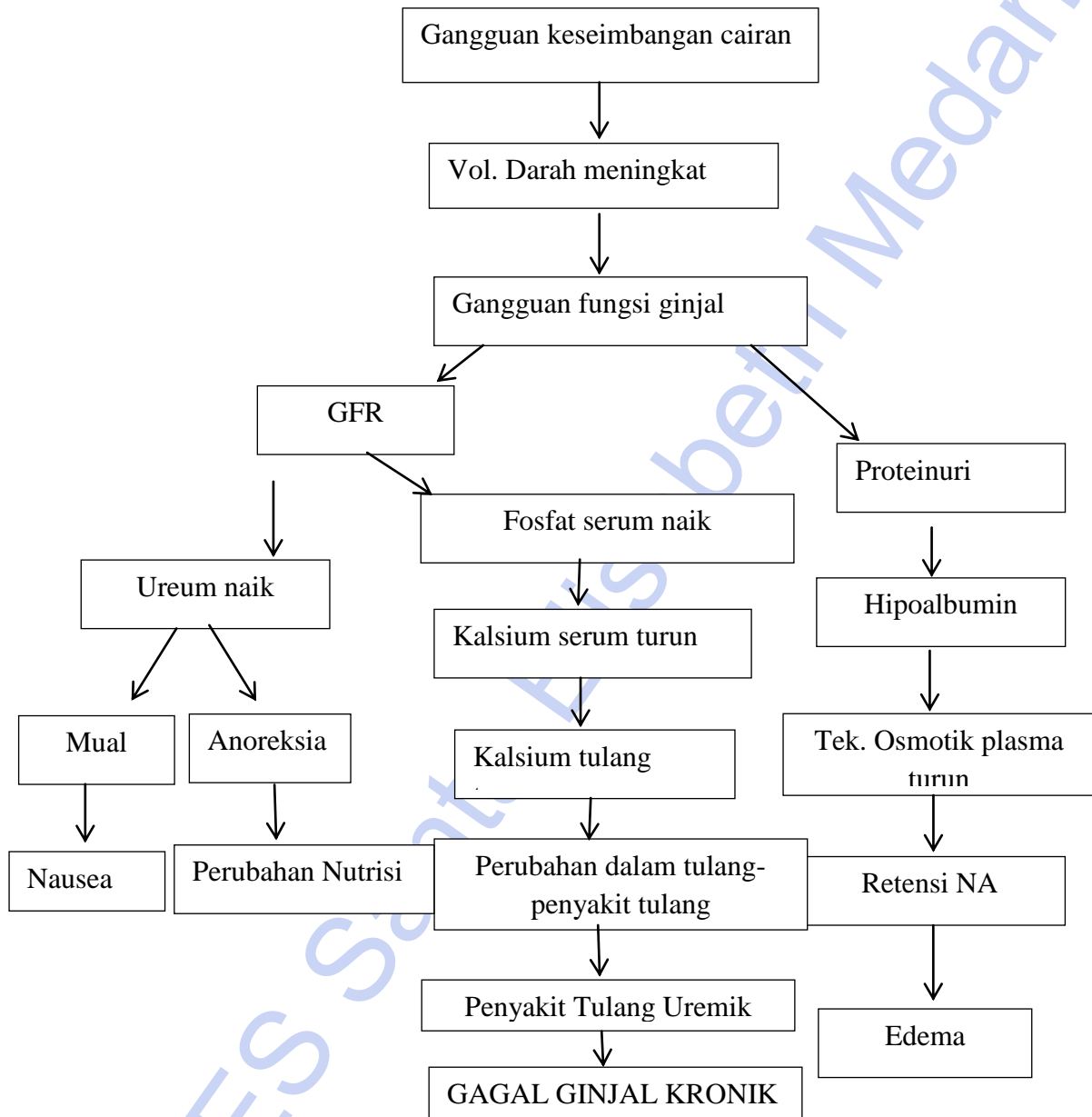
Secara ringkas patofisiologi gagal ginjal kronis dimulai pada fase awal gangguan keseimbangan cairan, penanganan garam, serta penimbunan zat-zat sisa masih bervariasi dan bergantung pada bagian ginjal yang sakit. Sampai fungsi



ginjal turun kurang dari 25% normal, manifestasi klinis gagal ginjal kronis mungkin minimal karna nefron-nefron sisa yang sehat mengambil alih fungsi nefron yang rusak. Nefron yang tersisa meningkatkan kecepatan filtrasi, reabsorpsi, dan sekresinya, serta mengalami hipertropi (Bruner and Suddart 2010).

Seiring dengan makin banyaknya nefron yang mati, maka nefron yang tersisa menghadapi tugas yang semakin berat sehingga nefron-nefron tersebut ikut rusak dan akhirnya mati. Sebagian dari siklus kematian ini nampaknya 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 dapat menyebabkan 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 respon 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. Fungsi renal menurun, produk akhir metabolisme protein (yang normalnya di ekskresikan kedalam urine) tertimbun dalam darah. Terjadi uremia dan mempengaruhi setiap sistem tubuh. Semakin banyak timbunan produk sampah, maka gejala akan semakin berat. Banyak gejala uremia membaik setelah dialisis (Bruner and Suddart 2010).

**Bagan 2.1 Patway Gagal Ginjal Kronis**



(Bruner and Suddart 2010).

#### 2.1.4 Manifestasi klinis

Karena pada gagal ginjal kronis setiap sistem tubuh dipengaruhi oleh kondisi uremia, maka pasien akan memperlihatkan sejumlah tanda dan gejala.

Keparahan tanda dan gejala bergantung pada bagian dan tingkat kerusakan ginjal, kondisi lain yang mendasari, dan usia pasien (Lewis, 2014).

Manifestasi kardiovaskular, gagal ginjal kronis mencakup hipertensi (akibat retensi cairan dan natrium dari aktivasi sistem renin-angiotensin-aldosteron), gagal jantung kongestif, dan adema pulmoner (akibat cairan berlebih), dan perikarditis (akibat iritasi pada lapisan perikardial oleh toksin uremik) (Lewis, 2014).

Gejala dermatologi yang sering terjadi mencakup rasa gatal yang parah (pruritis). Butiran uremik, suatu penumpukan kristal urea dikulit, saat ini jarang terjadi akibat penanganan yang dini dan agresif pada penyakit ginjal tahap akhir. Gejala gastroentestinal juga sering terjadi dan mencakup anoreksia, mual, muntah, dan cegukan. Perubahan neuromuskular mencakup perubahan tingkat kesadaran, tidak mampu berkonsentrasi, kedutan otot, dan kejang (Lewis, 2014).

Tanda dan gejala gagal ginjal kronis meliputi:

1. Hipervolemia akibat retensi natrium
2. Hipokalsemia dan hiperkalsemia akibat ketidakseimbangan elektrolit
3. Azotemia akibat retensi zat sisa nitrogenus
4. Asidosis metabolik akibat kehilangan bikarbonat
5. Hipotensi akibat kehilangan natrium
6. Hipertensi akibat kelebihan muatan
7. Kulit berwarna kuning tembaga akibat perubahan proses metabolik
8. Kulit kering serta bersisik dan rasa gatal hebat akibat *uremic frost*
9. Luka-luka pada gusi dan pendarahan akibat koagulopati

10. Perubahan kesadaran akibat hiponatremia dan penumpukan zat-zat toksik (Jennifer, 2011).

#### 2.1.5 Komplikasi

Komplikasi potensial gagal ginjal kronis yang memerlukan pendekatan kolaboratif dan perawatan mencakup:

- 1) Hiperkalemia akibat penurunan ekskresi, asidosis metabolik, katabolisme, dan masukan diet berlebih.
- 2) Perikarditis, efusi perikardial, dan tamponade jantung akibat retensi produk sampah uremik dan dialisis yang tidak adekuat.
- 3) Hipertensi akibat retensi cairan dan natrium serta malfungsi sistem renin-angiotensin-aldosteron.
- 4) Anemia akibat penurunan eritropoetin, penurunan rentang usia sel darah merah, pendarahan gastroenteral akibat iritasi oleh toksin, dan kehilangan darah selama hemodialisis, dan
- 5) Penyakit tulang serta klasifikasi metastatik akibat retensi fosfat, kadar kalsium serum yang rendah, metabolisme vitamin D abnormal, dan peningkatan kadar kalsium.

Komplikasi dapat dicegah atau dihindari dengan pemberian antihipertensif, eritropoetin, suplemen besi, agens pengikat fosfat, dan suplemen kalsium. Pasien juga perlu mendapat penanganan dialisis yang adekuat untuk menurunkan kadar produk sampah uremik dalam darah (Bruner & Suddart 2010).

### 2.1.6 Kewaspadaan klinik

Restless leg sindrom merupakan salah satu tanda pertama neuropati perifer. Keadaan ini akhirnya akan berlanjut menjadi parestesi dan disfungsi saraf motorik kecuali jika tindakan dialisis segera dimulai (Jennifer, 2011).

Gagal ginjal kronik meningkatkan resiko kematian akibat infeksi. Keadaan ini berhubungan dengan supresi imunitas-diantara sel dan penurunan jumlah serta fungsi limfosit dan sel-sel fagosit. Ekskresi dan aktinasi hormon pada semua tingkatan akan terganggu. Wanita yang mengalami gagal ginjal kronis dapat mengalami anovulasi, amenore, atau tidak mampu mengandung bayinya hingga usia aterm. Laki-laki cenderung memiliki jumlah sperma yang berkurang dan mengalami impotensi (Jennifer, 2011).

### 2.1.7 Pemeriksaan diagnostik

Tinjauan mengenai perjalanan umum gagal ginjal kronik dapat diperoleh dengan melihat hubungan antara kreatinin dengan laju filtrasi glomerulus (GFR) sebagai persentase dari keadaan normal, terhadap kreatinin serum dan kadar nitrogen urea darah (BUN) karena massa nefron rusak secara progresif oleh penyakit gagal ginjal kronik. Perjalanan umum gagal ginjal progresif dapat dibagi menjadi 3 stadium yaitu stadium 1, 2 dan 3. Stadium pertama disebut *penurunan cadangan ginjal*. Selama stadium ini kreatinin serum dan kadar *Blood Urea Nitrogen* (BUN) normal, dan pasien asimtomatik. Gangguan fungsi ginjal hanya dapat terdeteksi dengan memberi beban kerja yang berat pada ginjal tersebut, seperti tes pemekatan urine yang kaku atau dengan mengadakan tes GFR yang teliti.

Stadium kedua pada tahap ini *Blood Urea Nitrogen* (BUN) baru meningkat mulai meningkat diatas batas normal dan 75% jaringan yang berfungsi telah rusak (GFR besarnya 25% dari normal). Peningkatan konsentrasi BUN ini berbeda-beda, tergantung pada kadar protein dan makanan . Stadium ketiga atau disebut penyakit ginjal stadium akhir (ESRD) atau uremia . nilai GFR hanya 10% dari keadaan normal, dan bersihan kreatinin mungkin sebesar 5-10 ml per menit atau kurang. Pada keadaan ini, kreatinin serum dan kadar BUN akan meningkat dengan sangat menyolok sebagai respon terhadap GFR yang mengalami sedikit penurunan (Brunner & Suddarth, 2015).

#### 2.1.8 Penatalaksanaan Medis

Tujuan penatalaksanaan adalah untuk mempertahankan fungsi ginjal dan homeostasis selama mungkin. Seluruh faktor yang berperan pada gagal ginjal tahap akhir dan faktor yang dapat dipulihkan, diidentifikasi dan ditangani (Brunner & Suddarth, 2015)

##### 1. Penatalaksanaan Farmakologis

Hiperfosfatemia dan hipokalemia ditangan dengan antasida mengandung alluminum yang mengikat fosfat makanan di saluran gastroentestinal. Namun demikian, perhatian terhadap potensial toksisitas aluminum jangka panjang dan hubungan antara tingginya kadar aluminum dengan gejala neurologis dan osteomalasia menyebabkan dokter meresepkan natrium karbonat dosis tinggi sebagai penggantinya. Medikasi ini juga mengikat fosfat harus diberikan bersama dengan makanan agar efektif. Antasida mengandung magnesium harus dihindari untuk mencegah toksisitas magnesium(Bruner & Suddart 2010).



Hipertensi ditangani dengan berbagai medikasi antihipertensif kontrol volume intravaskuler. Gagal jantung kongestif dan edema pulmoner juga memerlukan penanganan pembatasan cairan, diet rendah natrium, diuretik, agens inotropik seperti digitalis atau donutamine, dan dialisis. Asidosis metabolik pada gagal ginjal kronis biasanya tanpa gejala dan tidak memerlukan penanganan, namun demikian, suplemen natrium karbonat atau dialisis mungkin diperlukan untuk mengoreksi asidosis jika kondisi ini menimbulkan gejala (Bruner & Suddart 2010).

Hiperkalemia biasanya dicegah dengan penangan dialisis yang adekuat disertai pengambilan kalium dan pemantauan yang cermat terhadap kandungan kalium pada seluruh medikasi oral maupun intravena. Pasien diharuskan diet rendah kalium. Kadang-kadang Kayexelate, perlu diberikan secara oral (Bruner & Suddart 2010).

Abnormalitas neurologi dapat terjadi dan memerlukan observasi dini terhadap tanda-tanda seperti kedutan, sakit kepala, delirium, atau aktivitas kejang. Pasien dilindungi dari cedera dengan menempatkan pembatas tempat tidur. Awitan kejang dicatat dalam hal tipe, durasi dan efek umumnya terhadap pasien (Bruner & Suddart 2010).

Anemia pada gagal ginjal kronis ditangani dengan Epogen (eritropoietin mausia rekombinan). Anemia pada pasien (hematokrit kurang dari 33%) muncul tanpa gejala spesifik seperti malaise, kelelahan umum, dan penurunan toleransi aktivitas. Terapi Epogen diberikan untuk memperoleh nilai hematokrit sebesar 33%, yang biasanya memulihkan gejala anemia. Epogen diberikan secara

intravena atau subkutan tiga kali seminggu. Naiknya hematokrit memerlukan waktu 2 sampai 6 minggu, sehingga Epogen tidak diindikasikan untuk pasien yang memerlukan koreksi anemia dengan segera. Efek samping terapi Epogen mencakup Hipertensi (terutama selama tahap awal penanganan), peningkatan bekuan pada tempat akses vaskuler, kejang dan penipisan cadangan besi tubuh (Bruner & Suddart 2010).

Pasien yang menerima Epogen dilaporkan menurun kadar keleтиhannya, rasa sejahtera meningkat, dapat mentoleransi dialisis dengan baik, memiliki kadar energi yang tinggi, dan toleransi aktivitasnya membaik. Selain itu, terapi ini telah mengurangi kebutuhan transfusi dan resiko yang berhubungan dengan tindakan (penyakit infeksius, pembentukan antibodi, dan muatan besi berlebih) (Bruner & Suddart 2010).

Pasien dengan gejala gagal ginjal kronis yang meningkat dirujuk ke pusat dialisis dan tranplantasi sedini mungkin sejak penyakit renal mulai berkembang. Dialisis biasanya dimulai ketika pasien tidak mampu mempertahankan gaya hidup normal dengan penanganan konservatif (Bruner & Suddart 2010).

## 2. Penatalaksanaan Keperawatan

Intervensi diet juga perlu pada gangguan fungsi renal dan mencakup pengaturan yang cermat terhadap masukan protein, masukan cairan untuk mengganti cairan yang hilang, masukan natrium untuk mengganti natrium yang hilang, dan pembatasan kalium. Pada saat yang sama, masukan kalori yang adekuat dan suplemen vitamin harus dianjurkan. Protein akan dibatasi karena urea, asam uraat, dan asam organik-hasil pencegahan makanan dan protein

jaringan-akan menumpuk secara cepat dalam darah jika terdapat gangguan pada klirens renal. Protein yang dikonsumsi harus memiliki nilai biologis tinggi (produk susu, telur, daging). Protein mengandung nilai biologis yang tinggi adalah substansi protein lengkap dan menyuplai asam amino utama yang diperlukan untuk pertumbuhan dan perbaikan sel. Biasanya cairan yang diperbolehkan adalah 500 sampai 600 ml untuk 24 jam. Kalori diperoleh dari karbohidrat dan lemak untuk mencegah kelemahan. Pemberian vitamin juga penting karena diet rendah protein tidak cukup memberikan komplemen vitamin yang diperlukan. Selain itu, pasien dialisis mungkin kehilangan vitamin larut air melalui darah selama penanganan dialisis (Bruner & Suddart 2010).

#### 2.1.9 Klasifikasi

Gagal ginjal kronik di bagi 3 stadium :

##### 1. Stadium I

Penurunan cadangan ginjal, ditandai dengan kehilangan fungsi nefron 40-75%. Pasien biasanya tidak mempunyai gejala , karena sisa nefron yang ada dapat membawa fungsi-fungsi ginjal normal.

##### 2. Stadium II

Kehilangan fungsi ginjal 75-90%. Pada tingkat ini terjadi kreatinin serum dan nitrogen urea darah, ginjal kehilangan kemampuannya untuk mengembangkan urine peket dan azotemia. Pasien mungkin poliuria dan nokturia.

##### 3. Stadium III

Payah gagal ginjal stadium akhir atau uremia, tingkat renal dari GGK yaitu sisa nefron yang berfungsi  $< 10\%$ . Pada keadaan ini kreatinin serum dan kadar BUN akan meningkat dan menyolok sekali sebagai respon terhadap GFR yang mengalami penurunan sehingga terjadi ketidakseimbangan kadar ureum dan nitrogen darah dan elektrolit, pasien diindikasikan untuk dialisis (Wijaya dan Putri, 2013).

## 2.2. Data Demografi

### 2.2.1 Gambaran Pasien Gagal Ginjal Kronis Berdasarkan Usia

Kategori Umur Menurut Depkes RI (2009):

1. Masa balita = 0 - 5 tahun,
2. Masa kanak-kanak = 5 - 11 tahun.
3. Masa remaja Awal = 12 - 16 tahun.
4. Masa remaja Akhir = 17 - 25 tahun.
5. Masa dewasa Awal = 26 - 35 tahun.
6. Masa dewasa Akhir = 36 - 45 tahun.
7. Masa Lansia Awal = 46 - 55 tahun.
8. Masa Lansia Akhir = 56 - 65 tahun.
9. Masa Manula =  $>65$  tahun (Sulistyawati, 2014).

Usia 40-70 tahun, laju filtrasi glomerulus secara progresif akan menurun hingga 50% dari normal terjadi penurunan kemampuan tubulus untuk mereabsorpsi dan memekatkan urin. Penurunan kemampuan pengosongan kandung kemih dengan sempurna sehingga meningkatkan resiko infeksi dan

obstruksi dan penurunan intake cairan yang merupakan faktor resiko terjadinya kerusakan ginjal (Bruner & Suddart 2010).

#### 2.1.2 Gambaran pasien gagal ginjal kronis berdasarkan jenis kelamin

Jenis kelamin merupakan salah satu yang dapat memberikan angka kejadian pada pria dan wanita. Perbedaan jenis kelamin antara pria dan wanita berpengaruh besar dalam hal kegagalan fungsi ginjal. Insiden gagal ginjal kronis lebih sering menyerang pria daripada wanita karena hormon wanita dapat melindungi wanita dari pengembangan gagal ginjal, walaupun penyakit sistemik tertentu yang menyebabkan ESRD (*End Stage Renal Disease*) (seperti DM tipe II dan SLE) lebih sering terjadi pada perempuan, serta lebih sering menyerang orang kulit hitam daripada kulit putih (Kimberly, 2014).

#### 2.1.3 Gambaran Pasien Gagal Ginjal Kronis Berdasarkan Pekerjaan

Secara umum tenaga kerja dapat dibedakan menjadi beberapa kelompok, yaitu sebagai berikut :

##### 1. Pegawai negeri

Pegawai negeri adalah orang yang bekerja di kantor pemerintah untuk memberikan pelayanan terhadap masyarakat. Pegawai negeri digaji oleh pemerintah. Selain itu juga memperoleh tunjangan untuk kesejahteraan keluarga. Pegawai negeri berdasarkan bidangnya antara lain : Guru, Pegawai Pemerintah Daerah / Kota, Pegawai Departemen Agama, Pegawai Departemen Keuangan, Pegawai Departemen Kesehatan, Pegawai Departemen Kehakiman, Pegawai Departemen Pertanian, TNI, POLRI.

## 2. Pegawai perusahaan swasta

Karyawan/pegawai perusahaan swasta diangkat oleh perusahaan/industri swasta sesuai kebutuhan perusahaan tersebut. Mereka memperoleh penghasilan dari gaji yang diberikan oleh perusahaan. Pegawai swasta contohnya, guru, buruh, sales, pengemudi, pramuniaga, pramugari, dan lain-lain. Upah pegawai swasta disesuaikan dengan kemampuan perusahaan dengan mengacu pada UMR (Upah Minimum Regional). UMR adalah upah minimal (terendah) yang diberikan kepada pekerja.

## 3. Petani

Petani adalah orang yang bekerja mengolah tanah agar dapat ditanami. Tanaman yang ditanam seperti padi, jagung, sayuran dan buah-buahan. Sebagian besar petani Indonesia menanam padi sebab makanan pokok penduduk Indonesia sebagian besar adalah nasi. Maka dari itu negara Indonesia dikenal sebagai negara agraris, artinya yaitu negara yang sebagian besar penduduknya bekerja dibidang pertanian.

## 4. Nelayan

Penduduk daerah pesisir/pantai sebagian besar bermata pencaharian sebagai nelayan. Nelayan adalah orang yang pekerjaannya mencari ikan di laut. Hidup sebagai nelayan harus berjiwa pemberani.

## 5. Peternak

Peternak adalah orang yang memelihara hewan ternak. Adapun usaha yang dilakukan ialah beternak atau disebut peternakan. Hewan yang dipelihara berupa

sapi, kuda, ayam, kerbau, itik dan lain-lain. Hewan ternak diambil manfaatnya berupa daging, susu, telur, bulu dan lain-lain.

#### 6. Pengrajin

Pengrajin adalah orang yang bekerja menaikkan daya guna/manfaat suatu barang. Misalnya kayu dibuat menjadi lemari. Pengrajin mendapat hasil dari penjualan hasil kerajinan / dari majikan pemilik usaha kerajinan (Sulistyo, 2012).

Berbagai jenis pekerjaan akan berpengaruh pada frekuensi dan distribusi penyakit. Tanpa disadari bahwa pekerjaan yang dapat menyebabkan gagal ginjal seperti pekerja kantoran yang duduk terus-menerus sehingga menyebabkan terhimpitnya saluran ureter pada ginjal. Disamping itu, intensitas aktivitas sehari-hari seperti orang yang bekerja dipanasan dan pekerja berat yang banyak mengeluarkan keringat lebih mudah terserang dehidrasi. Akibat dehidrasi, urin menjadi lebih pekat sehingga dapat menyebabkan terjadinya penyakit ginjal (Price and Wilson, 2014).

#### 2.1.4 Gambaran pasien gagal ginjal kronis berdasarkan pendidikan

Pendidikan merupakan kebutuhan manusia selama hidup. Tanpa adanya pendidikan, maka dalam menjalani kehidupan ini manusia tidak akan dapat berkembang dan bahkan akan terbelakang. Dengan demikian pendidikan harus betul-betul diarahkan untuk menghasilkan manusia yang berkualitas yang mampu bersaing, memiliki budi pekerti yang luhur dan moral yang baik. Pendidikan yang terencana, terarah dan berkesinambungan dapat membantu manusia untuk dapat mengembangkan kemampuannya secara optimal, baik aspek kognitif, aspek Efektif, maupun aspek psikomotorik. Tahapan pendidikan dimulai sejak Tk, SD, SMP, SMA/ sederajat, DII, S1 hingga Profesor. Tujuan dari pendidikan ini adalah

membentuk kepribadian dan keterampilan manusia yang unggul, yakni manusia yang kreatif, kacap terampil, jujur, dapat dipercaya, bertanggung jawab dan memiliki solidaritas yang tinggi. Proses pendidikan kesehatan adalah merupakan proses dalam belajar untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan (Nursalam dan Efendi, 2008 dalam Ryyianto, 2013).

#### 2.1.5 Gambaran pasien gagal ginjal kronis berdasarkan penyakit terdahulu

Dilihat dari riwayat penyakit terdahulu kemungkinan adanya Diabetes Mellitus, nefrosklerosis, hipertensi, GNC/ GGA yang tak teratasi, Obstruksi/ infeksi urinarius, peyalahgunaan analgetik dan Riwayat asidosis tubulus ginjal dan penyakit polikistik dalam keluarga (Wijaya, 2013).

#### 2.1.6 Gambaran pasien gagal ginjal kronis berdasarkan penyakit penyerta

Baru-baru ini, diabetes dan hipertensi bertanggung jawab terhadap proporsi ERSD (*End Stage Renal Disease*) yang paling besar, terhitung secara berturut-turut dari total kasus. Glomerulonefritis adalah penyebab ERSD (*End Stage Renal Disease*) yang tersering. Infeksi nefritis tubulointerstisial dan penyakit ginjal polikistik (PKD) masing-masing terhitung sebanyak 3,4% dari ERSD (*End Stage Renal Disease*) (Price & Wilson, 2014).



### **BAB 3**

#### **KERANGKA KONSEP**

##### **3.1 Kerangka Konsep**

Konsep adalah abstraksi dari suatu realitas agar dapat dikomunikasikan dan membentuk suatu teori yang menjelaskan keterkaitan antar variabel (baik variabel yang diteliti maupun yang tidak diteliti). Kerangka konsep akan membantu peneliti untuk menghubungkan hasil penemuan dengan teori (Nursalam, 2014).

##### **Bagan 3.2 Kerangka Konsep Gambaran Pasien Gagal Ginjal Kronis Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2017**

Gambaran Pasien Gagal Ginjal Kronis Berdasarkan

1. Jumlah total kunjungan
2. Data Demografis berdasarkan Usia
3. Data Demografis berdasarkan Jenis kelamin
4. Data Demografis berdasarkan Pekerjaan
5. Data Demografis berdasarkan Pendidikan
6. Riwayat Kesehatan (Penyakit Terdahulu)
7. Penyakit Penyerta (komplikasi)
8. Pemeriksaan Diagnostik meliputi Laboratorium (BUN) dan Rontgen (USG)
9. Penatalaksanaan meliputi Farmakologis, Hemodialisa, Transplantasi Ginjal, dan Pengontrolan Cairan.

Keterangan :



: Diteliti

## **BAB 4**

### **METODE PENELITIAN**

#### **4.1. Metode Penelitian**

Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan deskriptif. Tujuan dari studi deskriptif adalah untuk mengamati, menggambarkan dan mendokumentasikan aspek situasi karena secara alami terjadi dan terkadang berfungsi sebagai titik awal untuk pengembangan hipotesis atau pengembangan teori (Polit and Beck, 2012). Metode dalam penelitian ini untuk menggambarkan pasien gagal ginjal kronik di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2017.

#### **4.2. Populasi dan Sampel**

##### **4.2.1 Populasi**

Populasi adalah keseluruhan kumpulan kasus di mana seorang penulis tertarik ingin meneliti semua elemen yang ada dalam wilayah penelitian, populasi yang dapat diakses adalah kumpulan kasus yang sesuai dengan kriteria yang ditetapkan dan dapat diakses untuk penelitian (Polit and Beck, 2012). Populasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah seluruh jumlah pasien yang mengalami atau menderita pasien gagal ginjal kronik di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan pada tahun 2017.

##### **4.2.1. Sampel**

Sampel adalah himpunan dari elemen populasi, yang merupakan unit paling dasar tentang data yang dikumpulkan, jika sampel tidak mewakili populasi

maka studi penelitian tidaklah valid (konstruk validitas) haruslah di ulang (Polit and Beck, 2012). Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah pasien yang mengalami gagal ginjal kronik di Ruangan Rawat Inap Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan pada tahun 2017.

#### 4.2.2. Teknik Sampling

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan nonprobability yaitu sampel jenuh atau sering disebut *total sampling*. Menurut Sugiono (2013) *total sampling* yaitu teknik penentuan sampel dengan cara mengambil seluruh anggota populasi sebagai responden atau sampel. Jadi sampel dalam penelitian ini adalah seluruh pasien yang mengalami gagal ginjal kronis di ruangan rawat inap rumah sakit santa elisabeth medan pada tahun 2017.

### 4.3. Variabel Dan Definisi Operasional

#### 4.3.1 Variabel penelitian

Dalam rangka penelitian ini yang digunakan adalah jenis variabel independen (variabel bebas) dimana variabel independen merupakan bagian metode yang harus mencantumkan dengan jelas mengidentifikasi semua variabel independen dalam eksperimen, dan variabel yang mempengaruhi atau nilainya menentukan variabel lain variabel bebas biasanya dimanipulasi, diamati, dan diukur untuk diketahui hubungannya atau pengaruhnya terhadap variabel lain (Creswell, 2009). Variabel Independen dalam penelitian ini adalah gagal ginjal kronik yang meliputi jumlah total penderita gagal ginjal kronik, data demografi

meliputi usia, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, penyakit terdahulu, penyakit penyerta, pemeriksaan diagnostik dan penatalaksanaan.

#### 4.3.2 Definisi operasional

Defenisi operasional adalah defenisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang di defenisikan. Karakteristik yang dapat diamati (diukur) itulah yang merupakan kunci defenisi operasional. Dapat diamati artinya memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena yang kemudian dapat diulang oleh orang lain (Nursalam, 2002 dalam Nursalam 2013)

**Tabel 4.1 Variabel Dan Defenisi Operasional Pasien Gagal Ginjal Kronis di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2017.**

Variabel	Defenisi	Indikator	Alat Ukur	Skala
Gambaran pasien gagal ginjal kronik di ruang Rawat Inap Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2017.	Penyakit ginjal kronis adalah penurunan fungsi ginjal yang rendah, progresif, ireversibel (perubahan) yang mengakibatkan ketidakmampuan ginjal untuk mengolah produk limbah, melindungi dan menjaga keseimbangan elektrolit.	Gagal Ginjal Kronis	Rekam medis	Nominal
1. Jumlah total Penderita GGK rawat Inap Tahun 2017				Tinggi Rendah
2. Jenis Kelamin	Jenis kelamin merupakan salah satu yang dapat memberikan angka kejadian pada pria dan wanita.	a. Laki-Laki b. Perempuan		

3. Usia	Satuan waktu yang mengukur waktu keberadaan suatu benda atau makhluk, baik yang hidup maupun yang mati.	a. 0-5 tahun b. 5-10 Tahun c. 11-13 Tahun d. 14-16 Tahun e. 17-20 Tahun f. 21-35 Tahun g. 36-45 Tahun h. 46-55 Tahun i. 56-65 Tahun j. >56 Tahun		
4. Pekerjaan	Pekerjaan adalah suatu hubungan yang melibatkan dua pihak antara perusahaan dengan para pekerja/karyawan.	a. Pegawai Negeri b. Pegawai Swata c. Petani d. Nelayan e. Peternak f. Pengrajin		
5. Pendidikan	Pendidikan merupakan kebutuhan manusia selama hidup. Tanpa adanya pendidikan, maka dalam menjalani kehidupan ini manusia tidak akan dapat berkembang dan bahkan akan terbelakang	a. SD b. SMP c. SMA d. Strata 1,2 dan 3		
6. Penyakit Terdahulu	Penyakit yang dialami Klien sebelum menderita penyakit GJK	a. DM b. Hipertensi c. GGA yang tak teratasi		

		d. Obstruksi/ infeksi e. Urinarius f. Penyalahgunaan Obat		
7. Penyakit Penyerta	Penyakit yang dialami setelah menderita GGK atau disebut juga dengan Komplikasi.	a. DM b. Hipertensi		
8. Pemeriksaan diagnostik	Pengumpulan dan pemeriksaan specimen laboratorium ini berguna untuk mendapatkan sejumlah informasi yang diperlukan untuk menegakkan diagnosis, mengetahui perjalanan penyakit, serta sarana untuk mengukur respon pasien terhadap terapi.	a. BUN b. Rontgen		
9. Penatalaksanaan	Tindakan yang dilakukan dalam menangani suatu masalah atau penyakit.	a. Farmakologis b. Hemodialisa c. Transplantasi Ginjal d. Pengontrolan Cairan		

#### 4.4 Instrumen Penelitian

Instrument penelitian adalah alat bantu yang dipilih dan digunakan oleh peneliti dalam kegiatannya mengumpulkan data agar menjadi sistematis.

(Creswell, 2009). Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini berupa pengumpulan data dari Rekam Medis. Instrumen dalam penelitian ini berupa instrumen yang dibuat sendiri yang meliputi: jumlah total penderita gagal ginjal kronik, dan data demografi meliputi umur, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan,

penyakit terdahulu, penyakit penyerta, pemeriksaan diagnostik dan penatalaksanaan

#### **4.5 Lokasi dan waktu penelitian**

##### **4.5.1 Lokasi penelitian**

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan. Adapun alasan peneliti memilih Rumah sakit Santa Elisabeth Medan sebagai lokasi penelitian adalah karena lokasi yang strategis dan merupakan lahan praktek peneliti selama kuliah di STIKes Santa Elisabeth Medan.

##### **4.5.2 Waktu penelitian**

Penelitian ini akan dilakukan pada 16-31 Maret 2018 Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan.

#### **4.6 Prosedur Pengambilan Dan Pengumpulan Data**

##### **4.6.1 Pengambilan data**

Pengambilan data pada penelitian ini diperoleh dari data sekunder, yaitu data yang diperoleh langsung oleh penulis dari Rekam Medis dan buku status pasien di Rumah sakit Santa Elisabeth Medan.

##### **4.6.2 Teknik pengumpulan data**

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian.

Teknik pengumpulan data yang akan dilakukan dalam penelitian ini adalah dengan mengumpulkan data dari Rekam Medis dan menganalisa jumlah pasien

yang mengalami gagal ginjal kronik pada tahun 2017. Pengumpulan data dimulai dengan mengetahui jumlah pasien gagal ginjal kronik tahun 2017, lalu menganalisa sesuai jumlah total penderita gagal ginjal kronik, dan data demografi meliputi umur, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, penyakit terdahulu, penyakit penyerta, pemeriksaan diagnostik dan penatalaksanaan untuk pasien yang mengalami gagal ginjal kronis.

#### 4.7 Kerangka Operasional

**Bagan 4.3 Kerangka Operasional Gambaran Pasien Gagal Ginjal Kronis di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan**





#### 4.8 Analisa Data

Analisis deskriptif adalah suatu prosedur pengelolaan data dengan menggambarkan dan meringkas data secara ilmiah dalam bentuk tabel atau grafik. Data-data yang meliputi frekuensi, proporsi dan rasio, ukuran-ukuran kecenderungan pusat (rata-rata hitung, median, modus), maupun ukuran-ukuran variasi. Salah satu pengamatan yang dilakukan pada tahap analisis deskriptif adalah pengamatan terhadap tabel frekuensi. Analisa data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisa menggunakan Komputerisasi (Nursalam, 2015). Data yang telah terkumpul, dianalisa dengan deskriptif yaitu dengan menggunakan:

1. Jumlah mutlak kejadian misalnya jumlah penderita gagal ginjal kronis pada tahun 2016 sebanyak 100 orang.
2. Proporsi, disebut proporsi apabila pembilang merupakan bagian dari penyebut. misal proporsi pasien yang mengalami gagal ginjal kronis berjenis kelamin laki-laki sebanyak 50% berarti 50 orang dari 100 pasien yang mengalami gagal ginjal kronik adalah laki-laki.
3. Angka (*Rate*) dipakai untuk menyatakan banyaknya kejadian pada suatu populasi dalam jangka waktu tertentu.

#### 3.9. Etika Penelitian

Sebelum penulis melakukan penelitian, tentunya tahap awal yang dilakukan penulis adalah mengajukan permohonan izin pelaksanaan penelitian kepada pihak Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan. Setelah mendapat izin

penelitian, penulis melaksanakan pengumpulan data penelitian. Pada pelaksanaan penelitian, penulis memohon agar diberikan penjelasan tentang informasi dari penelitian yang telah dilakukan penulis.

STIKES Santa Elisabeth Medan

## **BAB 5**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

#### **5.1 Hasil Penelitian**

##### **5.1.1 Gambaran lokasi Penelitian**

Dalam bab ini akan diuraikan hasil penelitian tentang gambaran pasien gagal ginjal kronis di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2017.

Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan adalah Rumah Sakit Swasta yang di bangun pada tanggal 11 februari 1929 dan diresmikan pada tanggal 17 november 1930. Rumah Sakit ini terletak di jalan Haji Misbah no. 7 Kecamatan Medan Maimun provinsi Sumatera Utara. Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan di kelola oleh kaum Biarawati Kongregasi Fransiskanes Santa Elisabeth (FSE). Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan juga memiliki Motto “Ketika aku Sakit Kamu Melawat aku (Matius 25:36)” dengan Visi yaitu menjadikan Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan mampu berperan aktif dalam memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas tinggi atas dasar cinta kasih dan persaudaraan dan misi yaitu meningkatkan derajat kesehatan melalui sumber daya yang profesional, sarana dan prasarana yang memadai dan tetap memperhatikan masyarakat lemah. Tujuan dari Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan yaitu meningkatkan derajat kesehatan yang optimal dengan semangat cinta kasih sesuai kebijakan pemerintah dan menuju masyarakat sehat. Saat ini Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan merupakan Rumah Sakit Tipe B, dengan hasil Akreditasi PARIPURNA. Salah satu keunggulan dari Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan adalah penerapan *Pastoral Care* yang di lakukan dan di berikan pada pasien setiap harinya.

Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan menyediakan beberapa pelayanan medis yaitu Ruang Rawat Inap Internis meliputi Ruang Santo Yosep, Santa Lidwina, Santa Maria, Santa Melania, Santo Pia, Santa Pauline, Santa Laura, Santa Marta, Santa Elisabeth, Santo Ignasius, Santa Theresia, Ruang Rawat Inap Bedah, Poli Klinik, Instalasi Gawat Darurat (IGD), Ruang Operasi (OK), *Intensive Care Unit* (ICU), *Intensive Cardio Care Unit* (ICCU), *Pediatric Intensive Care Unit* (PICU), *Neonatal Intensive Care Unit* (NICU), Ruang Pemulihan (*Intermedite*), *Stroke Center*, *Medical Check Up* (MCU), Hemosialis, Sarana Penunjang Radiologi, Laboratorium, Fisioterapi, Ruang Praktek Dokter, Patologi Anatomi dan Farmasi. Adapun yang menjadi lokasi penelitian adalah semua Ruang Rawat Inap dengan mengambil data dari buku status sesuai dengan penderita Gagal Ginjal Kronis tahun 2017 di Ruang Rekam Medis.

Pada bab ini juga diuraikan tentang hasil penelitian yang telah dilakukan yakni gambaran pasien gagal ginjal kronis Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2017. Data yang di kumpulkan adalah data berdasarkan pasien yang mengalami gagal ginjal kronis Di Ruang Rawat Inap tahun 2017 berjumlah 325 pasien.

### **5.1.2 Hasil deskripsi data demografi pasien yang mengalami gagal ginjal kronis di ruang rawat inap rumah sakit santa elisabeth medan tahun 2017**

Pada penelitian ini telah didapatkan hasil dari gambaran gagal ginjal kronik di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2017. Adapun hasil yang dilihat dari data demografi adalah sebagai berikut:

**Tabel 5.2 Distribusi Pasien Gagal Ginjal Kronis Berdasarkan Data Demografi Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2017**

Karakteristik	Frekuensi (F)	Persentase (%)
<b>Usia</b>		
0-5 tahun	0	0,00 %
5-10 tahun	2	0,60 %
11-13 tahun	0	0,00%
14-16 tahun	1	0,30 %
17-20 tahun	2	0,60 %
26-35 tahun	21	6,46 %
36-45 tahun	41	12,63 %
46- 55 tahun	107	32,93 %
56-65 tahun	87	26,76%
>65 tahun	64	19,72 %
<b>Total</b>	<b>325</b>	<b>100,00 %</b>
<b>Jenis Kelamin</b>		
Laki-laki	166	51,08%
Perempuan	159	48,92%
<b>Total</b>	<b>325</b>	<b>100,00%</b>
<b>Pekerjaan</b>		
Pelajar	5	1,25%
Pegawai negeri	106	32,62%
Pegawai Swasta	138	42,46%
Petani	76	23,38%
<b>Total</b>	<b>325</b>	<b>100,00%</b>
<b>Pendidikan</b>		
SD	38	11,70%
SMP	52	16,00%
SMA	89	27,38%
Starata 1,2 dan 3	146	44,92%
<b>Total</b>	<b>325</b>	<b>100,00%</b>

Berdasarkan ketegori usia pasien yang mengalami gagal ginjal kronis sebagian besar adalah umur 46-55 tahun yaitu 107 orang (32,92 %). Berdasarkan jenis kelamin sebagian besar adalah laki-laki 166 orang (51,08%). Pekerjaan terakhir pasien yang mengalami gagal ginjal kronis sebagian besar adalah pasien yang berpekerjaan sebagai pegawai swasta (wira swasta) yaitu sebanyak 138 pasien (42,46%), dan pendidikan terakhir pasien yang mengalami gagal ginjal kronis sebagian besar ialah starata 1, 2 dan 3 (44,92%).

**Tabel 5.3 Distribusi Pasien Gagal Ginjal Kronis Berdasarkan Penyakit Terdahulu Di Ruangan Rawat Inap Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2017**

Karakteristik	Frekuensi (f)	Persentase (%)
<b>Penyakit Terdahulu</b>		
Dm	105	32,30%
Hipertensi	182	56,00%
GGA yang tak Teratasi	26	8,00%
Penyalahgunaan Obat	12	3,70%
<b>Total</b>	<b>325</b>	<b>100,00%</b>

Berdasarkan kategori penyakit terdahulu pasien yang mengalami gagal ginjal kronis sebagian besar adalah pasien yang mengalami hipertensi yaitu 192 orang (56%).

**Tabel 5.4 Distribusi Pasien Gagal Ginjal Kronis Berdasarkan Penyakit Penyerta Di Ruangan Rawat Inap Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2017**

Karakteristik	Frekuensi (f)	Persentase (%)
<b>Penyakit Penyerta</b>		
Diabetes Mellitus	59	18,15%
Hipertensi	76	23,39%
Anemia	108	33,23%
Hiperkalemia	4	1,23%
Penyakit Tulang (Gout Atritis)	78	24,00%
<b>Total</b>	<b>325</b>	<b>100,00%</b>

Berdasarkan kategori penyakit penyerta pasien yang mengalami gagal ginjal kronis pada tahun 2017 sebagian besar adalah pasien mengalami Anemia yaitu 108 orang (33,23%).

**Tabel 5.5 Distribusi Pasien Gagal Ginjal Kronis Berdasarkan Pemeriksaan Diagnostik Di Ruangan Rawat Inap Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2017**

Karakteristik	Frekuensi (f)	Persentase (%)
<b>Pemeriksaan Diagnostik</b>		
BUN	325	100,00%
Rontgen /USG	325	100,00%

Pemeriksaan diagnostik yang dilakukan pada pasien yang mengalami gagal ginjal kronis pada tahun 2017 adalah pemeriksaan BUN dan Rontgen/USG, dan semua yang menjalani pengobatan gagal ginjal kronis di Ruang rawat Inap Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan harus dilakukan pemeriksaan BUN, rontgen dan USG 100% atau semua penderita gagal ginjal kronis.

**Tabel 5.6 Distribusi Pasien Gagal Ginjal Kronis Berdasarkan Penatalaksanaan Di Ruangan Rawat Inap Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2017**

Karakteristik	Frekuensi (f)	Persentase (%)
<b>Penatalaksanaan</b>		
Farmakologis	325	100,00%
Hemodialisa	265	81,53%
Transplantasi Ginjal	0	0,00%
Pengontrolan Cairan	325	100,00%

Pada kategori penatalaksanaan pada pasien gagal ginjal kronis di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2017 adalah penatalaksanaan farmakologis dan pengontrolan cairan di berikan dan dilakukan pada semua pasien yang mengalami gagal ginjal kronis 100%, yang menjalani terapi hemodialisa sebanyak 265 orang (81,53%) sedangkan penatalaksanaan transplantasi ginjal tidak di lakukan karena belum ada di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan.

## 5.2 Pembahasan

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan, maka di peroleh data bahwa pasien yang mengalami gagal ginjal kronik Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2017 sejumlah 325 pasien.

### 5.2.1 Deskriptif pasien yang menderita gagal ginjal kronis berdasarkan usia

Hasil yang di dapatkan 325 pasien yang mengalami gagal ginjal kronik Di ruang Rawat Inap Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan pada tahun 2017 Berdasarkan ketegori usia pasien yang mengalami gagal ginjal kronik sebagian besar adalah umur 46-55 tahun yaitu 107 orang (32,92 %), hal ini bila di lihat dari hasil penelitian Angelbertus (2016) tentang “Gambaran Mekenisme Koping Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik” sedikit lebih tinggi dimana responden yang terbanyak adalah pada rentang usia 41-60 tahun (56%) dan bahkan hasil penelitian dari Desitasari lebih tinggi lagi yakni rentang usia 40-60 tahun (69,4%). Dari teori di dapatkan usia 40-70 tahun, laju filtrasi glomerulus secara progresif akan menurun hingga 50% dari normal terjadi penurunan kemampuan tubulus untuk mereabsorpsi dan memekatkan urin (Bruner & Suddart 2010).

### 5.2.2 Deskriptif pasien yang menderita gagal ginjal kronis berdasarkan jenis kelamin

Berdasarkan jenis kelamin sebagian besar adalah laki-laki 166 orang (51,08%),hal ini hampir sama dengan hasil penelitian Angelbertus (2016) tentang “Gambaran Mekenisme Koping Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik” mengatakan bahwa responden berdasarkan jenis kelamin di dapatkan jumlah terbanyak adalah laki-laki 56% dan bahkan hasil penelitian Nafira (2017) tentang “Gambaran Ultrasonografi Ginjal pada Penderita Gagal Ginjal Kronik” sedikit lebih tinggi yaitu gambaran proporsi gagal ginjal kronik yang tebanyak adalah laki-laki yaitu 78,50% serta hasil penelitian dari Desitasari juga mengatakan bahwa jenis kelamin yang terbanyak mengalami gagal ginjal kronis adalah laki-laki 61,1%.



Perbedaan jenis kelamin antara pria dan wanita berpengaruh besar dalam hal kegagalan fungsi ginjal. Insiden gagal ginjal kronis lebih sering menyerang pria daripada wanita karena hormon wanita dapat melindungi wanita dari pengembangan gagal ginjal, walaupun penyakit sistemik tertentu yang menyebabkan ESRD (*End Stage Renal Disease*) (seperti Dm tipe II dan SLE) lebih sering terjadi pada perempuan (Kimberly, 2014).

#### 5.2.3 Deskriptif pasien yang menderita gagal ginjal kronis berdasarkan pekerjaan

Pekerjaan pasien yang mengalami gagal ginjal kronik sebagian besar adalah pasien yang berpekerjaan sebagai pegawai swasta (wira swasta) yaitu sebanyak 138 pasien (42,46%), penelitian ini hampir sama juga dengan hasil penelitian dari Eko Prastetyo (2016) tentang “Pengetahuan Keluarga Tentang Gagal Ginjal Kronis” yang mengatakan bahwa Responden yang paling banyak mengalami GJK adalah pekerja Swasta (Wiraswasta) 40%. Berdasarkan teori pekerjaan yang dapat menyebabkan gagal ginjal seperti pekerja kantoran yang duduk terus-menerus sehingga menyebabkan terhimpitnya saluran ureter pada ginjal (Price and Wilson, 2014).

#### 5.2.4 Deskriptif pasien yang menderita gagal ginjal kronis berdasarkan pendidikan

Pendidikan terakhir pasien yang Mengalami gagal ginjal kronik sebagian besar adalah Starata 1, 2 dan 3 (44,92%), hasil penelitian ini juga sesuai dengan penelitian Angelbertus (2016) tentang “Gambaran Mekenisme Koping Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik” dengan sampel yang digunakan yakni seluruh pasien yang menjalani HD mengatakan bahwa Pendidikan di dapatkan responden yang

terbanyak adalah berpendidikan perguruan tinggi 43,23%. Pendidikan yang terencana, terarah dan berkesinambungan dapat membantu manusia untuk dapat mengembangkan kemampuannya secara optimal, baik aspek kognitif, aspek Efektif, maupun aspek psikomotorik (Nursalam dan Efendi, 2008).

#### 5.2.5 Deskriptif pasien yang menderita gagal ginjal kronis berdasarkan penyakit terdahulu

Berdasarkan kategori penyakit terdahulu pasien yang mengalami gagal ginjal kronik di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan sebagian besar adalah pasien yang mengalami hipertensi yaitu 192 orang (56%), hal ini sedikit berbeda dengan hasil penelitian dari Nafira (2017) tentang “Gambaran Untrasonografi Pada Pasien Penderita Gagal Ginjal Kronis” yang mengatakan bahwa penyebab utama gagal ginjal kronik adalah penyakit vaskular terutama Hipertensi 58%. Dari teori mengatakan bahwa panyakit gagal ginjal kronik di sebabkan oleh riwayat penyakit terdahulu kemungkinan adanya DM, Nefrosklorosis, pertensi, GNC/ GGA yang tak teratasi, Obstruksi/ infeksi urinarius, Penyalahgunaan analgetik dan Riwayat asidosis tubulus ginjal dan penyakit polikistik dalam keluarga (Wijaya, 2013).

#### 5.2.6 Deskriptif pasien yang menderita gagal ginjal kronis berdasarkan penyakit penyerta

Berdasarkan kategori penyakit penyerta pasien yang mengalami gagal ginjal kronik pada tahun 2017 sebagian besar adalah pasien mengalami Anemia yaitu 108 orang (33,23%), Anemia terjadi pada 80-90% pasien penyakit ginjal kronik. Anemia pada penyakit ginjal kronik terutama disebabkan oleh defisiensi

eritropoietin, hal lain yang dapat berperan dalam terjadinya anemia pada pasien gagal ginjal kronik adalah defisiensi Fe, kehilangan darah, masa hidup eritrosit yang memendek, defisiensi asam folat, serta proses inflamasi akut dan kronik.

Dari teori baru-baru ini, diabetes dan hipertensi bertanggung jawab terhadap proporsi ERSD (*End Stage Renal Disease*) yang paling besar, disertai juga dengan Hiperkalemia, Anemia terhitung secara berturut-turut dari total kasus (Bruner & Suddart 2010).

#### 5.2.7 Deskriptif pasien yang menderita gagal ginjal kronis berdasarkan pemeriksaan diagnostik

Pemeriksaan diagnostik yang dilakukan pada pasien yang mengalami gagal ginjal kronik pada tahun 2017 adalah pemeriksaan BUN (*Blood Urea Nitrogen*) dan Rontgen/USG, dan semua yang menjalani pengobatan gagal ginjal kronis di Ruang rawat Inap Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan dilakukan pemeriksaan BUN dan pemeriksaan Rontgen/USG pada pasien gagal ginjal kronik (100%), hal ini sboleh dikatakan sama dengan hasil penelitian dari Alfonso (2016) yang juga mengatakan bahwa pemeriksaan yang di lakukan pada pasien GGK di RSUP. Kandou Manado dan RS Advent Manado, semua pasien 100% di lakukan pemeriksaan kadar Kreatinin (BUN), dan bahkan hasil penelitian dari Nafira (2017) tentang gambaran ultrasonografi pada pasien penderita gagal ginjal kronis juga mendukung hasil penelitian ini yang mengatakan bahwa pemeriksaan radiologis umumnya dilakukan pada pasien GGK adalah pemeriksaan ultrasonografi (USG) 100%. USG ini digunakan sebagai pemeriksaan pertama secara rutin pada keadaan gagal ginjal untuk memperoleh informasi tentang

parenkim, sistem collecting dan pembuluh darah ginjal serta untuk mengetahui adanya pembesaran ginjal, kristal, batu ginjal dan mengkaji aliran urin dalam ginjal.

Dari hasil penelitian yang dilakukan tersebut sesuai dengan teori dimana pemeriksaan yang dilakukan pada pasien yang menderita gagal ginjal kronik adalah dengan melihat hubungan antara kreatinin dengan laju filtrasi glomerulus (GFR) sebagai persentase dari keadaan normal, terhadap kreatinin serum dan kadar nitrogen urea darah (BUN) karena massa nefron dirusak secara progresif oleh penyakit gagal ginjal kronik (Brunner & Suddarth, 2015).

#### 5.2.8 Deskriptif pasien yang menderita gagal ginjal kronis berdasarkan penatalaksanaan

Pada kategori penatalaksanaan pada pasien gagal ginjal kronis di Ruang Rawat Inap rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2017 adalah penatalaksanaan farmakologis dan pengontrolan cairan di berikan dan dilakukan pada semua pasien yang mengalami gagal ginjal kronis atau 100%, yang menjalani terapi Hemodialisa sebanyak 265 orang (81,53%), hal yang sama juga di kemukakan dari hasil penelitian Eko Prasetyo (2016) tentang “Pengetahuan Keluarga Tentang Gagal Ginjal Kronik” yaitu penanganan medis untuk GGK ada dua cara yakni transplantasi organ ginjal atau dengan terapi cuci darah (HD), namun penelitian ini tidak sejalan dengan hasil penelitian Angelbertus, dkk (2016) tentang “Gambaran Mekanisme Koping Pada Pasien Gagal Ginjal Kronis” yang mengatakan bahwa jumlah responden dalam 1 tahun ada 57 orang dan 100% menjalani HD, hal yang sama juga di kemukakan dari hasil penelitian Eko

Prasetyo (2016) bahwa penanganan medis untuk GSK ada dua cara yakni transplantasi organ ginjal atau dengan terapi cuci darah (HD).

Hasil penelitian yang dilakukan sejalan dengan teori yang juga mengatakan bahwa penatalaksanaan yang dapat dilakukan pada pasien yang mengalami gagal ginjal kronik adalah terapi dengan menjalani hemodialisa, transplantasi ginjal, farmakologis dan pengontrolan cairan (Bruner & Suddart 2010).

## **BAB 6**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **6.1 Kesimpulan**

Penelitian ini telah dilakukan pada tanggal 16 maret hingga 31 maret 2018 di Ruang Rekam Medik Rumah sakit Santa Elisabeth Medan dengan jumlah data pasien sebanyak 325 orang. Berdasarkan hasil penelitian yang telah di analisa dapat disimpulkan bahwa pasien yang mengalami gagal ginjal kronik di ruang Rawat Inap Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan pada tahun 2017 meningkat di bandingkan dengan jumlah pasien gagal ginjal kronik pada tahun 2016, dan dapat disimpulkan:

1. Gambaran pasien gagal ginjal kronik di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2017 berdasarkan usia di dapatkan sebagian besar adalah umur 46-55 tahun yaitu 107 orang (32,92%). Usia 40-60 tahun laju filtrasi Glomerulus secara progresif akan menurun hingga 50% dari normal terjadi penurunan tubulus untuk mereabsorbsi dan pemekatan urin.
2. Gambaran pasien gagal ginjal kronik di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2017 berdasarkan jenis kelamin didapatkan sebagian besar adalah laki-laki yaitu 166 orang (51,08%). Gagal ginjal kronis lebih sering menyerang pria daripada wanita karena hormon wanita dapat melindungi wanita dari pengembangan gagal ginjal.
3. Gambaran pasien gagal ginjal kronik di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2017 berdasarkan pekerjaan didapatkan sebagian besar adalah pasien yang berpekerjaan sebagai Pegawai swasta (wiraswasta)

yaitu sebanyak 138 (42,46%). Pekerjaan yang dapat menyebabkan gagal ginjal ialah seperti pekerja kantoran yang duduk terus menerus sehingga menyebabkan terhimpitnya saluran ureter.

4. Gambaran pasien gagal ginjal kronik di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2017 berdasarkan pendidikan didapatkan sebagian besar berpendidikan terakhir Starata 1,2,dan 3 (44,92%). Berpendidikan tinggi dapat membantu untuk mengembangkan kemampuannya secara optimal dalam menjaga kesehatan.
5. Gambaran pasien gagal ginjal kronik di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2017 berdasarkan Penyakit Terdahulu di peroleh hasil sebagian besar adalah pasien yang mengalami hipertensi yaitu 192 orang (56%). Penyakit gagal ginjal kronis di sebabkan oleh riwayat penyakit terdahulu kemungkinan adanya Diabetes Mellitus, nefroklorosis dan hipertensi.
6. Gambaran pasien gagal ginjal kronik di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2017 berdasarkan Penyakit Penyerta di dapatkan sebagian besar adalah pasien mengalami anemia yaitu 108 orang (33,23%). Anemia terjadi pada 80-90% pasien penyakit ginjal kronik. Anemia pada penyakit ginjal kronik terutama disebabkan oleh defisiensi eritropoietin, hal lain yang dapat berperan dalam terjadinya anemia pada pasien gagal ginjal kronik adalah defisiensi Fe, kehilangan darah, masa hidup eritrosit yang memendek, defisiensi asam folat, serta proses inflamasi akut dan kronik.

7. Gambaran pasien gagal ginjal kronik di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2017 Pemeriksaan Diagnostik di peroleh hasil dilakukannya pemeriksaan BUN dan rontgen dan USG (100%) pada semua penderita gagal ginjal kronik. Pemeriksaan yang dilakukan pada pasien yang menderita gagal ginjal kronis adalah dengan melihat hubungan antara kreatinin dengan laju filtrasi glomerulus sebagai persentasi dari keadaan normal terhadap nitrogen urea darah (BUN) serta USG untuk mengetahui adanya pembesaran ginjal, kristal, batu ginjal dan mengkaji aliran urin dalam ginjal.
8. Gambaran pasien gagal ginjal kronik di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2017 berdasarkan Penatalaksanaan diperoleh dengan hasil pasien yang menjalani terapi farmakologi dan pengontrolan cairan di lakukan terhadap semua pasien (100%) dan terapi hemodialisa sebanyak 265 orang (81,53%).

## **6.2 Saran**

Berdasarkan kesimpulan yang diperoleh, saran dari penelitian adalah sebagai berikut:

1. Bagi Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan

Diharapkan hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan informasi bagi pihak Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tentang bagaimana gambaran pasien gagal ginjal kronik pada tahun 2017.



## 2. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan peneliti selanjutnya mampu mengembangkan judul dari gambaran pasien gagal ginjal kronik ini.

## 3. Bagi Institusi

Diharapkan pihak institusi Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan menjadikan hasil penelitian ini sebagai salah satu bahan bacaan di perpustakaan untuk memperluas wawasan mahasiswa lainnya.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ari B. R. Alfians dkk. (2017). *Perbandingan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronis Dengan Comorbid Faktor Diabetes Melitus dan hipertensi Diruangan Hemodialisa SRUP.Prof.Dr.R.D.Kandou Manado*. (online). *e-Journal Keperawatan (e-Kp)* Vol. 5 No. 2 agustus 2017.
- Billota A.J. Kimberly. *Kapita Selekta Penyakit*. Buku ajar kedokteran .EGC, Jakarta
- Brunner & Suddarth. (2015) *Keperawatan Medikal Bedah*.Buku Kedokteran EGC. Jakarta
- Brunner, L. S. (2010). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (Vol. 1). Lippincott Williams & Wilkins.
- Creswell W. John. (2009). *Research Design: qualitative, Quantitative, and Mixed Methos Approaches (Third Edition)*. By: Mathura Road
- Engelbertus dkk. (2016). *Gambaran Mekanisme Koping Pada Pasien Gagal Ginjal Kronis Yang Menjalani Terapi Hemodialisa RSUD.PROF.Dr.W.Z. Johannes Kupang*. (online). *Health Journal* Vol.11 No. 2 Oktober 2016.
- Gani M.S. Nafira dkk. (2017). *Gambaran Untrasonografi Ginjal Pada Penderita Gagal Ginjal Kronis Di Bagian Radiologi FK Unsrat/ SMF Radiologi RSUD Prof.Dr.R.D. Kandou Manado Periode 1 April-30 September 2015*. (online). *Jurnal e-Clinic (eCl)* Vol.5 No.2 Juli-Desember 2017.
- Kowalak P. Jennifer. (2014). *Buku Ajar Fatoфизиologi*. Buku Kedokteran EGC. Jakarta
- Lewis dkk. (2014). *Lewis, Dirksen, Heitkemper, & Bucher textbook of Medical Surgical Nursing* (Ninth Edition). By Mosby, an imprint of Elsevier Inc.
- Morton G. Patricia. (2009). *Morton G.Patricia &Fontaine K. Dorrie textbook of Critical Care Nursing* (Ninth Edition). Lippincott Williams & Wilkins.
- Nurani, Mariyanti. (2013). *Gambaran Makna Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Manjalani Hemodialisa*. (online). *Journal Psikologi* Vol. 11 No.1 Juni 2013.
- Polit F.Denise and Beck T. Cheryl. (2012). *Textbook ofNursing Research: Generating And Assesing Evidence For Nursing Practice (ninth Edition)*Lippincott Williams & Wilkins
- Price Sylvia A. And Wilson M.Lorraine. (2014). *Patofisiologi, konsep klinis proses-proses penyakit*. Buku ajar kedokteran EGC. Jakarta

Putri Y. Alisia & Thaha Mochammad. (2014). *Role Of Oxidative Stress On Chronic Kidney Disease Progression*. (Online). *Journal Of Internal Medicine* Vol. 46 No. 3 July 2014.

Saputro P. Eko & Susilowati. (2016). *Pengetahuan Keluarga tentang Gagal Ginjal Kronis*. (online). *Journal AKP* Vol.7 No 1, 1 Januari-30 Juni 2016.

Tamba Y. Ignatia dkk. (2016). *Gambaran Konsep Diri Pasien Gagal Ginjal Kronis yang Menjalani Terapi Hemodialisa*. (online). Vol.1 Edisi.1 Juni 2016.

Tjokroprawiro, dkk. (2015) *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*, airangga University Press (AUP) Mulyorejo Surabaya.

Wijaya S. Andra dan Putri M. Yessi. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah*. Nuha Medika. Yogyakarta.