

**GAMBARAN KARAKTERISTIK
DEMOGRAFI PASIEN GAGAL GINJAL
KRONIK YANG MELAKUKAN HEMODIALISA
DI RSUD HARAPAN DAN DOA KOTA BENGKULU**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan untuk memenuhi salah satu
Syarat untuk mencapai gelar Ahli madya farmasi (A.Md.Farm)



Disusun Oleh :

Annisa Hasanah

19121006

**YAYASAN AL FATAH
PROGRAM STUDI DIII FARMASI
SEKOLAH TINGGI KESEHATAN
BENGKULU**

2022

LEMBAR PENGESAHAN**KARYA TULIS ILMIAH**

**Gambaran Karakteristik Demografi Pasien Gagal Ginjal Kronik yang
melakukan Hemodialisa di RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu**

Oleh:

Annisa hasanah

19121006

**Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Dipertahankan Di Hadapan Dewan Penguji
Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menempuh Ujian Diploma (DIII) Farmasi
Di Sekolah Tinggi Kesehatan Al-Fatah Bengkulu
Pada Tanggal : 8 Agustus 2022**

Dewan Penguji :

Pembimbing I



(Setya Enti Rikomah, M.Farm.,Apt)

NIDN : 0228038801

Pembimbing II



(Sari Yanti, M.Farm.,Apt)

NIDN : -

Penguji



(Dewi Winni Fauziah, M.Farm.,Apt)

NIDN : 0205019201

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Yang bertanda tangan di bawah ini adalah :

Nama : Annisa Hasanah

NIM : 19121006

Program Studi : Diploma (D III) Farmasi

Judul : Gambaran Karakteristik Demografi Pasien Gagal Ginjal
Kronik yang Melakukan Hemodialisa diRsud Harapan dan
Do'a Kota Bengkulu

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya tulis ilmiah ini merupakan hasil karya sendiri dan sepengetahuan penulis tidak berisikan materi yang dipublikasikan atau ditulis orang lain atau dipergunakan untuk menyelesaikan studi di perguruan tinggi lain kecuali untuk bagian-bagian tertentu yang dipakai sebagai acuan.

Apabila terbukti pernyataan ini tidak benar, sepenuhnya menjadi tanggung jawab penulis.

Bengkulu, 9 September 2022

Yang Membuat Pernyataan



Annisa Hasanah

MOTO DAN PERSEMBAHAN

MOTO

“Boleh jadi keterlambatanmu dari suatu perjalanan adalah
Keselamatanmu di setiap kesulitan yang datang”

“Jangan pernah berhenti mencoba
tidak apa jika gagal, tetap semangat dan raih cita- citamu”

Persembahan

Alhamdulillahirabbil'alamin tak henti- hentinya aku mengucap rasa syukur atas nikmat, rahmat dan karunia yang telah engkau berikan kepada hambamu ini yaallah. Serta sholawat beriring salam tak lupa ku sanjungkan kepada rasulullah shallahu'alaihi wa sallam, semoga karya ini menjadi amal sholeh bagiku dan menjadi kebanggaan keluargaku.

- ❖ TERIMA KASIH yang setulusnya dan tiada hentinya kepada engkau malaikatku, ayahku (HAMDANI SAFRUDIN) dan ibuku (PAHRUL SUMINI) yang telah melahirkan, mendidik, merawat serta memberiku semangat, doa, dorongan, nasehat dan kasih sayang serta pengorbanan yang tak tergantikan hingga aku selalu kuat menjalani setiap rintangan yang ada di hidupku. Ayah, Ibu terima kasih engkau telah membesarkan aku dengan segala kasihmu. Ayah.. Ibu.. tidak ada kata terima kasih yang bisa mengungkapkan segala jasmu di hidupku. Tak lupa permohonan maaf yang sebesar-besarnya, sedalam-dalamnya atas segala tingkah laku perbuatan anak perempuan mu yang membuat hati dan perasaan ayah ibu teriris perih. Kalian adalah segalanya bagiku dan semoga ALLAH selalu menjaga ayah ibu, serta di berikan kesehatan dan umur yang panjang, Aamiin.. Sehingga nantinya engkau dapat melihat anakmu sukses dunia dan akhirat dengan karinya insyaallah mencapai gelar yang lebih tinggi lagi, Aamiin...

- ❖ Teruntuk kakakku (Evan supriyadi, Dedi supriyadi, Tendri supriyadi dan Toni taslim), terima kasih atas dukungan dan semangat kalian kakakku sehingga adekmu yang bungsu ini bisa sampai di tahap sekarang, walaupun sering ada keributan dan pertengkaran kecil yang sering terjadi.. tiada hentinya kalian selalu mendoakan adekmu bisa mencapai ketitik sekarang. Kalian luar biasa kakak- kakakku semoga menjadi orang yang berguna dan semoga cita- cita kalian kelakny akan tercapai. Aamiin
- ❖ Teruntuk kaluarga besarku (Basri usman dan Upik Rahima) yang tidak bisa di sebutkan satu persatu TERIMA KASIH atas dukungan, doa, dan motifasinya. Semoga nantinya annisa bisa membuat kalian bangga dengan jerih payah annisa selama ini.
- ❖ Teruntuk kamu (Supriyadi S.pd) terima kasih atas waktu, dukungan, motivasi nasehat, dan perhatianmu serta kesabaranmu selama ini menghadapi sifat dan sikap aku selama ini, terima kasih selalu mendengarkan keluh kesah selama penyusunan karya tulis ilmiah ini. Semoga perjuangan kita tidak hanya sampai di batas ini dan semoga perjuangan kita berbuah indah dengan seiringnya waktu aamiin
- ❖ Terima kasih kepada bosku apotek keluarga ibu Apt. henny salim, S.farm dan bapak joko yang telah memberikan izin annisa kerja sambil kuliah terimakasih atas dorongan dan semangat kalian sehingga annisa bisa menyelesaikan perkuliahan ini semoga ibu dan bapak di berikan umur yang panjang dan rezeki yang berlimpah dan tak lupa pula kepada rekan kerjaku Dwi mayangsari, Apt. cut ema juni sari, S.farm, Yopitasari, Della Nabila dan intan anita terimakasih telah merepotkan kalian selama masa perkuliahan ini semoga kalian sehat selalu dan dilimpahkan rezekinya serta tercapai semua cita- cita kalian
- ❖ Terima kasih buat bestiku teman mainku selama 7 tahun ini (Melisa boru tampu bolon. S.farm, Dini puspa Agusti, Riri indah utami S,SI Fadila rahmawati, Novalia S.farm) terimakasih atas dukungan dan semangat kalian yang tiada tara sahabatku. Semoga nantinya kita bisa sukses bersama dengan cerita yang indah aamiin

- ❖ Terima kasih besti kampusku (Vera febriana, Sela firti, Martika Firdaus dan Nanda alvyani) dan semua teman kelas C3 terima kasih atas dukungan dan semangat kalian sehingga bisa terselesaikan sampai di titik ini terimakasih telah mendengarkan keluh kesah selama ini semoga kita sama- sama bisa sukses menuju impian dan cita- cita aamiin

KATA PENGANTAR

Puji Syukur atas kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyusun proposal yang berjudul **GAMBARAN KARAKTERISTIK DEMOGRAFI PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK YANG MELAKUKAN HEMODIALISA DI RSUD HARAPAN DAN DOA KOTA BENGKULU.** tepat pada waktunya. Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan Ahli Madya Farmasi di Akademi STIKES Al-Fatah Bengkulu.

Ucapan terimakasih yang mendalam kepada orang tua, karena dengan doa dan kasih sayangnya telah mengiringi perjalanan penulis dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini. Penulis juga ingin mengucapkan rasa terimakasih yang sedalam-dalamnya atas bantuan dan dukungannya kepada:

1. Ibu Setya enti rikomah, M. Farm., Apt. Selaku pembimbing pertama yang telah memberi waktu dan bimbingannya.
2. Ibu Sari Yanti, M. Farm., Apt. Selaku pembimbing kedua yang telah memberi waktu dan bimbingannya.
3. Ibu Dewi Winni Fauziah, M Farm., Apt. Selaku Penguji sekaligus Pembimbing Akademi STIKES Al- Fatah Bengkulu
4. Bapak Drs. Djoko Triyono, Apt., MM selaku ketua yayasan STIKES Al-Fatah Bengkulu.

5. Ibu Densi Selpia Sopiati, M.Farm., Apt Selaku Ketua STIKES Al- Fatah Bengkulu Para dosen dan staf karyawan STIKES Al-Fatah Bengkulu yang telah memberikan ilmu pengetahuan kepada penulis.
6. Rekan-rekan seangkatan di Stikes Al-Fatah Bengkulu dan
7. Semua pihak yang telah membantu hingga terselesaikannya Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak terdapat kekurangan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun.

Akhir kata penulis berharap semoga Karya Tulis Ilmiah yang penulis susun ini dapat memberikan manfaat untuk pembangunan ilmu pengetahuan khususnya tentang farmasi dan bagi pembaca sekalian.

Bengkulu, 09 September 2022

Annisa Hasanah

DAFTAR ISI

| | |
|---|-------------------------------------|
| COVER | Error! Bookmark not defined. |
| LEMBAR PENGESAHAN | Error! Bookmark not defined. |
| PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN | Error! Bookmark not defined. |
| MOTO DAN PERSEMBAHAN | iv |
| KATA PENGANTAR..... | vii |
| DAFTAR ISI..... | ix |
| DAFTAR TABEL | xi |
| DAFTAR GAMBAR..... | xii |
| DAFTAR LAMPIRAN | xiii |
| INTISARI | xiv |
| BAB I..... | 1 |
| PENDAHULUAN..... | 1 |
| 1.1 Latar Belakang..... | 1 |
| 1.2 Batasan Masalah | 3 |
| 1.3 Rumusan Masalah | 3 |
| 1.4 Tujuan Penelitian..... | 3 |
| 1.5 Manfaat Penelitian..... | 4 |
| 1.5.1 Bagi Masyarakat | 4 |
| 1.5.2 Bagi Akademik | 4 |
| 1.5.3 Bagi Peneliti Lain | 4 |
| BAB II | 5 |
| TINJAUAN PUSTAKA | 5 |
| 2.1 Kajian teori | 5 |
| 2.1.1 Gagal ginjal kronik | 5 |
| 2.1.2 Karakteristik Demografi Pasien..... | 16 |
| 2.1.3 Hemodialisa | 20 |
| 2.2 Kerangka Konsep | 24 |
| BAB III..... | 25 |
| METODE PENELITIAN | 25 |

| | |
|---|-----------|
| 3.1 Tempat dan Waktu Penelitian | 25 |
| 3.1.1 Tempat Penelitian | 25 |
| 3.1.2 Waktu Penelitian..... | 25 |
| 3.2 Populasi Sampel | 25 |
| 3.2.1 Populasi..... | 25 |
| 3.2.2 Sampel | 25 |
| 3.3 Prosedur kerja..... | 27 |
| 3.3.1 Perizinan | 27 |
| 3.3.2 Pengambilan Data..... | 27 |
| 3.3.3 Pengumpulan Data..... | 28 |
| 3.4 Analisis Data | 28 |
| 3.5 Definisi Operasional..... | 28 |
| 3.6 Alat ukur..... | 28 |
| 3.6.1 Hasil ukur..... | 29 |
| BAB IV | 30 |
| HASIL DAN PEMBAHASAN | 30 |
| 4.1 Hasil | 30 |
| 4.1.1 Persentase Demografi pasien gagal ginjal Kronik yang melakukan Hemodialisa..... | 30 |
| 4.1.2 Persentase Demografi pasien Gagal Ginjal Kronik berdasarkan Jenis Kelamin 31 | |
| 4.1.3 Persentase Demografi pasien berdasarkan Riwayat pendidikan | 33 |
| 4.1.4 Persentase Demografi pasien berdasarkan Pekerjaan..... | 35 |
| 4.2 Pembahasan | 37 |
| BAB V..... | 41 |
| KESIMPULAN DAN SARAN | 41 |
| 5.1. Kesimpulan..... | 41 |
| 5.2. Saran..... | 41 |
| 5.2.1. Bagi Akademik | 41 |
| 5.2.2. Bagi peneliti lanjutan | 42 |
| DAFTAR PUSTAKA | 43 |

DAFTAR TABEL

| | | |
|------------|---|----|
| Tabel I. | Usia Pasien Gagal Ginjal Kronik | 29 |
| Tabel II. | Jenis kelamin Pasien Gagal Ginjal Kronik..... | 30 |
| Tabel III. | Riwayat Pendidikan Pasien Gagal Ginjal Kronik | 31 |
| Tabel IV. | Pekejaan Pasien Gagal Ginjal Kronik | 33 |

DAFTAR GAMBAR

| | |
|---|----|
| Gambar 1. Kerangka Konsep Penelitian | 24 |
| Gambar 2. Diagram Usia Pasien Gagal Ginjal Kronik | 30 |
| Gambar 3. Diagram Jenis Kelamin Pasien Gagal Ginjal Kronik..... | 31 |
| Gambar 4. Diagram Riwayat pendidikan Pasien Gagal Ginjal Kronik | 32 |
| Gambar 5. Diagram Pekerjaan Pasien Gagal Ginjal Kronik..... | 34 |

DAFTAR LAMPIRAN

| | | |
|--------------------|---|----|
| <i>Lampiran 1.</i> | Pemohon rekomendasi pra penelitian penelitian..... | 46 |
| <i>Lampiran 2.</i> | Surat izin pra-penelitian RSUD Harapan dan Doa..... | 47 |
| <i>Lampiran 3.</i> | Pemohon Surat rekomendasi penelitian Stikes Al- fatah | 48 |
| <i>Lampiran 4.</i> | Surat izin penelitian RSUD Harapan dan Doa | 49 |
| <i>Lampiran 5.</i> | Surat selesai penelitian RSUD Harapan dan Doa | 50 |
| <i>Lampiran 6.</i> | Asesmen Rekam Medis | 51 |
| <i>Lampiran 7.</i> | Ruang Rekam Medis | 52 |
| <i>Lampiran 8.</i> | Contoh buku rekam medis pasien hemodialisa | 53 |
| <i>Lampiran 9.</i> | Data Rekapitulasi | 54 |

INTISARI

Berdasarkan data dari Rekam Medis Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Harapan dan Doa Kota Bengkulu, Hasil survei pendahuluan didapatkan jumlah pasien pada bulan Januari sampai Desember 2021 sebanyak 101 pasien yang menjalani hemodialisa dengan pasien yang berbeda. permasalahan pada pasien yang menjalani terapi hemodialisa perlu adanya bantuan untuk mencegah adanya dampak yang tidak diinginkan kepada pasien yang menjalani terapi hemodialisa. Oleh karena itu peneliti ingin mengetahui bagaimana gambaran karakteristik demografi sehingga memberikan pelayanan semaksimal mungkin, dan pasien bisa melakukan aktivitas secara mandiri

Metode penelitian yang di gunakan untuk pengambilan sampel menggunakan metode retrospektif data Rekam medis untuk melihat data pasien yang menjalani hemodialisa dan menggunakan teknik Purposive Sampling yaitu suatu teknik sampling non random sampling di mana peneliti menentukan pengambilan sampel dengan cara mendapatkan ciri- ciri khusus yang sesuai dengan tujuan Penelitian pada periode Januari sampai Desember 2021. Data yang di peroleh data analisis deskriptif

Hasil penelitian menunjukkan bahwa karakteristik demografi pasien gagal ginjal kronik di RSUD harapan dan doa Kota Bengkulu pada pasien usia terbanyak yaitu usia 46-55 tahun sebanyak 19 pasien sebesar 45%. Pada Jenis kelamin terbanyak yaitu jenis kelamin laki- laki sebanyak 25 pasien sebesar 60%. Pada riwayat pendidikan terbanyak yaitu pendidikan Sma sebanyak 24 pasien sebesar 57%. Pekerjaan pasien terbanyak yaitu sebanyak 17 pasien sebesar 40%

Kata kunci : Gagal ginjal kronik, Hemodialisa, Rsud

Daftar acuan : 36 (2008 – 2019)

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

World Health Organization (2017) melaporkan bahwa pasien yang menderita gagal ginjal kronis telah meningkat 50% dari tahun sebelumnya, secara global kejadian gagal ginjal kronis lebih dari 500 juta orang dan yang harus menjalani hidup dengan bergantung pada cuci darah (hemodialisa) adalah 1,5 juta orang. Gagal ginjal kronis termasuk 12 penyebab kematian umum di dunia, terhitung 1,1 juta kematian akibat gagal ginjal kronis yang telah meningkat sebanyak 31,7% sejak tahun 2010 hingga 2015 (Neuen, *et. Al.*, Chadban. 2017).

Penderita gagal ginjal yang sudah pada stadium akhir atau *end stage renal disease* (ESDR) memerlukan terapi ginjal pengganti yaitu hemodialisis. Jumlah pasien hemodialisis dari tahun ke tahun semakin meningkat, dan pada tahun 2016 terdapat 25.446 pasien baru yang menjalani hemodialisis dan 52.835 pasien yang aktif menjalani hemodialisis (Kemenkes, 2018).

Di Indonesia jumlah pasien yang menjalani hemodialisa semakin meningkat setiap tahunnya. Jumlah pasien baru yang menjalani terapi hemodialisa sebanyak 19621 orang, dimana pada tahun 2011 hanya berjumlah 15353 orang. Sedangkan pasien yang aktif HD pada tahun 2012 sebanyak 9161. Jumlah pasien pria setiap tahun berjumlah 5602 orang melebihi jumlah pasien wanita yaitu 3559 orang. Pasien terbanyak ada pada kelompok usia 45-54 tahun sekitar 29,21%. Diagnosis penyakit utama pasien hemodialisis baru yang terbanyak adalah gagal ginjal

terminal/ESRD sebanyak 83%.Jumlah pasien berdasarkan etiologi tertinggi yaitu penyakit ginjal hipertensi berjumlah 5654 orang.Penyakit penyerta pasien HD tertinggi yaitu hipertensi sebanyak 44% (IRR, 2012)

Penyakit Gagal Ginjal Kronik (GGK) dapat menyerang setiap manusia baik pria maupun wanita tanpa memandang usia, status status sosial ekonomi, latar belakang pendidikan, pekerjaan, dan tempat tinggal. Pasien GGK tertinggi pada kelompok umur ≥ 75 tahun (0,6%). Prevalensi pada pria (0,3%) lebih tinggi dari wanita (0,2%), prevalensi lebih tinggi pada masyarakat pedesaan (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% (Risikesdas, 2013).

Karakteristik individu mempengaruhi pola kehidupan dan keseriusan individu dalam menjaga kesehatan demi kelangsungan dan kualitas hidup. Karakteristik individu berdasarkan usia sangat signifikan, dari yang muda hingga lansia. Penderita GGK berusia muda lebih banyak dipengaruhi oleh gaya hidup, stress, kelelahan, kebiasaan minum dan sumber air minumnya, konsumsi minuman suplemen, makanan mengandung formalin dan borax, serta kurangnya minum air putih menjadi faktor pemicu. Ditambah dengan tuntutan kerja yang membutuhkan energi lebih secara instan dengan mengkonsumsi suplemen energi, seperti satpam atau sopir.Solusi atas kurang energi, lemah, letih dan lesu adalah faktor pemicu seseorang minum suplemen energi.Semakin sering frekuensi mengkonsumsi suplemen energi maka semakin tinggi seseorang terkena stadium gagal ginjal (Nugroho, 2015)

Berdasarkan data dari Rekam Medis Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Harapan dan Doa Kota Bengkulu, Hasil survei pendahuluan didapatkan jumlah pasien pada bulan Januari sampai Desember 2021 sebanyak 101 pasien yang menjalani hemodialisa dengan pasien yang berbeda. permasalahan pada pasien yang menjalani terapi hemodialisa perlu adanya bantuan untuk mencegah adanya dampak yang tidak diinginkan kepada pasien yang menjalani terapi hemodialisa. Oleh karena itu peneliti ingin mengetahui bagaimana gambaran karakteristik demografi sehingga memberikan pelayanan semaksimal mungkin, dan pasien bisa melakukan aktivitas secara mandiri

1.2 Batasan Masalah

Batasan masalah Gagal Ginjal Kronik yang melakukan Hemodialisa yaitu :

1. Peneliti mengambil sampel di unit Hemodialisa
2. Peneliti melakukan penelitian di RSUD Harapan dan Doa
3. Waktu penelitian Januari- Maret 2022

1.3 Rumusan Masalah

Bagaimana Gambaran Karakteristik Demografi (usia, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan) Pasien Gagal Ginjal kronik yang Melakukan Hemodialisa di RSUD Harapan dan Doa ?

1.4 Tujuan Penelitian

Untuk Mengetahui Gambaran Karakteristik Demografi (usia, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan) Pasien Gagal ginjal kronik yang Melakukan Hemodialisa di RSUD Harapan dan Doa

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Bagi Masyarakat

Memberikan pengetahuan pada masyarakat Gambaran Karakteristik Demografi (usia, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan) pasien gagal ginjal kronik yang menjalani Hemodialisa.

1.5.2 Bagi Akademik

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan dan pengetahuan kepada Mahasiswa/Mahasiswi Stikes Al-Fatah Bengkulu khususnya, serta dapat dimanfaatkan dengan baik dan dapat dijadikan sebagai sumber ilmu pengetahuan.

1.5.3 Bagi Peneliti Lain

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan bahan acuan dalam mengembangkan penelitian dan peningkatan mutu pendidikan dalam memberikan referensi penelitian yang berkaitan dengan penelitian ini

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kajian teori

2.1.1 Gagal ginjal kronik

a. Pengertian

Gagal Ginjal Kronik merupakan suatu kondisi dimana organ ginjal sudah tidak mampu mengangkut sampah sisa metabolik tubuh berupa bahan yang biasanya dieliminasi melalui urin dan menumpuk dalam cairan tubuh akibat gangguan ekskresi renal dan menyebabkan gangguan fungsi endokrin dan metabolik, cairan, elektrolit, serta asam basa (Abdul, 2015)

Sedangkan menurut Black (2014) Gagal Ginjal Kronik (GGK) adalah gangguan fungsi ginjal yang progresif dan tidak dapat pulih kembali, dimana tubuh tidak mampu memelihara metabolisme dan gagal memelihara keseimbangan cairan dan elektrolit yang berakibat pada peningkatan ureum. Pada pasien gagal ginjal kronis mempunyai karakteristik bersifat menetap, tidak bisa disembuhkan dan memerlukan pengobatan berupa, transplantasi ginjal, dialysis peritoneal, hemodialysis dan rawat jalan dalam waktu yang lama (Desfrimadona, 2016).

b. Anatomi

Ginjal merupakan suatu organ yang terletak retroperitoneal / ruang anatomi yang terletak pada permukaan media - lateral dinding posterior abdomen. Ginjal organ yang letaknya setinggi T12 hingga L3. Ginjal kanan terletak lebih rendah dari yang kiri karena besarnya lobus hepar (Tao. L, 2013). Setiap ginjal panjangnya 6- 7,5 cm, tebal 1,5-2,5 cm, dan beratnya pada orang dewasa sekitar 140 gram. (Pearce, 2011).

c. Fisiologi

Fungsi ginjal adalah mengatur keseimbangan air, konsentrasi garam dalam darah, keseimbangan asam basa darah, serta ekresi bahan buangan dan kelebihan garam (Pearce, 2011). Uraian dari fungsi ginjal yaitu diantaranya :

- 1) Mengatur volume air (cairan) dalam tubuh. Kelebihan air dalam tubuh akan diekresikan oleh ginjal sebagai urine yang encer dalam jumlah besar, kekurangan air (kelebihan keringat) menyebabkan urine yang diekresi berkurang dan konsentrasinya lebih pekat, sehingga susunan dan volume cairan tubuh dapat dipertahankan relative normal.
- 2) Mengatur keseimbangan osmotik dan mempertahankan keseimbangan ion yang optimal dalam plasma (keseimbangan elektrolit). Bila terjadi pemasukan/pengeluaran yang abnormal ion-ion akibat pemasukan garam yang berlebihan/penyakit perdarahan

(diare dan muntah) ginjal akan meningkatkan ekresi ion-ion yang penting (Na, K, Cl, fosfat).

- 3) Mengatur keseimbangan asam basa cairan tubuh, bergantung pada apa yang dimakan. Campuran makanan menghasilkan urine yang bersifat asam, pH kurang dari 6, ini disebabkan hasil akhir metabolisme protein. Apabila banyak makan sayur-sayuran, urine akan bersifat basa. pH urine bervariasi 4,8-8,2. Ginjal menyekresi urine sesuai dengan perubahan pH darah.
- 4) Ekresi sisa-sisa hasil metabolisme (ureum / urea, asam urat, kreatinin) zat-zat toksik, obat-obatan, hasil metabolisme haemoglobin dan bahan kimia asing (Pestisida).
- 5) Fungsi hormonal dan metabolisme. Ginjal menyekresi hormone renin yang mempunyai peranan penting mengatur tekanan darah (system renin, angiotensin aldosterone) membentuk eritropoitin, mempunyai peranan penting untuk memproses pembentukan sel darah merah (eritropoitin). Di samping itu juga membentuk hormone dihidroksikolekalsiferol (Vitamin D Aktif) yang diperlukan untuk absorbs ion kalsium di usus (Syaifudin, 2013).

d. Etiologi

Pada dasarnya, penyebab gagal ginjal kronik adalah penurunan laju filtrasi glomerulus atau yang disebut juga penurunan glomerulus filtration rate (GFR). Penyebab gagal ginjal kronik menurut Andra & Yessie, 2013):

1. Gangguan pembuluh darah : berbagai jenis lesi vaskuler dapat menyebabkan iskemik ginjal dan kematian jaringan ginjal. Lesi yang paling sering adalah Aterosklerosis pada arteri renalis yang besar, dengan konstiksi skleratik progresif pada pembuluh darah. Hyperplasia fibromaskular pada satu atau lebih arteri besar yang juga menimbulkan sumbatan pembuluh darah. Nefrosklerosis yaitu suatu kondisi yang disebabkan oleh hipertensi lama yang tidak di obati, dikarakteristikkan oleh penebalan, hilangnya elastisitas system, perubahan darah ginjal mengakibatkan penurunan aliran darah dan akhirnya gagal ginjal.
2. Gangguan imunologis : seperti glomerulonephritis
3. Infeksi : dapat dijelaskan oleh beberapa jenis bakteri terutama E.Coli yang berasal dari kontaminasi tinja pada traktus urinarius bakteri. Bakteri ini mencapai ginjal melalui aliran darah atau yang lebih sering secara ascenden dari traktus urinarius bagian bawah lewat ureter ke ginjal sehingga dapat menimbulkan kerusakan irreversible ginjal yang disebut pielonefritis.

4. Gangguan metabolik : seperti diabetes melitus (DM) yang menyebabkan mobilisasi lemak meningkat sehingga terjadi penebalan membrane kapiler dan di ginjal dan berlanjut dengan disfungsi endotel sehingga terjadi nefropati amiloidosis yang disebabkan oleh endapan zat-zat proteinemia abnormal pada dinding pembuluh darah secara serius merusak membrane glomerulus.
 5. Gangguan tubulus primer : terjadinya nefrotoksis akibat analgesik atau logam berat.
 6. Obstruksi traktus urinarius : oleh batu ginjal, hipertrofi prostat, dan kontstriksi uretra.
 7. Kelainan kongenital dan hereditas : penyakit polikistik sama dengan kondisi keturunan yang dikarakteristik oleh terjadinya kista atau kantong berisi cairan didalam ginjal dan organ lain, serta tidak adanya jaringan ginjal yang bersifat kongenital (hypoplasia renalis) serta adanya asidosis.
- e. Patofisiologi

Patogenesis gagal ginjal kronis melibatkan penurunan dan kerusakan nefron yang diikuti kehilangan fungsi ginjal yang progresif. Total laju filtrasi glomerulus (GFR) menurun dan klirens menurun, BUN dan kreatinin meningkat. Nefron yang masih tersisa mengalami hipertrofi akibat usaha menyaring jumlah cairan yang lebih banyak. Akibatnya, ginjal kehilangan kemampuan memekatkan urine. Tahapan

untuk melanjutkan ekskresi, sejumlah besar urine dikeluarkan, yang menyebabkan klien mengalami kekurangan cairan. Tubulus secara bertahap kehilangan kemampuan menyerap elektrolit. Biasanya, urine yang dibuang mengandung banyak sodium sehingga terjadi poliuri (Bayhakki, 2013).

f. Tanda dan gejala

Menurut perjalanan klinisnya (Corwin, Ej (2009):

- 1) Menurunnya cadangan ginjal pasien asimtomatik, namun GFR dapat menurun hingga 25% dari normal.
- 2) Insufisiensi ginjal, selama keadaan ini pasien mengalami polyuria dan nokturia, GFR 10% hingga 25% dari normal, kadar kreatinin serum dan BUN sedikit meningkat diatas normal.
- 3) Penyakit ginjal stadium akhir (ESRD) atau sindrom uremik (lemah, letargi, anoreksia, mual muntah, nokturia, kelebihan volume cairan, neuropati perifer, pruritus, uremic frost, pericarditis, kejang-kejang sampai koma), yang ditandai dengan GFR kurang dari 5-10 ml/menit, kadar serum kreatinin dan BUN meningkat tajam, dan terjadi perubahan biokimia dan gejala yang komplek.

g. Klasifikasi

Tahapan Penyakit Ginjal Kronik menurut The National Kidney Foundation Kidney Disease Improving Global Outcomes (NKF-KDIGO) tahun 2012 adalah :

- a) Tahap 1 : Kerusakan ginjal dengan GFR normal atau GFR $>90\text{ml}/\text{min}/1.73\text{m}^2$.
- b) Tahap 2 : Kerusakan ginjal ringan dengan GFR 60-89ml/min/1.73m²
- c) Tahap 3 : Kerusakan ginjal sedang dengan GFR 30-59ml/min/1.73m².
- d) Tahap 4 : Kerusakan ginjal berat dengan GFR 15-29ml/min/1.73m².
- e) Tahap 5 : Gagal ginjal, GFR $<15\text{ml}/\text{min}/1.73\text{m}^2$. Tahap ini sering di sebut End Stage Renal Disease (ESRD), Gagal ginjal terminal dan perlu tindakan Hemodialisa

h. Diagnosis Gagal Ginjal Kronis

Untuk menentukan seseorang positif menderita gagal ginjal kronis atau tidak harus dilakukan diagnosis berdasarkan beberapa tes sebagai berikut (Muhammad, 2012) :

1) Pemeriksaan Urine

Pemeriksaan urine bertujuan untuk mengetahui volume, warna, berat jenis, dan kadar protein dalam urine.

- a. Volume : biasanya kurang dari 400 ml/24 jam (oliguria) atau tidak ada urin (anuria, yaitu kurang dari 100 ml).
- b. Warna : secara abnormal urin keruh mungkin disebabkan oleh pus (nanah), bakteri, lemak, pospat atau asam urat, sedimen kotor. Warna kecoklatan menunjukkan adanya darah.

c. Berat Jenis : kurang dari 1.015 (menunjukkan kerusakan ginjal berat).

d. Protein : derajat tinggi proteinuria (3+ s/d 4+).

2) Pemeriksaan Darah

Pemeriksaan darah ini meliputi BUN/kreatinin, hitung darah lengkap, sel darah merah, natrium serum, kalium, magnesium fosfat, protein, dan osmolaritas serum.

3) Pemeriksaan Pielografi Intravena

Pemeriksaan ini bertujuan untuk mengetahui abnormalitas pelvis ginjal dan ureter, serta pielografi retrograde. Pemeriksaan dilakukan bila dicurigai ada obstruksi yang reversible. Selain itu, pemeriksaan ini juga untuk mengetahui arteriogram ginjal serta mengkaji sirkulasi ginjal, mengidentifikasi ekstrasvaskular, dan adanya massa.

4) Sistoureterogram Berkemih

Pemeriksaan ini menunjukkan ukuran kandung kemih, refleks ke dalam ureter, dan retensi.

5) Ultrasono Ginjal

Pemeriksaan ini untuk menunjukkan ukuran kandung kemih, adanya massa, kista, dan obstruksi pada saluran kemih bagian atas.

6) Biopsi Ginjal

Biopsi ginjal dilakukan secara endoskopi untuk menentukan sel jaringan untuk diagnosis histologis.

7) Endoskopi Ginjal Nefroskopi

Pemeriksaan ini dilakukan untuk menentukan pelvis ginjal, seperti ada atau tidaknya batu ginjal, hematuria, dan pengangkatan tumor selektif.

8) EKG

Keadaan abnormal menunjukkan adanya ketidak seimbangan elektrolit dan asam basa, aritma, hipertrof ventrikel, dan tanda-tanda perikarditis

i. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan gagal ginjal kronik dibagi 2 yaitu terapi nonfarmakologis dan terapi farmakologi : (WONG, 2017)

1) Terapi nonfarmakologis Beberapa yang bisa dilakukan untuk mencegah penyakit ini berkembang parah seperti yang dipulikasikan antara lain:

a. Pembatasan protein Dapat menunda kerusakan ginjal. Intake protein yang dilakukan 0.8g/kg/hari untuk pasien dewasa dengan atau tanpa diabetes serta LFG 1.3 g/kgBB/hari beresiko memperburuk GGK.

b. Pembatasan Glukosa Disarankan pemeriksaan hemoglobin A1c (HbA1c) 7.0% (53mmol/mol) untuk mencegah dan menunda perkembangan komplikasi mikrovaskuler diabetes pada pasien GGK dengan diabetes.

c. Hentikan merokok.

d. Diet natrium diusahakan < 2.4 g per hari.

- e. Menjaga berat badan. BMI (Body Mass Index) < 102cm untuk pria, dan < 88cm untuk wanita. Olahraga Direkomendasikan melakukan olahraga ringan 30-60 menit seperti jalan santai, jogging, bersepeda atau berenang selama 4-7 hari tiap minggu.
- f. Terapi non farmakologi lain yang dilakukan pada pasien GGK terutama yang sudah stage 5 adalah :
 1. Hemodialisis Merupakan tindakan untuk membuang sampah metabolisme yang tak bisa dikeluarkan oleh tubuh, seperti adanya ureum di dalam darah. Dilakukan jika pasien menderita GGK stadium 5 dan telah diberikan diuretik namun tidak berefek.
 2. Operasi AV Shunt (arterio veno shunting) Merupakan tindakan yang pertama kali dilakukan kepada pasien sebelum menjalankan hemodialisis rutin. Operasi ini adalah operasi pembuatan saluran untuk hemodialisis.
- 2) Terapi farmakologi Penatalaksanaan gangguan ginjal kronis adalah:
 - a. Kontrol tekanan darah
 - 1). Pada pasien dengan gangguan ginjal kronis, harus mengontrol tekanan darah sistolik < 140 mmHg (dengan target antara 120-139 mmHg) dan tekanan darah diastolik < 90 mmHg.
 - 2). Pada pasien dengan gangguan ginjal kronis dan diabetes dan juga pada pasien dengan ACR (Albumin Creatinin Ratio) 70 mg/mmol atau lebih, diharuskan untuk menjaga tekanan darah

sistolik < 130 mmHg (dengan target antara 120-129 mmHg) dan tekanan darah diastolik < 80 mmHg.

b. Pemilihan agen antihipertensi

a). Pemilihan obat anti-hipertensi golongan ACE Inhibitor atau ARBs diberikan kepada pasien gangguan ginjal kronis dan:

1. Diabetes dan nilai Albumin Creatinin Ratio (ACR) 3 mg/mmol atau lebih.
2. Hipertensi dan nilai Albumin Creatinin Ratio (ACR) 30 mg/mmol atau lebih.
3. Nilai Albumin Creatinin Ratio (ACR) 70 mg/mmol atau lebih (terlepas dari hipertensi atau penyakit kardiovaskular).

c). Jangan memberikan kombinasi ACE Inhibitor atau ARBs untuk pasien gangguan ginjal kronis.

d). Untuk meningkatkan hasil pengobatan yang optimal, sebaiknya informasikan kepada pasien tentang pentingnya:

- 1) mencapai dosis terapi maksimal yang masih dapat ditoleransi
- 2) memantau LFG dan konsentrasi serum kalium (potassium) dalam batas normal.

j. Komplikasi

Komplikasi yang mungkin terjadi pada gagal ginjal kronis meliputi (Kowalak, Welsh, & Mayer, 2011):

- 1) Anemia
- 2) Neuropati perifer

- 3) Komplikasi kardiopulmoner
- 4) Komplikasi gastrointestinal
- 5) Disfungsi seksual
- 6) Defek skeletal
- 7) Parestesia
- 8) Disfungsi saraf motorik
- 9) Fraktura patologis

2.1.2 Karakteristik Demografi Pasien

Karakteristik demografi pasien meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan

a) Usia

Menurut (Kemenkes RI, 2017) prevalensi gagal ginjal kronis sesuai dengan karakteristik di Indonesia usia termasuk didalamnya. Rata-rata usia yang menderita penyakit gagal ginjal kronik pada tahun 2013 tertinggi yaitu usia > 75 tahun yaitu sebesar 0,6. Hal ini terjadi dikarenakan semakin bertambahnya usia, maka fungsi ginjal akan berkurang dan mengalami penurunan kecepatan ekskresi glomerulus dan menurunnya fungsi tubulus hal itu merupakan hal yang alamiah, begitupun dengan fungsi ginjal, pada usia 40 tahun jumlah nefron yang berfungsi berkurang setiap 10% setiap 10 tahun.. Fungsi ginjal terjadi secara cepat sehingga terjadi berbagai keluhan mulai ringan hingga berat, hal ini membuktikan bahwa faktor resiko

terjadinya gagal ginjal kronik salah satunya yaitu umur yang lebih tua (Pranandari dan Supadmi, 2015).

b) Jenis kelamin

Jenis kelamin terdapat hubungan dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa. Kualitas hidup adalah sebagai persepsi individu sebagai laki-laki dan perempuan dalam hidup di tinjau dari konteks dan budaya dan sistem nilai dimana mereka tinggal, hubungan dengan standar hidup, harapan, kesenangan, dan perhatian mereka (Mariyanti, 2013).

Jenis kelamin antara laki-laki dan perempuan dapat mempengaruhi terjadinya faktor resiko gagal ginjal kronik dengan terapi hemodialisa. Pada jenis kelamin laki-laki secara klinik mempunyai resiko tinggi mengalami gagal ginjal kronik 2 kali lipat lebih besar dari pada perempuan. Hal ini terjadi karena jenis kelamin laki-laki sebagian besar mayoritas perokok. (Ibrahim dkk., 2015). Jenis kelamin laki-laki dengan perokok aktif berhubungan dengan terjadinya peningkatan tekanan darah tinggi, dikarenakan nikotin yang terkandung dalam rokok akan menyebabkan peningkatan tekanan darah. Nikotin akan diserap pembuluh darah kecil kedalam paru-paru dan disebarkan oleh pembuluh darah sampai ke otak, otak akan bereaksi terhadap nikotin dengan memberi sinyal pada kelenjar adrenal untuk melepas *epinefrin* (adrenalin). Selain itu laki-laki menjadi faktor resiko dikarenakan laki-laki kurang memperhatikan

kesehatan dan menjaga pola hidupnya dibandingkan perempuan (Logani dkk., 2017).

Manusia dibedakan menurut jenis kelaminnya laki-laki dan perempuan. Semuanya diberikan peran kedudukan dan tugas antara laki-laki dan perempuan yang ditetapkan berdasarkan sifat yang pantas sesuai dengan norma- norma adat istiadat dan kepercayaan. Penyakit dapat menyerang laki-laki dan perempuan tetapi pada beberapa penyakit terdapat perbedaan, frekuensi laki-laki dan perempuan. hal ini antara lain disebabkan antara pekerjaan, kebiasaan hidup, genetik maupun kondisi fisiologis Anggraini,(2005).

c) Pendidikan

Semakin tinggi pendidikan seseorang maka akan semakin cepat memahami tentang kondisi penyakit yang dialami. Kurangnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat untuk deteksi dini dalam memeriksakan dirinya ke pusat pelayanan kesehatan menjadi penyebab meningkatnya pasien GGK dikarenakan pada stadium awal tidak merasakan keluhan spesifik. Kebanyakan pasien datang dengan keluhan yang sudah berat dan pada saat dilakukan pemeriksaan lanjutan sudah berada pada stadium terminal (stadium 5). Hal ini diperkuat dengan teori yang menyatakan bahwa pada kasus GGK di stadium 1 dan 2 belum memperlihatkan gejala dan keluhan yang spesifik (Wibisono, 2014).

pendidikan lebih tinggi mempunyai pengetahuan yang luas, sehingga kemungkinan pasien dapat mengontrol diri dalam mengatasi masalahnya, mempunyai percaya diri tinggi, berpengalaman dan mempunyai pemikiran yang tepat, mudah mengerti tentang apa yang dianjurkan oleh tenaga kesehatan serta dapat mengurangi kecemasan sehingga membantu individu tersebut dalam membuat keputusan (Dewi dkk., 2015).

d) Pekerjaan

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa proporsi pekerjaan tertinggi pada kategori PNS berjumlah 29 responden (21,6%) dan terendah pada kategori sopir dan seniman yang masing-masing berjumlah 2 responden (1,5%). Berbagai jenis pekerjaan akan berpengaruh pada frekuensi dan distribusi penyakit. Tanpa disadari bahwa pekerjaan 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 di panas dan pekerja berat yang banyak mengeluarkan keringat lebih mudah terserang dehidrasi. Akibat dehidrasi, urin menjadi lebih pekat sehingga bisa menyebabkan terjadinya penyakit ginjal (Ana, 2015).

Gagal ginjal akan terjadi dikarenakan faktor pekerjaan yang tanpa disadari dapat mempengaruhi pola hidup yang tidak sehat seperti mengkonsumsi minuman suplemen, kafein dan amfetamin untuk

mencegah kelelahan. Hal tersebut dapat mempengaruhi ginjal dan dapat mempersempit pembuluh darah arteri ke ginjal sehingga darah yang menuju ke ginjal akan kekurangan asupan makan dan oksigen. Selain mengkonsumsi minuman pekerjaan yang dapat timbul stress karena target yang harus dicapai serta kurang minum air putih merupakan faktor terjadinya penyakit ginjal kronik (Kurniawati dan Asikin, 2018).

2.1.3 Hemodialisa

a) Pengertian

Hemodialisa merupakan proses terapi sebagai pengganti ginjal yang menggunakan selaput membran semi permeabel berfungsi sebagai nefron sehingga dapat mengeluarkan produk sisa metabolisme dan mengoreksi gangguan keseimbangan cairan maupun elektrolit pada pasien gagal ginjal (Mailani, 2015).

Terapi hemodialisa bisa didapatkan penderita gagal ginjal sebanyak dua atau sekali dalam seminggu, tergantung dari keparahan yang terjadi pada rusaknya ginjal (Kemenkes, 2017)

Hemodialisis yang dijalani oleh pasien dapat mempertahankan kelangsungan hidup sekaligus merubah pola hidup pasien. Perubahan yang akan terjadi mencakup diet pasien, tidur dan istirahat, penggunaan obat-obatan, dan aktivitas sehari-hari. Pasien yang menjalani hemodialisis juga rentan terhadap masalah emosional seperti stress

berkaitan dengan pembatasan diet dan cairan, keterbatasan fisik, penyakit, efek samping obat, serta ketergantungan terhadap dialisis yang akan berdampak terhadap menurunnya kualitas hidup pasien (Mailani, 2015).

Pasien akan ketergantungan dalam terapi hemodialisa, konsumsi obat seumur hidup dan menjalankan diet yang ketat termasuk juga pembatasan cairan. Pasien akan mengalami mual muntah, nyeri punggung, sesak nafas, menggigil, sakit kepala dan susah tidur. Hal ini akan menghambat produktifitas pasien, dan tidak sedikit pasien yang berhenti bekerja ketika gejala yang muncul dari gagal ginjal mengganggu aktifitas pasien sehari-harinya (Priyanti & Farhana, 2016).

b. Tujuan

Hemodialisis Menurut Madjid dan Suharyanto dalam buku Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Perkemihan (2009), hemodialisis memiliki tujuan sebagai berikut.

1. Menggantikan fungsi ginjal dalam fungsi ekskresi (membuang sisa-sisa metabolisme dalam tubuh, seperti ureum, kreatinin, dan sisa metabolisme yang lain)
2. menggantikan fungsi ginjal dalam mengeluarkan cairan tubuh yang seharusnya dikeluarkan sebagai urin saat ginjal sehat
3. meningkatkan kualitas hidup pasien yang menderita penurunan fungsi ginjal

4. menggantikan fungsi ginjal sambil menunggu program pengobatan yang lain.

e) Indikasi

Hemodialisis Pelaksanaan hemodialisis dapat dilakukan jika seseorang memiliki beberapa kriteria. Kriteria tersebut antara lain: laju filtrasi glomerulus kurang dari 15 ml/menit, hiperkalemia, kegagalan terapi konservatif, kadar ureum lebih dari 200 mg/dl, kreatinin lebih dari 65 mEq/L, kelebihan cairan dan anuria berkepanjangan lebih dari 5 kali (Mardyaningsih, 2014).

f) Cara Kerja

Hemodialisis Pelaksanaan hemodialisis didasari oleh tiga cara kerja, yaitu difusi, osmosis, dan ultrafiltrasi. Ketiga prinsip ini dapat dijabarkan sebagai berikut.

a. Difusi

merupakan proses memindahkan zat limbah serta toksin dari darah ke cairan dialisat. Hal ini dapat terjadi karena darah memiliki konsentrasi yang lebih tinggi dari cairan dialisat

b. Osmosis

merupakan proses pengeluaran cairan yang berlebih. Hal ini dapat terjadi menggunakan prinsip gradient tekanan dimana cairan dari tubuh pasien yang memiliki tekanan lebih tinggi bergerak ke cairan dialisat yang memiliki tekanan yang lebih rendah. Ultrafiltrasi merupakan proses

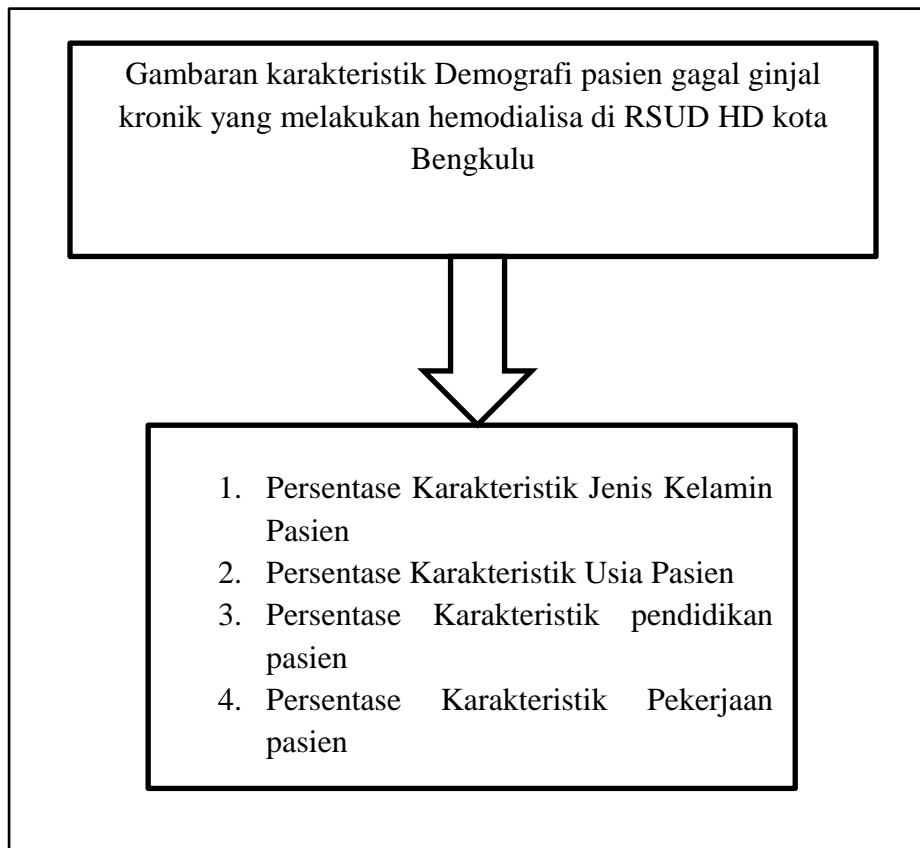
memindahkan air dan zat terlarut. Hal ini terjadi karena adanya perbedaan hidrostatis dalam darah dan cairan dialisis.

Pada proses hemodialisa pengantaran darah dilakukan di mesin dialisis yang terdiri dari pompa darah, sistem pengaliran dialisis serta berbagai monitor dan akses dialisis di tubuh pasien yang terdiri atas subklavikula, femoralis, fistula, dan tandur. Hemodialisis dilakukan 2-3 kali seminggu selama 4-5 jam

g) Komplikasi Hemodialisis

Komplikasi terapi dialisis yang sering terjadi pada penderita yang menjalani hemodialisis adalah gangguan hemodinamik. Tekanan darah umumnya menurun dengan dilakukannya ultrafiltrasi atau penarikan cairan saat hemodialisis. Hipotensi intradialitik terjadi pada 5-40% penderita yang menjalani hemodialisis regular, namun sekitar 5-15% dari pasien hemodialisis tekanan darahnya justru meningkat. Kondisi ini disebut hipertensi intradialitik atau *intradialytic hypertension* (Agarwal & Light, 2010).

2.2 Kerangka Konsep



Gambar 1. Kerangka Konsep Penelitian

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Tempat dan Waktu Penelitian

3.1.1 Tempat Penelitian

Penelitian telah dilaksanakan di Unit Hemodialisa menggunakan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu

3.1.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini telah dilaksanakan pada bulan Januari sampai dengan Maret 2022

3.2 Populasi Sampel

3.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini yaitu seluruh pasien yang di diagnosis Gagal Ginjal Kronik yang melakukan Hemodialisa dilihat dari demografi Pasien gagal ginjal kronik yang melakukan hemodialisa

3.2.2 Sampel

Sampel menggunakan metode retrospektif data Rekam medis untuk melihat data pasien yang menjalani hemodialisa di RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu, Pengambilan sampel dalam Penelitian ini dilakukan dengan teknik Purposive Sampling yaitu suatu teknik sampling non

random sampling di mana peneliti menentukan pengambilan sampel dengan cara mendapatkan ciri- ciri khusus yang sesuai dengan tujuan Penelitian Sampel yang di teliti harus memiliki kriteria sebagai berikut :

1. Kriteria Inklusi

- a. Pasien yang mempunyai Rekam medis yang lengkap yaitu (usia, jenis kelamin, pekerjaan dan pendidikan)
- b. Semua pasien gagal ginjal kronik yang melakukan Hemodialisa dengan diagnosa Gagal Ginjal Kronik

2. Kriteria Eklusi

- a. Pasien gagal ginjal kronik yang melakukan hemodialisa yang Rekam medisnya tidak jelas atau tidak terbaca
- b. Pasien gagal ginjal kronik yang telah meninggal dunia
- c. Pasien baru gagal ginjal kronik pasien

Perhitungan sampel minimal dengan menggunakan metode cross sectional dilakukan dengan menggunakan persamaan (Tarukbua, dkk 2013) :

$$n = \frac{Z^2 a p q}{d^2}$$

Keterangan :

n = Jumlah sampel yang diperlukan

Z = nilai distribusi normal baku pada α tertentu

α = Derajat kepercayaan, α : 0,05

p = Menentukan nilai yaitu dengan menilai nilai proporsi penelitian yang telah ada, di lakukan maximation, $p = 0,5$

$$q = 1-p$$

d = Kesalahan yang dapat ditolerir, $d = 0,05$

Ditetapkan $\alpha = 0,05$ atau $Z = 1,96$

$$n = \frac{Z^2 a p q}{d^2}$$

$$n = \frac{1,96^2 \cdot 0,05 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{0,05^2} = 19,208 = 19,028$$

Atau dilakukan pembulatan menjadi 20 orang sampel (angka minimal)

3.3 Prosedur kerja

3.3.1 Perizinan

Perizinan merupakan syarat mutlak dalam pengambilan data, dalam penelitian ini di butuhkan surat keterangan dari Akademi untuk melakukan penelitian dan pengambilan data di RSUD HD Kota Bengkulu, sehingga pihak dari RSUD HD Kota Bengkulu memberikan izin untuk peneliti megambil data yang di butuhkan oleh peneliti

3.3.2 Pengambilan Data

Pengambilan data pasien Melakukan Pengumpulan data menggunakan metode retrospektif data Rekam medis untuk melihat data pasien yang menjalani hemodialisa di RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu dilihat Karakteristik Demografi pasien yaitu (usia,jenis kelamin, pekerjaan dan pendidikan)

3.3.3 Pengumpulan Data

Pengumpulan data yang dilakukan data sekunder yaitu data yang diperoleh melalui Rekam medis RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu pada bulan Januari sampai Desember 2021

3.4 Analisis Data

Analisis data pada penelitian ini dilakukan dengan cara analisa deskriptif dengan cara melihat karakteristik Demografi (usia, jenis kelamin, pekerjaan dan pendidikan) pasien gagal ginjal kronik yang melakukan hemodialisa

3.5 Definisi Operasional

- a. Pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa adalah pasien lama yang terdiagnosi kronik di RSUD HD Kota Bengkulu
- b. Rekam medis adalah dokumen yang berisi tentang identitas dan karakteristik pasien berupa usia, jenis kelamin, pekerjaan dan pendidikan pasien gagal ginjal kronik yang melakukan hemodialisa
- c. Hemodialisa merupakan proses pembersihan darah dari zat-zat sampah, melalui proses penyaringan di luar tubuh

3.6 Alat ukur

Alat ukur penelitian ini melakukan pengumpulan data menggunakan data Rekam Medis untuk melihat data pasien gagal ginjal kronik yang melakukan hemodialisa

3.6.1 Hasil ukur

Hasil ukur dari penelitian ini menggunakan desain skala nominal yaitu skala ini hanya di gunakan untuk memberikan kategori sehingga mempermudah pengelompokan data menurut kategorinya jenis kelamin, usia, pendidikan dan pekerjaan dan di sajikan dalam bentuk tabel dan diagram

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

Hasil Penelitian dari Data Rekam Medis yang memenuhi kriteria inklusi Sebanyak 42 Pasien, dengan perhitungan jumlah sampel menggunakan rumus slovin. Kemudian data di sajikan dalam bentuk tabel dan diagram yang berdasarkan Karakteristik Demografi pasien Gagal Ginjal Kronik yang menjalani Hemodialisa.

4.1.1 Persentase Demografi pasien gagal ginjal Kronik yang melakukan Hemodialisa

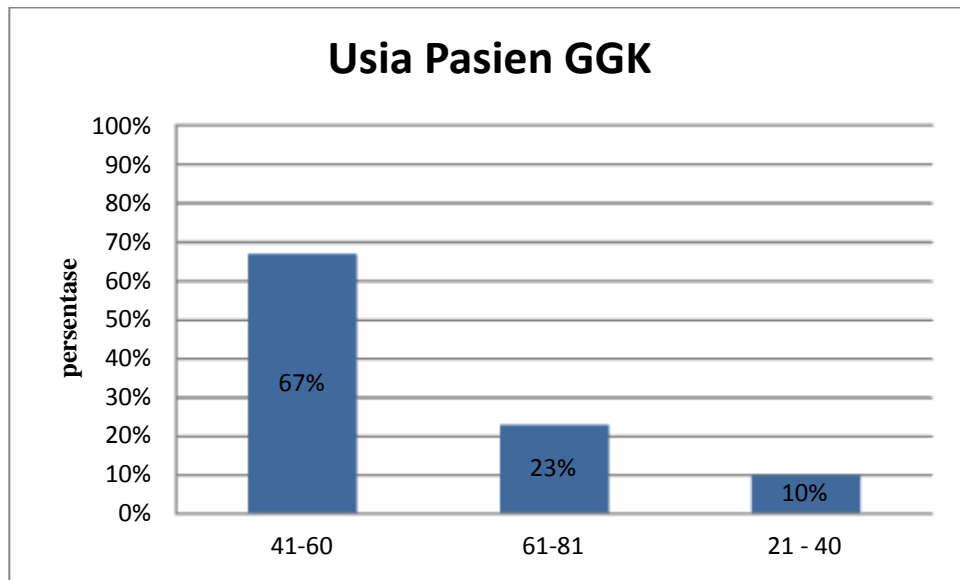
Berdasarkan data yang diperoleh, Hasil persentase diagnose gagal ginjal kronik berdasarkan usia disajikan dalam bentuk tabel dan diagram sebagai berikut:

Tabel I. Demografi Usia Pasien yang Mengalami Gagal Ginjal Kronik

| No | Usia pasien | Jumlah pasien | Persentase (%) |
|----|--------------|---------------|----------------|
| 1 | 41-60 | 28 | 67% |
| 2 | 61-81 | 10 | 23% |
| 3 | 21 – 40 | 4 | 10% |
| | Total | 42 | 100% |

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa jumlah Pasien Gagal Ginjal Kronik yang melakukan Hemodialisa terbanyak pada usia 41 - 60 tahun berjumlah 28 Pasien Sebesar 67% kemudiaan diikuti pada Usia 61 -

81 berjumlah 10 pasien Sebesar 23% dan terakhir kemudian 21 – 40 tahun berjumlah 4 pasien sebesar 10% .



Gambar 2. Diagram Usia Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Melakukan Hemodialisa

Berdasarkan Diagram Di atas untuk melihat beberapa persentase Pasien Gagal Ginjal Kronik yang melakukan Hemodialisa di Rsud Harapan dan Doa kota Bengkulu yang berdasarkan Usia Pasien yang paling banyak mengalami Gagal Ginjal Kronik yaitu pada Usia 46-55 tahun sebesar 45%

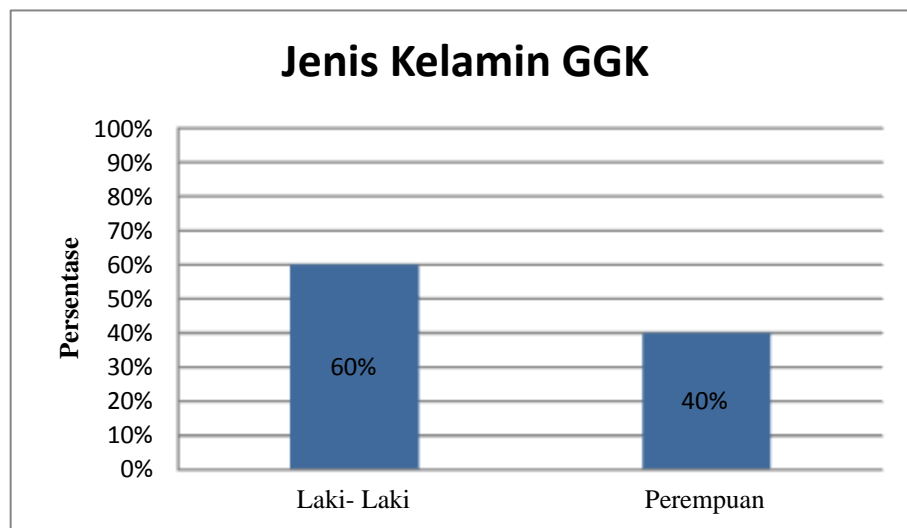
4.1.2 Persentase Demografi pasien Gagal Ginjal Kronik berdasarkan Jenis Kelamin

Berdasarkan data yang diperoleh, Hasil persentase diagnose gagal ginjal kronik berdasarkan usia disajikan dalam bentuk tabel dan diagram sebagai berikut:

Tabel II. Demografi Jenis kelamin Pasien yang Mengalami Gagal Ginjal

| No | Jenis Kelamin | Jumlah pasien | Persentase (%) |
|----|---------------|---------------|----------------|
| 1 | Laki- Laki | 25 | 60% |
| 2 | Perempuan | 17 | 40% |
| | Total | 42 | 100% |

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa jumlah pasien Gagal Ginjal Kronik yang menjalani Hemodialisa terbanyak berjenis kelamin Laki-Laki dengan jumlah 25 pasien Sebesar 60% dan kemudian pasien berjenis kelamin Perempuan Sebanyak 17 pasien Sebesar 40%



Gambar 3. Diagram Jenis Kelamin Pasien Gagal Ginjal kronik yang melakukan Hemodialisa

Berdasarkan diagram di atas untuk melihat beberapa persentase Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Melakukan hemodialisa di RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu yang berdasarkan jenis Kelamin yang paling banyak pada Pasien Laki-Laki Sebesar 60%

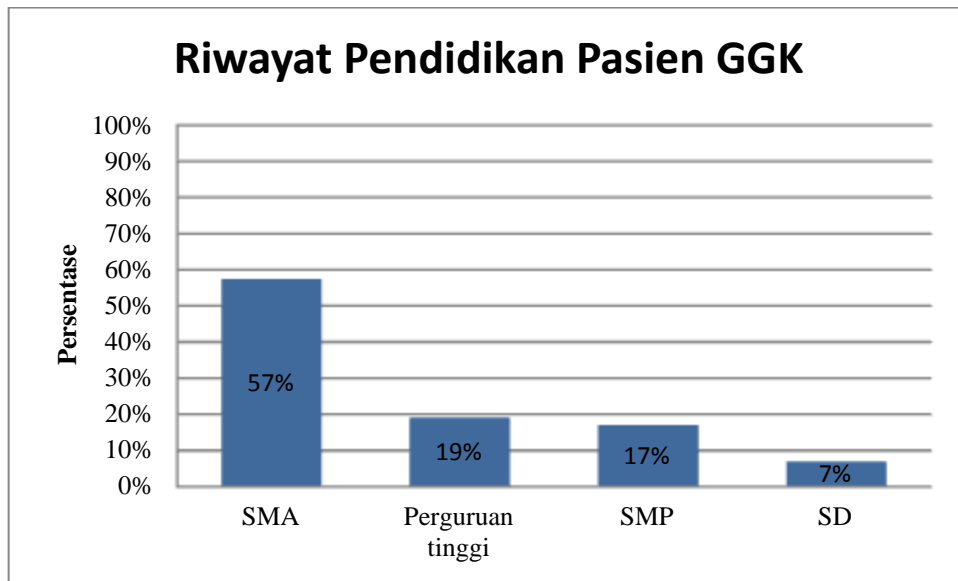
4.1.3 Persentase Demografi pasien berdasarkan Riwayat pendidikan

Berdasarkan data yang diperoleh, Hasil persentase diagnose gagal ginjal kronik berdasarkan usia disajikan dalam bentuk tabel dan diagram sebagai berikut:

Tabel III. Demografi Riwayat pendidikan Pasien yang Mengalami Gagal Ginjal Kronik

| No | Pendidikan | Jumlah Pasien | Persentase (%) |
|----|------------------|---------------|----------------|
| 1 | SMA | 24 | 57% |
| 2 | Perguruan tinggi | 8 | 19% |
| 3 | SMP | 7 | 17% |
| 4 | SD | 3 | 7% |
| | Total | 42 | 100% |

Berdasarkan tabel di atas bahwa mayoritas pasien Gagal Ginjal Kronik yang Melakukan Hemodialisa di RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu Pendidikan yang paling banyak adalah SMA 24 Pasien Sebesar 57% kemudian perguruan tinggi sebanyak 8 Pasien Sebesar 19% kemudian SMP sebanyak 7 Pasien Sebesar 17% dan terakhir riwayat pendidikan SD Sebanyak 3 Pasien Sebesar 7%



Gambar 4. Diagram riwayat pendidikan Pasien Gagal Ginjal kronik yang Melakukan Hemodialisa

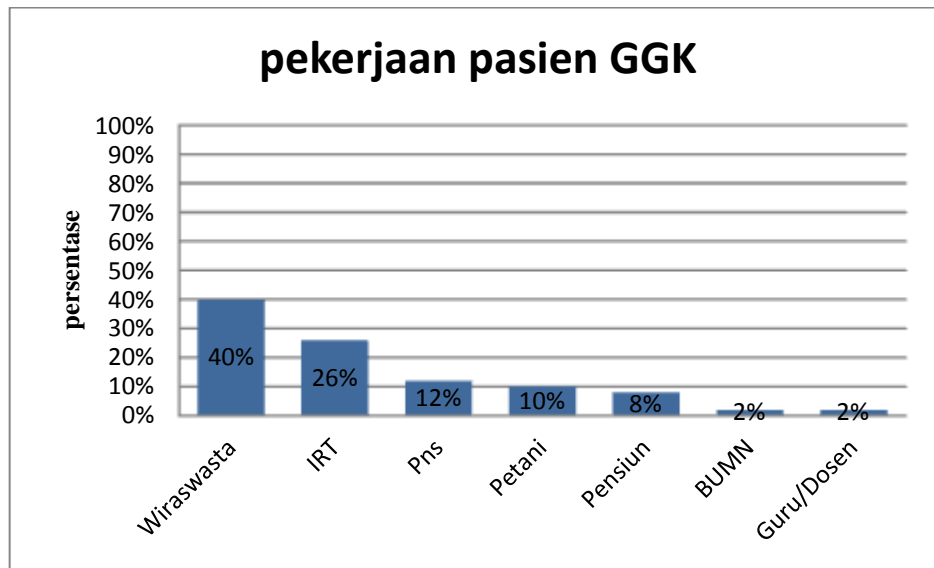
Berdasarkan Diagram Di atas untuk melihat beberapa persentase Pasien Gagal Ginjal Kronik yang melakukan Hemodialisa di Rsud Harapan dan Doa kota Bengkulu Berdasarkan riwayat pendidikan Pasien yang paling banyak yaitu SMA Sebesar 57%

4.1.4 Persentase Demografi pasien berdasarkan Pekerjaan

Tabel IV. Demografi Pekerjaan Pasien yang Mengalami Gagal Ginjal Kronik

| No | Pekerjaan | Jumlah Pasien | Persentase (%) |
|----|--------------|---------------|----------------|
| 1 | Wiraswasta | 17 | 40% |
| 2 | IRT | 11 | 26% |
| 3 | Pns | 5 | 12% |
| 4 | Petani | 4 | 10% |
| 5 | Pensiun | 3 | 8% |
| 6 | BUMN | 1 | 2% |
| 7 | Guru/Dosen | 1 | 2% |
| | Total | 42 | 100% |

Berdasarkan tabel di atas bahwa mayoritas pasien Gagal Ginjal Kronik yang Melakukan Hemodialisa di RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu Pekerjaan Wiraswasta Sebanyak 17 pasien Sebesar 40% Kemudian IRT sebanyak 11 Pasien Sebesar 26% kemudian di ikuti PNS Sebanyak 5 Pasien Sebesar 12% kemudian Petani Sebanyak 4 Pasien Sebesar 10% kemudian pensiun sebanyak 3 pasien sebesar 8% dan terakhir BUMN & Guru/dosen sebanyak 1 Pasien Sebesar 2%



Gambar 5. Diagram pekerjaan Pasien Gagal Ginjal kronik yang Melakukan Hemodialisa

Berdasarkan Diagram Di atas untuk melihat beberapa persentase Pasien Gagal Ginjal Kronik yang melakukan Hemodialisa di Rsud Harapan dan Doa kota Bengkulu yang Berdasarkan Pekerjaan Pasien yang paling banyak pada yaitu wiraswasta Sebanyak 17 Pasien sebesar 40%

4.2 Pembahasan

Hasil penelitian yang dilakukan tentang Gambaran Karakteristik Demografi Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Melakukan Hemodialisa di RSUD Harapan dan Do'a Kota Bengkulu didapat data yang memenuhi Kriteria inklusi yaitu 42 pasien.

Hasil penelitian berdasarkan kelompok Usia penderita Gagal Ginjal kronik yang Melakukan Hemodialisa di Rsd Harapan dan Doa Kota Bengkulu Periode januari – desember 2021 yang paling banyak yaitu pasien Usia 41- 60 tahun Sebanyak 28 Pasien Sebesar 67% kemudian usia 61- 81 tahun sebanyak 10 pasien sebesar 23% dan usia terakhir yaitu 21 – 40 tahun sebanyak 4 pasien sebesar 10%. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang telah dilakukan Tuloli Dkk yang menyatakan bahwa pasien gagal ginjal kronik yang menjalani HD di RSUD Toto Kabila mayoritas berusia usia 46–55 tahun dan usia 56–65 tahun dengan persentase yaitu 30,23 %. (Tuloli, Dkk 2019) penelitian tandi menunjukkan bahwa usia yang berisiko untuk penyakit gagal ginjal adalah lebih dari 55 tahun. Hal ini dikarekan pada usia tersebut arteri kehilangan kelenturan dan menjadi kaku. Darah pada setiap denyut jantung dipaksa melalui pembuluh darah yang sempit dan menyebabkan peningkatan tekanan darah. Apabila hal tersebut berlangsung lama dapat menyebabkan sistem kekebalan tubuh menggerogoti lapisan pelindung saraf pada pembuluh darah ginjal sehingga pembuluh darah mengalami penyempitan dan penyumbatan, yang mengakibatkan rusaknya glomerulus dan atrofi tubulus, sehingga nefron ginjal mengalami kerusakan dan terjadi gagal ginjal,

dengan hasil persentase usia 55 - 70 tahun sebanyak 13 pasien sebesar 65% (Tandi, Dkk 2014).

Hasil Penelitian Berdasarkan jenis kelamin laki- laki lebih cenderung banyak mengalami gagal ginjal kronik yang melakukan hemodialisa sebanyak 25 pasien Sebesar 60% dan berjenis kelamin Perempuan Sebanyak 17 pasien Sebesar 40%. Penelitian ini sejalan dengan penelitian bejo danang dkk dengan hasil bahwa pasien gagal ginjal kronik yang menjalani Hemodialisa di RSI Fatimah Cilacap mayoritas pasien terbanyak yaitu pasien laki- laki dengan persentase 56,9% (Bejo danang, Dkk 2013). Penelitian Muharni menunjukkan bahwa pasien gagal ginjal kronik cenderung memiliki gaya hidup yang tidak sehat, Gaya hidup sehat merupakan gaya hidup yang dapat mencegah timbulnya berbagai macam penyakit, salah satunya adalah gagal ginjal kronik. Gaya hidup yang buruk seperti merokok, menggunakan obat berlebihan, terlalu banyak mengkonsumsi minuman suplemen berenergi, serta kurang aktivitas fisik, apabila tidak di tangani segera akan menyebabkan gagal ginjal kronik (Pranandari & Supadmi, 2015). Penelitian hidayanti menunjukkan bahwa merokok dapat mempengaruhi terjadinya faktor resiko gagal ginjal karena perokok cenderung memiliki albuminuria adalah kondisi urine atau air kencing mengandung jumlah albumin yang tidak normal yang menunjukkan penurunan fungsi ginjal (hidayanti, Dkk 2008).

Hasil penelitian berdasarkan sosio demografi dari segi jenis Pekerjaan pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani Hemodialisa di RSUD

Harapan dan Doa kota Bengkulu tertinggi yaitu sebagai karyawan swasta sebanyak 17 pasien sebesar 40% Kemudian IRT sebanyak 11 Pasien Sebesar 26% kemudian di ikuti PNS Sebanyak 5 Pasien Sebesar 12% kemudian diikuti Petani Sebanyak 4 Pasien Sebesar 10% kemudian diikuti pensiun sebanyak 3 pasien sebesar 8% dan terakhir BUMN & Guru/dosen sebanyak 1 Pasien Sebesar 2%.) Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Badriah dkk yang menyatakan bahwa pasien gagal ginjal kronik yang menjalani Hemodialisa mayoritas pasien pekerjaan wiraswasta di RSUD Kabupaten Kota Baru terbanyak yaitu dengan persentase 38% (Badriah, Dkk 2017). Hal ini disebabkan keterbatasan biaya dan pasien tidak mengurus jamkesda sehingga harus mengeluarkan biaya cukup besar untuk tiap kali menjalani hemodialisa. Beberapa pasien tertentu sudah tidak dapat bekerja lagi seperti sebelum menjalani hemodialisa secara teratur. Gagal ginjal terjadi dikarenakan faktor pekerjaan yang tanpa di sadari dapat mempengaruhi pola hidup yang tidak sehat seperti mengkonsumsi minuman suplemen untuk mencegah kelelahan. Hal tersebut dapat mempengaruhi ginjal (Kurniawati dan Asikin, 2018). Menurut penelitian Hidayanti semakin banyak mengkonsumsi minuman suplemen maka risiko untuk mengalami gagal ginjal kronik terminal juga semakin tinggi dari hasil penelitian Hidayanti menemukan bahwa meninggalkan kebiasaan mengkonsumsi minuman suplemen energy dapat menurunkan kejadian gagal ginjal kronik (Hidayanti, 2008)

Hasil penelitian berdasarkan jenjang pendidikan yang paling banyak yaitu SMA/Sederajat sebanyak 24 pasien sebesar 57% kemudian perguruan tinggi sebanyak 8 Pasien Sebesar 19% kemudian SMP sebanyak 7 Pasien Sebesar 17% dan terakhir riwayat pendidikan SD Sebanyak 3 Pasien Sebesar 7%. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Alfrians R belian, dkk yang menyatakan bahwa pasien gagal ginjal kronik yang menjalani Hemodialisa mayoritas pasien jenjang pendidikan yaitu SMA/ di RSUD prof.Dr.R.D.Kandou Manado terbanyak yaitu dengan persentase 50,0% (Ali, Dkk 2017)

Hal ini di karenakan Kurangnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat untuk deteksi dini dalam memeriksakan dirinya ke pusat pelayanan kesehatan menjadi penyebab meningkatnya pasien GGK dikarenakan pada stadium awal tidak merasakan keluhan spesifik. Kebanyakan pasien datang dengan keluhan yang sudah berat dan pada saat dilakukan pemeriksaan lanjutan sudah berada pada stadium terminal (stadium 5).

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1. Kesimpulan

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti maka dapat disimpulkan sebagai berikut :

- a. jenis kelamin laki- laki lebih cenderung banyak mengalami gagal ginjal kronik yang melakukan hemodialisa sebanyak 25 pasien sebesar 60%
- b. Usia terbanyak mengalami gagal ginjal kronik yang melakukan hemodialisa yaitu usia 41- 60 sebanyak 28 pasien sebesar 65%
- c. Pekerjaan terbanyak wiraswasta mengalami gagal ginjal kronik yang melakukan hemodialisa sebanyak 17 pasien sebesar 40%
- d. Riwayat pendidikan terbanyak yaitu riwayat pendidikan SMA mengalami gagal ginjal kronik yang melakukan hemodialisa sebanyak 24 pasien sebesar 57%

5.2. Saran

5.2.1. Bagi Akademik

Diharapkan dari hasil penelitian ini dapat menambah wawasan dan pengetahuan mahasiswa Stikes Akfar Al-fatah Bengkulu mengenai Karakteristik Demografi pasien gagal ginjal kronik yang melakukan hemodialisa

5.2.2. Bagi peneliti lanjutan

Diharapkan bagi peneliti selanjutnya agar dapat mengembangkan penelitian dan peningkatan mutu pendidikan tentang Gagal ginjal Kronik yang melakukan hemodialisa

DAFTAR PUSTAKA

- Agarwal, R., and Light, R.P, 2010. *Intradialytic Hypertension is a Marker of volume Excess. Nephrol Dial Transplant*, 25(10): 3355-61.
- Ali, Gresty, Vandri, 2017. *perbandingan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik dengan comorbid faktor diabetes melitus dan hipertensi di ruangan hemodialisa RSUP. Prof.Dr.D.kandu Manado*
- Andra, s. W., & Yessie, M. P, 2013. *KBM 1 keperawatan Medikal Bedah Kerawatan Dewasa Teori dan Contoh Askep*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Anggraini. 2005. *Asuhan Kebidanan Masa Nifas*. Yogyakarta : Pustaka Rihama
- Ardiansyah, Muhammad, 2012. *Medical bedah untuk Mahasiswa*. Jogjakarta : DIVA Ekspres.
- Astrini, W. G. A. 2013 “hubungan kadar hemoglobin (Hb), indeks massa tubuh (IMT) dan tekanan darah dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di RSUD Dokter Soedarso Pontianak’ , *Jurnal Mahasiswa PSPD FK Universitas Tanjungpura*, 1(1)
- Azwar. Saifuddin. 2013. *Metode Penelitian*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
- Badriah, farida dan novita. 2017. *Karakteristik Pasien Ginjal Kronik yang menjalani hemodialisis di RSUD KABUPATEN KOTA BARU*
- Bayhakki, 2013. *Seri asuhan Keperawata Klien Gagal Ginjal Kronik*, Jakarta, EGC
- Corwin, EJ 2009, *Buku Saku Patofisiologi*, Edisi 3, EGC, Jakarta
- Desfrimadona, 2016. *Kualitas Hidup pada Pasien Gagal ginjal Kronik dengan Hemodialisa di RSUD Dr. M. Djamil Padang*. Diploma Thesis Univesitas Andalas

- Dewi, S. puspita, D. candra Anita, dan Syaifudin, 2015. *Hubungan lamanya hemodialisa dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal di rs pku muhammadiyah yogyakarta*
- Dharma, PS, 2015. *Penyakit Ginjal Deteksi Dini dan Pencegahan*. Yogyakarta: CV Solusi Distribusi.
- Haryanti, I. A., Nisa, K., 2015. *Terapi Konsevatif dan terapi pengganti Ginjal Sebagai penetalaksanaan pada Gagal ginjal Kronik*. Majority Volume 4 Nomor 7 Juni 2015
- Hidayanti, Haripurnomo, Suhardi, 2008. hubungan antara hipertensi, merokok dan minuman suplemen energi dan kejadian penyakit ginjal kronik
- Indonesia Renal Registry, 2015. *8th Report of Indonesian Renal Registry 2012..* Perkumpulan Nefrologi Indonesia ; 2012. 1-46 p.
- Indonesia Renal Registry,2015. *8th Report of Indonesian Renal Registry*. Perkumpulan Nefrologi Indonesia ; 2015. 5-12 p.
- Kemenkes RI, 2017. *Situasi Penyakit Ginjal Kronik* . March 2017
- Kemenkes, 2018 *Air Bagi Kesehatan : Upaya Peningkatan Promotif Preventif Bagi Kesehatan Ginjal Di Indonesia Disampaikan pada Hari Ginjal Sedunia (World Kidney Day) 2018 dan Ulang Tahun PERSI*. Available at: www.persi.or.id
- KEMENKES, 2018. *Cegah dan Kendalikan Penyakit Ginjal Dengan CERDIK dan PATUH*. Diakses pada tanggal 07 Desember 2018 dari www.depkes.go.id
- Kowalak JP, Welsh W, Mayer B, 2011. *Buku Ajar Patofisiologi*. Alihbahasa oleh Andry Hartono. Jakarta : EGC.
- Kurniawati, A. dan A. Asikin, 2018. *Gambaran tingkat pengetahuan penyakit ginjal dan terapi diet ginjal dan kualitas hidup pasien hemodialisis di*

rumkital dr . ramelan surabaya description in the level of knowledge regarding kidney disease and renal diet therapy and quality of life among hemodialysis patients in dr ramelan naval hospital , surabaya. 125–135.

L. Tao dan K. Kendal, 2013. *Sinopsis Organ System Pulmonologi*. Tangerang : Karisma publishing Group Hal 96-104.

Logani , intan, Heedy tjitrosantosa , dan Adihitya Yudistira 2017. *Faktor Risiko terjadinya Gagal Ginjal Kronik di RSUP Prof. Dr. R. D.Kandao Manado :* Jurnal Ilmia Farmasi. UNISRAT. Vol 6 No. 3

Muharani, sri. 2009. *Pola hidup penderita Gagal Ginjal Kronik Sebelum menjalani Terapi Hemodialisa di RSU Kota Langsa*. Fakultas keperawatan. Universitas Sumatera Utara.

Muttaqin, Arif & Sari, Kurmala 2011. *Gangguan Gastrointestinal : Aplikasi Asuhan keperawatan Medikal bedah*. Jakarta : Selemba medika

Neuen, B. L., Chadban, S. J., Demaio, A. R., Johnson, D. W., & Perkovic, V. 2017. Chronic Kidney Disease and the Global NCDs Agenda. In *BMJ Global Health* (Vol. 2, Issue 2). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000380>

NKF- KDIGO. KDIGO, 2012 *clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease*. ISN. 2013 ; 3(1) :1 – 163.

Nurani VM, Mariyanti S. (2013). *Gambaran Makna Hidup pasien gagal Ginjal Kronik yang menjalani Hemodialisa*, Jurnal Psikolog, Volume 11 Nomor 1

PERNEEFRI. 2012. *5th Report Of Indonesian Renal Registry*. Jakarta: Perhimpunan Nefrolog Indonesia

Pranandari, R. dan W. Supadmi. 2015. *Faktor risiko gagal ginjal kronik di unit hemodialisis rsud wates kulon progo*. 11(2):316–320

- Saputra, bejo danang dan sodikin. *Karakteristik Pasien chronic kidney disease (CKD) yang menjalani program hemodialisa Rutin di RSI FATIMAH CILACAP*
- Suwitra, K, 2009 *Penyakit Ginjal Kronis. Dalam A. W. Sudoyo, S, Bambang,, A. Idrus, K. Marcellus Simadibrata & S. Setiadi (Ed), Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. (pp. 1035- 1040). Jakarta : Interna Publishing*
- Tandi, Arthur, firgina, 2014 *hubungan antara derajat penyakit ginjal kronik dengan nilai agregasi trombosit di RSUP Prof.R.D.kandou manado*
- Tarukbua dkk, 2013. *Hubungan antar Golongan Darah dan Cenyakit jantung coroner, Fakultas Kedokteran Universitas san Ratulangi manado*
- Toto, Abdul, 2015. *Asuhan Keerawan pada Sistem Perkemihan. Jakarta : Trans Info Media*
- Tuloli, Madinah, Adam, Evania, 2019. *Evaluasi penggunaan obat pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani Hemodialisa di RSUD Toto Kabila Periode 2017- 2018, Universitas negeri Gorontalo*

L

A

M

P

I

R

A

N

Lampiran 1. Pemohon rekomendasi pra penelitian penelitian Stikes Al-fatah Bengkulu

YAYASAN AL FATHAH BENGKULU
SEKOLAH TINGGI KESEHATAN AL-FATAH
Jl. Sekeloa Tengah 1 Bengkulu Padang Harapan Tel.Fax. 07361 2786-2887 Bengkulu
 email: info@stikesal-fatah.ac.id website: www.stikesal-fatah.ac.id

Bengkulu, 29 November 2021

No. : **SK/STIKES-AL-F/0001**
 Hal : **Pembinaan Ijin Pra Penelitian**

Kepada Yth
 Direktur RSUD Harapan dan Daa
 di
 Tampung

Dengan hormat,
 Guna memperlahi salah satu persyaratan Program Studi DIII Farmasi Al-Fatah Bengkulu dalam mengikuti karya tulis ilmiah, maka saya:

Nama : **Amalia Hasanah**
 NIM : **19121806**
 Judul Proposal KTI : **Karakteristik Jenis Kelamin dan Usia Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Melakukakan Hemodialisa di RSUD Harapan dan Daa**

Bertindak sebagai Pemohon Pra Penelitian untuk menyusun Proposal Karya Tulis Ilmiah (KTI) di RSUD Harapan dan Daa. Adapun data Pra Penelitian yang di butuhkan adalah data rekam medis pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa. Untuk keperluan tersebut kami mohon dipertukarkannya untuk mendapatkan ijin Pra Penelitian dari Bapak/Ibu. Demi kelancaran Pra Penelitian ini, kami akan senantiasa menjaga dan mengikuti peraturan yang berlaku selama melaksanakan Pra Penelitian.

Demikian permohonan ini dibuat, atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Dewan Pembinaan KTI

 (Denny Sugi Pratiwi, M.Parm., Apt)

Pemohon

 (Amalia Hasanah)

Mengetahui,
 Ketua Sekolah Tinggi Kesehatan Al-Fatah Bengkulu

 (Denny Sulita Saptani, M.Parm., Apt)

Lampiran 2. Surat izin pra-penelitian RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu


PEMERINTAH KOTA BENGKULU
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH HARAPAN DAN DOA
J. Leluhut, Busuk Nelayat No.01 Kota Bengkulu, Telp. (0780) 340.120 Kota Pina 39223


SURAT IZIN PRA PENELITIAN
 Nomor : 893.5 / Jgo / RSUD HD

Menindaklanjuti surat dari Program Studi DIII Farmasi Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Al - Fatah Bengkulu Nomor : 735/STIKES-AFMI/2021 Perihal Izin Pra Penelitian mahasiswa atas nama :

Nama : Anissa Hasanah
 NIM : 19121005
 Prodi : DIII Farmasi

Untuk melakukan pengambilan data awal pra penelitian dengan judul "Karakteristik Jenis Kelamin dan Usia Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Melakukan Hemodialisa di RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu" pada prinsipnya kami memberikan izin yang bersangkutan untuk melakukan pra penelitian terhitung mulai tanggal 01 Desember 2021 s/d 07 Desember 2021.

Demikianlah Surat ini dibuat, untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bengkulu, 30 Desember 2021
 DIREKTUR RSUD HARAPAN DAN DOA
 KOTA BENGKULU

 dr. Lata Cahyaning, M.M.
 Pembina Tk.1
 NIP. 19690704 199603 2 003

Catatan

1. Tempat Pra Penelitian Instalasi Farmasi
2. Tidak diperkenankan meneliti malampau batas yang tertera
3. Tidak di perkenankan mengambil data selain di ruangan yang tertera tersebut

Lampiran 3. Pemohon Surat rekomendasi penelitian Stikes Al- fatah Bengkulu

YAYASAN AL-FATHAH BENGKULU
SEKOLAH TINGGI KESEHATAN AL-FATAH
di lingkungan Universitas Pahlawan Revolusi (UPR) 71000-20007 Bengkulu
 www.stikesal-fatah.ac.id

Bengkulu, 24 Januari 2022

No. : 044/ST/2022-01/0001
 Hal : Permohonan Surat Rekomendasi

Kepada Yth.
 Direktur RSUD Harapan dan Kita Bengkulu
 di
 Tempat



Dengan hormat,
 Saya memohon untuk izin penelitian Program Studi DKV Fakultas Al-Fatah Bengkulu, saya:

Nama : Anissa Hanisah
 NIM : 19121006
 Judul KTI : Gambaran Karakteristik Demografi Pasien Gagal Jantung yang Melakukan Hemodialisa di RSUD Harapan dan Kita Bengkulu


Bermaksud mengajukan penelitian untuk memenuhi Karya Tulis Ilmiah (KTI) di unit hemodialisa RSUD H&K. Untuk keperluan tersebut kami mohon dipertimbangkan untuk mendapatkan izin penelitian dari Bapak/Ibu. Untuk kelanjutan penelitian ini, kami akan senantiasa menjaga dan mengoptimalkan sarana yang tersedia selama melaksanakan penelitian.

Demikian permohonan ini dibuat, dan permohonan kami sampaikan terima kasih.

Dewan Pembimbing KTI: Pemohon

(Setya Devi Rizkanti, M.Pd, Np,) (Anissa Hanisah)

Ketua Dewan Pembimbing KTI
 Fakultas Kesehatan Al-Fatah Bengkulu

 (Setya Devi Rizkanti, M.Pd, Np,)

Lampiran 4. Surat izin penelitian RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu

PEMERINTAH KOTA BENGKULU
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH HARAPAN DAN DOA
 Jl. Labanar, Bengkulu Selatan No. 01 Bengkulu 36223
 (0736) 34 9100/Fax (0736) 345 101 | rsudharapan@rsudharapan.com

SURAT IZIN PENELITIAN
 Nomor : 893.5 / 94 / RSUD-HD

Menindaklanjuti surat dari Yayasan Al-Fatah Bengkulu, Sekolah Tinggi Kesehatan Al-Fatah Nomor: 0705TIKES-AF/1/2022 Perihal Izin Penelitian mahasiswa atas nama :

Nama : Annisa Hasanah
 NIM : 19121005
 Prodi : DIII Farmasi Al-Fatah Bengkulu

Untuk melakukan penelitian dengan judul "Gambaran Karakteristik Demografi Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Melakukan Hemodialisa di RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu" pada prinsipnya kami memberikan izin yang bersangkutan untuk melakukan penelitian terhitung mulai tanggal 07 Februari 2022 s.d 07 Maret 2022.

Demikianlah Surat ini dibuat, untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bengkulu, 04 Maret 2022
 DIREKTUR RSUD HARAPAN DAN DOA
 KOTA BENGKULU

(Signature)
 Dr. Lita Cahyana, M.M.
 Pembina Tk. I
 NIP. 19650704 199903 2 003

Catatan
 1. Tempat Penelitian di Ruang Hemodialisa
 2. Tidak diperkenankan mengambil data selain di ruangan yang tertera tersebut
 3. Tidak diperkenankan meneliti melampaui batas yang tertera

Lampiran 5. Surat selesai penelitian RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu

 **PEMERINTAH KOTA BENGKULU**
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH HARAPAN DAN DOA
Jl. Lejend. Basuki Rahmat No.01| Bengkulu 38223
5100|Fax (0736) 345 100 | kotabengkulursud@gmail.com 

SURAT KETERANGAN SELESAI PENELITIAN
Nomor : 893.5/ 866 /RSUD.HD

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : dr. Lista Cerlyviera, M.M
NIP : 19690704 199903 2 003
Pangkat/ Gol : Pembina Tk I - IV/b
Jabatan : Direktur RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : Annisa Hasanah
NIM : 19121006
Prodi : D III Farmasi Al-Fatah Bengkulu

Telah selesai melakukan penelitian dengan judul "Gambaran Karakteristik Demografi Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Melakukan Hemodialisa di RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu".


Demikianlah Surat ini dibuat, untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bengkulu, 04 Maret 2022
DIREKTUR RSUD HARAPAN DAN DOA
KOTA BENGKULU


dr. Lista Cerlyviera, M.M
Pembina Tk.I
NIP. 19690704 199903 2 003



Lampiran 6. Asesmen Rekam Medis


PEMERINTAH KOTA BENGKULU
RSUD HARAPAN DAN DO'A
 Jl. Let. Jend. Basuki Rahmad No. 1 Telp/Fax: (0736) 345100
 KOTA BENGKULU

| | |
|---|---|
| ASESMEN AWAL MEDIS RAWAT INAP PASIEEN PENYAKIT DALAM | No. RM: [REDACTED] Nama: [REDACTED] Umur: [REDACTED] Alamat: [REDACTED] Ruang: [REDACTED] |
|---|---|

DPUP : [REDACTED] DPUP : [REDACTED]

Diisi oleh Dokter

Tanggal :

A. ANAMNESIA





1. Keluhan Utama
IFHOL ⊕

2. Rwayat Penyakit
DL HINGGAP LUNG IFHOL ⊕ *MUNTAH BERDAS* ⊕
PUSANG ⊕ *BAURAK* ⊕ *PIEK* ⊕

B. PEMERIKSAAN FISIK

1. Vital Sign

2. Pemeriksaan Fisik
TD: 100/75 mmHg *KA: 22 °C*
*NA: 88 */m* *D: 36.7 °C*

Lampiran 7. Ruang Rekam Medis

Lampiran 8. Contoh Rekam Medis Pasien



Lampiran 9. Data Rekapitulasi

| No | Nama | Usia | Jenis Kelamin | Pendidikan | Pekejaan | Ket Hd | penyakit Penyerta | Obat yang Digunakan | Keluhan |
|----|--------|-------|---------------|------------|------------|--------|-----------------------|--|----------------------------------|
| 1 | An T | 21 th | perempuan | SMU | Wiraswasta | CKD V | Hipertensi | CaCo3, As. Folat, Omeprazole, Paracetamol, Amlodipine, Domperidone | demam, mual, muntah, lemas |
| 2 | N. J | 48 th | perempuan | SMU | IRT | CKD V | Hipertensi | Amlodipine, Furosemide, Lansoprazole | perut membesar, sesak |
| 3 | Ny Re | 51 th | perempuan | SMU | PNS | CKD V | DM , hipertenti | Lansoprazole, Furosemide, As. Folat, Amlodipine, CaCo3, Clonidine | kelelahan, lemas, pusing |
| 4 | Ny Ru | 61 th | perempuan | SMU | IRT | CKD V | Hipertensi | As. Folat, Amlodipine, Furosemide, lansoprazole | menggigil, sesak, lemas |
| 5 | Ny. A | 63 th | perempuan | SMP | IRT | CKD V | Hipertensi | amlodipin, clonidin | lemas, mual |
| 6 | Ny. E | 49 th | perempuan | SMA | IRT | CKD V | - | CaCo3, As. Folat, Amlodipine, Lansoprazole | tidak nafsu makan, lemas |
| 7 | Ny. Er | 49 th | perempuan | SMU | IRT | CKD V | Hipertensi | Amlodipine, Furosemide, Clonidine, Candesartan, CaCo3 | tidak nafsu makan, lemas |
| 8 | Ny. i | 54 th | perempuan | Smp | Petani | CKD V | Hipertensi | Furosemid, Ondansetron, Omeprazole, As. Folat, CaCo3, Amlodipine | Mual, muntah, lemas |
| 9 | Ny. M | 51 th | perempuan | SMP | IRT | CKD V | Hipertensi | Amlodipine, Candesartan, Lansoprazole, As. Folat | lemas, sesak |
| 10 | Ny. Ma | 81 th | laki - laki | SMA | Wiraswasta | CKD V | Kolestrol | As. Folat, CaCo3, Lansoprazole | sesak nafas |
| 11 | Ny. Me | 42 th | perempuan | SMU | IRT | CKD V | Hipertensi | Amlodipine, Candesartan, CaCo3, As. Folat, Clonidine | nyeri perut, mual, muntah, lemas |
| 12 | Ny. Mi | 46 th | perempuan | SMU | Wiraswasta | CKD V | Hipertensi | amlodipin, candesartan, CaCo3, furosemide , lansoprazole, paracetamol | demam, nyeri perut |
| 13 | Ny. Mu | 66 th | perempuan | SD | IRT | CKD V | - | Lansoprazole | lemas |
| 14 | Ny. ny | 34 th | perempuan | SMP | IRT | CKD V | Hipertensi | Acetyicytein, cionidin, furosemide, as. Folat, Amlodipine, Candesartan, CCo3, Lansoprazole | sesak, batuk, kaki bengkak |
| 15 | Ny. Rs | 56 th | perempuan | SMP | IRT | CKD V | DM tipe 2, Hipertensi | CaCo3, Amlodipine, As. Folat, Furosemide, Candesartan, Lansoprazole, Paracetamol | - |

| | | | | | | | | | |
|----|--------|-------|-------------|------|------------|-------|-----------------------|--|-----------------------------------|
| 16 | Ny. Su | 36 th | perempuan | SMP | IRT | CKD V | Hipertensi | Clonidine, amlodipine, Furosemide, Candesartan | demam, mual, muntah |
| 17 | Ny. w | 53 th | perempuan | SMA | Wiraswasta | CKD V | Hipertensi, DM Tipe 2 | amlodipin, clonidin, CaCo3, as.folat, furosemide | perut membesar, nyeri perut |
| 18 | Ny. Z | 66 th | perempuan | SMU | Pensiun | CKD V | Hipertensi | CaCo3, amlodipin, candesartan, as.folat | nyeri |
| 19 | Tn Ru | 53 th | laki - laki | SMA | BUMN | CKD V | Hipertensi | Furosemide, Lansoprazole, Clonidine, As. Folat, Candesartan, Caco3 | sesak nafas |
| 20 | Tn Z | 50 th | laki - laki | SMU | Wiraswasta | CKD V | DM tipe 2, Hipertensi | As. Folat, Allupurinol, Candesartan, Amlodipine, Caco3, Clonidin, Domperidone | mual, muntah, sesak, lemas, demam |
| 21 | Tn. Am | 51 th | laki - laki | DIII | Wiraswasta | CKD V | Hipertensi | Clonidine, amlodipine, Candesartan, CaCo3, As. Folat, Lansofrazole | lemas, demam, mual, sesak |
| 22 | Tn. Ap | 51 th | laki - laki | SMU | Wiraswasta | CKD V | Hipertensi | Clonidine, Lansoprazole, As. Folat, Furosemide, Candesartan | lemas |
| 23 | Tn. As | 73 th | laki - laki | SMU | Pensiun | CKD V | - | As. Folat, Lansoprazole, CaCo3 | lemas |
| 24 | Tn. B | 54 th | laki - laki | S1 | PNS | CKD V | Hipertensi | Amlodipine, Candesartan, As. Folat, CaCo3, Furosemid | lemas |
| 25 | Tn. Bu | 69 th | laki - laki | SI | Pensiun | CKD V | Hipertensi, DM Tipe 2 | As. Folat, Lansoprazole, Amlodipine, Candesartan | sesak nafas |
| 26 | Tn. Do | 35 th | laki - laki | SD | Petani | CKD V | Hipertensi | Amlodipine, Candesartan, As. Folat, CaCo3, Lansoprazole | nyeri perut, demam, sesak |
| 27 | Tn. E | 54 th | laki - laki | S1 | PNS | CKD V | Hipertensi | CaCo3, Amlodipine | mual, muntah, lemas |
| 28 | Tn. H | 61 th | laki - laki | SMA | Wiraswasta | CKD V | Hipertensi | As. Folat, Allupurinol, Candesartan, amlodipine, CaCo3, Clonidine, Domperidone | mual, muntah, sesak, lemas, demam |
| 29 | Tn. H | 51 th | laki - laki | SMA | Wiraswasta | CKD V | Hipertensi | As. Folat, Amlodipine, Furosemide, lansoprazole | lemas, sesak |
| 30 | Tn. He | 45 th | laki - laki | SMU | Wiraswasta | CKD V | Hipertensi | caCo3, candesartan, amlodipin, as.folat | sesak nafas, berdebar |

| | | | | | | | | | |
|----|----------|-------|-------------|------|-------------|-------|-----------------------|--|---|
| 31 | Tn. Ho | 63 th | laki - laki | SMP | Petani | CKD V | Hipertensi | Amlodipine, Candesartan, CaCo3, As. Folat, Lansoprazole, Furosemide | sesak nafas, mual, batuk |
| 32 | Tn. Hs | 41 th | laki - laki | SMK | Wiraswasta | CKD V | Hipertensi | Furosemide, As. Folat, CaCo3, Amlodipine, Candesartan, Lansoprazole | sesak, lemas |
| 33 | Tn. In | 51 th | laki - laki | SI | PNS | CKD V | - | CaCo3, As. Folat, Paracetamol | lemas, demam, selera makan menurun, nyeri perut |
| 34 | Tn. Ka | 55 th | laki - laki | DIII | Wiraswasta | CKD V | Hipertensi | Lansoprazole, As. Folat, CaCo3, Amlodipine, Candesartan | sesak nafas |
| 35 | Tn. M.A. | 60 th | laki - laki | SMA | Wiraswasta | CKD V | - | As. Folat, CaCo3 | menggigil, susah tidur |
| 36 | Tn. Ma | 49 th | laki - laki | SMU | Wiraswasta | CKD V | Hipertensi | Furosemide, Candesartan, As. Folat, CaCo3 | lemas, mual, muntah |
| 37 | Tn. Mu | 61 th | laki - laki | SMA | Wiraswasta | CKD V | Hipertensi | As. Folat, Alluporinol | lemas, muntah, batuk |
| 38 | Tn. P | 59 th | laki - laki | SD | Petani | CKD V | DM tipe 2 | As. Folat, CaCo3, Furosemide, Domperidone, Lansoprazole | lemas, kaki bengkak |
| 39 | Tn. Pa | 58 th | laki - laki | SMA | Wiraswasta | CKD V | Hipertensi | Amlodipine, Furosemide, Lansoprazole, Candesartan, As. Folat | kaki bengkak dan sakit, batuk, muntah, lemas |
| 40 | Tn. R.A | 51 th | laki - laki | SI | PNS | CKD V | Hipertensi, DM Tipe 2 | CaCo3, Amlodipine, Furosemide, As. Folat | denam tinggi |
| 41 | Tn. Mc | 49 th | laki - laki | SMU | Wiraswasta | CKD V | Hipertensi | Lansoprazole, Cadesartan, CaCo3, Furosemide, As. Folat | - |
| 42 | Tn.T | 60 th | laki - laki | S1 | Guru/ Dosen | CKD V | Hipertensi | Omeprazole, furosemide, Candesartan, Amlodipine, Furosemide, Lansoprazole, As. Folat | mual, muntah, sesak |