



UNIVERSITAS INDONESIA

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEPUTUSAN
INISIASI DIALISIS PASIEN GAGAL GINJAL TAHAP AKHIR
DI RSUP DR SOERADJI TIRTONEGORO KLATEN**

TESIS

**DARYANI
NPM 0906504606**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER KEPERAWATAN
DEPOK
JULI, 2011**



UNIVERSITAS INDONESIA

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEPUTUSAN
INISIASI DIALISIS PASIEN GAGAL GINJAL TAHAP AKHIR DI
RSUP Dr. SOERADJI TIRTONEGORO KLATEN**

TESIS

**Diajukan Sebagai Persyaratan Memperoleh Gelar Magister
Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah**

**DARYANI
NPM 0906504606**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
DEPOK
JULI, 2011**

LEMBAR PERSETUJUAN

Tesis Dengan Judul

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI
KEPUTUSAN INISIASI HEMODIALISIS
DI RSUP Dr SOERADJI TIRTONEGORO KLATEN**

Telah diperiksa dan disetujui oleh pembimbing untuk
dilaksanakan ujian sidang tesis.

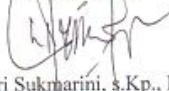
Depok, Juli 2011

Pembimbing I



Krisna Yetti, S.Kp., M.App.Sc

Pembimbing II



Lestari Sukmarini, S.Kp., MN

HALAMAN PERNYATAAN ORISINILITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar

Nama : Daryani

NIM : 0906504606

Tanda Tangan :

Tanggal : Juli 2011



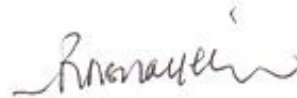
HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Daryani
NPM : 0906504606
Program Studi : Magister Keperawatan
Judul Tesis : Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi
Keputusan Inisiasi Hemodialisis di RSUP
Dr Soeradji Tirtonegoro Klaten

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Magister Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Krisna Yetti, S.Kp, M.App.Sc



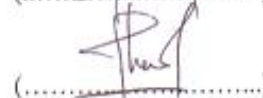
(.....)

Pembimbing : Lestari Sukmarini, S.Kp, MN



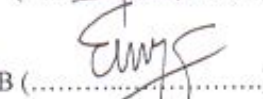
(.....)

Penguji : Tuti Herawati, S.Kp, MN



(.....)

Penguji : MG. Enny Mulyatsih, S.Kp.M.Kep.Sp.KMB



(.....)

Ditetapkan di : Depok
Tanggal : Juli, 2011

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Thesis dengan judul **“Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Keputusan Hemodialisis di RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten”**. Thesis ini dibuat dalam rangka menyelesaikan tugas akhir untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan Kekhususan Medikal Bedah di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan thesis ini tidak lepas dari bantuan, bimbingan, dorongan, saran dan kritik yang membangun serta doa dari berbagai pihak. Pada kesempatan ini peneliti menyampaikan terima kasih yang setulusnya kepada yang terhormat:

1. Ibu Krisna Yetti, S.Kp., M.App.Sc, selaku Pembimbing Akademik dan sekaligus Pembimbing I Tesis ini yang telah memberikan bimbingan, arahan, saran dan kritik yang membangun dalam penyusunan tesis ini.
2. Ibu Lestari Sukmarini, S.Kp., MN, selaku pembimbing II atas segala bimbingan, arahan, saran dan kritik yang membangun selama penyusunan tesis ini.
3. Ibu Tuti Herawati, S.Kp., MN, yang telah berkenan menjadi penguji III, terimakasih atas masukannya.
4. Ibu MG Eny Mulyatsih, S.Kp.M.Kep.Sp.KMB yang telah berkenan menjadi penguji IV, terimakasih atas masukannya.
5. Ibu Astuti Yuni Nursasi SKp.MN, selaku Ketua Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia,
6. Ibu Dewi Irawaty, MA, PhD, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
7. Seluruh dosen dan staf akademik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang telah memfasilitasi dalam penyusunan tesis ini.
8. Seluruh keluarga besar yang telah memberikan doa, *support* yang baik selama saya menempuh program pendidikan ini.

9. Ketua STIKES Muhammadiyah Klaten dan jajaran pimpinan yang telah memberikan motivasi, dukungan doa dan material selama saya menempuh pendidikan ini.
10. Direktur Rumah Sakit Islam Klaten, yang telah memberikan ijin kepada saya untuk melakukan uji validitas dan reliabilitas instrumen penelitian.
11. Direktur Rumah Sakit Umum Pusat Dr Soeradji Tirtonegoro Klaten, yang telah mengizinkan saya melakukan penelitian.
12. Rekan-rekan perawat di ruang hemodialisis RS Islam Klaten dan RSUP Dr Soeradji Tirtonegoro Klaten, terimakasih telah menerima saya dengan baik saat saya melakukan penelitian.
13. Rekan-rekan Program Magister Keperawatan Kekhususan KMB Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia angkatan 2009 Ganjil, atas semua kekompakan, bantuan, kerjasama, dan saling mendukung selama mengikuti pendidikan di FIK UI.
14. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu dan ikut berperan dalam penyelesaian penyusunan tesis ini.

Peneliti menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari sempurna, penulis sangat mengharapkan masukan, saran, kritik yang bersifat membangun.

Semoga Allah SWT memberikan balasan atas semua kebaikan yang telah Bapak/Ibu/Saudara/i berikan dan mudah-mudahan tesis ini dapat bermanfaat bagi upaya peningkatan mutu pelayanan Asuhan Keperawatan Medikal Bedah.

Depok, Juli 2011

Penulis

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Nama : Daryani
NPM : 0906504606
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti Noneksklusif (Non-exclusive Royalty-Free Right) atas karya ilmiah saya yang berjudul:

Faktor-faktor yang mempengaruhi keputusan inisiasi dialysis pasien gagal ginjal tahap akhir di RSUP Dr Soeradji Tirtonegoro Klaten.

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada tanggal : Juli, 2011

Yang Menyatakan

(Daryani)

Abstrak

Nama : Daryani.
Program Study : Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
Judul : Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Inisiasi Hemodialisis Di RSUP Dr Soeradji Tirtonegoro Klaten.

Tesis ini membahas tentang faktor-faktor yang mempengaruhi keputusan inisiasi hemodialisis di RSUP Dr Soeradji Tirtonegoro Klaten. Penelitian ini dilakukan dengan studi retrospektif. Populasi sebanyak 101 pasien. Metode pengambilan sampel adalah total sampling. Hasil analisis menunjukkan faktor yang mempengaruhi keputusan inisiasi dialisis adalah usia, jenis kelamin, asuransi, kadar kreatinin, LFG dan dukungan pelayanan kesehatan, analisis multivariat menunjukan bahwa nilai OR 20,099. Hasil penelitian menyarankan bahwa perlu pelatihan bagi perawat menjadi edukator yang baik, terbentuknya tim edukasi dari berbagai disiplin ilmu dan adanya advokasi bagi pasien dalam memperoleh asuransi kesehatan.

Kata Kunci: Inisiasi dialisis, Keputusan, Faktor yang mempengaruhi

Abstract

Name : Daryani
Program Study : Post Graduate Program Faculty Of Nursing University Indonesia.
Title : Factors That Influence The Decision Of Initiation Hemodialysis in
RSUP Dr Soeradji Tirtonegoro Klaten.

The focus of this study is the factors that influence the decision of initiation of hemodialysis of Dr Soeradji Tirtonegoro hospital Klaten. This research was retrospective study. Population of 101 patients. The method of sampling was total sampling. This analysis showed that factors affecting the decision of initiation hemodialysis were age, gender, health insurance, creatinine levels, LFG, family support and health services support. The significant factors contributing was health insurance (*p value* = 0,000), multivariate analysis found the value OR 20,099. The researcher suggests that nurse need training to become a good educator, establishment of educational teams from multidisciplinary and the advocacy for the patient in obtaining health insurance.

Keywords: Initiation of dialysis, the decision, factors affecting

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN PERSETUJUAN PEMBIMBING	ii
PERNYATAAN ORISINILITAS	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	vi
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR SKEMA	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang Masalah	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.4 Manfaat Penelitian	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Gagal Ginjal Tahap Akhir (<i>End Stage Renal Disease</i>)	8
2.1.1 Definisi	8
2.1.2 Etiologi	8
2.1.3 Klasifikasi	9
2.1.4 Tanda dan Gejala	10
2.1.5 Patofisiologi	12
2.1.6 Penatalaksanaan	13
2.2 Inisiasi Hemodialisis	14
2.2.1 Definisi	14
2.2.2 Tujuan	14
2.2.3 Indikasi Inisiasi Hemodialisis	14
2.2.4 Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi	15
2.3 Peran Perawat	25
2.4 Kerangka Teori Penelitian	27
BAB 3 KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL	28
3.1 Kerangka Konsep	28
3.2 Hipotesis	29
3.3 Definisi Operasional	30
BAB 4: METODOLOGI PENELITIAN	35
4.1 Desain Penelitian	35
4.2 Populasi dan Sampel	35
4.3 Tempat Penelitian	37

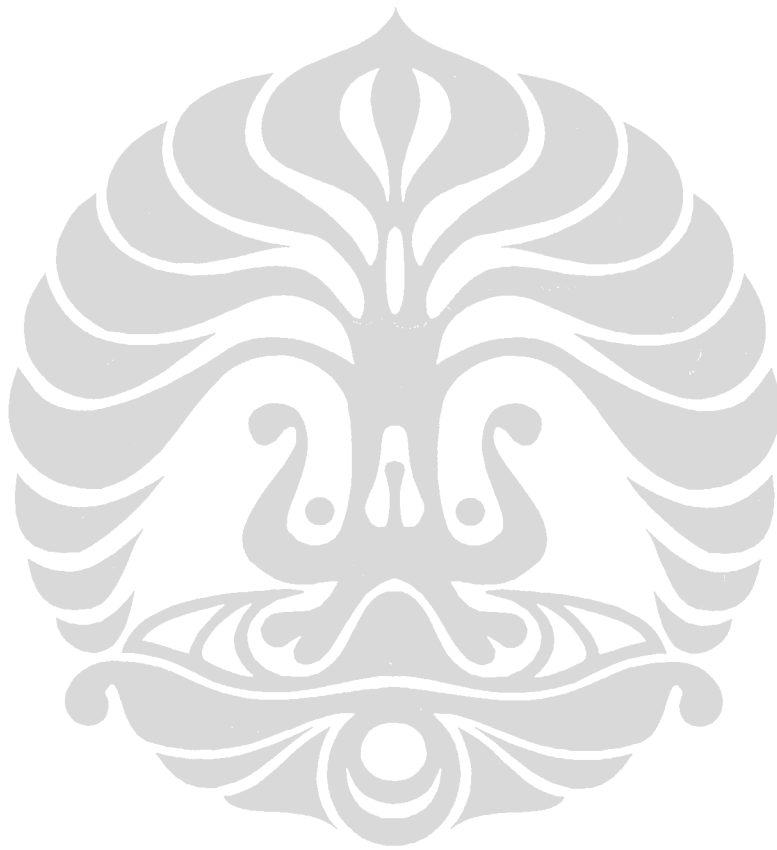
4.4 Waktu Penelitian	37
4.5 Etika Penelitian	37
4.6 Alat Pengumpul data	39
4.7 Validitas dan Reliabilitas	42
4.8 Prosedur Pengumpulan Data	44
4.9 Pengolahan dan Analisis Data	48
BAB 5: HASIL PENELITIAN.....	53
5.1 Hasil Analisis Univariat	53
5.2 Hasil Analisis Bivariat	57
5.3 Hasil Analisis Multivariat	64
BAB 6: PEMBAHASAN	
6.1 Interpretasi dan Hasil Penelitian	70
6.2 Keterbatasan Penelitian	87
6.3 Implikasi terhadap Pelayanan keperawatan	87
BAB 7: SIMPULAN DAN SARAN	
7.1 Simpulan	89
7.2 Saran	89
DAFTAR REFERENSI	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Klasifikasi Penatalaksanaan dan Komplikasi	9
Tabel 3.1 Definisi Operasional Variabel Penelitian	30
Tabel 4.1 Uji Statistik Univariat.....	38
Tabel 4.2 Uji Statistik Bivariat.....	50
Tabel 5.1 Proporsi Rspoden yang melakukan Inisiasi Dialisis	54
Tabel 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Umur	54
Tabel 5.3 Proporsi Responden Berdasarkan Faktor Demografi	55
Tabel 5.4 Distribusi Responden Berdasarkan Jarak Rumah	56
Tabel 5.5 Hasil Uji Normalitas data	58
Tabel 5.6 Analisis Hubungan Usia Dengan Inisiasi Dialisis	58
Tabel 5.7 Analisis Hubungan LFG Dengan Inisiasi Dialisis	59
Tabel 5.8 Analisis Hubungan Jarak Rumah Dengan inisiasi Dialisis.....	60
Tabel 5.9 Analisis Hubungan Kreatinin Dengan Inisiasi Dialisis	60
Tabel 5.10 Analisis Hubungan Demografi Dan Inisiasi Dialisis	61
Tabel 5.11 Analisis Hubungan Dukungan Keluarga dan Yankes.....	63
Tabel 5.12 Hasil Seleksi Bivariat Uji Regresi Logistik	63
Tabel 5.13 Pemodelan Uji Regresi Logistik	66
Tabel 5.14 Hasil Pemodelan Akhir Analisis Multivariat	68

DAFTAR SKEMA

Skema 2.1 Kerangka Teori	27
Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian	29
Skema 4.1 Tehnik pengambilan Sampel	37



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Lembar Penjelasan Penelitian
- Lampiran 2 Surat Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 3 Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 4 Kuisisioner Penelitian
- Lampiran 5 Surat Keterangan Lolos Uji Etik
- Lampiran 6 Surat Permohonan Uji Validitas Dan Reliabilitas
- Lampiran 7 Surat Permohonan Penelitian
- Lampiran 8 Surat Balasan Dari RS Dr Soeradji Tirtonegoro Klaten
- Lampiran 9 Kuisisioner Uji Kognitif
- Lampiran 10 Daftar Riwayat Hidup



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Penyakit gagal ginjal tahap akhir atau *End Stage Renal Diseases (ESRD)* adalah suatu kondisi kerusakan ginjal yang dimanifestasikan dengan abnormalitas struktural atau fungsional ginjal, dengan penurunan Laju Filtrasi Glomerulus (LFG) hingga kurang dari 15 mL/min/1.73 m² disertai dengan abnormalitas hasil pemeriksaan laboratorium darah, *urine* atau pemeriksaan *imaging* dan kondisi pasien yang semakin memburuk (Pedoman Pelayanan Hemodialisis, 2008; Kallenbach et al, 2005; Black & Hawks, 2005).

Penyakit gagal ginjal kronik menjadi suatu fenomena di negara maju dan berkembang. Di Indonesia penyakit gagal ginjal kronik merupakan masalah yang besar. Prevalensi meningkat 10% pertahun (Sudoyo, 2007). Berdasarkan data PT ASKES terdapat 350 orang per sejuta penduduk Indonesia menderita gagal ginjal. Data dari rumah sakit milik pemerintah daerah dan Departemen Kesehatan diketahui bahwa sepanjang tahun 2005 terdapat 125.441 pasien gagal ginjal menjalani terapi pengganti ginjal yaitu hemodialisis (PERNEFRI, 2008).

Terapi hemodialisis ini cukup efektif, walaupun angka kesakitan dan kematian pasien masih tinggi. Di Amerika Serikat pelaksanaan hemodialisis mencapai 66% pasien gagal ginjal, sedangkan di Eropa mencapai 46% - 98% pasien menjalani hemodialisa (Vassalotti et al, 2006).

Inisiasi hemodialisis adalah proses dimulainya hemodialisis sebagai terapi pengganti ginjal yang dilakukan pada pasien dengan nilai Laju Filtrasi Glomerulus (LFG) kurang dari 15ml/menit atau pasien gagal ginjal dengan komplikasi akut yaitu edema paru, hiperkalemia dan asidosis metabolik berulang.

Inisiasi hemodialisis juga dilaksanakan pada pasien dengan nefropati diabetik (PERNEFRI, 2003).

Tujuan inisiasi hemodialisis adalah mempertahankan fungsi nefron yang masih baik, mengurangi morbiditas, menurunkan angka *uremia perikarditis*, *uremia encephalopathy*, *overload cairan dengan congestive heart failure* serta gangguan nutrisi (akibat *anoreksia*), infeksi serta komplikasi intrahemodialisis sehingga kualitas kesehatan baik serta kualitas hidup pasien meningkat (Rosansky, 2009).

Di Indonesia inisiasi hemodialisis dilaksanakan pada semua pasien gagal ginjal dengan Laju Filtrasi Glomerulus (GFR) kurang dari 15 mL/menit atau pada pasien gagal ginjal kronik dengan indikasi khusus inisiasi hemodialisis (PERNEFRI, 2003). Ketepatan keputusan inisiasi hemodialisis dan kualitas pelayanan kesehatan sebelum inisiasi hemodialisis menentukan tingkat morbiditas dan mortalitas pasien. Hal ini didukung oleh hasil penelitian yang dilakukan oleh Shaefer & Rohrich (1999) dengan hasil bahwa pasien yang menjalani inisiasi dialisis tepat waktu mempunyai kualitas hidup yang baik dibandingkan pasien yang terlambat inisiasi. Usia harapan hidup pasien dapat mencapai lebih dari 75 tahun.

Inisiasi hemodialisis dilaksanakan sesuai dengan standar yang ditetapkan. Keputusan program inisiasi hemodialisis dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor. Beberapa faktor yang diprediksi dapat mempengaruhi keputusan inisiasi hemodialisis diantaranya yaitu faktor demografi yang meliputi umur, jenis kelamin, status pendidikan dan status pekerjaan (Obrador et al, 1999; Dogan et al, 2008; Shaefer & Rohrich (1999); Kausz et al, 2000), faktor geografi yang meliputi jarak antara tempat tinggal dengan tempat pelayanan kesehatan (Dogan et al, 2008), faktor sosial yaitu dukungan yang diberikan kepada pasien dari keluarga dan orang-orang yang dekat dengan pasien (Obrador et al, 1999; Kausz et al, 2000), faktor ekonomi meliputi pendapatan penghasilan bulanan dan status asuransi (Brenner Hellen, 2006; Obrador et al, 1999; Kausz et al, 2000), faktor dukungan pelayanan kesehatan (Dixon et al, 2011; Emergency Nurse, 2011) serta

faktor biologis meliputi penyakit peyebab gagal ginjal dan informasi nilai laboratorium yang meliputi nilai LFG dan kreatinin (Obrador et al, 1999; Busuioc et al, 2008; Wilson, 2006; Ledebor et al, 2001).

Dukungan kepada pasien yang baik dari berbagai faktor dapat mempengaruhi pasien dalam mengambil keputusan inisiasi hemodialisis sebagai modalitas pengobatan yang akan dijalani. Peran petugas kesehatan termasuk didalamnya perawat sebagai pemberi pelayanan kesehatan, edukator dan konselor memberikan pengaruh terhadap pasien dalam menentukan keputusan untuk penatalaksanaan penyakitnya.

Studi pendahuluan dilakukan di Rumah Sakit Dr Soeradji Tirtonegoro Klaten. Rumah sakit ini adalah sebuah rumah sakit milik pemerintah yang berada di wilayah kabupaten Klaten. Pelaksanaan studi pendahuluan ini dilaksanakan di bangsal rawat inap Penyakit Dalam dan unit Hemodialisis pada bulan Pebruari 2011. Hasil studi pendahuluan untuk angka kejadian gagal ginjal di rumah sakit Dr Soeradji Tirtonegoro Klaten yang rawat inap di bangsal Penyakit Dalam Melati 2 mencapai 25 pasien rawat inap pada bulan Januari – Pebruari 2011. Dari 25 pasien yang dirawat terdapat 36% kasus baru atau 9 pasien yang pertama kali dirawat dengan diagnosis gagal ginjal tahap akhir. Sembilan pasien tersebut diprogramkan untuk menjalani hemodialisis sebagai terapi pengganti ginjal. Sebanyak 5 pasien (55%) mengambil keputusan inisiasi hemodialisis segera setelah didiagnosis gagal ginjal tahap akhir, sedangkan 4 pasien (45%) menolak inisiasi hemodialisis (Data Primer RS, 2011).

Berdasarkan hasil wawancara dengan perawat di ruang Melati 2 dan wawancara langsung dengan pasien, didapatkan data bahwa ada beberapa alasan yang dikemukakan oleh pasien yang melaksanakan inisiasi sesuai program adalah pasien memahami kalau dirinya sakit dan ingin sembuh, usia masih muda serta mendapat dukungan penuh dari keluarganya. Sedangkan pasien yang menolak

inisiasi hemodialisis mengemukakan alasan takut terhadap hemodialisis, berharap sembuh tanpa melakukan hemodialisis dan tidak mempunyai biaya.

Hasil studi pendahuluan di unit hemodialisa yang berdiri sejak tahun 2003 dengan kapasitas 17 mesin hemodialisis adalah jumlah pasien yang menjalani hemodialisis rutin berjumlah 101 pasien setiap bulannya dan rata-rata 33 – 34 pasien dalam sehari. Jumlah pasien laki-laki adalah 47 pasien (46,6%) dan jumlah pasien perempuan 54 pasien (53,4%). Pelaksanaan hemodialisis dilakukan dalam dua shift jaga yaitu pagi dan sore dengan waktu pelaksanaan hemodialisis rata-rata 4-4,5 jam. Jumlah tenaga kesehatan di unit hemodialisa adalah 1 dokter kepala instalasi hemodialisis dan 7 orang perawat pelaksana (Data Primer RS, 2011).

Berdasarkan data rekam medis, hasil studi pendahuluan di unit Hemodialisa Rumah Sakit terdapat lebih dari 50% pasien gagal ginjal memulai hemodialisis dengan rata-rata kadar ureum > 200 mgdl, kadar kreatinin > 7 mgdl. Hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan pasien mengalami anemia dan hipoalbumin ($< 2,5$ mg%) dengan sebagian riwayat penyakit pasien 60% hipertensi, 35% diabetes mellitus dan 5% disebabkan karena toksik (Data Primer RS, 2011).

Pemahaman perawat terhadap kondisi pasien sebelum inisiasi hemodialisis menentukan kualitas perawatan. Penting bagi perawat mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi keputusan inisiasi hemodialisis pasien gagal ginjal tahap akhir. Asuhan keperawatan yang dilaksanakan di RS Soeradji Tirtonegoro Klaten diharapkan dapat terlaksana secara holistik. Ketepatan asuhan keperawatan sebelum hemodialisis menentukan ketepatan keputusan inisiasi hemodialisis pasien, sehingga kesehatan pasien dapat berkualitas walaupun pasien harus menjalani program rutin hemodialisis.

1.2 RUMUSAN MASALAH

Tingginya angka kejadian pasien yang memulai inisiasi hemodialisis tidak tepat sesuai dengan standar menyebabkan turunnya derajat dan kualitas kesehatan pasien. Dukungan yang diberikan kepada pasien saat memulai hemodialisis sangat penting. Inisiasi hemodialisis dilakukan pada Laju Filtrasi Glomerulus (GFR) kurang dari 15 mL/menit atau pasien dengan indikasi khusus hemodialisis. Namun dalam kenyataan praktek dilapangan pelaksanaan hemodialisis sering terlambat dimana banyak faktor yang mempengaruhi pelaksanaan inisiasi hemodialisis. Beberapa faktor yang diprediksi mempengaruhi ketepatan keputusan pasien menjalani inisiasi hemodialisis perlu diketahui oleh pasien, keluarga serta petugas pemberi pelayanan kesehatan.

Berdasarkan fenomena itulah maka peneliti ingin meneliti “Faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi keputusan inisiasi hemodialisis pada pasien gagal ginjal tahap akhir di RS Dr Soeradji Tirtonegoro Klaten”.

1.3 TUJUAN PENELITIAN

1.3.1 Tujuan Umum

Teridentifikasinya faktor-faktor yang mempengaruhi keputusan inisiasi hemodialisis pada pasien gagal ginjal tahap akhir di RSUP Dr Soeradji Tirtonegoro Klaten.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Teridentifikasinya pengaruh faktor demografi yang meliputi usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan terhadap keputusan inisiasi hemodialisis di RSUP Dr Soeradji Tirtonegoro Klaten.
- b. Teridentifikasinya pengaruh faktor geografi yang meliputi jarak rumah dengan tempat pelayanan kesehatan/RS terhadap keputusan inisiasi hemodialisis di RSUP Dr Soeradji Tirtonegoro Klaten.

- c. Teridentifikasinya pengaruh faktor dukungan keluarga terhadap keputusan inisiasi hemodialisis di RSUP Dr Soeradji Tirtonegoro Klaten.
- d. Teridentifikasinya pengaruh faktor ekonomi yang meliputi jumlah pendapatan dan status asuransi terhadap keputusan inisiasi hemodialisis di RSUP Dr Soeradji Tirtonegoro Klaten.
- e. Teridentifikasinya pengaruh faktor dukungan pelayanan kesehatan terhadap keputusan inisiasi hemodialisis pasien RSUP Dr Soeradji Tirtonegoro Klaten.
- f. Teridentifikasinya faktor biologis yang meliputi penyakit penyebab gagal ginjal dan hasil laboratorium diantaranya LFG dan kreatinin terhadap keputusan inisiasi hemodialisis di RSUP Dr Soeradji Tirtonegoro Klaten.
- g. Teridentifikasinya faktor yang paling berpengaruh terhadap keputusan inisiasi hemodialisis di RSUP Dr Soeradji Tirtonegoro Klaten.

1.4 MANFAAT PENELITIAN.

1.4.1 Manfaat Aplikasi

- a. Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi perawat untuk meningkatkan perannya dalam memberikan dukungan yang optimal pada pasien gagal ginjal tahap akhir untuk keputusan inisiasi hemodialisis.
- b. Terbentuknya tim tenaga kesehatan yang berperan sebagai edukator ataupun konselor pasien gagal ginjal tahap akhir sehingga pasien mendapatkan dukungan maksimal saat inisiasi hemodialisis.
- c. Sebagai masukan kepada pemerintah untuk menentukan kebijakan berkaitan dengan jaminan asuransi kesehatan yang dibutuhkan oleh pasien dengan penyakit kronik dan terminal.
- d. Terjalinnnya kerjasama dengan yayasan sosial dalam hal penyediaan sarana dan prasarana (asuransi) yang dapat mendukung pasien

melaksanakan inisiasi hemodialisis segera setelah didiagnosis gagal ginjal tahap akhir.

1.4.2 Manfaat Keilmuan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberi masukan bagi proses pendidikan keperawatan sehingga dapat tercipta perawat spesialis yang mampu memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif.

1.4.3 Bagi Metodologi

Hasil penelitian ini dapat menambah jumlah penelitian tentang inisiasi hemodialisis pasien gagal ginjal tahap akhir dan dijadikan sebagai pembuka wawasan yang lebih luas mengenai penelitian keperawatan medikal bedah pada umumnya dan perawatan nefrologi khususnya. Selain itu hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi landasan penelitian selanjutnya untuk meneliti intervensi yang tepat dalam mengatasi permasalahan-permasalahan inisiasi hemodialisis pasien gagal ginjal tahap akhir.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab II ini akan menguraikan konsep – konsep teori yang mendukung dalam penelitian meliputi gagal ginjal, inisiasi hemodialisis dan faktor- faktor yang mempengaruhi keputusan inisiasi hemodialisis serta peran perawat pada inisiasi hemodialisis .

2.1 GAGAL GINJAL TAHAP AKHIR (*END STAGE RENAL DISEASE*)

2.1.1 Definisi

Penyakit gagal ginjal tahap akhir adalah kerusakan ginjal yang dimanifestasikan dengan penurunan Laju Filtrasi Glomerulus (LFG) kurang dari 15 ml/menit/1.73 m² disertai abnormalitas hasil pemeriksaan laboratorium yaitu uremia maka pasien dinyatakan telah menderita gagal ginjal kronik tahap akhir atau *End Stage Renal Diseases* (Black & Hawks, 2005). Sedangkan gagal ginjal kronik adalah suatu kondisi kerusakan ginjal yang terjadi selama 3 bulan atau lebih, yang dimanifestasikan dengan abnormalitas struktural atau fungsional ginjal, dengan penurunan Laju Filtrasi Glomerulus (LFG) hingga kurang dari 60mL/Min/1.73 m² disertai dengan abnormalitas hasil pemeriksaan laboratorium darah, *urine* atau pemeriksaan *imaging* dan kondisi pasien yang semakin memburuk (Pedoman Pelayanan Hemohemodialisis, 2008; Kallenbach et al, 2005; Black & Hawks, 2005).

2.1.2 Etiologi

Kerusakan nefron secara permanen pada pasien dengan gagal ginjal kronik tahap akhir dapat disebabkan oleh beberapa penyakit. Tiga penyakit utama penyebab gagal ginjal tahap akhir yaitu Diabetes Mellitus (43.4%), hipertensi (25.5%) dan glomerulonefritis (8.4%) (USRD, 2002 dalam Ignatavicius dan Workman, 2006). National Kidney Foundation K/DOQI, 2002 dalam Kallenbach et al, 2005,

menyebutkan beberapa penyebab penyakit gagal ginjal kronik tahap akhir yaitu Diabetes Melitus tipe 1 dan 2 (44%), Hipertensi (27%), Glomerulonefritis (8%), kistik ginjal (2%) dan penyebab lain diantaranya sistemik lupus eritematous, *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), nefropati diabetik, hepatitis B atau C, batu ginjal, *multiple myelomas* (19%).

2.1.3 Klasifikasi

Klasifikasi gagal ginjal kronik didasarkan pada nilai laju filtrasi glomerulus. Gagal ginjal tahap akhir (*End Stage Renal Diseases/ESRD*), laju filtrasi glomerulus kurang dari 15 mL/menit/1.73 m². Klasifikasi, penatalaksanaan dan komplikasi penyakit gagal ginjal kronik berdasarkan derajat penyakit adalah sebagai berikut (NKF K/DOQI, 2002 dalam Kallenbach, 2005; Black & Hawks, 2005; Soeparman, 2007, Sudoyo, 2006) dalam tabel 2.1 dibawah ini.

Tabel 2.1
Klasifikasi, penatalaksanaan dan komplikasi dari gagal ginjal

Derajat	Penjelasan	LFG (mL/min)	Rencana tata laksana	Komplikasi
1	Kerusakan Ginjal dengan LFG normal	> 90	Terapi penyakit dasar kondisi morbid, evaluasi perburukan progresif fungsi ginjal, memperkecil resiko kardiovaskuler	-
2	Kerusakan Ginjal dengan penurunan dengan LFG Ringan	60-89	Menghambat pemburukan progresif fungsi ginjal	Tekanan darah mulai meningkat
3.	Penurunan LFG sedang	30-59	Evaluasi dan terapi komplikasi	Hiperfosfatemia, Hiperkalemia, Anemia, HT.
4	Penurunan LFG berat	15-29	Persiapan untuk terapi pengganti Ginjal	malnutrisi, asidosis metabolik hiperkalemia, hiperlipidemia

5	Gagal ginjal tahap akhir	< 15	Terapi pengganti ginjal	gagal jantung uremia
---	--------------------------	------	-------------------------	----------------------

2.1.4 Tanda dan Gejala

Penurunan fungsi nefron pada gagal ginjal kronik akan mempengaruhi semua sistem tubuh. Tanda dan gejala yang muncul tergantung pada tingkat kerusakan nefron, penyakit yang mendasari dan usia pasien. Tanda dan gejala gagal ginjal kronik diantaranya yaitu:

a. Sistem Kardiovaskuler

Hipertensi merupakan komplikasi kardiovaskuler pada pasien gagal ginjal kronik. Hipertensi dapat terjadi akibat retensi cairan dan sodium. Manifestasi lain yang dapat ditemukan pada system kardiovaskuler adalah *left ventricular hypertrophy (LVH)*, *coronary artery diseases*, *congestive heart failure (CHF)*, perikarditis, *pericardial effusion* dan *pericardial tamponade* (Price & Wilson, 2003; Kallenbach et al, 2005).

b. Sistem Integumen

Tanda dan gejala yang sering muncul adalah kulit kering dan bersisik, tingginya kandungan urea menyebabkan kulit terasa gatal (pruritus), kulit terlihat pucat, hiperpigmentasi dan dermatitis. Kuku dan rambut juga menjadi kering dan pecah-pecah sehingga mudah rusak dan patah. Ekimosis dapat terjadi karena disfungsi platelet (Price & Wilson, 2003; Kallenbach et al, 2005; Porth, 1998).

c. Sistem Imun

Pasien mudah terjadi infeksi yang disebabkan oleh karena defisiensi system imun tubuh. Kondisi lain yang menyebabkan defisiensi imun tubuh adalah malnutrisi dan seringnya dilakukan tindakan infansif (Kallenbach et al, 2005).

d. Sistem Gastrointestinal

Ulserasi dan perdarahan saluran cerna disebabkan oleh karena iritasi mukosa gaster oleh karena uremia dan iritasi ammonia. Diare disebabkan karena iritasi pada usus atau dapat terjadi karena hiperkalemia. Kejadian konstipasi

biasanya terjadi pada pasien dengan penurunan tingkat aktifitas, restriksi cairan, rendahnya intake potassium dan rendahnya diet tinggi serat. Anoreksia, mual, muntah dan kelainan periodental disebabkan karena toksin uremia (Kallenbach et al, 2005).

e. Sistem hematologi

Anemia dengan kadar Hb < 6 gr%, kadar hematokrit < 25-30% merupakan tanda dan gejala yang sering dialami oleh pasien. Anemia terjadi akibat tidak adekuatnya produksi eritropoetin, memendeknya usia sel darah merah, serta defisiensi nutrisi (seperti zat besi, asam folat dan vitamin B12). Kehilangan nutrisi selama hemoheodialisis, kecenderungan terjadinya perdarahan akibat status uremik terutama di saluran pencernaan akan memparah terjadinya anemia (Kallenbach et al, 2005).

f. Sistem Muskuloskeletal

Penyakit tulang uremik atau osteodistrofi renal merupakan kelainan penyakit tulang uremik. Peningkatan parathormon menyebabkan osteitis fibrosa. Demineralisasi tulang dapat menyebabkan osteomalasia, peningkatan serum Ca dan serum PO₄ menyebabkan *metastatic calcifications* (Kallenbach et al, 2005; Smeltzer & Bare, 2008). Beberapa gangguan pada system musculoskeletal diantaranya yaitu osteodistrofi, *calciophylaxis*, *joint disorders*, *pseudogout*, *amyloidosis*, *carpal tunnel syndrome* (Kallenbach, 2005 hlm 46).

g. Sistem neurologi

Fatigue, proses mental yang lambat, ansietas dan agitasi umum terjadi pada gangguan sistem neurologi. Kejang terjadi bila azotemia meningkat dengan cepat. Gangguan tidur diantaranya insomnia, *Restless Leg Syndrome* dan *sleep apnea* (Kallenbach, 2005 hlm 48).

h. Sistem Pernafasan

Oedema pulmonal dan *left ventricular dysfunction* disebabkan akumulasi cairan yang berlebih. Pernafasan *kussmaul's* dan bau nafas uremik (Kallenbach, 2005 hlm 48).

i. Sistem Reproduksi

Perubahan hormon tubuh diantaranya estrogen, progesteron dan testosteron dapat menyebabkan gangguan pada system reproduksi. Manifestasi klinik yang sering muncul pada system reproduksi diantaranya yaitu amenore, oligomenore, infertilitas. (Kallenbach, 2005).

j. Ketidak seimbangan Metabolisme

Ketidakseimbangan metabolisme disebabkan karena uremia berhubungan dengan metabolisme glukosa, lemak dan protein.

2.1.5 Patofisiologi

Patofisiologi awalnya tergantung dari penyakit yang mendasari dan pada perkembangan lebih lanjut proses yang terjadi hampir sama. Soeparman 2007; Price & Wilson, 2005; Black & Hawks, 2005; Sudoyo, 2006 menyebutkan bahwa patofisiologi gagal ginjal adalah adanya pengurangan massa ginjal mengakibatkan hipertrofi struktural dan fungsional nefron yang masih tersisa sebagai upaya kompensasi, yang diperantarai oleh molekul vasoaktif seperti sitokin dan *growth factor* sehingga menyebabkan terjadinya hiperfiltrasi yang diikuti oleh peningkatan tekanan kapiler dan aliran darah glomerulus. Proses adaptasi ini berlangsung singkat, yang diikuti proses maladaptasi berupa sklerosis nefron yang masih tersisa dan pada akhirnya akan terjadi penurunan fungsi nefron secara progresif. Adanya peningkatan aktivitas aksi renin-angiotensin-aldosteron intra renal yang dipengaruhi oleh *growth factor Transforming Growth Factor β (TGF- β)* menyebabkan hiperfiltrasi, sklerosis dan progresifitas. Selain itu progresifitas penyakit ginjal kronik juga dipengaruhi oleh albuminuria, hipertensi, hiperglikemia dan dislipidemia.

Stadium awal penyakit ginjal kronik mengalami kehilangan daya cadangan ginjal dimana basal Laju Filtrasi Glomerulus (LFG) masih normal atau meningkat dan dengan perlahan akan terjadi penurunan fungsi nefron yang progresif ditandai adanya peningkatan kadar urea dan kreatinin serum. Sampai pada LFG sebesar 60%. LFG

60% pasien masih belum ada keluhan atau asimtomatik tetapi sudah terjadi peningkatan kadar urea dan kreatinin serum. Pada LFG sebesar 30% mulai timbul keluhan seperti nokturia, lemah, mual, nafsu makan kurang dan penurunan berat badan. Penurunan LFG dibawah 30% terjadi gejala dan tanda uremia yang nyata seperti anemia, peningkatan tekanan darah, gangguan metabolisme fosfor dan kalsium. Gejala lain dari uremia yaitu pruritus, mual, muntah, mudah terjadi infeksi pada saluran perkemihan, pencernaan dan pemaafasan. Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit yang sering terjadi yaitu hipervolemia, natrium dan kalium.

Pada LFG kurang dari 15% merupakan stadium gagal ginjal yang sudah terjadi gejala dan komplikasi yang lebih berat dan memerlukan terapi pengganti ginjal (*renal replacement therapy*) antara lain hemodialisis atau transplantasi ginjal.

2.1.6 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan gagal ginjal kronik dapat dibagi menjadi dua tahap yaitu:

- a. Tahap pertama terdiri dari terapi konservatif yang ditujukan untuk meredakan atau memperlambat gangguan fungsi ginjal progresif, penatalaksanaan ini diantaranya yaitu mengoptimisasikan dan mempertahankan keseimbangan cairan dan garam, diit tinggi kalori, rendah protein, kontrol hipertensi, kontrol ketidakseimbangan elektrolit, deteksi dini, terapi infeksi dan deteksi terapi komplikasi (Soeparman, 2007; PERNEFRI, 2003). Tindakan ini juga bertujuan untuk mempertahankan fungsi nefron dan meningkatkan kualitas kesehatan pasien.
- b. Tahap kedua adalah terapi hemodialisis dan transplantasi ginjal. Terapi hemodialisis dilakukan setelah tindakan konservatif tidak lagi efektif. Pada keadaan ini terjadi gagal ginjal terminal dan satu-satunya pengobatan yang efektif adalah hemodialisis dan transplantasi ginjal (Raharjo et al, 1996; Kalenbach, 2005; Konsensus Hemodialisis, 2003). Hemodialisis terdiri dari peritoneal hemodialisis/CAPD dan hemoemodialisis (Black & Hawks, 2005; Kalenbach, 2005).

2.2 INISIASI HEMODIALISIS

2.2.1 Definisi

Inisiasi hemodialisis adalah proses dimulainya hemodialisis sebagai terapi pengganti ginjal yang dilakukan pada pasien gagal ginjal terminal (PERNEFRI, 2003).

2.2.2 Tujuan

Inisiasi hemodialisis bertujuan untuk meningkatkan usia harapan hidup pasien, mempertahankan fungsi nefron yang masih baik, mengurangi morbiditas, menurunkan angka *uremia perikarditis*, *uremia encephalopathy*, *overload cairan dengan congestive heart failure*, gangguan nutrisi yang diakibatkan *anoreksia* dan infeksi. Tujuan lain adalah mencegah terjadinya komplikasi intrahemodialisis diantaranya *gastrointestinal stress* dan *pruritus*. (Nissenson, 2002 hlm 130; PERNEFRI, 2003; Rosansky, 2009).

2.2.3 Indikasi Inisiasi Hemodialisis

Inisiasi hemodialisis di Indonesia secara ideal dilakukan pada pasien dengan Laju Filtrasi Glomerulus < 15 mL/menit (PERNEFRI, 2003). Penurunan LFG < 15 mL/menit mengindikasikan fungsi ekskresi ginjal sudah minimal sehingga terjadi akumulasi zat toksik dalam darah. Pada tahap ini komplikasi akut yang membahayakan jiwa pasien dapat terjadi sehingga inisiasi hemodialisis perlu dilakukan. Indikasi khusus, inisiasi hemodialisis dilaksanakan adalah:

- a. Terdapat komplikasi akut: edema paru, hiperkalemia dan asidosis metabolik berulang. Pada keadaan ini inisiasi hemodialisis bertujuan untuk mengeluarkan cairan yang berlebih, racun/zat toksik secara cepat.

b. Pasien nefropati diabetik.

Nefropati diabetik merupakan komplikasi pada pasien diabetes mellitus yang mempercepat komplikasi kardiovaskuler. Untuk mencegah kerusakan organ lain pada penderita DM inisiasi hemodialisis dapat dimulai inisiasi hemodialisis lebih dini.

2.2.4 Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Keputusan Inisiasi Hemodialisis

Beberapa faktor yang diduga berpengaruh terhadap pasien dalam mengambil keputusan inisiasi hemodialisis pasien gagal ginjal tahap akhir diantaranya yaitu:

2.2.4.1 Faktor Demografi

Diantara faktor demografi yang diduga berpengaruh terhadap keputusan inisiasi hemodialisis diantaranya yaitu umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan.

a. Usia

Usia mempengaruhi seseorang dalam menerima perubahan kondisi sakit dan perilaku datang ke pelayanan kesehatan. Usia juga mempengaruhi cara pandang pasien dalam mengambil keputusan. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Roderick et al (1999, dalam Thomas, 2002) menyebutkan bahwa penerimaan kondisi sakit pada pasien usia tua lebih baik dibandingkan dengan pasien usia muda. Penelitian lain mengatakan bahwa usia berpengaruh terhadap keputusan inisiasi hemodialisis yaitu pasien usia tua cenderung memulai hemodialisis dengan waktu yang tepat dibandingkan pasien usia muda. Pasien dengan inisiasi yang tepat mempunyai usia harapan hidup sampai 75 tahun (Wilson et al, 2006; Shaefer & Rohrich, 1999 dalam Busuioc et al, 2008).

b. Jenis kelamin

Jenis kelamin diduga mempengaruhi penerimaan kondisi sakit seseorang. Jenis kelamin laki-laki lebih cepat menerima kondisi sakitnya daripada perempuan. Hal tersebut membuat pasien perempuan cenderung terlambat datang ke pelayanan kesehatan. Keterlambatan itu berpengaruh terhadap pelaksanaan inisiasi

hemodialisis. Hal itu sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Kauzs et al (2000) menyebutkan bahwa jenis kelamin perempuan berpeluang lebih tinggi terlambat melakukan inisiasi hemodialisis dibandingkan pria.

Beberapa faktor yang diprediksi menjadi pendukung terlambatnya inisiasi hemodialisis pada perempuan menurut Obrador et al (1999) dan Kauzs et al (2000) adalah: penelitian tentang masalah perempuan dan populasi minoritas masih kurang, edukasi tentang perawatan kepada perempuan yang tersedia tidak memadai, ketidakmauan dan ketidakmampuan untuk datang ke pelayanan kesehatan karena ekonomi ataupun budaya, adanya penafsiran berbeda-beda dari dokter yang merawat tentang gejala penyakit dan hasil penghitungan kreatinin serum pada perempuan untuk penafsiran fungsi ginjal cenderung tinggi sehingga mempengaruhi untuk inisiasi hemodialisis.

c. Tingkat pendidikan

Menurut Notoatmojo (2003) pendidikan merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang, karena pendidikan dapat menambah wawasan sehingga pengetahuan seseorang yang berpendidikan tinggi lebih mempunyai pengetahuan lebih luas dibandingkan dengan mereka yang berpendidikan lebih rendah. Seseorang yang pendidikan tinggi cenderung akan berperilaku positif.

Proses pendidikan merujuk pada kawasan kognitif, afektif dan psikomotor terkait dengan usaha dan hasil pendidikan. Usaha pendidikan seyogyanya diarahkan untuk terjadinya perubahan perilaku secara menyeluruh. Kawasan perubahan perilaku itu diantaranya kawasan kognitif/intelektual yang meliputi pengetahuan, pemahaman, penerapan, penguasaan/analisis dan memadukan. (Notoatmojo, 2003; Printrich & Schunk, 1996; Robins, 2001).

Tingkat pendidikan yang tinggi memungkinkan individu untuk mengakses dan memahami informasi kesehatan sehingga pasien dapat memiliki pengetahuan

untuk dapat merubah perilaku dalam mencari pelayanan kesehatan. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Dogan et al (2008) yang menyebutkan bahwa resiko komplikasi penyakit ginjal banyak terjadi pada pasien yang mempunyai tingkat pendidikan rendah. Notoatmojo, (2007) menyebutkan bahwa pengetahuan menjadi salah satu faktor prediposisi yang mempengaruhi perilaku seseorang terhadap kesehatan.

d. Pekerjaan

Pekerjaan berkaitan erat dengan status sosial ekonomi pasien. Beberapa ahli mengemukakan bahwa faktor pendapatan merupakan prediktor terkuat dari status kesehatan seseorang (Mc Donough, et al 1997). Pasien dengan hemodialisis memerlukan biaya yang cukup tinggi. Untuk itu perlu strategi dalam mempersiapkan kebutuhan finansial. Semakin baik posisi pekerjaan akan semakin meningkat pendapatan.

Permasalahan yang terjadi pada seorang pekerja berhubungan dengan gangguan kesehatan yaitu kurangnya waktu untuk datang ke pelayanan kesehatan. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Kausz et al, (2000) yang menyebutkan bahwa tingkat keterlambatan inisiasi hemodialisis pada kelompok pekerja lebih tinggi dibandingkan dengan inisiasi hemodialisis pada pasien yang tidak bekerja.

2.3.4.2 Faktor geografi

Faktor geografi yang dimaksud adalah jarak rumah dengan fasilitas kesehatan atau rumah sakit. Dalam pemberian pelayanan kesehatan perlu diperhatikan akses masyarakat umum ke tempat pelayanan kesehatan/rumah sakit. Berdasarkan hasil penelitian Roderick et al, (1999, dalam Thomas, 2002) menyebutkan bahwa tingkat penerimaan seseorang terhadap sakitnya dipengaruhi oleh jarak rumah dengan fasilitas kesehatan/rumah sakit. Semakin jauh jarak rumah dengan tempat pelayanan

kesehatan maka akan semakin menerima sakitnya. Sehingga dalam pemberian layanan kesehatan perlu memperhatikan daerah-daerah yang jauh dari rumah sakit.

Peneliti Jassal et al, (1998) dalam Thomas, (2002) menyebutkan bahwa pasien dengan usia tua akan datang ke tempat pelayanan kesehatan terdekat daripada datang ke rumah sakit dengan jarak lebih jauh untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

2.2.4.3 Faktor dukungan keluarga

Dukungan keluarga merupakan dukungan sosial yang diberikan oleh keluarga ataupun orang-orang yang terdekat dengan pasien. Dukungan ini akan menyediakan sumber daya yang dapat memberikan kenyamanan fisik dan psikologis yang diberikan kepada seseorang yang membutuhkan dan diperoleh dari orang-orang yang terpercaya (Dixon, 2011). Dengan dukungan ini membuktikan bahwa individu tersebut dicintai, diperhatikan, dihargai oleh orang lain.

Selain keluarga sumber dukungan sosial pada pasien dapat diperoleh dari berbagai sumber dalam suatu jaringan sosial yang dimiliki oleh pasien tersebut. Sumber dukungan yang lain diantaranya teman, rekan kerja, staf medis dan kelompok masyarakat yang ada disekitar pasien (McClellan, 1993).

Beberapa pengaruh yang dapat dirasakan oleh pasien terhadap dukungan sosial yang diberikan oleh orang lain adalah:

- a. Efek langsung/*direct effects* yaitu pasien akan bertingkah laku positif saat pasien mengalami stress karena menderita gagal ginjal tahap akhir. Hasil penelitian McClellan (1993) menyebutkan bahwa pasien yang mendapatkan dukungan sosial dengan baik akan menunjukkan perilaku positif saat mengalami stress akibat didiagnosis gagal ginjal dan harus melakukan hemodialisis.

- b. Efek tidak langsung/*indirect effects* adalah pasien mampu memodifikasi cara/strategi untuk mengatasi stress akibat penyakitnya. Hasil penelitian McClellan (1993) menyebutkan bahwa efek tidak langsung dari dukungan sosial adalah meningkatkan percaya diri pasien dalam mengambil keputusan untuk memulai hemodialisis.
- c. Efek pertahanan/*buffering effect* yaitu dukungan sosial akan dapat menghilangkan efek negatif dari stress. Baron & Byrne (2000) mengatakan bahwa dukungan sosial yang diterima oleh seorang individu akan dapat meningkatkan daya tahan tubuh sehingga kualitas kesehatan meningkat. Hasil penelitian McClellan (1993) menyebutkan bahwa dukungan sosial yang tinggi pada pasien gagal ginjal dengan hemodialisis dapat meningkatkan usia harapan hidup.

Sedangkan manfaat dari dukungan sosial adalah terpenuhinya kebutuhan untuk berhubungan dengan orang lain. Interaksi tersebut dapat mengembangkan kepribadian pasien, menyadari siapa dirinya dan posisi dalam hirarki sosial, sehingga pasien dapat menentukan identitas diri/*self identity* dan harga diri/*self esteem* (Baron & Byrne, 2000).

Dukungan sosial yang dapat diberikan oleh keluarga ataupun sumber lain kepada pasien gagal ginjal dengan hemodialisis menurut McClellan (1993) dapat berbentuk dukungan:

- a. *Emotional support*/dukungan emosi yaitu pemberian perhatian, empati, semangat sehingga pasien merasa nyaman, merasa dimiliki dan dicintai saat stress menghadapi inisiasi hemodialisis. Hasil penelitian Harwood et al, (2005) menyebutkan bahwa stress dapat terjadi pada pasien gagal ginjal yang harus menjalani hemodialisis. Pemberian dukungan emosi kepada pasien dapat mencegah munculnya stress lain.

- b. *Esteem support*/dukungan penghargaan yaitu pemberian dukungan ataupun persetujuan terhadap ide keputusan modalitas pengobatan yang akan dijalani pasien.
- c. *Instrumental support*/ dukungan instrumen adalah dukungan yang diberikan secara langsung terhadap pasien gagal ginjal dengan memfasilitasi secara finansial selama pasien menjalani perawatan atau hemodialisis serta dukungan membantu pekerjaan yang menjadi tanggung jawab pasien. Hasil penelitian Harwood et al, (2005) menyebutkan salah satu stress psikososial pasien gagal ginjal tahap akhir adalah ketidak mampuan pasien mengerjakan ataupun mengelola pekerjaan yang menjadi tanggung jawab pasien sebelumnya. *Instrumental support*/dukungan instrument ini akan mengurangi stress psikososial pasien.
- d. *Informational support*/ dukungan informasi adalah dukungan dengan memberikan saran dan informasi yang dibutuhkan pasien saat pasien menghadapi dan memecahkan masalah. Peran keluarga sangat penting, dimana keluarga merupakan tempat pasien untuk mengakses informasi tentang kesehatannya sebelum pasien bertemu dengan petugas kesehatan.
- e. *Companionship support* adalah dukungan pada pasien gagal ginjal yang akan menjalani inisiasi hemodialisis dalam bentuk kebersamaan, sehingga pasien merasa sebagai bagian dari keluarga ataupun kelompok. Dukungan ini diberikan oleh keluarga ataupun kelompok masyarakat.

2.2.4.4 Faktor Ekonomi

Faktor ekonomi yang diprediksi mempengaruhi keputusan pasien gagal ginjal tahap akhir menjalani inisiasi hemodialisis adalah:

- a. Status pendapatan perbulan

Beberapa peneliti mengemukakan bahwa faktor pendapatan merupakan prediktor terkuat dari status kesehatan seseorang (Mc Donough et al, 1997). Hasil penelitian lain menyebutkan bahwa pekerjaan berbanding lurus dengan pendapatan (Kausz, 2000). Kebutuhan finansial yang cukup tinggi pada pasien gagal ginjal tahap

akhir dapat mempengaruhi perekonomian keluarga. Perencanaan strategis untuk pengembangan ekonomi, bekerjasama dengan badan pemerintah diperlukan untuk meringankan beban pasien (Brenner, 2006). Hasil penelitian Harwood et al, (2005) menyebutkan bahwa masalah finansial merupakan stressor psikososial pasien gagal ginjal tahap akhir yang menjalani hemodialisis.

Kecukupan pemenuhan kebutuhan pasien dan keluarga tergantung dengan pendapatan. Hasil pendapatan di Indonesia antar daerah masih bervariasi. Ukuran pendapatan di kabupaten biasanya dilihat dari UMK (Upah Minimum Kabupaten). Besar Upah Minimum Kabupaten (UMK) kabupaten Klaten tahun 2011 adalah Rp 766.022,-. Pendapatan perbulan seseorang mempengaruhi dalam pemenuhan kebutuhan hidup termasuk didalamnya perawatan kesehatan (<http://allows.wordpress.com/2009/01/12/informasi-upah-minimum-regional-umr>).

b. Status asuransi

Asuransi kesehatan mempunyai hubungan yang sangat signifikan dengan inisiasi hemodialisis. Keterlambatan inisiasi hemodialisis diantaranya yaitu individu tersebut tidak mempunyai asuransi kesehatan, baik asuransi yang dikelola pemerintahan atau asuransi kesehatan swasta. Hal tersebut didukung dengan hasil penelitian Kausz et al, (2000) yang menyebutkan bahwa keterlambatan inisiasi hemodialisis pasien yang tidak mempunyai asuransi lebih besar dibandingkan dengan pasien yang mempunyai asuransi.

Hasil penelitian Obrador et al, (1999) menyebutkan bahwa keikutsertaan asuransi pasien dipengaruhi oleh status pendapatan. Pelayanan asuransi kesehatan yang diberikan di unit Hemodialisa RSUP Dr Soeradji Tirtonegoro Klaten meliputi Jamkesda/Jaminan Kesehatan Daerah, Askeskin/Asuransi Kesehatan Keluarga Miskin, ASKES PNS dan Askes swasta. Semua pasien dengan asuransi kesehatan mendapatkan pelayanan sama dalam pelaksanaan hemodialisis.

2.2.4.5 Faktor dukungan pelayanan kesehatan

Dukungan pelayanan kesehatan merupakan dukungan yang diberikan oleh tenaga kesehatan termasuk dokter dan perawat (McClellan,1993). Peran secara umum pelayanan kesehatan masyarakat adalah merupakan subsistem pelayanan kesehatan yang meliputi pelayanan pencegahan penyakit/*preventif*, usaha meningkatkan derajat kesehatan/*promotif*, upaya pengobatan/*kuratif* dan upaya rehabilitasi/*rehabilitative*.

Hubungan yang baik dan saling percaya antara pasien gagal ginjal dengan tenaga kesehatan professional sangat penting untuk mempertahankan sikap positif terhadap pengobatan. Bentuk dukungan yang dapat diberikan oleh pelayanan kesehatan diantaranya yaitu memberikan rasa empati dan perhatian sehingga pasien mampu membuat keputusan yang tepat, mendukung keputusan inisiasi hemodialisis yang ditetapkan pasien, memberikan informasi tentang penyakit dan penatalaksanaannya, serta dukungan yang membuat pasien merasa menjadi anggota keluarga yang dihargai (Thompson et al, 2008; Neyhart et al, 2010; Emergency Nurse, 2011).

Hasil penelitian Neyhart et al, (2010) menyebutkan bahwa pasien yang membuat rencana pengobatan dengan bantuan saran dan dukungan dari tenaga kesehatan, cenderung tepat waktu dalam melaksanakan inisiasi dialisi.

Burrows, (2008) menyebutkan bahwa pasien yang mempunyai hubungan baik dengan petugas kesehatan akan memiliki kepatuhan pada penatalaksanaan penyakitnya. Semakin baik hubungan pasien dengan petugas kesehatan akan memberikan dukungan yang besar terhadap ketaatan pasien dalam inisiasi hemodialisis.

Dukungan petugas pelayanan kesehatan sesuai dengan fungsi dan peran petugas. Perawat atau dokter dapat memberikan kenyamanan pasien untuk belajar dengan memfasilitasi pemberian informasi yang benar tentang penyakit dan penatalaksanaannya, memberikan waktu bertanya kepada pasien terhadap hal-hal

yang belum diketahui berkaitan dengan inisiasi hemodialisis serta mengevaluasi hasil proses belajar pasien (Murphy&Byrne, 2009)

Perawat dengan menggunakan komunikasi terapeutik memberikan informasi yang benar tentang inisiasi hemodialisis, membuat rujukan dan memfasilitasi proses pemecahan masalah. Perawat mendukung pasien dalam mengambil keputusan untuk pemilihan modalitas pengobatan yang akan dijalani.

2.2.4.6 Faktor biologis

Faktor biologis yang diprediksi berpengaruh terhadap keputusan inisiasi hemodialisis adalah penyakit penyebab yang mendasari terjadinya gagal ginjal serta hasil laboratorium dan diagnostik.

a. Penyebab penyakit yang mendasari.

Banyak penyakit yang mendasari terjadinya gagal ginjal kronik yaitu diurutkan pertama adalah Diabetes Mellitus, kedua hipertensi dan ketiga glomerulonefritis serta penyebab lain.

a) Diabetes Mellitus

Salah satu komplikasi dari Diabetes Mellitus adalah nefropati diabetik sebagai komplikasi mikrovaskuler pasien Diabetes Mellitus. Pasien dengan nefropati diabetik akan mengalami perubahan membran dasar nefron yang mengakibatkan penurunan perfusi jaringan nefron. Penurunan perfusi dalam jangka waktu yang lama, akan mempengaruhi fungsi nefron itu sendiri. Konsensus Hemodialisis, PERNEFRI, (2003) menetapkan bahwa pasien dengan nefropati diabetik dapat dilakukan inisiasi hemodialisis lebih awal, sesuai dengan pedoman dasar sebelum LFG < 15 mL/menit.

b). Hipertensi

Pasien yang mempunyai riwayat penyakit jantung dan penyakit vaskuler akan mempercepat gangguan fungsi ginjal dibandingkan dengan pasien yang tidak mempunyai riwayat penyakit tersebut (Kausz et al, 2000).

Hipertensi menjadi penyebab gagal ginjal kronik akibat aktivasi aksis rennin angiotensin dan kerjasama keduanya dalam meningkatkan sekresi aldosteron. Hipertensi merupakan resiko morbiditas dan mortalitas yang meningkat sesuai dengan peningkatan tekanan sistolik dan diastolik (Smeltzer & Bare, 2002).

c) Penyebab lain

Penyakit lain yang mendasari terjadinya gagal ginjal adalah glomerulonefritis, kistik ginjal, penyakit sistemik lupus eritematous, *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), nepropati, hepatitis B atau C, batu ginjal, *multiple myelomas* serta nefrotoksik (National Kidney Foundation K/DOQI, 2002 dalam Kallenbach et al, 2005).

b. Nilai hasil laboratorium

Panduan hasil laboratorium yang digunakan dalam menilai penurunan Laju Filtrasi Glomerulus adalah kreatinin serum dan LFG (Laju Filtrasi Glomerulus). Pasien dengan kreatinin serum > 2 mg/dl atau LFG < 50 mL/menit perlu dirujuk ke spesialis/konsultan ginjal hipertensi (Konsensus Hemodialisis, PERNEFRI, 2003) karena pasien tersebut cenderung mengalami penurunan fungsi ginjal dengan cepat. Penanganan yang tepat dan cepat akan memperlambat ataupun menghentikan penurunan fungsi ginjal. Hasil laboratorium digunakan sebagai salah satu faktor yang mempengaruhi pelaksanaan inisiasi hemodialisis, sesuai dengan hasil kongres *European Dialysis and Transplant Association* yaitu faktor penting inisiasi hemodialisis adalah uremia dan *residual renal clearance* (Ledebro et al, 2001)

Teknik penghitungan LFG dapat dilakukan berdasarkan rumus *Cockcroft-Gault* ataupun berdasarkan penghitungan pengumpulan urin. Tehnik penghitungan berdasarkan *Cockcroft- Gault* adalah sebagai berikut:

$$\text{LFG} = \frac{\{140 - \text{umur (tahun)}\} \times \text{BB (kg)}}{\text{Kreatinin Serum (mg/dL)} \times 72}$$

Pada pasien perempuan hasil perhitungan diatas dikalikan dengan 0.85

Sedangkan LFG berdasarkan pengumpulan urin 24 jam adalah sebagai berikut:

$$\text{LFG} = \frac{\text{U} \times \text{V}}{\text{P}}$$

Keterangan:

U = Kadar kreatinin dalam urin (mg/dL)

P = Kadar kreatinin dalam plasma (mg/dL)

V = Volume urin (mL/menit)

Urin ditampung selama 24 jam untuk menghitung jumlah urine dan kadar kreatinin dalam urin. Pada akhir pengumpulan urin dilakukan pemeriksaan kadar kreatinin serum dan klirens kreatinin dihitung dengan rumus volume urin x kadar kreatinin urin dibagi kadar kreatinin darah. Hasil perhitungan dikonversi dengan Luas Permukaan Badan (LPB) untuk mendapatkan hasil LFG per 1,73m² LPB (Konsensus Hemodialisis, PERNEFRI, 2003; Thomas, 2002).

2.3 PERAN PERAWAT

Peran perawat merupakan salah satu faktor dukungan dari petugas kesehatan. Perawat memegang peranan yang sangat penting dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan gagal ginjal tahap akhir. Kallenbach, et al (2005), Henderson (2004) dan Harwoods (2004) menyebutkan bahwa peran perawat dalam pelayanan kesehatan gangguan ginjal diantaranya yaitu pemberi pelayanan keperawatan/*care giver*, pendidik/*educator*, koordinator dalam pemberian pelayanan keperawatan/*coordinator*, pembaharu/*inovator*, dan fasilitator/*facilitator*.

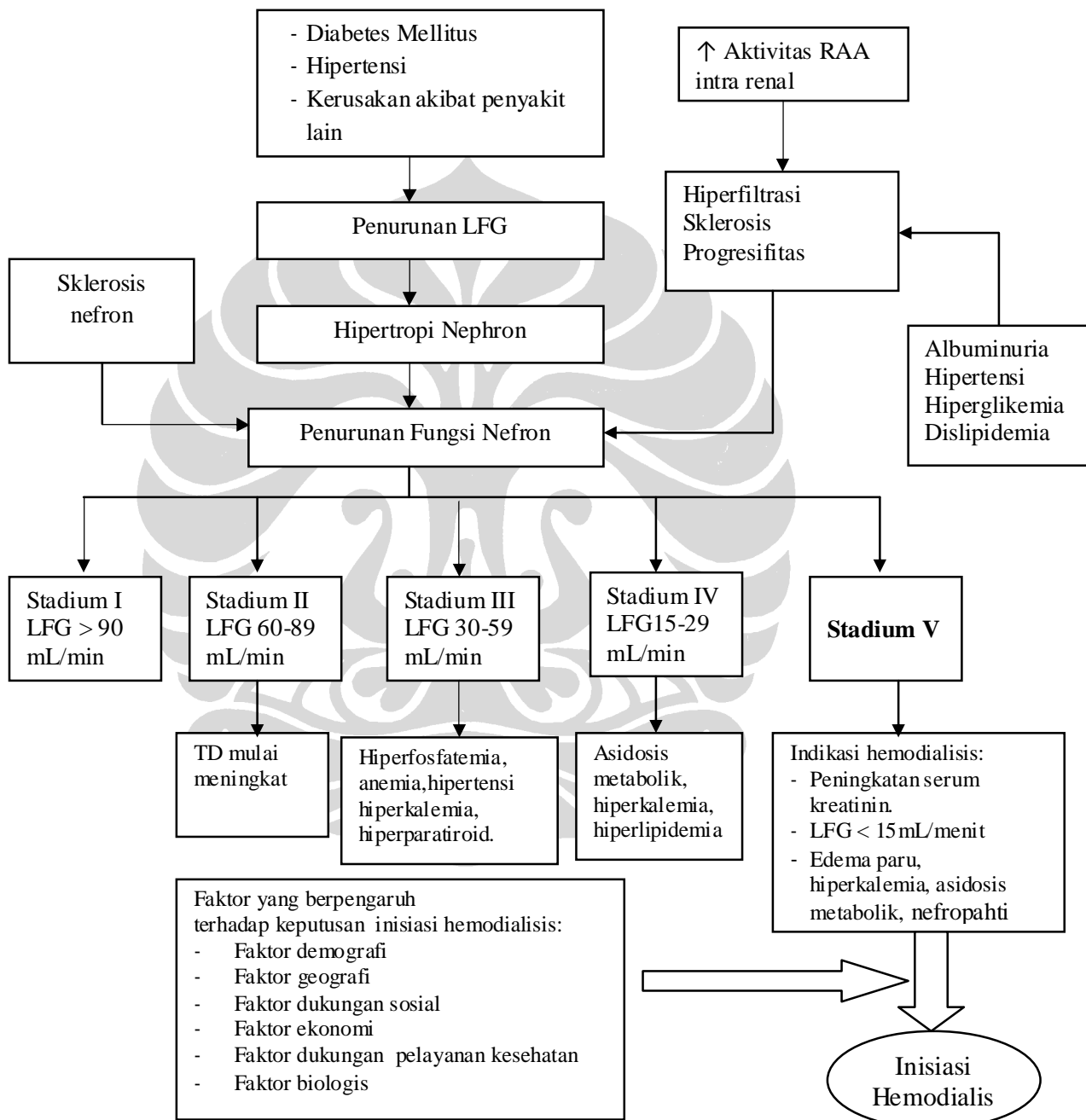
Perawat sebagai seorang pemberi pelayanan keperawatan/*care giver* adalah berperan untuk meningkatkan derajat kesehatan klien melalui berbagai aktifitas pelayanan keperawatan. Termasuk dalam aktifitas pelayanan keperawatan meliputi mengkaji permasalahan pasien, membuat perencanaan, melakukan implementasi keperawatan serta melakukan evaluasi terhadap tindakan yang telah dilakukan. Walker, Abel & Meyer (2010), dalam hasil penelitiannya menyebutkan bahwa peran perawat pada pasien inisiasi hemodialisis yaitu melakukan pengkajian keperawatan secara holistik, berperan sebagai pendidik, berperan dalam memberikan dukungan pada pasien dan keluarga, melakukan tindakan untuk mencegah komplikasi serta mengembangkan hubungan professional.

Peran lain perawat dalam mendukung pasien melakukan inisiasi hemodialisis adalah pendidik/*educator* dan konselor yaitu menggunakan kemampuan komunikasi terapeutik untuk memberikan informasi, membuat rujukan dan memfasilitasi proses pemecahan masalah serta kemampuan pasien dalam mengambil keputusan. Keputusan penting yang harus diambil pasien adalah melakukan inisiasi hemodialisis.

Beberapa kompetensi klinik yang harus dikuasai oleh perawat dalam merawat pasien gagal ginjal tahap akhir yaitu sebagai agen pembaharu yang melakukan inovasi, dapat berkolaborasi dengan kemampuan komunikasi yang baik, menjadi *leader* dalam pemecahan masalah, penetapan prioritas, menjalankan otoritas, memberikan dukungan secara emosional pada situasi yang dihadapi pasien serta berperan sebagai perawat professional dalam bekerja dengan tetap melindungi hak pasien dalam pengambilan keputusan untuk berperan serta aktif dalam perawatan (Gerrish,2005).

2.4 KERANGKA TEORI PENELITIAN

Skema 2.1 Kerangka teori penelitian



Sumber: Soeparman 2007; Price & Wilson, 2005; Black & Hawks, 2005; Sudoyo, 2006

BAB 3

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

Pada bab ini diuraikan tentang kerangka konsep penelitian, hipotesis penelitian dan definisi operasional. Kerangka konsep adalah kerangka yang menghubungkan beberapa konsep yang akan diteliti, digunakan sebagai kerangka pikir dalam penelitian dan merupakan pengembangan dari beberapa teori yang telah dibahas. Hipotesis adalah pernyataan atau jawaban sementara tentang hubungan yang diharapkan antara variabel penelitian yang dapat diuji secara empiris. Definisi operasional adalah penjelasan tentang batasan atau ruang lingkup variabel penelitian sehingga memudahkan pengukuran dan pengamatan serta pengembangan instrument/alat ukur (Notoatmodjo, 2002).

3.1 KERANGKA KONSEP

Berdasarkan penelusuran kepustakaan, variabel yang akan diukur dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

3.1.1 Variabel terikat (*Dependent variable*)

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah keputusan inisiasi hemodialisis pada pasien gagal ginjal tahap akhir (*End Stage Renal Disease/ESRD*).

3.1.2 Variabel bebas (*Independent variable*)

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah faktor – faktor yang mempengaruhi keputusan inisiasi hemodialisis pasien gagal ginjal tahap akhir diantaranya faktor demografi, faktor geografi, faktor dukungan sosial, faktor ekonomi, faktor biologis dan faktor dukungan pelayanan kesehatan.

Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

Variabel *Independent*

Variabel *Dependent*

Faktor-faktor yang mempengaruhi:

1. Faktor demografi meliputi:
 - a. Usia
 - b. Jenis kelamin
 - c. Pendidikan
 - d. Pekerjaan
2. Faktor geografi
3. Faktor ekonomi meliputi:
 - a. Pendapatan perbulan
 - b. Status asuransi
4. Faktor dukungan keluarga
5. Faktor dukungan pelayanan kesehatan
6. Faktor biologis meliputi:
 - a. Penyakit penyebab
 - b. Nilai laboratorium: kreatinin dan LFG

**KEPUTUSAN
INISIASI
HEMODIALISIS**

3.2 HIPOTESIS

3.2.1 Hipotesis Mayor dalam penelitian ini adalah:

Ada pengaruh faktor demografi, faktor geografi, faktor ekonomi, faktor dukungan sosial, faktor biologis dan faktor dukungan pelayanan kesehatan terhadap keputusan inisiasi hemodialisis pada pasien gagal ginjal tahap akhir (*End Stage Renal Disease/ESRD*).

3.2.2 Hipotesis minor dalam penelitian ini adalah:

- a. Ada pengaruh faktor demografi yang meliputi umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan status pekerjaan terhadap keputusan inisiasi hemodialisis pada pasien gagal ginjal tahap akhir (*End Stage Renal Disease/ESRD*).

- b. Ada pengaruh faktor geografi yaitu jarak yang ditempuh dari tempat tinggal sampai dengan rumah sakit terhadap keputusan inisiasi hemodialisis pada pasien gagal ginjal tahap akhir (*End Stage Renal Disease/ESRD*).
- c. Ada pengaruh faktor ekonomi yang meliputi pendapatan perbulan dan status asuransi terhadap keputusan inisiasi hemodialisis pada pasien gagal ginjal tahap akhir (*End Stage Renal Disease/ESRD*).
- d. Ada pengaruh faktor dukungan keluarga terhadap keputusan inisiasi hemodialisis pada pasien gagal ginjal tahap akhir (*End Stage Renal Disease/ESRD*).
- e. Ada pengaruh faktor biologis yang meliputi penyakit yang mendasari dan hasil pemeriksaan kreatinin dan Laju Filtrasi Glomerulus (LFG) terhadap keputusan inisiasi hemodialisis pada pasien gagal ginjal tahap akhir (*End Stage Renal Disease/ESRD*).
- f. Ada pengaruh faktor dukungan pelayanan kesehatan terhadap keputusan inisiasi hemodialisis pada pasien gagal ginjal tahap akhir (*End Stage Renal Disease/ESRD*).

3.3 DEFINISI OPERASIONAL

Definisi operasional adalah batasan ruang lingkup suatu variabel yang diamati dan diukur. Definisi operasional dari variabel-variabel dalam penelitian ini dijelaskan dalam tabel 3.1 dibawah ini.

Tabel 3.1
Definisi Operasional Variabel Penelitian

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur & Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
Variabel dependent				
Keputusan Inisiasi Hemodialisis	Penentuan pilihan untuk memulai proses hemodialisis sebagai terapi pengganti ginjal setelah pasien didiagnosis gagal ginjal tahap akhir.	Cara: Studi dokumentasi Alat: <i>Medical Record</i>	0= tidak menunda 1= menunda	Nominal
Variabel Independent				
Usia	Lama hidup responden dihitung dari tahun kelahiran sampai saat responden didiagnosis gagal ginjal tahap akhir dan harus melakukan inisiasi hemodialisis.	Cara: Studi dokumentasi Alat: <i>Medical Record</i>	Jumlah waktu dalam tahun	Interval
Jenis Kelamin	Identitas ciri fisik biologis yang menunjukkan gender	Cara: Studi dokumentasi Alat: <i>Medical Record</i>	0= Laki-laki 1= Perempuan	Nominal
Pendidikan	Tingkat pendidikan formal yang telah ditempuh oleh responden saat responden didiagnosis gagal ginjal tahap akhir dan harus melakukan inisiasi hemodialisis.	Cara:wawancara terpimpin dengan responden Alat: Kuisisioner	Tingkat pendidikan yang ditempuh: 1. Tidak sekolah 2. SD 3. SMP 4. SMA 5. PT Dalam analisis lebih lanjut variabel pendidikan dikategorikan menjadi:	Ordinal

			<p>0= pendidikan tinggi yang terdiri dari SMA dan PT</p> <p>1= pendidikan rendah yang terdiri dari tidak sekolah, SD dan SMP.</p>	
Pekerjaan	Kegiatan harian yang menjadi tanggung jawab responden yang mendapatkan penghasilan guna memenuhi kebutuhan hidup, pada saat pasien didiagnosis gagal ginjal tahap akhir dan harus melakukan inisiasi hemodialisis.	<p>Cara: wawancara terpimpin dengan responden</p> <p>Alat: kuisisioner</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak bekerja 2. Buruh 3. Petani 4. Pegawai swasta 5. Pedagang 6. PNS <p>Dalam analisis lebih lanjut variabel pekerjaan dikategorikan menjadi: 0 = tidak bekerja 1 = bekerja yang meliputi buruh, petani, pegawai swasta, pedagang dan PNS</p>	Nominal
Faktor Geografi	Jarak yang ditempuh dari tempat tinggal untuk sampai ke rumah sakit, saat pertama kali responden didiagnosis gagal ginjal tahap akhir dan harus melakukan inisiasi hemodialisis.	<p>Cara:wawancara terpimpin dengan responden</p> <p>Alat:kuisisioner</p>	Jarak dengan satuan kilometer	Rasio
Pendapatan	Hasil kerja perbulan yang digunakan untuk pemenuhan keperluan /kebutuhan hidup pasien saat pertama kali didiagnosis gagal	<p>Cara: Wawancara terpimpin dengan responden</p> <p>Alat:Kuisisioner</p>	<p>Dinyatakan dalam Rupiah, dengan berpedoman dengan UMR kabupaten Klaten (Rp 766.022,-) dengan kategori: 0= di atas UMR 1= di bawah UMR</p>	Nominal

	ginjal dan harus melakukan inisiasi hemodialisis.			
Status Asuransi	Jaminan kesehatan yang diikuti oleh responden saat responden didiagnosis gagal ginjal tahap akhir dan harus menjalani inisiasi hemodialisis	Cara: studi dokumentasi Alat: <i>Medical Record</i>	0= Asuransi 1= Tidak Asuransi	Nominal
Dukungan sosial	Bantuan dan hubungan yang memberikan dampak positif, memberikan rasa nyaman baik fisik ataupun psikologis yang diberikan oleh keluarga, kepada responden saat pertama kali didiagnosis gagal ginjal, dan harus menjalani hemodialisis.	Cara: Wawancara terpimpin dengan responden. Alat: Kuisisioner dukungan sosial dengan 20 item pertanyaan. Pengukuran dengan menggunakan skala Likert dengan nilai: 1. Tidak pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu	Dikelompokkan menjadi 2 yaitu berdasarkan <i>Cut Of Point</i> skor dukungan sosial menurut Arikunto (2002) yang menyatakan bahwa untuk penelitian sikap dan perilaku dapat digunakan batasan nilai $\geq 75-80\%$. Pangkatagorian dukungan sosial menjadi: 0= Dukungan sosial baik apabila nilai $\geq 75\%$ atau skor > 60 1= Dukungan sosial kurang baik bila nilai $< 75\%$ atau skor < 60	Nominal
Dukungan Pelayanan Kesehatan	Bantuan dan hubungan yang memberikan dampak positif dan memberikan kenyamanan baik fisik ataupun psikologis yang	Cara: Wawancara terpimpin dengan responden. Alat: Kuisisioner dukungan pelayanan	Dikelompokkan menjadi 2 yaitu berdasarkan <i>Cut Of Point</i> skor dukungan pelayanan kesehatan juga berpedoman	Nominal

	diberikan oleh tenaga kesehatan meliputi dokter, perawat ataupun petugas lain yang dirasakan oleh pasien saat pertama kali responden didiagnosis gagal ginjal dan harus menjalani inisiasi hemodialisis.	kesehatan berjumlah 20 item. Penilaian dengan menggunakan skala Likert dengan nilai: 1. Tidak pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu	pada Arikunto (2002) yang menyatakan bahwa untuk penelitian sikap dan perilaku dapat digunakan batasan nilai $\geq 75-80\%$. Pengkategorian dukungan pelayanan kesehatan menjadi: 0= Dukungan pelayanan kesehatan baik apabila nilai $\geq 75\%$ atau skor ≥ 60 . 1= Dukungan pelayanan kesehatan kurang baik bila nilai $< 75\%$ atau skor < 60 .	
Penyakit yang mendasari	Gangguan pada system tubuh yang mendasari pasien menderita gagal ginjal terminal dan harus inisiasi hemodialisis.	Cara: Studi dokumentasi Alat: <i>Medical Record</i> .	1. Hipertensi 2. Diabetes Melitus 3. Penyakit lain	Nominal
Kreatinin	Sisa metabolisme kreatin yang seharusnya dibuang oleh tubuh melalui ginjal.	Cara: Studi dokumentasi Alat: <i>Medical Record</i> , arsip laboratorium	Hasil pemeriksaan serum kreatinin dalam mg/dL.	Rasio
Laju Filtrasi Glomerulus	Kemampuan ginjal dalam memfiltrasi darah yang dihitung menggunakan rumus <i>Cockroft-Gault</i> .	Cara: Penghitungan menggunakan rumus <i>Cockroft-Gault</i>	Hasil pemeriksaan LFG dalam mL/menit.	Rasio

BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN

Bab ini menguraikan tentang metodologi penelitian yang digunakan dalam penelitian. Langkah – langkah teknis dan operasional pada penelitian yang telah dilaksanakan. Metodologi penelitian tersebut meliputi desain penelitian, populasi dan sampel penelitian, tempat penelitian, etika penelitian, alat pengumpulan data, uji validitas dan reliabilitas instrumen serta analisis data yang dilakukan dalam penelitian.

4.1 DESAIN PENELITIAN

Desain penelitian yang digunakan adalah studi retrospektif yaitu penelitian yang berusaha melihat ke belakang, dimana pengumpulan data dimulai dari efek atau akibat yang telah terjadi. Kemudian dari efek tersebut ditelusuri ke belakang untuk mengetahui penyebabnya atau variabel-variabel yang mempengaruhi akibat tersebut.

Dalam penelitian ini, melihat bahwa inisiasi hemodialisis dipengaruhi oleh beberapa faktor. Faktor-faktor yang diprediksi mempengaruhi keputusan inisiasi hemodialisis diantaranya yaitu faktor demografi, faktor geografi, faktor sosial, faktor ekonomi, faktor biologis serta faktor dukungan pelayanan kesehatan

4.2 POPULASI DAN SAMPEL

4.2.1 Populasi

Populasi adalah sejumlah besar subyek yang mempunyai karakteristik tertentu (Sastroasmoro & Ismael, 2008). Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien gagal ginjal tahap akhir (*End Stage Renal Disease/ESRD*) yang menjalani program hemodialisis di unit hemodialisa RSUP Dr Soeradji Tirtonegoro Klaten berjumlah 101 pasien.

4.2.2 Sampel

Sampel adalah bagian populasi yang dipilih dengan cara tertentu sehingga dianggap mewakili populasinya (Sastroasmoro & Ismael, 2008). Pengambilan sampel dilakukan dengan metode *total sampling* yaitu semua anggota populasi diikuti dalam penelitian sesuai dengan kriteria inklusi yang telah ditetapkan.

Dasar yang digunakan peneliti dalam pengambilan tehnik total sampling ini adalah secara ideal sampel dalam suatu penelitian adalah semua jumlah populasi (Notoatmojo, 2002). Pengambilan sampel dalam penelitian ini mempertimbangkan kriteria inklusi dan eksklusi.

Kriteria inklusi yang ditetapkan oleh peneliti adalah sebagai berikut:

- a. Responden dapat membaca dan menulis.
- b. Bersedia menjadi responden dan mau menandatangani *informed consent*.
- c. Kesadaran pasien *compos mentis*.
- d. Responden mampu berkomunikasi verbal.
- e. Responden dengan fungsi kognitif baik.
- f. Batasan usia responden lebih dari 19 tahun.

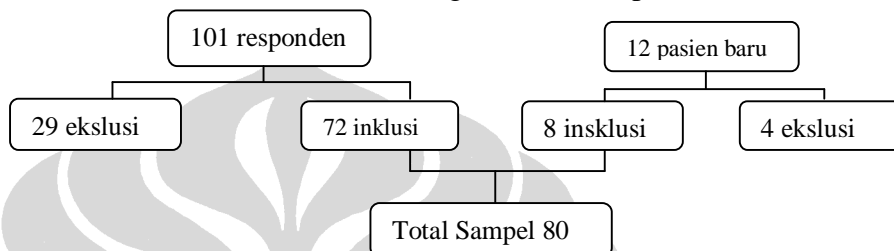
Sedangkan kriteria eksklusi yang ditetapkan dalam penelitian ini adalah:

- a. Terjadi gangguan kesehatan saat pengambilan data.

Sehubungan dengan adanya kriteria inklusi dan eksklusi diatas, tentu mempengaruhi jumlah sampel yang diperoleh dalam penelitian ini. Dari total sampling yang didapat saat studi pendahuluan di bulan Januari 2011 yaitu 101 responden, dengan memperhatikan kriteria inklusi dan eksklusi maka sampel dalam penelitian ini menjadi 80 responden. Responden yang tereksklusi dari 101 responden berjumlah 29 orang. Penyebab tereksklusinya responden adalah 19 orang karena meninggal (Data Primer RS, 2011), 5 orang mengalami gangguan kesehatan saat pengambilan data, 2 orang mengalami gangguan kognitif, 3 pasien tidak mampu berkomunikasi dengan baik karena pekak/kurang pendengaran.

Sedangkan pasien baru yang terdiagnosis gagal ginjal tahap akhir dan menjalani terapi hemodialisis selama bulan Januari sampai Mei pada saat peneliti mengambil data adalah 12 orang. Dari 12 orang tersebut, pasien yang tereksklusi dalam penelitian ini berjumlah 4 orang yaitu 3 orang telah meninggal dunia dan 1 orang menderita gangguan kognitif. Sehingga total sampel yang sesuai dengan kriteria inklusi dalam penelitian adalah 80 orang. Skema 4.1 menunjukkan cara pengambilan sampel sesuai kriteria inklusi dan eksklusi.

Skema 4.1 Tehnik Pengambilan Sampel



4.3 TEMPAT PENELITIAN

Penelitian ini dilaksanakan di RSUP Dr Soeradji Tirtonegoro Klaten dengan pertimbangan bahwa:

- Terdapat fenomena di lokasi penelitian yang berhubungan dengan inisiasi hemodialisis.
- Belum pernah diadakannya riset keperawatan yang berkaitan dengan analisis faktor-faktor yang mempengaruhi keputusan inisiasi hemodialisis pasien gagal ginjal tahap akhir.
- Jumlah responden yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi dalam penelitian ini dapat terpenuhi.
- Lokasi penelitian memberikan kemudahan kepada peneliti, baik kemudahan administrasi ataupun fasilitas lain.
- Lokasi dapat dijangkau dengan mudah oleh peneliti.

4.4. WAKTU PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan minggu ke empat bulan Mei sampai dengan minggu ke dua bulan Juni 2011.

4.5 ETIKA PENELITIAN

Dalam melakukan penelitian ini peneliti memperhatikan aspek etika penelitian, berpedoman pada prinsip-prinsip penelitian dan tentunya melindungi responden. Proses etik dalam penelitian ini dilakukan setelah mendapat persetujuan pembimbing thesis I dan pembimbing II FIK UI dan lolos uji etik FIK UI (Lampiran 5). Pengajuan ijin ke rumah sakit melalui Direktur RSUP Dr Soeradji Tirtonegoro Klaten dengan surat permohonan ijin untuk melakukan penelitian dari Dekan FIK UI (Lampiran 7). Prinsip-prinsip etika penelitian yang diperhatikan dalam melakukan penelitian ini adalah sebagai berikut:

a. *Self determination*

Peneliti memberikan kebebasan kepada responden untuk menentukan bersedia menjadi responden atau menolak dalam penelitian tanpa ada sanksi apapun.

b. *Anonymity and confidentiality*

Prinsip *anonymity* dilaksanakan dengan peneliti tidak mencantumkan nama responden dalam kuesioner penelitian (hanya inisial). Sedangkan prinsip *confidentiality* dilaksanakan peneliti dengan tidak mempublikasikan keterikatan informasi yang diberikan dengan identitas responden, sehingga dalam analisis hasil dan penyajian data penelitian hanya akan mendeskripsikan karakteristik responden.

c. *Privacy*

Dalam penelitian ini peneliti menjamin *privacy* responden dan menjunjung tinggi harga diri responden. Peneliti dalam berkomunikasi dengan responden tidak menanyakan hal – hal yang dianggap *privacy* bagi responden, kecuali yang berkaitan dengan penelitian, dengan tetap mengedepankan rasa hormat dan melalui persetujuan dari responden.

d. *Justice*

Dalam prinsip ini, peneliti berlaku jujur (*fairness*) dan adil pada semua responden. Prinsip ini dilaksanakan dalam bersikap ataupun mendistribusikan semua kebutuhan dalam penelitian.

e. *Protection from discomfort and harm*

Penelitian yang dilaksanakan tidak mengakibatkan penderitaan responden, baik fisik ataupun psikis. Beberapa hal yang peneliti laksanakan dalam prinsip *protection from discomfort and harm* diantaranya yaitu:

- a). Peneliti memberikan kesempatan kepada responden untuk menyampaikan perasaan tidak nyaman saat mengisi kuesioner, peneliti mendampingi responden saat mengisi kuesioner.
- b). Memberikan batasan waktu dalam pengisian kuesioner sehingga menghindari kelelahan atau perasaan ketidaknyamanan responden.
- c). Waktu pengisian kuesioner disesuaikan dengan kondisi kesehatan responden. Sebagian responden meminta pengisian kuesioner saat jam kedua hemodialisis, dengan bantuan peneliti, membacakan pertanyaan dan mencentang jawaban sesuai jawaban pasien. Responden mengatakan lebih nyaman dan lebih bisa berkonsentrasi saat menjawab pertanyaan.
- d). Memberi ijin kepada responden untuk tidak melanjutkan pengisian kuesioner apabila kondisi kesehatan tidak memungkinkan. Ada 5 responden yang mengundurkan diri sebagai responden karena gangguan kesehatan yaitu pasien mengeluh sakit kepala dan badan terasa lemas.

f. *Informed Consent (IC)*

Sebelum responden bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini, peneliti terlebih dahulu menjelaskan tentang tujuan penelitian, waktu penelitian yang digunakan serta manfaat penelitian terhadap responden, adanya jaminan bahwa tidak ada pengaruh penelitian terhadap individu dan jaminan kerahasiaan data yang diberikan tidak akan disebarluaskan ataupun dapat merugikan responden. Peneliti juga menjelaskan hak-hak responden untuk berhenti menjadi responden bila didapatkan ketidaknyamanan selama proses penelitian berlangsung. Peneliti dibantu oleh kepala bangsal yang sebelumnya telah diberi informasi tentang penelitian ini, untuk meminta kesediaan responden untuk menandatangani lembar *Informed consent (IC)*. Lembar *informed consent* memuat status responden, tujuan penelitian, manfaat penelitian, bentuk kesediaan responden (Lampiran 3).

4.6 ALAT PENGUMPUL DATA

Alat pengumpulan data/instrumen dalam penelitian ini adalah kuesioner yang berisi pertanyaan-pertanyaan yang berhubungan dengan variabel yang diteliti. Sumber data berasal dari data primer dan sekunder. Data primer adalah data yang berasal dari hasil pengisian kuesioner yang dilakukan oleh responden. Data sekunder adalah data yang diperoleh dari catatan medis atau *medical record* pasien yang ada di Rumah Sakit.

4.6.1 Kuesioner Penelitian

Kuesioner dalam penelitian ini terdiri dari tiga bagian yaitu:

4.6.1.1 Kuesioner A

Kuesioner A berisi tentang data demografi responden yang meliputi nama, usia, alamat, jenis kelamin, pernikahan dan tingkat pendidikan dengan jumlah 6 item. Faktor geografi yang meliputi jarak yang ditempuh dari rumah sampai ke rumah sakit dengan jumlah 1 item, faktor ekonomi yang meliputi status pendapatan dan status asuransi berjumlah 2 item, faktor biologis yang meliputi nilai LFG, berat badan dan kreatinin saat pertama didiagnosis gagal ginjal tahap akhir serta inisiasi hemodialisis yang ditunjukkan dengan menerima atau menunda inisiasi hemodialisis.

4.6.1.2 Kuesioner B

Kuesioner B ini berisi tentang dukungan sosial yang diberikan oleh keluarga saat responden didiagnosis gagal ginjal tahap akhir dan harus melakukan inisiasi hemodialisis. Dalam kuesioner dukungan sosial ini, peneliti mengadopsi dari *The MOS Social Support Survey* (Sherbourne & Stewart, 1991) yang telah dimodifikasi oleh peneliti. Dalam *The MOS Social Support Survey* (Sherbourne & Stewart, 1991) terdiri dari 20 item pertanyaan terdiri dari lima komponen dukungan sosial. Peneliti memodifikasi item-item pertanyaan menjadi 20 pertanyaan. Kisi-kisi kuesioner komponen dukungan sosial dari keluarga diantaranya yaitu komponen dukungan emosional/*emotional support* terdiri dari 8

item yaitu item 1,4,5,6,14,17,18 dan 19. Komponen dukungan penghargaan/*esteem support* terdiri dari 2 item yaitu item 8 dan 9. Komponen dukungan instrumen/*instrumental support* terdiri dari 6 item yaitu item 2,3,10,11,12 dan 13. Komponen dukungan informasi/*informational support* terdiri dari 2 item yaitu item 7 dan 20 serta komponen *companionship support* terdiri dari 2 item yaitu item 15 dan 16.

Penilaian dalam kuesioner ini menggunakan skala *Likert* yang terdiri dari skor 1= tidak pernah, 2= jarang, 3= sering dan 4= selalu. Total skor yang didapat adalah 80. Dalam analisis lebih lanjut peneliti mengkatagorikan dukungan sosial baik dan dukungan sosial kurang baik. Dukungan sosial baik skor $\geq 75\%$ atau skor ≥ 60 dan dukungan sosial kurang baik skor $< 75\%$ atau skor < 60 . Penentuan skor dukungan keluarga baik dan kurang baik ini berpedoman pada Arikunto (2002) menyatakan bahwa untuk penelitian sikap dan perilaku dapat digunakan batasan nilai $\geq 75-80\%$.

4.6.1.3 Kuesioner C

Kuesioner C dalam penelitian ini adalah kuesioner tentang dukungan pelayanan kesehatan. Kuesioner ini dikembangkan oleh peneliti dari *Home Care Checklist Haemohemodialisis* (Smeltzer et al, 2008 hlm 1336). Dalam *Home Care Checklist Haemohemodialisis* (2008) terdiri dari 12 pertanyaan, yang peneliti kembangkan menjadi 20 pertanyaan dan disesuaikan dengan komponen dukungan pelayanan kesehatan.

Dukungan pelayanan kesehatan sebenarnya merupakan bagian dari dukungan sosial yang diberikan oleh petugas kesehatan kepada pasien. Peneliti mempunyai persepsi bahwa dukungan pelayanan kesehatan penting bagi pasien saat memutuskan melakukan inisiasi hemodialisis, sehingga perlu dilakukan pengkajian tersendiri.

Kuesioner dukungan pelayanan kesehatan meliputi komponen dukungan emosional/*emotional support* terdiri dari 20 item yaitu item 1,12,13,14 dan 15.

Komponen dukungan penghargaan/*esteem support* terdiri dari 3 item yaitu item 2,16 dan 17. Komponen dukungan instrumen/*instrumental support* terdiri dari 2 item yaitu item 18 dan 19. Komponen dukungan informasi/*informational support* terdiri dari 9 item yaitu item 3,4,5,6,7,8,9,10 dan 11 serta komponen *companionship support* terdiri dari 1 item yaitu item 20.

Penilaian dalam kuesioner ini juga menggunakan skala Likert yang terdiri dari skor 1= tidak pernah, 2= jarang, 3= sering dan 4= selalu. Total skor yang didapat adalah 80. Dalam analisis lebih lanjut peneliti mengkatagorikan dukungan pelayanan kesehatan baik dan dukungan pelayanan kesehatan kurang baik. Dukungan pelayanan kesehatan baik skor $\geq 75\%$ atau skor ≥ 60 dan dukungan pelayanan kesehatan kurang baik skor $< 75\%$ atau skor < 60 . Penentuan skor dukungan pelayanan kesehatan ini baik dan kurang baik juga berpedoman pada Arikunto (2002) menyatakan bahwa untuk penelitian sikap dan perilaku dapat digunakan batasan nilai $\geq 75-80\%$.

4.7 VALIDITAS DAN RELIABILITAS

4.7.1 Validitas

Validitas menunjukkan seberapa dekat alat ukur menyatakan apa yang seharusnya diukur. Validitas dibagi menjadi tiga yaitu validitas konstruk/*construct validity*, validitas isi/*content validity* dan validitas berdasar kriteria/*criterion-related validity* (Sastroasmoro & Ismael, 2008).

Pelaksanaan uji validitas dilakukan di RS Islam Klaten, yang sebelumnya peneliti mengajukan permohonan uji validitas dari Dekan FIK UI. Pelaksanaan uji validitas dilakukan pada 30 pasien.

Dalam penelitian ini uji validitas menggunakan validitas konstruk dan validitas isi. Uji validitas konstruk dilakukan oleh peneliti dengan membuat instrumen berdasarkan konsep teori dari materi yang akan diuji, kemudian membandingkan

dengan instrumen sejenis, menyusun kisi-kisi instrumen dan mendiskusikan dengan pembimbing.

Uji validitas isi dilakukan dengan menganalisis hasil instrumen yang diuji coba pada 30 pasien menggunakan korelasi *Pearson Product Moment*. Nilai r tabel koefisien korelasi *Pearson Product Moment* untuk sampel 30 orang ($df=n-2=30-2=28$) dengan tingkat kemaknaan 5% adalah 0,361. Instrumen dukungan keluarga dan dukungan pelayanan kesehatan masing-masing terdiri dari 20 item pertanyaan. Pelaksanaan uji validitas dilakukan dua kali. Pada uji pertama untuk instrumen dukungan keluarga didapatkan hasil ada 5 item yang tidak valid yaitu item 2, 3, 4, 5 dan 9 karena nilai r hitung $< 0,361$. Sedangkan hasil validitas instrumen dukungan pelayanan kesehatan ada 2 item yang tidak valid yaitu item 12 dan 19. Terhadap item-item yang tidak valid tersebut peneliti memperbaiki pertanyaan dan kemudian menguji kembali pada 30 pasien yang berbeda. Hasil uji validitas terhadap 20 item kuesioner dukungan keluarga dan 20 item kuesioner dukungan pelayanan kesehatan menunjukkan r hitung $> 0,361$, maka dapat dikatakan bahwa semua item soal tersebut valid dan dapat digunakan dalam penelitian (Lampiran 10 dan lampiran 11).

4.7.2 Reliabilitas

Reliabilitas adalah keandalan dari suatu pengukuran didapatkan jika pengukuran tersebut memberikan nilai yang sama ataupun hampir sama pada pemeriksaan yang berulang-ulang (Sastroasmoro & Ismael, 2008)

Ada tiga cara untuk mengestimasi reliabilitas suatu alat ukur penelitian, yaitu dengan metode uji ulang/*test-retest method*, metode bentuk parallel/*parallel-form method* serta pengujian satu kali/*single trial method* (Dahlan, 2002). Dalam penelitian ini pengukuran reliabilitas alat ukur menggunakan *single trial method* yaitu metode satu kali pengukuran dengan metode *Chronbach Alpha*.

Untuk validitas dan reliabilitas kuesioner *The MOS Social Support Survey* (Sherbourne & Stewart, 1991) telah dilakukan dengan *test and retest* uji validitas

dengan reliabilitas (Sherbourne & Stewart, 1991). Hasil uji validitas dan reliabilitas kuesioner untuk *instrumen support* ($\alpha = 0,78$) dan reliabilitas ($r = 0,957$), *emotional support* ($r = 0,814$), *esteem support* ($r = 0,759$), dukungan integritas sosial ($r = 0,706$) serta *informational support* ($r = 0,796$). Pengukuran validitas kuesioner menggunakan *Product Moment Correlations* dengan hasil menunjukkan korelasi yang cukup tinggi yaitu 0,83. Dilihat dari hasil pengujian validitas dan reliabilitas tersebut diatas maka seluruh pertanyaan dalam kuesioner dinyatakan valid dan reliabel (Sherbourne & Stewart, 1991).

Hasil uji reliabilitas menggunakan *Alpha Cronbach*, dikatakan kuesioner dukungan pelayanan kesehatan reliabel bila nilai *Alpha Cronbach* lebih dari 0,7 (Hastono, 2007). Hasil uji reliabilitas instrumen dukungan keluarga pada uji pertama adalah 0,875 dan dukungan pelayanan kesehatan adalah 0,922. Sedangkan hasil uji reliabilitas ke dua didapatkan hasil nilai *Alpha Cronbach* yaitu 0,917 (lampiran 10) untuk dukungan keluarga dan dukungan pelayanan kesehatan dengan nilai *Alpha Cronbach* yaitu 0,931 (lampiran 9). Berdasarkan hasil uji validitas dan reliabilitas tersebut, maka instrumen penelitian dapat dinyatakan valid dan reliabel untuk digunakan dalam penelitian.

4.8 PROSEDUR PENGUMPULAN DATA

Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini adalah data primer dan sekunder. Data primer diperoleh dari hasil pegisian kuesioner yang dibagikan kepada responden dan data sekunder didapatkan dari studi dokumentasi melalui rekam medis Rumah Sakit. Langkah-langkah dalam pengumpulan data penelitian ini adalah sebagai berikut:

4.8.1 Prosedur Administratif

- a. Tahap persiapan, peneliti lakukan setelah melalui prosedur *ethical clearance* dan mendapatkan surat lolos uji etik dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

- b. Peneliti mengajukan permohonan ijin melakukan penelitian ke dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK UI).
- c. Mendapatkan surat keterangan lolos kode etik dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK UI), peneliti dapatkan tanggal 19 Mei 2011 (lampiran 5).
- d. Peneliti mengajukan surat permohonan ijin melaksanakan uji instrumen ke Dekan FIK UI yang ditujukan kepada Direktur RS Islam Klaten sebagai tempat uji validitas dan reliabilitas instrumen. Peneliti mendapatkan surat permohonan ke Direktur RS Islam Klaten pada tanggal 20 April 2011 (Lampiran 6).
- e. Peneliti mengajukan surat permohonan ijin penelitian ke Dekan FIK UI yang ditujukan kepada Direktur Rumah Sakit Soeradji Tirtonegoro Klaten sebagai tempat penelitian. Surat permohonan tertanggal 20 April 2011 ini diantar langsung oleh peneliti. Direktur RS Dr Soeradji Tirtonegoro Klaten pada prinsipnya mengizinkan dilakukannya penelitian dengan adanya surat balasan tertanggal 18 Mei 2011 (Lampiran 8).

4.8.2 Prosedur Tehnis

- a. Peneliti meminta ijin kepada para kepala ruang yang digunakan untuk penelitian dan mensosialisasikan maksud serta tujuan penelitian kepada tim keperawatan. Dilaksanakan pada hari pertama peneliti memulai jalannya penelitian, yaitu pada hari Jumat, 19 Mei 2011.
- b. Melakukan pendataan semua pasien yang melakukan hemodialisis meliputi semua data yang diperlukan dalam penelitian.
- c. Memperkenalkan diri dan menjelaskan tentang tujuan penelitian yang akan dilakukan kepada responden.
- d. Melakukan kontrak waktu untuk pengambilan data (pengisian kuesioner). Didapat kesepakatan pengisian kuesioner dilakukan pada hari berikutnya saat jadwal calon responden datang untuk hemodialisis.
- e. Melakukan tes kognitif pada calon responden, bila terjadi gangguan kognitif maka secara otomatis gugur sebagai responden (lampiran 15).

- f. Bila calon responden masuk kriteria inklusi, maka dilanjutkan dengan tahap selanjutnya dalam langkah-langkah pengumpulan data yaitu:
- a) Meminta kesediaan responden untuk menjadi sampel dalam penelitian dengan terlebih dahulu menjelaskan maksud dan tujuan penelitian, dilanjutkan dengan responden menandatangani lembar *informed consent* yang telah disediakan.
 - b) Meminta responden mengisi kuesioner yang telah disiapkan. Dalam pelaksanaan penelitian ini pengisian kuesioner dipandu langsung oleh peneliti. Ada beberapa responden yang meminta peneliti untuk membacakan kuesioner dan mencentang jawaban setelah responden menjawab pertanyaan.
 - c) Peneliti memperhatikan kondisi kesehatan responden selama pengisian kuesioner, ada 5 responden yang mengundurkan diri saat penelitian karena alasan penurunan kesehatan. Peneliti tetap memberikan penghargaan yang sama dengan responden lain yang ikut serta dalam penelitian.
 - d) Peneliti mengklarifikasi kepada responden bila ditemukan ada soal yang belum dijawab atau jawaban kurang jelas.
 - e) Peneliti mencatat data-data yang diperlukan dari catatan rekam medis responden diantaranya yaitu no RM, umur, jenis kelamin, riwayat penyakit dasar/penyebab, keputusan inisiasi hemodialisis, kadar kreatinin.
 - f) Untuk keputusan inisiasi hemodialisis peneliti dapatkan dari surat persetujuan dilakukan hemodialisis yang ada di RM, dan juga konfirmasi langsung dengan responden.
 - g) Data LFG didapatkan peneliti dengan penghitungan dengan menggunakan rumus *Cockcroft-Gault*.
 - h) Mengumpulkan kuesioner yang telah diisi dan selanjutnya data diolah dan dianalisis.
- g. Metode Pengisian Kuesioner
- a) Satu hari sebelum pengisian kuesioner peneliti telah memberitahu bahwa pada hari berikutnya saat responden datang ke rumah sakit

untuk melakukan hemodialisis, akan dilakukan pengambilan data oleh peneliti.

- b) Dilakukan uji kognitif sebelum pengisian kuesioner. Pelaksanaan tes kognitif dilakukan langsung oleh peneliti.
- c) Waktu pengisian kuesioner ditetapkan kurang lebih 15-20 menit, walaupun dalam pelaksanaannya disesuaikan dengan kondisi responden. Bila dalam waktu tersebut responden mengalami ketidaknyamanan maka peneliti memberi kesempatan waktu istirahat sampai kondisi klien nyaman kembali dan dapat melanjutkan pengisian kuesioner kembali. Dalam pelaksanaannya waktu yang digunakan saat pengisian kuesioner adalah 10-15 menit.
- d) Pelaksanaan pengisian kuesioner disesuaikan dengan kondisi pasien. Dalam pelaksanaannya sebagian responden meminta pengisian kuesioner dilakukan pada jam ke dua hemodialisis. Responden mengatakan lebih nyaman dan bisa berkonsentrasi saat mengisi kuesioner. Peneliti membantu membacakan dan mencentang jawaban setelah responden menjawab. Kesepakatan pengisian kuesioner yang dicapai bersama antara peneliti dengan responden.
- e) Dalam pengisian kuesioner responden dipandu langsung oleh peneliti.
- f) Peneliti juga memberi izin kepada responden untuk tidak melanjutkan pengisian kuesioner apabila responden tidak mampu karena responden mengalami penurunan kualitas kesehatan dan membahayakan kondisi responden.

4.9 PENGOLAHAN DAN ANALISIS DATA

4.9.1 Pengolahan Data

Pengolahan data dilakukan dengan *editing*, *coding*, *entry data* dan *cleaning*.

a. *Editing*

Editing data dilakukan untuk memastikan bahwa data yang diperoleh sudah terisi dengan lengkap. Tulisan jelas terbaca, jawaban relevan dengan pertanyaan. Pelaksanaan *editing* dilakukan langsung oleh peneliti setelah responden mengisi kuesioner.

b. *Coding*

Merupakan kegiatan merubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka atau bilangan. Pemberian kode berpedoman pada kode yang ada di definisi operasional variabel penelitian.

c. *Entry Data*

Peneliti memasukkan data ke dalam komputer untuk selanjutnya dilakukan analisis data dengan menggunakan program komputer.

d. *Cleaning*

Peneliti melakukan *cleaning* atau pembersihan data dengan mengecek kembali data yang sudah di *entry*.

4.9.2 Analisis Data

Data yang telah melalui proses pengolahan, selanjutnya dilakukan analisis, yang meliputi:

4.9.2.1 Analisis Univariat

Analisis univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian. Bentuk analisis univariat tergantung pada jenis datanya. Untuk data numerik digunakan nilai mean, median dan standar deviasi. Analisis univariat ini hanya menghasilkan distribusi frekuensi dan persentase dari setiap variabel (Notoatmojo, 2010). Pada penelitian ini variabel yang akan dideskripsikan melalui analisis univariat adalah variabel dependent yaitu keputusan inisiasi hemodialisis dan variabel independen yaitu faktor-faktor

yang mempengaruhi. Uji statistik yang yang digunakan dalam analisis univariat terdapat pada tabel 4.1 dibawah ini:

Tabel 4.1 Uji Statistik Univariat

Variabel Independen	Data	Uji Statistik
Umur	Numerik	Mean, median, SD, min-max
Jenis Kelamin	Katagorik	Persentase
Pendidikan	Katagorik	Persentase
Pekerjaan	Katagorik	Persentase
Jarak rumah	Numerik	Mean, median, SD, min-max
Pendapatan	Numerik	Mean,median, SD, min-max
Asuransi	Katagorik	Persentase
Dukungan sosial	Katagorik	Persentase
Dukunga pelayanan kesehatan	Katagorik	Persentase
Penyakit yang mendasari	Kategorik	Persentase
Nilai Kreatinin	Numerik	Mean, median, SD, min-max
Nilai LFG	Numerik	Mean, median, SD, min-max

4.9.2.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Hastono, 2007; Notoatmojo, 2010).

Analisis bivariat dalam penelitian ini dilakukan untuk mengetahui faktor-faktor apa saja yang berpengaruh terhadap keputusan inisiasi hemodialisis pasien gagal ginjal kronik tahap akhir di RSUP Dr Soeradji Tirtonegoro Klaten. Penentuan uji statistik dalam analisis bivariat ini berpedoman pada asumsi yang harus dipenuhi pada masing-masing jenis uji statistik, diantaranya yaitu jenis variabel, homogenitas varian, data berdistribusi normal serta jenis data. Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui gambaran hubungan antara variabel *independent* dan *dependent*, serta untuk menentukan kandidat variabel yang akan dimasukkan kedalam analisis multivariat yaitu model regresi logistik ganda.

Analisis bivariat dalam penelitian ini disesuaikan dengan jenis data yang akan dianalisis. Variabel dengan jenis data numerik dianalisis menggunakan uji *Independent t-Test* dan *Mann Whitney Test*. Sedangkan variabel dengan jenis data

katagorik dianalisis menggunakan uji *Chi Kuadrat*. Variabel *independent* yang berhubungan dengan variabel *dependent* dengan nilai probabilitas *p value* $\leq 0,250$ akan ikut dalam model analisis multivariat.

Langkah pertama yang dilakukan dalam analisis bivariat ini adalah uji normalitas data, yang dilakukan pada semua variabel yang berskala numerik meliputi usia, jarak rumah, Laju Filtrasi Glomerulus dan kadar serum Kreatinin. Jika data terdistribusi dengan normal, maka analisis bivariat akan dilakukan dengan *independent t-test*. Jika data tidak berdistribusi normal, maka dilakukan transformasi data. Jika uji normalitas data pada variabel numerik yang sudah ditransformasi masih menunjukkan distribusi data yang tidak normal juga, maka uji diganti dengan non parametrik tes (*Mann Whitney test*). Dalam penelitian ini uji distribusi normal data menggunakan *1 Sample-Kolmogorov Smirnov*.

Tabel 4.2
Uji Statistik Bivariat

Variabel Independen	Data	Variabel Dependen	Data	Uji Statistik
Umur	Numerik	Keputusan Inisiasi Hemodialisis	Katagorik	<i>T Test Independent</i>
Jenis Kelamin	Katagorik	Keputusan Inisiasi Hemodialisis	Katagorik	<i>Chi Kuadrat</i>
Pendidikan	Katagorik	Keputusan Inisiasi Hemodialisis	Katagorik	<i>Chi Kuadrat</i>
Pekerjaan	Katagorik	Keputusan Inisiasi Hemodialisis	Katagorik	<i>Chi Kuadrat</i>
Jarak rumah	Numerik	Keputusan Inisiasi Hemodialisis	Katagorik	<i>Mann Whitney test</i>
Pendapatan	Katagorik	Keputusan Inisiasi Hemodialisis	Katagorik	<i>Chi Kuadrat</i>
Asuransi	Katagorik	Keputusan Inisiasi Hemodialisis	Katagorik	<i>Chi Kuadrat</i>
Dukungan Sosial	Katagorik	Keputusan Inisiasi Hemodialisis	Katagorik	<i>Chi Kuadrat</i>
Dukungan pelayanan kesehatan	Katagorik	Keputusan Inisiasi Hemodialisis	Katagorik	<i>Chi Kuadrat</i>
Penyakit dasar	Katagorik	Keputusan Inisiasi Hemodialisis	Katagorik	<i>Chi Kuadrat</i>
Nilai Kreatinin	Numerik	Keputusan Inisiasi Hemodialisis	Katagorik	<i>Mann Whitney test</i>
Nilai LFG	Numerik	Keputusan Inisiasi Hemodialisis	Katagorik	<i>T Test Independent</i>

Hasil uji normalitas data didapatkan variabel yang berdistribusi normal adalah usia dan Laju Filtrasi Glomerulus, sehingga kedua variabel tersebut dalam analisis bivariat menggunakan *t-test independent*. Sedangkan variabel numerik yang lain yaitu jarak rumah dengan RS dan serum kreatinin berdistribusi tidak normal sehingga dalam analisis bivariat menggunakan *Mann Whitney test*. Variabel lain yang jenis datanya katagorik dalam analisis bivariat menggunakan uji *Chi Kuadrat*. Uji statistik untuk analisis bivariat disajikan dalam tabel 4.2 diatas.

4.9.2.3 Analisis Multivariat

Analisis multivariat digunakan untuk mengetahui pengaruh secara bersama-sama variabel independen terhadap variabel dependen, dan variabel independen mana yang paling besar pengaruhnya terhadap variabel terikat (Hastono,2007; Sastroasmoro & Ismael, 2008). Uji yang digunakan dalam penelitian ini adalah regresi logistik ganda. Uji ini dipilih karena untuk mengetahui faktor yang paling berhubungan dengan inisiasi hemodialisis. Regresi logistik ganda (*Multiple logistic Linear*) digunakan dalam penelitian ini karena variabel dependennya berbentuk katagorik, sedangkan variabel independennya campuran numerik dan katagorik (Hastono, 2007).

Prosedur yang dilakukan terhadap uji regresi logistik ganda pemodelan multivariat adalah sebagai berikut:

a. Seleksi kandidat

Variabel kandidat akan dimasukan ke dalam pemodelan multivariate apabila hasil uji bivariat mempunyai nilai *p value* $< 0,25$ atau *p value* $> 0,25$ tetap diikutkan ke pemodelan bila variabel tersebut secara substansi dianggap penting. Dalam seleksi kandidat terdapat 7 (tujuh) variabel independen yang merupakan kandidat multivariat regresi logistik yaitu usia, jenis kelamin, status asuransi, dukungan keluarga,dukungan pelayanan kesehatan, kreatinin dan LFG.

b. Pemodelan multivariat

Untuk mendapatkan pemodelan multivariat dilakukan dengan cara mempertahankan variabel bebas yang mempunyai *p value* $\leq 0,05$ dan

mengeluarkan variabel yang *p value*-nya $> 0,05$. Pengeluaran variabel yang *p value*-nya $> 0,05$ dilakukan secara bertahap dimulai dari variabel yang mempunyai *p value* terbesar.

Dalam penelitian ini dilakukan 5 (lima) kali pemodelan sampai didapatkan model terakhir dimana model tersebut sudah tepat untuk uji regresi logistik. Pengeluaran *p value* $> 0,05$ dikeluarkan secara bertahap mulai dari variabel yang mempunyai *p value* paling besar.

- c. Identifikasi linearitas variabel numerik dengan tujuan untuk menentukan apakah variabel numerik dijadikan variabel katagorik atau tetap variabel numerik. Cara yang digunakan adalah mengelompokan variabel numerik ke dalam 4 kelompok berdasarkan kuartilnya, kemudian dilakukan analisis logistik dan dihitung nilai Odd Ratio (OR). Bila nilai OR masing-masing kelompok menunjukkan bentuk garis lurus, maka variabel numerik dapat dipertahankan. Namun bila hasilnya menunjukkan adanya patahan maka dapat dipertimbangkan untuk dirubah dalam bentuk katagorik.

- d. Uji interaksi

Uji interaksi dilakukan pada variabel yang diduga secara substansi ada interaksi. Jika memperlihatkan *p value* $< 0,05$ artinya ada interaksi antara kedua variabel tersebut, sebaliknya jika *p value* $> 0,05$ artinya tidak ada interaksi. Jika ada interaksi maka variabel tersebut dimasukan ke dalam model. Untuk melihat variabel mana yang paling besar pengaruhnya terhadap variabel dependen dilihat dari nilai $\exp(B)$, semakin besar nilai $\exp(B)$ berarti semakin besar pengaruhnya terhadap variabel dependen yang dianalisis. Uji interaksi dalam penelitian ini tidak dilakukan karena tujuan dari penelitian ini adalah hanya ingin melihat faktor apa saja yang mempengaruhi keputusan inisiasi hemodialisis. Menurut peneliti tidak ada yang perlu di uji interaksi karena tidak ada variabel yang dianggap saling berinteraksi.

- e. Pemodelan Akhir

Dalam pemodelan terakhir diketahui ada dua faktor yang sangat berpengaruh terhadap keputusan inisiasi hemodialisis yaitu status asuransi dan LFG.

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Bab ini menguraikan hasil penelitian yang dilakukan di unit Hemodialisis RSUP Dr Soeradji Tirtonegoro Klaten. Penelitian dilakukan pada bulan Mei 2011. Responden dalam penelitian ini adalah pasien gagal ginjal tahap akhir yang rutin melakukan hemodialisis. Hasil penelitian yang dideskripsikan diantaranya yaitu: 1) analisis univariat dari variabel-variabel yang diteliti; 2) analisis bivariat yaitu korelasi antara masing-masing variabel *independent* dengan variabel *dependent*; 3) analisis multivariat berupa faktor-faktor yang paling berhubungan dengan keputusan inisiasi hemodialisis pada pasien gagal ginjal terminal.

5.1 HASIL ANALISIS UNIVARIAT

Analisis univariat dilakukan untuk menjelaskan masing-masing variabel yaitu variabel *dependent* keputusan inisiasi hemodialisis dan variabel *independent* meliputi faktor demografi terdiri dari umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan status pekerjaan; faktor geografi yaitu jarak yang ditempuh dari rumah untuk sampai ke rumah sakit; faktor ekonomi meliputi pendapatan perbulan dan status asuransi; dukungan keluarga; dukungan pelayanan kesehatan serta faktor biologis meliputi penyakit yang menyebabkan terjadinya gagal ginjal, hasil pemeriksaan LFG dan hasil pemeriksaan serum kreatinin.

5.1.1 Variabel *Dependent*: Keputusan Inisiasi Hemodialisis

Tabel 5.1
Hasil Analisis Keputusan Inisiasi Hemodialisis Pada Responden
Di RSUP Dr Soeradji Tirtonegoro Klaten Bulan Mei 2011 (n=80)

Variabel	Jumlah (n)	Prosentase (%)
Tidak menunda	48	60
Menunda	32	40

Dari tabel 5.1 terlihat bahwa 48 responden (60%) mengambil keputusan tidak menunda inisiasi hemodialisis setelah didiagnosis gagal ginjal terminal, sementara 32 responden (40%) menunda inisiasi hemodialisis.

5.1.2 Variabel *independent*

Tabel 5.2
Hasil Analisis Umur Responden Di Unit Hemodialisis
RSUP Dr Soeradji Tirtonegoro Klaten Bulan Mei 2011 (n=80)

Variabel	Mean	SD	Min – Mak	CI 95%
Umur	43,47	11,353	24 – 68	40,95 - 46,00

Rata-rata umur responden 43,47 tahun dengan standar deviasi 11,353 tahun, dengan umur termuda 24 tahun dan umur tertua 68 tahun. Diyakini 95% umur pasien berada pada rentang 40,95 – 46,00 tahun.

Sementara hasil analisis faktor demografi, ekonomi, biologis dan dukungan keluarga serta dukungan keluarga adalah sebagai berikut sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan, dengan jumlah 42 orang (52,5%) dengan tingkat pendidikan responden terbanyak adalah SMA yaitu 27 orang (33,8%) sedangkan responden yang tidak sekolah 4 orang (5%). Mayoritas responden bekerja sebagai buruh (40%) dengan pendapatan sebagian besar responden 66,3% di bawah UMR. Sebagian besar responden (87,5%) berstatus menikah dengan dukungan keluarga mayoritas baik (93,8%). Responden yang mendapatkan dukungan pelayanan kesehatan baik berjumlah 70%, dengan mayoritas mempunyai asuransi sebanyak 52,5% saat inisiasi hemodialisis, sementara responden yang tidak memiliki asuransi sebanyak 47,5%. Dilihat dari penyakit terbanyak yang menyebabkan gagal ginjal tahap akhir adalah hipertensi (62,5%), sedangkan untuk DM dan penyakit lain prosentase sama yaitu 18,8%. Hasil analisis selengkapnya dapat dilihat pada tabel 5.3 dibawah ini

Tabel 5.3
 Hasil Analisis Faktor Demografi, Ekonomi, Biologis dan Sosial
 Di Unit Hemodialisis RSUP Dr Soeradji Tirtonegoro Klaten Bulan Mei (n=80)

Variabel	Jumlah (n=80)	Prosentase (%)
Jenis Kelamin		
Laki - Laki	38	47,5
Perempuan	42	52,5
Tingkat Pendidikan		
Tidak Sekolah	4	5
SD	20	25
SMP	16	20
SMA	27	33,8
PT	13	16,2
Pekerjaan		
Tidak Bekerja	14	17,5
Buruh	32	40
Tani	4	5
Swasta	19	23,8
Pedagang	6	7,5
PNS	5	6,3
Pendapatan		
Diatas UMR	27	33,8
Dibawah UMR	53	66,3
Status Pernikahan		
Menikah	70	87,5
Belum/tidak/duda/janda	10	12,5
Dukungan Keluarga		
Baik	75	93,8
Kurang	5	6,2
Dukungan YanKes		
Baik	56	70
Kurang	24	30
Status Asuransi		
Asuransi	42	52,5
Tidak Asuransi	38	47,5
Penyakit Penyebab		
Hipertensi	50	62,5
Diabetes Melitus	15	18,8
Penyakit Lain	15	18,8

Tabel 5.4
 Hasil Analisis Jarak Rumah Dengan Rumah Sakit dan Faktor Biologis Responden
 Di RSUP Dr Soeradji Tirtonegoro Klaten Bulan Mei 2011 (n=80)

Variabel	Mean	SD	Min - Mak	CI 95%
Jarak rumah dengan RS	11,88	7,90	1-40.	10,2 - 13,64
LFG	5,205	1,747	1,61-9,29	4,88-5,56
Kreatinin	14,495	6,848	5,50-57,00	12,97-16,01

Dari tabel 5.4 dapat diketahui bahwa rata-rata jarak yang ditempuh dari rumah responden untuk sampai ke rumah sakit adalah 11,88 kilometer, dengan standar deviasi 7.90, jarak terdekat adalah 1 kilometer dan jarak terjauh 40 kilometer. Diyakini 95% jarak yang ditempuh dari rumah pasien untuk sampai ke RS berada pada rentang 10,2 – 13,64 kilometer. Sedangkan rata-rata LFG responden adalah 5,205 ml/menit dan standar deviasi 1,747 ml/menit, dengan LFG terendah yaitu 1,61 ml/menit dan tertinggi adalah 9,29 ml/menit. Diyakini 95% LFG pasien yang inisiasi hemodialisis berada pada rentang 4,88-5,56 ml/menit. Rata-rata kadar serum kreatinin adalah 14,495 mg/dL, standar deviasi 6,848 mg/dL dengan kadar serum kreatinin terendah yaitu 5,50 mg/dL dan tertinggi adalah 57,00 mg/dL. Diyakini 95% kadar kreatinin pasien berada pada rentang 12,97-16,01 mg/dL.

5.2 HASIL ANALISIS BIVARIAT

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui gambaran hubungan antara variabel *independent* dan *dependent*, serta untuk menentukan kandidat variabel yang akan dimasukkan kedalam analisis multivariat yaitu model regresi logistik ganda.

Analisis bivariat dalam penelitian ini disesuaikan dengan jenis data yang akan dianalisis. Variabel dengan jenis data numerik dianalisis menggunakan uji *Independent t-Test* dan *Mann Whitney Test*. Sedangkan variabel dengan jenis data katagorik dianalisis menggunakan uji *Chi Kuadrat*

5.2.1 Uji Distribusi Normalitas Data

Uji normalitas data dilakukan pada semua variabel yang berskala numerik. Dalam penelitian ini variabel berskala numerik meliputi usia, jarak rumah, Laju Filtrasi Glomerulus dan kadar serum Kreatinin. Uji distribusi normalitas data menggunakan 1 *Sample-Kolmogorov Smirnov*. Tabel dibawah ini menunjukkan hasil uji distribusi normalitas data.

Tabel 5.5
Hasil Uji Distribusi Normalitas Data

Variabel	p value
Usia	0,416*
Jarak rumah	0,020
LFG	0,515*
Kadar Kreatinin	0,002

Tabel 5.5 diatas menunjukkan bahwa variabel usia (p value 0,416) dan variabel LFG (p value 0,515) berdistribusi normal. Sedangkan variabel jarak rumah (p value 0,020) dan variabel kadar kreatinin (p value 0,002) tidak berdistribusi normal.

Berdasarkan uji distribusi normalitas data tersebut maka variabel yang memenuhi asumsi untuk uji *independent t-test* adalah variabel usia dan LFG. Sedangkan variabel jarak rumah dan kadar kreatinin menggunakan uji non parametrik *Mann Whitney Test*.

5.2.2 Hubungan Antara Usia dengan Inisiasi Hemodialisis

Tabel 5.6
Analisis Hubungan Usia Responden Dengan Keputusan Inisiasi Hemodialisis
Di RSUP Dr Soeradji Tirtonegoro Klaten Bulan Mei 2011 (n=80)

Inisiasi Hemodialisis	n	Mean	SD	P value
Tidak Menunda	48	44,90	10,830	0,172*
Menunda	32	41,34	11,950	

*bermakna pada α : 0,05

Berdasarkan hasil analisis hubungan usia dengan keputusan inisiasi hemodialisis sesuai dengan tabel 5.6 diatas terlihat bahwa rata-rata usia responden yang mengambil keputusan tidak menunda inisiasi hemodialisis adalah 44,90 tahun dengan standar deviasi 10,830 tahun, sedangkan responden yang menunda inisiasi hemodialisis rata-rata berusia 41,34 tahun dengan standar deviasi 11,950 tahun. Hasil analisis statistik lebih lanjut menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara usia dengan inisiasi hemodialisis di RSUP Dr Soeradji Tirtonegoro Klaten (*p value* 0,172; $\alpha=0,05$).

5.2.3 Hubungan Antara LFG dengan Keputusan Inisiasi Hemodialisis

Tabel 5.7
Hasil Analisis Hubungan Laju Filtrasi Glomerulus dengan Keputusan Inisiasi Hemodialisis Di RSUP Dr Soeradji Tirtonegoro Klaten Bulan Mei 2011 (n=80)

Inisiasi Hemodialisis	n	Mean	SD	P value
Tidak menunda	48	4,874	1,411	0,022*
Menunda	32	5,700	1,741	

*bermakna pada $\alpha: 0,05$

Berdasarkan hasil analisis hubungan Laju Filtrasi Glomerulus dengan keputusan inisiasi hemodialisis sesuai tabel 5.7 terlihat bahwa rata-rata nilai LFG responden yang mengambil keputusan tidak menunda inisiasi hemodialisis adalah 4,874 mL/menit dengan standar deviasi 1,411 mL/menit. Sedangkan rata-rata nilai LFG responden yang menunda inisiasi hemodialisis adalah 5,700 dengan standart deviasi 1,741 mL/menit lebih tinggi dari pada responden yang mengambil keputusan tidak menunda inisiasi hemodialisis. Hasil analisis lebih lanjut menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara nilai LFG dengan keputusan inisiasi hemodialisis di RSUP Dr Soeradji Tirtonegoro Klaten (*p value* 0,022; $\alpha: 0,05\%$)

5.2.4 Hubungan Antara Jarak Rumah Dengan Inisiasi Dilaisis

Tabel 5. 8
Hasil Analisis Jarak Rumah Dengan Keputusan Inisiasi Hemodialisis
Di RSUP Dr Soeradji Tiiirtonegoro Klaten Bulan Mei 2011 (n=80)

Inisiasi Hemodialisis	n	Mean	pvalue
Tidak Menunda	48	39,44	0,615
Menunda	32	42,09	

Berdasarkan hasil analisis pada tabel 5.8 terlihat bahwa rata-rata jarak yang ditempuh dari rumah untuk sampai ke rumah sakit antara responden yang menunda inisiasi hemodialisis 42,09 km, sedangkan rata-rata jarak yang ditempuh oleh responden yang mengambil keputusan tidak menunda inisiasi hemodialisis adalah 39,44 km. Dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan rata-rata jarak yang ditempuh, responden yang menunda inisiasi hemodialisis dengan responden yang mengambil keputusan tidak menunda inisiasi hemodialisis. Hasil analisis statistik lebih lanjut didapatkan hasil *p value* 0,615 yang berarti bahwa tidak ada hubungan antara jarak yang ditempuh dari rumah untuk sampai ke rumah sakit dengan keputusan inisiasi hemodialisis (α : 0,05%).

5.2.5 Hubungan Antara Kadar Kreatinin Dengan Keputusan Inisiasi Hemodialisis

Tabel 5.9
Hasil Analisis Hubungan Kadar Kreatinin Dengan Keputusan Inisiasi
Hemodialisis Di RSUP Dr Soeradji Tiiirtonegoro Klaten Bulan Mei 2011
(n=80)

Inisiasi Hemodialisis	n	Mean	p value
Tidak Menunda	48	37,73	0,191*
Menunda	32	44,66	

*bermakna pada α : 0,05

Berdasarkan hasil analisis pada tabel 5.9 diatas, rata-rata kadar serum kreatinin responden yang mengambil keputusan tidak menunda inisiasi dialisis adalah 37,73 mg/dL, sedangkan rata-rata kadar kreatinin responden yang menunda inisiasi hemodialisis adalah 44,66 mg/dL. Dari hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa

ada perbedaan kadar kreatinin pasien yang mengambil keputusan tidak menunda inisiasi hemodialisis dengan kadar kreatinin yang menunda inisiasi hemodialisis. Hasil analisis lebih lanjut menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara kadar kreatinin dengan keputusan inisiasi hemodialisis (*p value* 0,191; α : 0,05%).

5.2.6 Hubungan Faktor Demografi, Faktor Ekonomi dan Penyakit Dasar Dengan Keputusan Inisiasi Hemodialisis.

Tabel 5.10
Hasil Analisis Faktor Demografi, Faktor Ekonomi dan Penyakit Dasar Dengan Inisiasi Hemodialisis Di RSUP Dr Soeradji Tirtonegoro Klaten Bulan Mei 2011 (n=80)

Variabel <i>Independent</i>	Keputusan Inisiasi Hemodialisis				Total		<i>p value</i>
	Tidak Menunda		Menunda		n	%	
	n	%	n	%			
	48		32		80		
Jenis Kelamin							
Laki-laki	26	68,4	12	31,6	38	100	0,217*
Perempuan	22	52,4	20	47,6	42	100	
Pendidikan							
Tinggi	23	57,5	17	42,5	40	100	0,819
Rendah	25	62,5	15	37,5	40	100	
Pekerjaan							
Tidak Bekerja	8	57,1	6	42,9	14	100	1,000
Bekerja	40	60,6	26	39,4	66	100	
Pendapatan							
Diatas UMR	16	59,3	11	40,7	27	100	1,000
Dibawah UMR	32	60,4	21	39,6	53	100	
Status Asuransi							
Asuransi	36	85,7	6	14,3	42	1000	0,000*
Tidak Asuransi	12	31,6	26	68,4	38	1000	
Penyakit Dasar							
Hipertensi	30	60	20	40	50	100	0,757
DM	10	66,7	5	33,3	15	100	
Penyakit Lain	8	53,3	7	46,7	15	100	

Bermakna pada α :0,05

5.2.6.1 Hubungan Jenis Kelamin Dengan Keputusan Inisiasi Hemodialisis

Berdasarkan analisis hubungan antara jenis kelamin dengan keputusan inisiasi hemodialisis diperoleh hasil sebanyak 26 orang (68,7%) responden berjenis kelamin laki-laki menerima keputusan inisiasi hemodialisis. Sedangkan diantara responden jenis kelamin perempuan terdapat 22 orang (52,4%) yang juga menerima keputusan inisiasi hemodialisis. Hasil uji statistik lebih lanjut menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan keputusan inisiasi hemodialisis (*p value*: 0,217; α : 0,05).

5.2.6.2 Hubungan Faktor Pendidikan Dengan Keputusan Inisiasi Hemodialisis

Berdasarkan hasil analisis hubungan pendidikan dengan inisiasi hemodialisis diperoleh ada 23 orang (57,5%) responden dengan pendidikan tinggi mengambil keputusan tidak menunda inisiasi hemodialisis, sedangkan diantara responden yang berpendidikan rendah terdapat 25 orang (62,5%) yang juga mengambil keputusan tidak menunda inisiasi hemodialisis. Hasil analisis statistik lebih lanjut menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara pendidikan dengan keputusan inisiasi hemodialisis (*p value* 0,819; α : 0,05).

5.2.6.3 Hubungan Pekerjaan Dengan Keputusan Inisiasi Hemodialisis

Hasil analisis hubungan antara pekerjaan dengan keputusan inisiasi hemodialisis diperoleh bahwa 8 orang (57,1%) responden yang tidak bekerja mengambil keputusan tidak menunda inisiasi hemodialisis. Sedangkan diantara responden yang bekerja terdapat 40 orang (60,6%) juga mengambil keputusan tidak menunda inisiasi hemodialisis. Hasil analisis statistik lebih lanjut menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara pekerjaan dengan keputusan inisiasi hemodialisis (*p value* 1,000; α : 0,05).

5.2.6.4 Hubungan Status Pendapatan Dengan Keputusan Inisiasi Hemodialisis

Berdasarkan hasil analisis hubungan status pendapatan dengan keputusan inisiasi hemodialisis menunjukkan bahwa 16 orang (59,3%) responden

berpendapatan diatas UMR mengambil keputusan tidak menunda inisiasi. Sedangkan diantara responden berpendapatan dibawah UMR terdapat 32 orang (60,4%) juga mengambil keputusan tidak menunda inisiasi hemodialisis. Hasil analisis statistik lebih lanjut menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara status pendapatan dengan keputusan inisiasi hemodialisis (*p value* 1.000; α : 0,05).

5.2.6.5 Hubungan Antara Status Asuransi Dengan Keputusan Inisiasi Hemodialisis

Berdasarkan hasil analisis hubungan antara status asuransi dengan keputusan inisiasi menunjukkan bahwa terdapat 36 orang (85,7%) responden dengan asuransi mengambil keputusan tidak menunda inisiasi hemodialisis. Sedangkan diantara pasien yang tidak mempunyai asuransi terdapat 12 orang (31,6%) mengambil keputusan tidak menunda inisiasi hemodialisis dan sisanya 36 orang (68,4%) menunda inisiasi hemodialisis. Hasil analisis lebih lanjut menunjukkan bahwa ada hubungan antara status asuransi dengan keputusan inisiasi (*p value* 0,000; α : 0,05).

5.2.6.6 Hubungan Penyakit Dasar Dengan Keputusan Inisiasi Hemodialisis

Berdasarkan hasil analisis hubungan antara penyakit dasar penyebab gagal ginjal dengan keputusan inisiasi hemodialisis menunjukkan bahwa 30 orang (60%) responden dengan riwayat hipertensi mengambil keputusan tidak menunda inisiasi hemodialisis. Sedangkan diantara responden yang mempunyai riwayat penyakit DM terdapat 10 orang (66,7%) yang mengambil keputusan tidak menunda inisiasi hemodialisis dan 8 responden (53,3%) dengan penyakit lain juga mengambil keputusan tidak menunda inisiasi hemodialisis. Hasil analisis statistik lebih lanjut menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara penyakit dasar penyebab gagal ginjal dengan keputusan inisiasi hemodialisis (*p value* 0,757; α : 0,05).

5.3.7 Hubungan Dukungan Keluarga Dan Dukungan Pelayanan Kesehatan terhadap Keputusan Inisiasi Hemodialisis.

Tabel 5. 11
Hasil Analisis Hubungan Dukungan Keluarga dan Pelayanan Kesehatan dengan Keputusan Inisiasi Hemodialisis Di RSUP Dr Soeradji Tirtonegoro Klaten Bulan Mei 2011 (n=80)

Variabel <i>Independent</i>	Inisiasi Hemodialisis				Total		p value
	Tepat Waktu		Ditunda		n	%	
	n	%	n	%			
Dukungan keluarga							
Baik	48	64,0	27	36,0	75	100	0,008
Kurang	0	0	5	100	5	100	
Total	48		32		80		
Dukungan YanKes							
Baik	37	66,1	19	33,9	56	100	0,149
Kurang	11	45,8	13	54,2	24	100	
Total	48		32		80		

5.3.7.1 Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Keputusan Inisiasi Hemodialisis.

Berdasarkan hasil analisis hubungan dukungan keluarga dengan keputusan inisiasi hemodialisis menunjukkan bahwa 48 orang (64%) mengambil keputusan tidak menunda inisiasi hemodialisis. Sedangkan diantara responden dengan dukungan keluarga yang kurang 100% responden menunda keputusan untuk inisiasi hemodialisis. Hasil analisis statistik lebih lanjut menunjukkan adanya hubungan yang sangat bermakna antara dukungan keluarga dengan keputusan inisiasi hemodialisis (*p value* 0,008; α : 0,05).

5.3.7.2 Hubungan Antara Dukungan Pelayanan Kesehatan Dengan Keputusan Inisiasi Hemodialisis.

Berdasarkan hasil analisis hubungan antara dukungan pelayanan kesehatan dengan keputusan inisiasi hemodialisis terdapat 37 orang (66,1%) dengan dukungan pelayanan kesehatan yang baik mengambil keputusan tidak menunda inisiasi hemodialisis. Sedangkan diantara responden dengan dukungan pelayanan kesehatan yang kurang terdapat 11 orang (45,8%) juga mengambil keputusan tidak menunda inisiasi hemodialisis. Hasil analisis statistik lebih

lanjut menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara dukungan pelayanan kesehatan dengan keputusan inisiasi hemodialisis (p value:0,149; α :0,05).

5.4 HASIL ANALISIS MULTIVARIAT

5.4.1 Seleksi Kandidat

Analisis multivariat dilakukan dengan menggunakan uji regresi logistik ganda untuk semua variabel kandidat. Semua variabel *independent* kandidat diikutsertakan dalam regresi logistik ganda. Variabel kandidat adalah semua variabel yang mempunyai p value < 0,25. Hasil seleksi terhadap kandidat model regresi logistik ganda adalah sebagai berikut:

Tabel 5.12
Hasil Seleksi Bivariat Uji Regresi Logistik Variabel Independent Yang Berhubungan Dengan Keputusan Inisiasi Hemodialisis

Variabel	p value
Usia	0,172*
Jenis Kelamin	0,217*
Pendidikan	0,819
Pekerjaan	1,000
Jarak Rumah	0,615
Pendapatan	1,000
Status Asuransi	0,000*
Dukungan Keluarga	0,008*
Dukungan Pelayanan Kesehatan	0,149*
Penyakit Penyebab	0,757
Nilai Kreatinin	0,191*
LFG	0,022*

Tabel 5.12 menunjukkan kesimpulan dari uji bivariat terhadap 12 variabel *independent* terhadap variabel *dependent* yang merupakan kandidat dalam model regresi logistik ganda adalah usia (p value 0,172), jenis kelamin (p value 0,217), status asuransi (p value 0,000), dukungan keluarga (p value 0,008), dukungan pelayanan kesehatan (p value 0,149), nilai kreatinin (p value 0,191) dan LFG (p value 0,022).

5.4.2 Pemodelan Multivariat

Tabel 5.13

Pemodelan Uji Regresi Logistik Ganda Faktor Yang Mempengaruhi
Keputusan Inisiasi Hemodialisis di RSUP Dr Soeradji Tirtonegoro
Klaten, Bulan Mei 2011

Model	Variabel	B	SE	p value	OR	95% CI	
I	Usia	0,055	0,037	0,134	1,057	0,983	1,136
	Jenis Kelamin (1)	1,375	0,734	0,061	3,956	0,938	16,682
	Asuransi (1)	2,875	0,792	0,000	17,732	3,759	83,654
	Dukungan Keluarga (1)	21,587	15,845	0,999	2,373	0,000	
	Kreatinin	0,117	0,077	0,127	1,124	0,967	1,307
	LFG	0,489	0,223	0,028	1,631	1,054	2,525
	Dukungan YanKes (1)	0,260	0,761	0,732	1,298	0,292	5,769
II	Usia	0,62	0,035	0,073	1,064	0,994	1,139
	Jenis Kelamin (1)	1,129	0,683	0,098	3,092	0,811	11,794
	Asuransi (1)	3,001	0,777	0,000	20,099	4,382	92,181
	Kreatinin	0,086	0,069	0,211	1,090	0,952	1,248
	LFG	0,548	0,213	0,010	1,730	1,140	2,625
	Dukungan YanKes(1)	0,762	0,707	0,281	2,144	0,536	8,576
III	Usia	0,056	0,034	0,095	1,058	0,990	1,130
	Jenis Kelamin (1)	0,872	0,622	0,160	2,392	0,708	8,088
	Asuransi (1)	3,079	0,767	0,000	21,734	4,832	97,752
	Kreatinin	0,084	0,070	0,227	1,088	0,949	1,247
	LFG	0,560	0,213	0,008	1,751	1,154	2,655
IV	Usia	0,047	0,32	0,141	1,049	0,984	1,117
	Jenis Kelamin (1)	0,866	0,634	0,171	2,378	0,687	8,233
	Asuransi (1)	3,181	0,768	0,000	24,067	5,340	108,464
	LFG	0,533	0,200	0,008	1,704	1,150	2,523
	Dukungan YanKes(1)	0,669	0,681	0,326	1,953	0,514	7,427
V	Usia	0,057	0,034	0,090	1,059	0,991	1,131
	Asuransi (1)	3,173	0,768	0,000	23,891	5,303	107,630
	LFG	0,540	0,205	0,008	1,716	1,149	2,564
	Dukungan YanKes(1)	0,355	0,641	0,580	1,426	0,406	5,008
	Kreatinin	0,059	0,065	0,362	1,061	0,934	1,204
VI	Asuransi (1)	2,491	0,659	0,000	12,078	3,322	43,909
	LFG	0,437	0,191	0,022	1,548	1,065	2,249
	Dukungan YanKes(1)	0,559	0,680	0,411	1,749	0,461	6,634
	Kreatinin	0,048	0,060	0,425	1,049	0,932	1,181
	Jenis Kelamin (1)	1,031	0,674	0,126	2,803	0,749	10,495

Tabel 5.13 hasil uji regresi logistik ganda dengan 6 (enam) variabel kandidat. Dalam pemodelan multivariat ini menggunakan tipe signifikansi parsial yang merupakan signifikansi signifikan dari koefisien regresi logistik setiap variabel *independent*. Signifikansi parsial didapatkan jika koefisien regresi memiliki nilai $p \leq 0,05$. Jika terdapat variabel *independent* dengan nilai probabilitas (p) koefisien regresi logistik $> 0,05$ maka variabel *independent* tersebut harus dikeluarkan dari model. Pengeluaran variabel yang tidak signifikan dari model dilakukan satu persatu secara bertahap mulai dari variabel yang memiliki nilai p value paling besar. Pengeluaran variabel berakhir bila sudah ditemukan model *parsimony* yang memenuhi signifikansi model dan signifikansi parsial.

5.4.2.1. Pemodelan I

Dari hasil analisis tabel 5.13 pemodelan I terdapat 6 (enam) variabel dengan p value $> 0,05$ yaitu variabel usia, jenis kelamin (1), Asuransi (1), dukungan keluarga (1), kreatinin, LFG dan dukungan Yankes (1). Nilai p value yang terbesar adalah dukungan keluarga yaitu 0,999, sehingga pada pemodelan selanjutnya variabel dukungan keluarga dikeluarkan dari model. Variabel ini langsung dikeluarkan karena tidak dapat memprediksi di populasi (95% CI tidak dapat ditentukan). Setelah itu dilakukan kembali pemodelan tanpa variabel dukungan keluarga.

5.4.2.2 Pemodelan II

Pada pemodelan kedua tabel 5.13 terdapat 4 (empat) variabel yang mempunyai p value $> 0,05$ yaitu usia, jenis kelamin (1), kreatinin dan dukungan pelayanan kesehatan (1). Nilai p value terbesar adalah dukungan pelayanan kesehatan (1) yaitu 0,281 sehingga pada pemodelan selanjutnya variabel dukungan keluarga dikeluarkan dari model.

5.4.2.3 Pemodelan III

Pada pemodelan ketiga tabel 5.13 menunjukkan hasil analisis setelah variabel dukungan pelayanan kesehatan dikeluarkan dari pemodelan. Peneliti menghitung perubahan nilai OR sebelum dan sesudah variabel dukungan

pelayanan kesehatan dikeluarkan dari model. Hasil penghitungan perubahan nilai OR dapat dilihat pada tabel 5.14 dibawah ini.

Tabel 5.14
Perubahan Nilai OR Sebelum dan Sesudah Variabel Dukungan
Pelayanan Kesehatan di Keluarkan dari Model

Variabel	Dukungan Pelayanan Kesehatan		Perubahan OR
	Sebelum	Sesudah	
Usia	1,064	1,058	0,56%
Jenis Kelamin	3,092	2,392	22,64%
Status Asuransi	20,099	21,734	8,13%
Kreatinin	1,090	1,088	0,18%
LFG	1,730	1,751	1,21%

Berdasarkan tabel 5.14 menunjukkan bahwa ada satu variabel yang mengalami perubahan nilai OR > 10% yaitu jenis kelamin (22,64%). Hal ini menunjukkan bahwa variabel dukungan pelayanan kesehatan merupakan konfounding terhadap hubungan antara variabel jenis kelamin dengan variabel keputusan inisiasi hemodialisis. Sehingga pada pemodelan selanjutnya variabel ini dimasukan lagi kedalam pemodelan.

5.4.2.4 Pemodelan IV

Pada pemodelan keempat tabel 5.13, peneliti mengeluarkan variabel lain yang mempunyai *p value* > 0,05 yaitu variabel kreatinin. Selanjutnya peneliti menghitung kembali perubahan nilai OR sebelum dan sesudah variabel kreatinin dikeluarkan dari model. Hasil penghitungan perubahan nilai OR dapat dilihat pada tabel 5.15 dibawah ini.

Tabel 5.15
Perubahan Nilai OR Sebelum dan Sesudah Variabel Kreatinin
dikeluarkan dari Model

Variabel	Kreatinin		Perubahan OR
	Sebelum	Sesudah	
Usia	1,064	1,049	1,41%
Jenis Kelamin	3,092	2,378	23,09%
Status Asuransi	20,099	24,067	19,74%
LFG	1,730	1,704	1,50%
Dukungan YanKes(1)	2,144	1,953	8,91%

Berdasarkan tabel 5.15 diatas diketahui ada dua variabel yang mengalami perubahan OR > 10%, yaitu variabel jenis kelamin (23,09%) dan variabel asuransi (19,74%), hal ini menunjukkan bahwa kreatinin merupakan konfounding terhadap hubungan antara variabel jenis kelamin dan asuransi dengan keputusan inisiasi hemodialisis. Sehingga pada pemodelan selanjutnya variabel kreatinin dimasukkan kembali kedalam model.

5.4.2.5 Pemodelan V

Pada pemodelan kelima tabel 5.13, peneliti mengeluarkan satu variabel lagi yang mempunyai *p value* > 0,05 yaitu jenis kelamin. Sebelumnya peneliti juga menghitung perubahan nilai OR sebelum dan sesudah variabel jenis kelamin dikeluarkan dari model. Hasil perubahan nilai OR dapat dilihat pada tabel 5.16 dibawah ini.

Tabel 5.16
Perubahan Nilai OR Sebelum dan Sesudah Variabel Jenis Kelamin
Dikeluarkan Dari Model

Variabel	Jenis Kelamin		Perubahan OR
	Sebelum	Sesudah	
Usia	1,064	1,059	0,47%
Status Asuransi	20,099	23,891	18,87%
LFG	1,730	1,716	0,81%
Dukungan YanKes(1)	2,144	1,426	33,49%
Kreatinin	1,090	1,061	2,66%

Berdasarkan tabel 5.16 menunjukkan bahwa ada dua variabel yang mempunyai perubahan nilai OR > 10% yaitu status asuransi (18,8%) dan dukungan pelayanan kesehatan (33,49%). Perubahan tersebut menunjukkan bahwa variabel jenis kelamin merupakan konfounding terhadap hubungan antara variabel status asuransi dan dukungan pelayanan kesehatan dengan variabel keputusan inisiasi hemodialisis. Sehingga pada pemodelan selanjutnya variabel jenis kelamin dimasukkan lagi kedalam pemodelan.

5.4.2.6 Pemodelan VI

Pada pemodelan VI ini peneliti mengeluarkan variabel lain yang mempunyai nilai *p value* terbesar dari pemodelan sebelumnya selain dukungan pelayanan kesehatan, kreatinin dan jenis kelamin yaitu usia. Peneliti juga menghitung perubahan nilai OR sebelum dan sesudah variabel usia dikeluarkan dari pemodelan. Hasil perubahan nilai OR dapat dilihat pada tabel 5.17 dibawah ini.

Tabel 5.17
Perubahan Nilai OR Sebelum dan Sesudah Variabel Usia
Dikeluarkan Dari Model

Variabel	Usia		Perubahan OR
	Sebelum	Sesudah	
Status Asuransi	20,099	12,078	39,91%
LFG	1,730	1,548	10,52%
Dukungan YanKes(1)	2,144	1,749	18,42%
Kreatinin	1,090	1,049	3,76%
Jenis Kelamin	3,092	2,803	9,35%

Berdasarkan tabel 5.17 menunjukkan bahwa ada tiga variabel yang mengalami perubahan nilai OR > 10% yaitu variabel status asuransi (39,91%), LFG (10,52%) dan dukungan pelayanan kesehatan (18,42%). Hal ini menunjukkan bahwa usia merupakan konfonding terhadap hubungan antara variabel status asuransi, LFG dan dukungan pelayanan kesehatan dengan variabel keputusan inisiasi hemodialisis. Sehingga variabel usia dimasukkan kembali ke dalam pemodelan.

Semua variabel yang mempunyai nilai *p value* > 0,05 telah peneliti coba keluarkan dari pemodelan, namun karena terbukti merubah nilai OR > 10% variabel lainnya, maka semua variabel tersebut tetap dimasukkan dalam pemodelan terakhir.

5.4.3 Pemodelan Akhir

Tabel 5.18
 Hasil Pemodelan Akhir Analisis Multivariat Faktor Yang
 Mempengaruhi Inisiasi Hemodialisis Di RSUP Dr Soeradji Tirtonegoro
 Klaten

Variabel	B	SE	p value	OR	95% CI	
Usia	0,062	0,035	0,073	1,064	0,994	1,139
Jenis Kelamin(1)	1,129	0,683	0,098	3,092	0,811	11,794
Status Asuransi(1)	3,001	0,777	0,000	20,099	4,382	92,181
Kreatinin	0,086	0,069	0,211	1,090	0,952	1,248
LFG	0,548	0,213	0,010	1,730	1,140	2,625
Dukungan YanKes(1)	0,762	0,707	0,281	2,144	0,536	8,576

Berdasarkan hasil analisis pemodelan terakhir pada tabel 5.18 diatas menunjukkan bahwa faktor yang signifikan mempengaruhi keputusan inisiasi hemodialisis adalah faktor usia (*p value* 0,073), jenis kelamin (*p value* 0,098), asuransi (*p value* 0,000), kreatinin (*p value* 0,211), LFG (*p value* 0,010) dan faktor dukungan pelayanan kesehatan (*p value* 0,281).

Hasil analisis ini menyimpulkan bahwa dengan tingkat kepercayaan 95% diyakini bahwa pasien di populasi yang tidak memiliki asuransi berisiko untuk menunda keputusan inisiasi hemodialisis 20,099 kali lebih besar dibandingkan dengan pasien yang memiliki asuransi setelah dikontrol oleh variabel nilai LFG.

LEMBAR KONSULTASI THESIS

Nama : Daryani
 NIP : 129504606
 Judul : Faktor-faktor yang mempengaruhi inisiasi hemodialisis pasien
 GGTA di RSUP Dr Soeradji Tirtonegoro Klaten
 Pembimbing:
 1. Krisna Yetti, SKp.M.App.Sc
 2. Lestari Sukmarini, SKp.MN

NO	Hari/Tgl	Materi	Masukan dan Saran	Tanda-Tangan

BAB 6

PEMBAHASAN

Bab pembahasan ini akan menguraikan hasil penelitian yang telah dilakukan. Pembahasan meliputi interpretasi dari hasil penelitian dan diskusi hasil penelitian, keterbatasan penelitian serta implikasi hasil penelitian terhadap pelayanan keperawatan dan penelitian selanjutnya.

6.1 INTERPRESTASI DAN HASIL PENELITIAN

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi keputusan inisiasi hemodialisis pasien gagal ginjal tahap akhir di RSUP Dr Soeradji Tirtonegoro Klaten. Pembahasan mencakup faktor-faktor yang mempengaruhi keputusan inisiasi hemodialisis terdiri dari faktor demografi meliputi umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan; faktor ekonomi meliputi status pendapatan dan status asuransi; faktor dukungan keluarga; faktor dukungan pelayanan kesehatan serta faktor biologis meliputi penyakit dasar yang menyebabkan gagal ginjal, hasil laboratorium LGF dan serum kreatinin; serta variabel dependen yaitu keputusan inisiasi hemodialisis.

6.1.1 Inisiasi Hemodialisis

Inisiasi hemodialisis adalah proses dimulainya hemodialisis sebagai terapi pengganti ginjal yang dilakukan pada pasien dengan gagal ginjal tahap akhir (PERNEFRI, 2003). Keputusan inisiasi hemodialisis dipengaruhi oleh banyak faktor, baik dari individu pasien itu sendiri ataupun faktor lain.

Hasil analisis univariat penelitian ini menunjukkan bahwa 48 pasien (60%) mengambil keputusan tidak menunda inisiasi hemodialisis setelah pasien didiagnosis gagal ginjal terminal. Sedangkan 32 pasien (40%) menunda melakukan inisiasi hemodialisis setelah didiagnosis gagal ginjal. Angka 40% pasien yang menunda keputusan untuk inisiasi hemodialisis menurut peneliti masih tinggi.

Setelah dilakukan analisis bivariat didapatkan tujuh faktor yang berpengaruh terhadap keputusan pasien inisiasi hemodialisis diantaranya yaitu usia (*p value*: 0,172), jenis kelamin (*p value*: 0,217), status asuransi (*p value*: 0,000), dukungan keluarga (*p value*: 0,008), dukungan pelayanan kesehatan (*p value*: 0,149), nilai kreatinin (*p value*: 0,191) dan LFG (*p value*: 0,022).

Sedangkan pada analisis multivariat pemodelan akhir didapatkan ada enam faktor yang berpengaruh terhadap pengambilan keputusan inisiasi hemodialisis yaitu usia, jenis kelamin, asuransi, kreatinin, LFG dan dukungan pelayanan kesehatan. Asuransi mempunyai OR 20,099 yang menunjukkan bahwa pasien yang tidak memiliki asuransi beresiko untuk menunda inisiasi 20,099 kali lebih besar dibandingkan dengan pasien yang memiliki asuransi setelah dikontrol oleh variabel nilai LFG. Sedangkan LFG dengan OR 1,73 yang berarti bahwa pasien yang mempunyai LFG lebih tinggi beresiko menunda inisiasi hemodialisis sebesar 1,73 kali lebih besar dibandingkan dengan pasien yang memiliki LFG yang lebih rendah setelah dikontrol oleh variabel status asuransi.

Status asuransi mempengaruhi keputusan pasien dalam inisiasi hemodialisis, hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Kausz et al, (2000) menyebutkan bahwa pasien yang tidak mempunyai asuransi secara signifikan lebih besar kemungkinan mengalami keterlambatan inisiasi hemodialisis dibandingkan dengan pasien yang mempunyai asuransi.

Asuransi di Indonesia adalah asuransi yang diberikan oleh pemerintah serta asuransi yang diikuti secara pribadi oleh individu. Pemerintah memberikan asuransi kepada masyarakat yang memenuhi persyaratan sesuai peraturan tertentu. Macam asuransi yang diberikan oleh pemerintah meliputi Askes sosial yang biasanya diberikan kepada pegawai negeri sipil, ASKESKIN/Jamkesmas yaitu asuransi kesehatan yang diberikan kepada masyarakat yang kurang mampu sesuai dengan ketentuan pemerintah serta Jamkesda yaitu asuransi kesehatan yang diberikan oleh pemerintah daerah. Jenis asuransi yang ada di unit hemodialisis RSUP Dr Soeradji Tirtonegoro Klaten adalah Askes PNS, Jamkesda serta

Jamkesmas/ASKESKIN. Tidak ada perbedaan perlakuan pada pasien, walaupun jenis Askes yang diikuti berbeda. Sedangkan asuransi pribadi tidak ada yang diikuti oleh pasien. Melihat hasil penelitian yang menunjukkan bahwa 60% pasien mengambil keputusan tidak menunda inisiasi hemodialisis setelah didiagnosis gagal ginjal tahap akhir, dengan mayoritas pasien 40% bekerja sebagai buruh, serta berpendapatan dibawah UMR (66,3%) membuktikan bahwa asuransi merupakan faktor yang berpengaruh terhadap keputusan pasien melakukan inisiasi hemodialisis.

Sementara faktor LFG merupakan faktor yang berpengaruh juga terhadap inisiasi hemodialisis. Laju Filtrasi Glomerulus adalah kemampuan glomerulus dalam memfiltrasi darah. Nilai normal untuk LFG adalah 90-135 mL/menit (Kallenbach, 2005). Pasien dengan LFG tinggi cenderung menunda hemodialisis, secara fisiologis LFG tinggi, tubuh masih mampu beradaptasi dengan perubahan penurunan LFG.

Stadium awal penyakit ginjal kronik adalah ginjal mengalami kehilangan daya cadangan ginjal dimana basal Laju Filtrasi Glomerulus (LFG) masih normal yang akhirnya dengan perlahan akan terjadi penurunan fungsi nefron yang progresif. Sampai pada LFG sebesar 60% pasien masih belum ada keluhan atau asimtomatik tetapi sudah terjadi peningkatan kadar urea dan kreatinin serum. Pada LFG sebesar 30% mulai timbul keluhan seperti nokturia, lemah, mual, nafsu makan kurang dan penurunan berat badan. Penurunan LFG dibawah 30% terjadi gejala dan tanda uremia yang nyata.

Dalam penelitian ini pasien yang mempunyai LFG relatif tinggi cenderung untuk menunda hemodialisis dibandingkan dengan pasien dengan LFG rendah. Hal ini tidak sesuai dengan pendapat Ledebor et al, (2001) yang menyebutkan bahwa penanganan yang tepat dan cepat pada pasien dengan LFG kurang dari 15 ml/menit, akan dapat memperlambat bahkan menghentikan penurunan fungsi ginjal. Sedangkan Roina & Megawati, (2010), menyebutkan bahwa ada faktor lain yang mempengaruhi penurunan Laju Filtrasi glomerulus seseorang yaitu usia.

Disebutkan bahwa pada usia 40 tahun maka secara fisiologis akan terjadi pengurangan LFG sebanyak 10% setiap 10 tahun, hingga usia 80 tahun.

6.1.2 Variabel Independen

6.1.2.1 Hubungan Faktor Demografi dengan Inisiasi Hemodialisis

Faktor demografi yang diteliti dalam penelitian ini berhubungan dengan inisiasi hemodialisis adalah umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan pekerjaan.

a. Hubungan Umur dengan Inisiasi Hemodialisis.

Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa rata-rata pasien berusia 43,48 tahun, dengan umur termuda adalah 24 tahun dan tertua adalah 68 tahun. Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa rata-rata umur pasien yang mengambil keputusan segera inisiasi hemodialisis setelah didiagnosis gagal ginjal adalah 44,90 tahun sedangkan rata-rata umur pasien yang menunda inisiasi hemodialisis lebih muda yaitu 41,34 tahun. Hasil analisis lebih lanjut didapatkan *p value* 0,172, berarti bahwa ada hubungan antara usia dengan keputusan inisiasi hemodialisis. Usia mempengaruhi seseorang dalam menerima perubahan kondisi sakit, perilaku datang ke pelayanan kesehatan serta cara pandang pasien dalam mengambil keputusan (Thomas, 2000).

Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa usia mempengaruhi seseorang menerima kondisi sakitnya serta cara pandang terhadap pengobatan yang akan dijalannya. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Thomas, 2002 yang menyatakan bahwa penerimaan kondisi sakit pada pasien usia tua lebih baik dibandingkan pasien usia muda.

b. Hubungan antara jenis kelamin dengan inisiasi hemodialisis.

Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa lebih dari separuh jenis kelamin pasien adalah perempuan. Pasien berjenis kelamin laki-laki (38 orang) mengambil keputusan tidak menunda inisiasi hemodialisis sebanyak 26 orang (68,4%). Sedangkan persentase pasien berjenis kelamin perempuan (42

orang) yang mengambil keputusan tidak menunda inisiasi hemodialisis sebesar 52,4%. Hasil analisis lebih lanjut menunjukkan *p value* 0,217 yang artinya bahwa ada hubungan antara jenis kelamin dengan keputusan inisiasi hemodialisis. Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian Kauzs et al (2000) menyebutkan bahwa ada perbedaan jenis kelamin dalam membuat keputusan inisiasi hemodialisis, disebutkan bahwa perempuan berpeluang lebih tinggi terlambat melakukan inisiasi hemodialisis dibandingkan pria.

Terhadap hasil penelitian ini peneliti berpendapat bahwa lebih rendahnya keputusan tidak menunda inisiasi hemodialisis pada perempuan dibandingkan dengan pasien laki-laki adalah adanya budaya yang masih melekat kental pada pasien perempuan yaitu bahwa seorang perempuan harus menjaga anak dan mengurus rumah tangga, sehingga mempengaruhi pasien datang ke tempat pelayanan kesehatan secara tepat waktu. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Obrador et al (1999) dan Kauzs et al (2000) yang memprediksi tingginya angka keterlambatan inisiasi hemodialisis pada perempuan diantaranya yaitu masih kurangnya penelitian tentang masalah perempuan dan populasi minoritas serta ketidakmauan dan ketidakmampuan untuk datang ke pelayanan kesehatan karena ekonomi ataupun budaya.

Saat pengambilan data, pasien perempuan menyatakan bahwa dirinya lebih mementingkan mengurus keluarga daripada datang ke pelayanan kesehatan untuk berobat ketika sakit. Mereka menyatakan gagal menjalankan perannya, bila harus rawat inap di rumah sakit. Hal itulah yang membuat pasien perempuan datang terlambat untuk inisiasi hemodialisis.

c. Hubungan Antara Tingkat Pendidikan Dengan Inisiasi Hemodialisis.

Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa lebih banyak pasien berpendidikan rendah mengambil keputusan tidak menunda inisiasi hemodialisis setelah pasien didiagnosis gagal ginjal (62,5%), dari pada pasien yang berpendidikan tinggi (57,5%). Analisis lebih lanjut didapatkan *p value* 0,819 yang berarti

bahwa tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan keputusan inisiasi hemodialisis.

Dalam penelitian ini peneliti belum mengkaji secara mendalam tentang bagaimana tingkat pengetahuan pasien tentang modalitas pengobatan gagal ginjal. Peneliti hanya mengkaji tingkat pendidikan saja sehingga belum bisa menggambarkan tingkat pengetahuan pasien yang secara teori sangat berpengaruh terhadap pengambilan keputusan inisiasi hemodialisis. Peneliti berpendapat bahwa seseorang yang mempunyai pendidikan tinggi akan mampu mengakses informasi yang lebih luas sehingga dapat meningkatkan pengetahuannya.

Teori yang disampaikan Notoatmojo, (2007) menyebutkan bahwa pengetahuan menjadi salah satu faktor predisposisi yang mempengaruhi perilaku seseorang terhadap kesehatan. Secara teori orang yang berpendidikan lebih tinggi akan mempunyai perilaku yang benar dalam mengatasi masalah kesehatannya. Karena pendidikan yang tinggi akan berpengaruh terhadap kemampuan mengakses informasi dengan lebih luas sehingga dapat menambah pengetahuan.

Seseorang dengan tingkat pendidikan dan pengetahuan yang tinggi mempengaruhi seseorang untuk dapat merubah perilaku dalam menentukan tindakan untuk mengatasi masalah kesehatannya. Diharapkan pasien gagal ginjal kronik dengan indikasi hemodialisis yang mempunyai pengetahuan tinggi dapat melakukan hemodialisis tepat waktu untuk mencegah komplikasi akibat penyakitnya. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Dogan et al, (2008) yang menyebutkan bahwa resiko komplikasi penyakit ginjal banyak terjadi pada pasien yang mempunyai tingkat pendidikan rendah.

Program peningkatan pengetahuan prehemodialisis merupakan proses penting untuk memfasilitasi adaptasi fisik ataupun psikologis pasien menjalani tahap pengobatan penyakitnya. Dalam program edukasi ini seharusnya melibatkan

sebuah tim yang terdiri dari Neprologis, perawat, ahli gizi, dokter bedah, tenaga sosial dan tenaga lain yang terlibat dalam asuhan keperawatan pasien. Di Indonesia tim edukasi ini belum terbentuk. Tugas edukasi masih menjadi tugas perawat yang mendampingi pasien. Thomas, (2002) menyebutkan bahwa pada nilai Clearance Creatinin (CCT) atau Laju Filtrasi Glomerulus antara 20-25 ml/menit, pasien harus sudah mendapatkan edukasi tentang pengobatan sebagai modalitas. Edukasi yang diberikan meliputi proses alamiah perjalanan penyakit, modalitas pengobatan, obat dan diet.

Peneliti berpendapat bahwa keterlambatan pasien untuk mengambil keputusan di RSUP Dr Soeradji Tirtonegoro Klaten, dipengaruhi oleh banyak faktor diantaranya yaitu belum ada tim edukator yang bertanggung jawab terhadap semua informasi yang dibutuhkan oleh pasien setelah didiagnosis gagal ginjal dengan LFG antara 20-25 ml/menit. Pasien mendapatkan informasi tentang penyakit dan modalitas pengobatan setelah pasien jatuh dalam kondisi gagal ginjal tahap akhir. Sedangkan penyebab lain adalah belum maksimalnya jangkauan informasi kesehatan yang harus diterima oleh pasien yang jauh dari tempat pelayanan kesehatan.

Pentingnya peningkatan pengetahuan bagi pasien prehemodialisis didukung oleh penelitian Ghafari, (2010) yang menyatakan bahwa pemberian edukasi kepada pasien cukup efektif meningkatkan pengetahuan dan pemahaman pasien tentang penyakit dan pilihan terapi.

d. Hubungan Antara Pekerjaan Dengan Inisiasi Hemodialisis

Hasil analisis menunjukkan bahwa 57,1% pasien tidak bekerja, mengambil keputusan tidak menunda inisiasi hemodialisis, sementara 60% pasien bekerja juga mengambil keputusan tidak menunda inisiasi dialysis. Hasil analisis lebih lanjut, didapatkan *p value* 1,000 yang artinya bahwa tidak ada hubungan antara pekerjaan dengan inisiasi hemodialisis. Hal ini tidak sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Kausz et al, (2000) yang menyebutkan bahwa tingkat keterlambatan inisiasi hemodialisis pada kelompok pekerja

lebih tinggi dibandingkan dengan inisiasi hemodialisis pada pasien yang tidak bekerja.

Menurut peneliti beberapa faktor yang berpengaruh antara pekerjaan terhadap ketepatan inisiasi hemodialisis pasien adalah asuransi. Tingginya pasien yang mempunyai asuransi (52,5%) mendukung pasien mengambil keputusan tidak menunda inisiasi hemodialisis. Faktor asuransi memegang pengaruh penting karena didukung hasil univariat dari status pekerjaan pasien yang sebagian besar adalah buruh (40%).

6.1.2.2 Hubungan Faktor Ekonomi Dengan Inisiasi Hemodialisis

Faktor ekonomi yang diteliti dalam penelitian ini adalah status pendapatan dan status asuransi.

a. Status Pendapatan

Hasil analisis didapatkan 16 orang (59,3%) pasien berpendapatan di atas UMR menerima keputusan inisiasi hemodialisis segera setelah didiagnosis gagal ginjal tahap akhir. Sementara 32 orang (60,4%) pasien dengan pendapatan dibawah UMR juga menerima keputusan inisiasi hemodialisis segera setelah didiagnosis gagal ginjal. Hasil analisis lebih lanjut didapatkan *p value* 1,000 yang menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara status pendapatan dengan keputusan inisiasi hemodialisis. Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan pendapat Mc Donough et al, (1997) yang menyebutkan bahwa faktor pendapatan merupakan prediktor terkuat dari status kesehatan seseorang.

Secara teoripun status pendapatan perbulan mempengaruhi seseorang mengambil keputusan untuk melakukan terapi hemodialisis, karena terapi hemodialisis membutuhkan biaya atau finansial yang cukup tinggi. Sementara UMR masyarakat Klaten adalah Rp 766.022,- (<http://allows.wordpress.com/2009/01/12/informasi-upah-minimum-regional-umr>). Peneliti berpendapat bahwa ada faktor lain yang mempengaruhi keputusan tidak menunda inisiasi hemodialisis pasien dengan pendapatan dibawah UMR

yaitu asuransi. Di RSUP DR Soeradji Tirtonegoro Klaten, tidak ada perlakuan yang berbeda dalam pelayanan kesehatan yang diberikan pada pasien asuransi. Disebutkan bahwa 85,7% pasien dengan asuransi mengambil keputusan tidak menunda inisiasi dialysis. Sehingga dapat disimpulkan bahwa walaupun pendapatan pasien dibawah UMR, tetapi pasien mempunyai asuransi maka hal tersebut menjamin pasien memutuskan tidak menunda inisiasi dialysis, karena pelayanan kesehatan yang pasien dapatkan sudah terjamin oleh asuransi yang dimiliki pasien.

b. Status Asuransi

Pasien yang mempunyai asuransi saat pertama kali hemodialisis 85,7 % mengambil keputusan tidak menunda inisiasi hemodialisis. Sedangkan pasien yang tidak memiliki asuransi hanya 31,6% mengambil keputusan tidak menunda inisiasi hemodialisis, sementara yang lainnya 68,4% menunda inisiasi hemodialisis. Hasil analisis lebih lanjut menunjukkan *p value* 0,000 yang artinya bahwa ada hubungan yang sangat bermakna antara status asuransi dengan inisiasi hemodialisis.

Hal tersebut didukung dengan hasil penelitian Kausz et al, (2000) yang menyebutkan bahwa pasien yang mempunyai asuransi cenderung melakukan inisiasi hemodialisis tepat waktu. Sedangkan keterlambatan inisiasi hemodialisis mayoritas terjadi pada pasien yang tidak mempunyai asuransi.

Telah dijelaskan di atas bahwa ada beberapa faktor yang menjelaskan pengaruh asuransi terhadap inisiasi hemodialisis. Faktor yang terkait diantaranya yaitu status pekerjaan dan status pendapatan. Mayoritas pasien mempunyai status pekerjaan buruh (40%) dengan pendapatan terbanyak dibawah UMR (66,3%). Peneliti berpendapat bahwa status asuransi mempunyai pengaruh yang amat penting dalam pelaksanaan inisiasi hemodialisis. Hasil analisis multivariat didapatkan hasil asuransi (1) didapatkan OR sebesar 20,099 artinya bahwa pasien yang tidak mempunyai asuransi beresiko menunda inisiasi hemodialisis sebesar 20,099 kali lebih besar dibandingkan dengan pasien yang mempunyai asuransi.

6.1.2.3 Hubungan antara jarak rumah dengan inisiasi hemodialisis

Jarak rumah dalam penelitian ini merupakan faktor geografi yang diprediksi mempengaruhi pelaksanaan inisiasi hemodialisis. Hasil penelitian menunjukkan tidak ada hubungan antara jarak yang ditempuh dari rumah untuk sampai ke rumah sakit dengan keputusan inisiasi hemodialisis (*p value* 0,615). Hasil penelitian ini bertentangan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Roderick et al, (1999) menyebutkan bahwa tingkat penerimaan seseorang terhadap sakitnya dipengaruhi oleh jarak rumah dengan fasilitas kesehatan/rumah sakit. Semakin jauh jarak rumah dengan tempat pelayanan kesehatan maka akan semakin menerima sakitnya.

Terhadap hasil penelitian ini, peneliti berpendapat bahwa penyakit gagal ginjal tahap akhir merupakan penyakit terminal yang modalitas pengobatan terbaik saat ini adalah hemodialisis. Tidak semua rumah sakit memberikan pelayanan hemodialisis, sehingga pasien dengan jarak jauh ataupun dekat akan datang ke pelayanan kesehatan untuk mendapatkan terapi tersebut. Di wilayah Klaten, RSUP Dr Soeradji Tirtonegoro telah membuka pelayanan hemodialisis untuk pasien di wilayah Klaten dan sekitarnya sejak tahun 2003. Jarak rumah tidak mempunyai pengaruh dalam pelaksanaan inisiasi hemodialisis, karena pasien diharuskan datang ke Rumah Sakit untuk melakukan terapi. Selain itu, kemudahan akses ke rumah sakit menjadi faktor penting sehingga pasien datang ke rumah sakit. Letak rumah sakit yang strategis ditengah kota, dekat dengan jalan raya yang memudahkan dalam transportasi umum merupakan faktor pendukung bagi pasien untuk rutin datang ke rumah sakit guna menjalani terapi hemodialisis.

6.1.2.4 Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Keputusan Inisiasi Hemodialisis.

Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa dukungan keluarga kepada pasien saat mengambil keputusan inisiasi hemodialisis baik 75 pasien (93,8%). Pada analisis bivariatpun dukungan keluarga secara signifikan mempengaruhi pasien dalam keputusan inisiasi hemodialisis dengan *p value* 0,008. McClellan, (1993) menyebutkan sumber dukungan sosial dapat berasal dari pasangan hidup, orang

tua, saudara, anak, kerabat, teman, rekan kerja, staf medis dan kelompok masyarakat yang ada disekitar pasien. Bila melihat hasil analisis univariat mayoritas pasien 70 orang (87,5%) adalah menikah, menunjukkan bahwa pasien mempunyai orang terdekat sebagai sumber dukungan sosialnya.

Dalam penelitian ini, peneliti menggali dukungan sosial dari keluarga secara tersendiri, dengan alasan bahwa peneliti berpendapat dukungan keluarga merupakan faktor penting terhadap pelaksanaan pengambilan keputusan inisiasi hemodialisis. Pasien akan merasa berarti bagi orang lain, harga diri meningkat serta tidak kehilangan identitas diri, walaupun pasien sakit dan memerlukan hemodialisis yang akan dijalannya sepanjang sisa hidupnya. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian dari Baron & Byrne, (2000) yang menyebutkan bahwa interaksi yang baik antara pasien dan keluarga membuat pasien mampu mengembangkan kepribadiannya, menyadari posisi dirinya dalam hirarki sosial serta mampu menentukan identitas diri dan harga dirinya.

Selain itu dukungan emosional dari keluarga termasuk didalamnya memberikan perhatian, empati, semangat membuat pasien merasa dimiliki dan dicintai saat stress menghadapi inisiasi hemodialisis. Hasil penelitian Harwood et al, (2005) menyebutkan bahwa stress dapat terjadi pada pasien gagal ginjal yang harus menjalani hemodialisis, dukungan emosional kepada pasien dapat mencegah munculnya stress lain.

Dukungan lain yang dapat diberikan oleh keluarga adalah dukungan penghargaan (*esteem support*) yaitu keluarga dapat memberi persetujuan terhadap ide keputusan untuk memulai hemodialisis. Dukungan *instrumental support*/dukungan instrumen diberikan secara langsung terhadap pasien gagal ginjal dengan memfasilitasi secara finansial selama pasien menjalani perawatan atau dialysis, serta mengerjakan pekerjaan yang sebelumnya menjadi tanggung jawab pasien.

Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Harwood et al, (2005) menyebutkan salah satu stress psikososial pasien gagal ginjal tahap akhir adalah ketidak mampuan pasien mengerjakan ataupun mengelola pekerjaan yang menjadi tanggung jawab pasien sebelumnya. Sehingga dukungan instrumen ini sangat penting untuk mengurangi stress psikososial pasien.

Berdasarkan informasi saat penelitian, pasien mengatakan bahwa keluarga mencarikan informasi yang dibutuhkan terkait penatalaksanaan penyakit pasien saat ini. Hal ini sesuai dengan bentuk dukungan *Informational support*/ dukungan informasi yang diberikan keluarga.

Dukungan lain yang tak kalah pentingnya yaitu dukungan dalam bentuk kebersamaan, dimana pasien masih merasakan bagian dari satu keluarga. Hal ini akan membuat pasien merasa tidak sendiri. *Companionship support* membantu pasien menggunakan coping yang adaptif saat menghadapi stress karena menderita gagal ginjal tahap akhir dan perlu inisiasi hemodialisis.

Pernyataan diatas sesuai dengan teori mengenai pengaruh langsung dukungan sosial keluarga terhadap pasien yang melakukan inisiasi hemodialisis adalah pasien akan bertindak laku positif saat pasien mengalami stress karena menderita gagal ginjal tahap akhir; pengaruh tidak langsung adalah pasien mampu memodifikasi cara/strategi untuk mengatasi stress akibat penyakitnya; sedangkan pengaruh dukungan sosial keluarga terhadap pertahanan tubuh pasien yaitu menghilangkan efek negatif dari stress.

Sedangkan bentuk dukungan keluarga secara teori yang dapat diberikan oleh keluarga kepada pasien adalah *emotional support*/dukungan emosi yaitu pemberian perhatian, empati, semangat sehingga pasien merasa nyaman, merasa dimiliki dan dicintai saat stress menghadapi inisiasi hemodialisis. Hasil penelitian Harwood et al, (2005) menyebutkan bahwa dukungan sosial keluarga dapat mencegah munculnya stress baru pada pasien yang akan menjalani hemodialisis.

Bentuk dukungan lain dari *esteem support*/dukungan penghargaan yaitu pemberian dukungan ataupun persetujuan terhadap ide keputusan modalitas pengobatan yang akan dijalani pasien. Dukungan instrument/*instrumental support* adalah dukungan yang diberikan secara langsung terhadap pasien gagal ginjal dengan memfasilitasi secara finansial selama pasien menjalani perawatan atau hemodialisis serta dukungan membantu pekerjaan yang menjadi tanggung jawab pasien; bentuk dukungan informasi yaitu dukungan dengan memberikan saran dan informasi yang dibutuhkan pasien saat pasien menghadapi dan memecahkan masalah serta *companionship support* adalah dukungan pada pasien gagal ginjal yang akan menjalani inisiasi hemodialisis dalam bentuk kebersamaan, sehingga pasien merasa sebagai bagian dari keluarga.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa 70 pasien (87,5%) berstatus menikah. Menurut peneliti, dukungan pasangan hidup sangat mempengaruhi pasien dalam pengambilan keputusan terhadap modalitas pengobatan yang akan dijalani. Pasangan hidup dapat menjadi sumber coping yang adekuat dalam menghadapi stressor. Dukungan pasangan hidup mampu memberikan kenyamanan fisik dan psikologis saat pasien mengalami stress karena harus menjalani terapi hemodialisis. Ini membuktikan bahwa pasien masih merasa dicintai, diperhatikan, dihargai oleh pasangannya.

Selain kenyamanan fisik dan psikologis, dengan dukungan pasangan hidup membuat pasien dapat bertindak laku positif saat menghadapi stress, mampu mengambil strategi yang tepat saat menghadapi masalah sehingga secara tidak langsung dukungan pasangan hidup mampu menghilangkan efek negatif dari stress yang dialami.

Hal ini didukung oleh hasil penelitian McClellan (1993) menyebutkan bahwa pasien yang mendapatkan dukungan dari orang-orang terdekat akan membuat pasien mampu menunjukkan perilaku positif saat mengalami stress akibat didiagnosis gagal ginjal dan harus melakukan hemodialisis serta meningkatkan percaya diri pasien dalam mengambil keputusan untuk memulai hemodialisis.

6.1.2.5 Hubungan dukungan pelayanan kesehatan dengan keputusan inisiasi hemodialisis.

Hasil analisis univariat didapatkan bahwa 56 pasien (70%) mendapat dukungan pelayanan kesehatan yang baik, dengan keputusan segera inisiasi hemodialisis 37 orang (66,1%). Hasil analisis lebih lanjut menunjukkan *p value* 0,149 artinya bahwa ada hubungan yang bermakna antara dukungan pelayanan kesehatan dengan keputusan inisiasi hemodialisis. Dukungan pelayanan kesehatan juga merupakan dukungan sosial yang diberikan oleh tenaga kesehatan saat pasien didiagnosis gagal ginjal tahap akhir dan memerlukan inisiasi hemodialisis.

Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian Neyhart et al, (2010) menyebutkan bahwa pasien yang membuat rencana pengobatan dengan bantuan saran dan dukungan dari tenaga kesehatan, cenderung tepat waktu dalam melaksanakan inisiasi hemodialisis.

Secara teori bentuk dukungan yang dapat diberikan oleh pelayanan kesehatan diantaranya yaitu memberikan rasa empati dan perhatian sehingga pasien mampu membuat keputusan yang tepat, mendukung keputusan inisiasi hemodialisis yang diambil pasien, memberikan informasi tentang penyakit dan penatalaksanaannya, serta dukungan yang membuat pasien merasa menjadi anggota keluarga yang dihargai (Thompson et al, 2008; Neyhart et al, 2010; Emergency Nurse, 2011).

Peneliti berpendapat bahwa ketepatan inisiasi hemodialisis dipengaruhi oleh hubungan yang baik antara petugas kesehatan dengan pasien, sehingga pasien patuh terhadap anjuran petugas kesehatan. Semakin baik hubungan pasien dengan petugas kesehatan akan memberikan dukungan yang besar terhadap ketaatan pasien dalam inisiasi hemodialisis. Burrows, (2008) menyebutkan bahwa pasien yang mempunyai hubungan baik dengan petugas kesehatan akan memiliki kepatuhan pada penatalaksanaan penyakitnya.

Sedangkan Murphy & Byrne, (2000) menyatakan bahwa dukungan petugas pelayanan kesehatan sesuai dengan fungsi dan peran petugas. Perawat atau dokter dapat memberikan kenyamanan pasien untuk belajar dengan memfasilitasi pemberian informasi yang benar tentang penyakit dan penatalaksanaannya, memberikan waktu bertanya kepada pasien terhadap hal-hal yang belum diketahui berkaitan dengan inisiasi hemodialisis serta mengevaluasi hasil proses belajar pasien.

6.1.2.6 Hubungan Antara Faktor Biologis dengan Keputusan Inisiasi Hemodialisis.

Faktor biologis dalam penelitian ini meliputi penyakit dasar yang menyebabkan gagal ginjal terminal, LFG dan kadar serum kreatinin.

a. Penyakit Dasar Yang Menyebabkan Gagal Ginjal Terminal.

Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa penyakit penyebab gagal ginjal terminal terbanyak pasien adalah hipertensi sebanyak 50 orang (62,5%). Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Kausz et al, (2000) yang menyebutkan bahwa pasien yang mempunyai riwayat penyakit jantung dan penyakit vaskuler akan mempercepat gangguan fungsi ginjal dibandingkan dengan pasien yang tidak mempunyai riwayat penyakit tersebut.

Hasil analisis lebih lanjut menunjukkan bahwa *p value* 0,757, yang artinya bahwa tidak ada hubungan antara penyakit penyebab gagal ginjal dengan keputusan inisiasi hemodialisis.

Penurunan fungsi nefron pada gagal ginjal kronik akan mempengaruhi semua sistem tubuh. Tanda dan gejala yang muncul tergantung pada tingkat kerusakan nefron, penyakit yang mendasari dan usia pasien. Hipertensi merupakan manifestasi klinik pada sistem kardiovaskuler. Hipertensi merupakan penyakit yang memiliki hubungan dengan kejadian gagal ginjal. Hipertensi dapat menyebabkan gagal ginjal ataupun sebaliknya.

Kurang sadar dengan kesehatan di masyarakat dapat menyebabkan tingginya angka hipertensi tidak terkontrol, apalagi gejala hipertensi kadang tidak menunjukkan gejala. Riskesdas (2007) menyatakan bahwa sebagian besar kasus hipertensi di masyarakat belum terdeteksi.

Gangguan pada hipertensi yang telah berlangsung lama dapat mengakibatkan perubahan struktur dan arteriol di tubuh yaitu terjadinya fibrosis dan hialinisasi dinding pembuluh darah. Salah satu organ sasaran utama adalah ginjal, yaitu dengan terjadinya arteriosklerosis akibat hipertensi kronik yang menyebabkan nefrosklerosis. Gangguan arteri dan arteriol akan menyebabkan kerusakan glomerulus serta terjadinya atrofi tubulus yang akhirnya akan menyebabkan gagal ginjal kronik (Black & Hawks, 2005).

Terhadap hasil penelitian berpendapat bahwa, penyakit terbanyak penyebab gagal ginjal adalah hipertensi, merujuk dari tingkat pendidikan yang mayoritas SMA (33,8%) dan mayoritas mempunyai pekerjaan buruh, maka pasien kurang menjaga kesehatan untuk kontrol ke tempat pelayanan kesehatan. Pasien datang ke rumah sakit dengan kondisi yang sudah parah dan harus mendapatkan terapi hemodialisis. Sehingga apapun penyakit yang menjadi penyebab gagal ginjal tahap akhir tidak berpengaruh terhadap keputusan inisiasi hemodialisis.

b. Laju Filtrasi Glomerulus

Hasil univariat menunjukkan bahwa rata-rata LFG pasien yang tidak menunda inisiasi hemodialisis adalah 5,205 ml/menit. Sementara hasil analisis bivariat menunjukkan 48 pasien memutuskan tidak menunda inisiasi hemodialisis dengan rata-rata LFG 4,874 ml/menit lebih rendah dengan kadar LFG pasien yang menunda inisiasi hemodialisis yaitu 5,700 ml/menit.

Hasil laboratorium digunakan sebagai salah satu faktor yang mempengaruhi pelaksanaan inisiasi hemodialisis, sesuai dengan hasil kongres *European Hemodialysis and Transplant Association* yaitu faktor penting inisiasi hemodialisis adalah uremia dan *residual renal clearance* (Ledebro et al, 2001).

Pemeriksaan LFG paling tepat untuk mencerminkan faal ginjal yang sebenarnya. Pemeriksaan ini terbatas di RS rujukan. Untuk kepentingan klinis, estimasi klirens kreatinin dapat digunakan formula *Cockcroft* dan *Gault* (Brenner & Lazarus, 2000)

Melihat kadar LFG baik yang tepat waktu dalam inisiasi hemodialisis ataupun yang menunda dibawah ketentuan dari PERNEFRI, maka dapat disimpulkan bahwa inisiasi hemodialisis pasien di RSUP Dr Soeradji Tirtonegoro Klaten terlambat. Hal ini juga sesuai dengan pedoman dari *Canadian Society Of Nephrology* dan *National Kidney Foundation* yang menyebutkan bahwa inisiasi dikatakan terlambat ketika LFG berada diantara rentang 5 ml/menit sampai dengan 7 ml/menit (<http://www.news-medical.net/news/Indonesia>)

Berkaitan dengan hasil penelitian hubungan antara LFG dengan keputusan inisiasi hemodialisis, peneliti berpendapat bahwa LFG sangat mempengaruhi pasien dalam mengambil keputusan inisiasi hemodialisis. Pasien dengan LFG glomerulus yang masih relatif tinggi cenderung untuk menunda inisiasi hemodialisis karena manifestasi komplikasi masih asimtomatik atau tubuh masih mampu beradaptasi dengan perubahan fungsi ginjal. Sedangkan pasien dengan LFG rendah ketaatan inisiasi lebih tinggi disebabkan karena keluhan komplikasi menjadi alasan utama melakukannya hemodialisis.

Secara teori stadium awal penyakit ginjal kronik mengalami kehilangan daya cadangan ginjal dimana basal Laju Filtrasi Glomerulus (LFG) masih normal atau meningkat dan dengan perlahan akan terjadi penurunan fungsi nefron yang progresif ditandai adanya peningkatan kadar urea dan kreatinin serum. Sampai pada LFG sebesar 60%, pasien masih belum ada keluhan atau asimptomatik tetapi sudah terjadi peningkatan kadar urea dan kreatinin serum. Sedangkan LFG sebesar 30% mulai timbul keluhan seperti nokturia, lemah, mual, nafsu makan kurang dan penurunan berat badan. Penurunan LFG dibawah 30% terjadi gejala dan tanda uremia yang nyata. Penurunan LFG dibawah 15% pasien memerlukan terapi pengganti ginjal, salah satunya yaitu hemodialisis.

Hasil analisis lebih lanjut menunjukkan bahwa *p value* 0,022, yang menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara LFG dengan inisiasi hemodialisis. Hal ini sesuai dengan pernyataan Kallenbach et al, (2005) menyebutkan bahwa Laju Filtrasi Glomerulus menggambarkan kemampuan filtrasi glomerulus. Penurunan LFG kurang dari 15% merupakan stadium gagal ginjal yang memerlukan terapi pengganti ginjal (*renal replacement therapy*) antara lain hemodialisis.

c. Kadar serum kreatinin

Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa rata-rata kadar serum kreatinin pasien yang mengambil keputusan tidak menunda inisiasi hemodialisis adalah 14,495 mg/dl. Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa rata-rata kadar kreatinin pasien yang memutuskan tidak menunda inisiasi hemodialisis setelah didiagnosis gagal ginjal adalah 37,73 mg/dl lebih rendah dari rata-rata kadar kreatinin pasien yang menunda hemodialisis (44,66 ml/dl). Melihat *p value* 0,191 menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara kadar serum kreatinin dengan keputusan inisiasi hemodialisis.

Hasil penelitian sesuai dengan Konsensus Hemodialisis, PERNEFRI, 2003 menyatakan bahwa pasien dengan kreatinin serum > 2 mg/dl, perlu dirujuk ke spesialis/konsultan ginjal hipertensi, karena pasien tersebut cenderung mengalami penurunan fungsi ginjal dengan cepat. Penanganan yang tepat dan cepat akan memperlambat ataupun menghentikan penurunan fungsi ginjal.

6.2 Keterbatasan Penelitian

6.2.1 Saat pengambilan data, beberapa pasien meminta peneliti untuk membacakan kuisioner penelitian, sehingga dimungkinkan pasien menjawab dengan jawaban yang tidak obyektif, sehingga akan berpengaruh terhadap hasil penelitian.

6.3 Implikasi Terhadap Pelayanan Keperawatan dan Penelitian Lebih Lanjut

6.3.1 Pelayanan Keperawatan

Implikasi hasil penelitian ini terhadap pelayanan keperawatan adalah memberikan masukan kepada praktisi keperawatan tentang faktor-faktor yang mempengaruhi keputusan inisiasi hemodialisis pasien gagal ginjal tahap akhir sebagai acuan dalam memberikan dukungan baik dukungan *esteem support*/dukungan penghargaan yaitu pemberian dukungan ataupun persetujuan terhadap ide keputusan hemodialisis; *instrumental support*/dukungan instrumen merupakan dukungan yang diberikan secara langsung terhadap pasien gagal ginjal dengan memfasilitasi pasien mendapatkan jaminan asuransi; *informational support*/dukungan informasi yaitu pendidikan kesehatan menjelang inisiasi hemodialisis serta *companionship support* adalah dukungan pada pasien gagal ginjal yang akan menjalani inisiasi hemodialisis dalam bentuk kebersamaan, sehingga pasien merasa sebagai bagian dari keluarga.

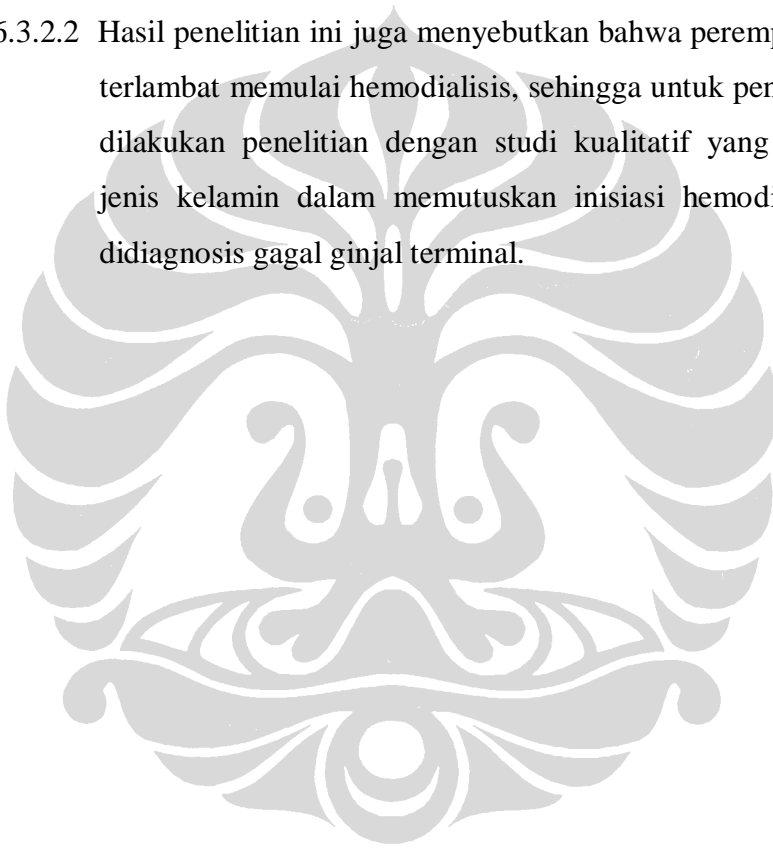
Semua perawat baik di rawat inap ataupun di poliklinik hendaknya mampu memberikan edukasi dan konseling yang tepat terhadap pasien gagal ginjal terminal menjelang inisiasi hemodialisis sehingga keputusan pasien dalam pelaksanaan hemodialisis dapat tercapai dengan baik. Perawat memberikan waktu kepada pasien untuk berkonsultasi mengenai permasalahan yang belum diketahui oleh pasien. Sehingga pasien mampu memulai hemodialisis dengan LFG kurang lebih 15 ml/mnt dan akses vaskuler sudah disiapkan.

Asuransi merupakan hal yang berpengaruh terhadap keputusan inisiasi hemodialisis, apalagi bila memperhatikan kondisi ekonomi pasien yang mayoritas di bawah UMR, sehingga sudah semestinya perawat bekerja sama dengan pihak RS dapat membuka jalur dengan pihak terkait baik yayasan swasta atau pemerintah dalam membantu memfasilitasi pasien dalam mendapatkan asuransi kesehatan.

6.3.2 Pengembangan Ilmu Keperawatan

Penelitian ini menghasilkan bahwa faktor yang berpengaruh terhadap keputusan pasien untuk inisiasi hemodialisis adalah asuransi dan LFG. Diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan landasan untuk mengembangkan penelitian lanjutan berhubungan dengan faktor yang paling berpengaruh tersebut diantaranya yaitu:

- 6.3.2.1 Mengetahui efektifitas edukasi prehemodialisis terhadap inisiasi hemodialisis, sehingga diharapkan pasien memulai hemodialisis sesuai dengan pedoman yang ada.
- 6.3.2.2 Hasil penelitian ini juga menyebutkan bahwa perempuan cenderung lebih terlambat memulai hemodialisis, sehingga untuk penelitian lanjutan dapat dilakukan penelitian dengan studi kualitatif yang mengkaji hubungan jenis kelamin dalam memutuskan inisiasi hemodialisis segera setelah didiagnosis gagal ginjal terminal.



BAB 7 SIMPULAN DAN SARAN

7.1 SIMPULAN

- 7.1.1 Terdapat pengaruh faktor demografi yaitu usia (p value = 0,172) dan jenis kelamin (p value = 0,217) terhadap pengambilan keputusan inisiasi dialysis pasien gagal ginjal tahap akhir.
- 7.1.2 Terdapat pengaruh faktor ekonomi yaitu asuransi (p value = 0,000) terhadap pengambilan keputusan inisiasi dialysis pasien gagal ginjal tahap akhir.
- 7.1.3 Terdapat pengaruh faktor biologis yaitu kadar serum kreatinin (p value = 0,191) dan LFG (p value = 0,022) terhadap pengambilan keputusan inisiasi dialysis pasien gagal ginjal tahap akhir.
- 7.1.4 Terdapat pengaruh faktor dukungan keluarga (p value = 0,008) dan dukungan pelayanan kesehatan (p value = 0,149) terhadap pengambilan keputusan inisiasi dialysis pasien gagal ginjal tahap akhir.
- 7.1.5 Keputusan inisiasi dialysis tidak dipengaruhi oleh faktor pendidikan, pekerjaan, jarak rumah, pendapatan dan penyakit penyebab terhadap pengambilan keputusan inisiasi dialysis.
- 7.1.6 Asuransi merupakan faktor yang paling berpengaruh terhadap inisiasi dialisis. Asuransi (1) dengan nilai OR: 20,099 yang artinya bahwa pasien yang tidak mempunyai asuransi berisiko untuk menunda inisiasi dialisis sebesar 20,099 kali dibandingkan pasien yang mempunyai asuransi.

7.2 SARAN

7.2.1 Untuk Institusi Pelayanan Kesehatan

- a. Perlu ditingkatkan kemampuan perawat, terutama perawat spesialis medikal bedah melalui pelatihan keperawatan untuk menjadi edukator bagi pasien yang terdiagnosis gagal ginjal, sehingga pelaksanaan inisiasi dialisis pasien dapat tepat waktu.

- b. Terbentuknya tim edukasi yang terdiri dari berbagai disiplin ilmu sehingga mampu meningkatkan pengetahuan dan pemahaman pasien tentang perjalanan penyakit dan modalitas pengobatan yang diperlukan.
- c. Terbentuknya tim advokat yang terdiri dari petugas pelayanan kesehatan sehingga dapat membantu pasien dalam mendapatkan asuransi kesehatan.
- d. Disediaknya tenaga pelayanan kesehatan yang cukup sesuai dengan standar, sehingga peran perawat edukator serta peran lainnya dapat dimaksimalkan.

7.2.2 Untuk Penelitian Lebih Lanjut

- a. Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai data awal sekaligus dapat meningkatkan motivasi untuk melakukan penelitian lanjutan di lingkup keperawatan medikal bedah, baik di pelayanan maupun institusi dengan menggunakan metode atau desain penelitian yang berbeda serta jumlah sampel yang lebih banyak.
- b. Peneliti lanjutan dapat mengembangkan variabel-variabel lain yang diprediksi berpengaruh terhadap inisiasi dialisis, yang belum diteliti dalam penelitian ini diantaranya pengaruh pengetahuan dalam ketepatan inisiasi dialisis ataupun efektifitas edukasi terhadap inisiasi dialisis dengan menggunakan desain penelitian yang berbeda.

DAFTAR PUSTAKA

- American Nurses Association. (1996). *Scopes and standards of advanced practice registered nursing*. Washington, DC: American Nurses Publishing.
- Ariawan, I. (1998) *Besar dan metode sampel pada penelitian kesehatan*. Depok: Jurusan Biostatistik dan Kependudukan. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia
- Arikunto, S. (2002) *Prosedur penelitian suatu pendekatan praktik*. Jakarta: Rineka Cipta
- Baron, R.A., & Byrne.(1991) *Social psychology: understanding human interaction*, 6th: USA
- Black, J.M. & Hawks, J.H. (2005) *Medical surgical nursing clinical management for positive outcomes* 7th Edition. Elsevier Saunders. St Louis Missouri
- Brenner H. (2006) The economics of dialysis, London, Ontario: *CANNT 2006 in Partnership with RPN*, London Convention Centre
- Brenner M.B., Lazarus.M.J. (2000) *Acut Renal Failure*, (3rd.ed). New York:Churchill Living Stone.
- Buck J, Baker R, Cannaby A.M, Nicholson S, Peters J & Warwick G. (2007) Why do patients known to renal services still undergo urgent dialysis initiation? Across-sectional survey, Oxford University Press on behalf of ERA-EDTA. *Nephrol Dial Transplant* (2007) 22: 3240-3245.doi: 10.1093/ndt/gfm.387. advance access publication 5 July 2007
- Burows, M.L.(2008) Early dialysis/nephrology nursing and recollections of CANNT; *The CANNT Journal*, Vol18, Issue 3
- Busuioc M, Tatomir P. G, Covic A. (2008) Dialysis or not in the very elderly ESRD patient, Romania: *Int Urol Nephrol*. 40: 1127-1132. DOI 10.1007/s11255-008-9435-7
- Dahlan, M.S,(2006) *Besar sampel dalam penelitian kedokteran dan kesehatan, seri 2*. Jakarta: Sagung Seto.
- Dahlan, M.S, (2008) *Langkah-langkah membuat proposal penelitian, seri 3*. Jakarta: Sagung Seto.
- Dahlan, M.S, (2008) *Statistik dalam penelitian kesehatan, seri 2*. Jakarta: Sagung Seto.
- Dogan S, Ekiz S, Yucel L, Ozturk S, Kazancioglu R. (2008) Relation of demographic, clinic and biochemical,parameters to peritonitis in peritoneal dialysis, Turkey: *Journal of Renal Care* 34 (1), 5-8

- Duke (2006) *Duke-UNC functional social support questionnaire*; American Society on Aging and American Society of Consultant Pharmacists Foundation. http://www.adultmeducation.com/AssessmentTools_4.html
- Dixon J, Borden P, Kaneko T.M, Shoolwertz A.C (2011) Multidisciplinary CKD care enhances outcomes at dialysis initiation, *Nephrology Nursing Journal*, Vol. 38, No 2
- Emergency Nurse. (2011) Caring for patients with kidney failure. *Emergency Nurse*. March 2011.vol 18.no10
- Gerrish, M. (2005) Implementing nurse pre-cribbing within the haemodialysis unit: *EDTNA, ERCA journal*, XXX13.
- Ghafari A, Sepehrvand N, Hatami S, Ahmadnejad E, Ayubian B, Maghsudi R, Kargar C. Effect of an educational program on awareness about peritoneal dialysis among patients on hemodialysis. *Saudi Ginjal Transpl Dis J* . 2010. 21:636-40
- Gomez, Valido, Celadilla, Quiros & Mojon. (1999). Validity of a standard information protocol provided to End-Stage Renal Disease patients and its effect on treatment selection, Canada: *Peritoneal Dialysis International*. Vol 19,pp:471-477
- Gupta R (1990) *Psychosocial Measures for Asian Americans: Tools for Practice and Research* www.columbia.edu/cu/ssw/projects/pmap
- Harwood, Wilson, Heidenheim & Lindsay. (2004). The advanced practice nurse-nephrologist care model: Effect on patient outcomes and hemodialysis unit team satisfaction, Canada: *International Society For Hemodialysis*
- Hastono, S.P. (2007) *Analisis data kesehatan*, Jakarta: FKM UI
- Henderson, S. (2004). *The role of the clinical nurse specialist in medical-surgical nursing*. <http://proquest.umi.com/pqdweb>
- Hidayat, A.A.A, (2007) *Metode penelitian keperawatan dan teknik analisis data*: Jakarta, Salemba Medika
- Hurlimann, B., Hofer, S., & Hirter, K. (2001). The role of the clinical nurse specialist. *International Nursing Review*, 48, 58-64
- Ignatavicius & Workman, M.L. (2006) *Medical surgical nursing: critical thinking for collaborative care*. 5 Edition. Elsevier Saunder. St.Louis Missouri

- _____. (2011). *Informasi upah minimum regional/upah minimum kabupaten*. <http://allows.wordpress.com/2009/01/12/informasi-upah-minimum-regional-umr/>
- Joel, L.A. (1995). The CNS and NP roles: controversy and conflict. *American Journal of Nursing*, 4, 7
- Kallenbach et al. (2005) *Review of hemodialysis for nursing and dialysis personnel 7th Edition*. Elsevier Saunders. St Louis Missouri
- Kausz A.T, Obrador G.T, Arora P, Ruthazer R, Levey A.S & Perpeira B. J.G. (2000) Late initiation of dialysis among women and ethnic minorities in the United States. Mexico: *Juornal of the American Society of Nephrology*. 1046-6673/1112-2351
- Lants, P.M, Hause,J.S, Lepkowski J.,Williams D.R, Mero R.P. & Chen J , (1998), *Socioeconomic factors, health behaviors, and mortality*. *Journal of the American Medical Association dalam Mac Arthur*, CT. Research Network on Sosioeconomic Status and Health . <http://www.macses.ucsf.edu/Research/Social%20Enviroment/notebook/economic.htm>
- Ledebo et.al.(2001) Initition of dialysis-opinion from an international survey: Report on the dialysis opinion symposium at the ERA-EDTA. Congress, 18 September 2000. *Nephrol Dial Transplant*. 16:1132-1138.
- Lemeshow et al. (1997) *Besar sampel dalam senelitian kesehatan*. Yogyakarta: Gadjah mada University Press
- Loretz L, (2005) *Primary care tools for clinicians*. USA: Elsevier Mosby
- McClellan, Stanwyck & Anson. (1993) Social support and subsequent mortality among patients with End-Stage Renal Diseases. *J.Am.Soc.Nephrol*, Vol 4: 1028-1034
- McCreaddie. (2001) The role of the clinical nurse specialist, *Nursing Standard*; Nov 21- 27, 2001; 16, 10; *ProQuest Health and Medical Complete*. pg. 33
- McColl E at al, (2001) Design and use of questionnaires : a review of best practice applicable to surveys of health service staff and patients. Southampton; *health Technology Assessment*. Vol 3 No 31
- Mc Donough, Duncan, William & Hause. (1997). Income dynamics and adult mortality in the united states, 1972, through 1989. *American Journal of public health dalam Mac Arthur*, CT. Research Network on Sosioeconomic Status and Health . <http://www.macses.ucsf.edu/Research/Social%20Enviroment/notebook/economic.htm>

- Murphy, F, Byrne G, (2009) Chronic kidney disease stages 4-5: Patient management: *British Journal of Cardiac Nursing*, Vol 4. No 2
- National Kidney Foundation (2000) *K/DOQI Clinical practice guideline for chronic kidney disease: Evaluations, classification and stratification*. http://www.kidneyorg/professionals/kdoqi/guideline_ckd/htm
- NKUDIC (2010) *Kidney and urologic disease statistic for the United States*. <http://kidney.niddk.nih.gov/kudiseases/pubs/kustats/D>.
- Neyhart C, et al (2010) A new nursing model for the care of patient with chronic kidney diseases: *The UNC Kidney center Nephrology Nursing Journal*, Vol37, no 2
- Nissenson R.A., & Fine R.N., (2002) *Dialysis therapy*, Third Edition. Hanley & Belfos. Inc, Philadelphia, New York
- Notoatmojo, S. (2002) *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Notoatmojo, S. (2003). *Prinsip-prinsip dasar ilmu kesehatan masyarakat*, cetakan ke-2, Jakarta: Rineka Cipta
- Notoatmojo, S. (2003) *Pendidikan dan perilaku kesehatan*, Jakarta: Rineka Cipta
- Nulsen R.S., Yaqoob M.M., Mahon A., Stoby-Fields M., Kelly M., Varagunam M. (2008). Prevalence of cognitive impairment in patients attending pre-dialysis clinic. *Journal of Renal Care* 34(3), 121-126
- Obrador, G.T., Ruthtazer, R., Arora, P., Kausz A.T., Pereira, B.J. (1999) Prevalence of and factors associated with suboptimal care before initiation of dialysis in the United States. *J Am Soc Nephrol*. 10(8):1793-800
- _____. (2008) *Pedoman pelayanan hemodialisis di sarana pelayanan kesehatan*. Jakarta: Direktorat Bina Pelayanan Medik Spesialistik, Dirjen Bina Pelayanan Medik, Departemen Kesehatan RI
- Pernefri. (2003). *Konsensus dialisis perhimpunan nefrologi Indonesia*. Jakarta
- Pintrich, P.R. & Schunk D (1996) *Motivation in education: Theory, research & application*; New Jersey, Prentice Hall
- Polit, D.F., and Beck, C.T. (2006) *Essentials of nursing research: Methods, appraisal and utilization (6th Ed)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Walkins

- Porth, M.C (1998) *Pathophysiology: Concept of altered health states; 5th Ed*, Lippincott, Philadelphia, New York
- Price, S.A. & Wilson L.M (2003) *Patofisiologi konsep klinis proses penyakit; edisi 6*, Jakarta, EGC
- Riskesda (2007) <http://www.scribd.com/doc/31834110/indonesia-Riskesda-2007>, diunduh 20 Juni 2011.
- Robbins, S.P.(2001) *Organizational behavior: Concept, controversies and application*; New Jersey, Prentice Hall.
- Roderick P.J, Jones. C,Drey. N., (2002) Late referral for end stage renal disease: a region-wide survey in the south west of England. *Nephrol Dial Transplant*. 17:1252-1259.
- Roina, E, & Megawati, (2010). *Faktor-faktor yang mempengaruhi Laju Filtrasi Glomerulus*. <http://repository.usu.ac.id/handle/123456789/17405>, diunduh 4 Juli 2011.
- Rosansky, S.J, Clark, w.F, Eggers P, Glasscock, R.J (2009) Initiation of dialysis at higher GFRs: is the apparent rising tide of early dialysis harmful or helpful; *international Society of Nephrology*. <http://www.kidney-international.org>
- Sastroasmoro & Ismael (2002) *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis (Ed 2)*.Jakarta: Sagung Seto
- Shafer K, Rohrich B., (1999) The dilemma of renal replacement in patients over 80 years of age. *Nephrol Dial Transplant*. 35:35-36
- Sherbourne, C,D & Stewart, A.L., (1991) The MOS social support survey; *Soc.Sci.Med*.Vol 32. No 6.pp 705-714. Great Britain
- Smeltzer, S.C., Bare, B.G., Hinkle, J.L., Cheever, K.H. (2008) *Brunner & Suddharth's Textbook of medical-surgical nursing. 11 th Edition*. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins
- Soeparman (2007) *Buku ajar: Ilmu penyakit dalam*; Jakarta, EGC
- Sudoyo, Setiyohadi, Alwi, Simadibrata & Setiati. (2007) *Buku ajar: Ilmu penyakit dalam*, Jakarta: Pusat penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam, Fakultas Kedokteran, Universitas Indonesia
- Sugiono (2005) *Statistik untuk penelitian*. Bandung: CV Alfabeta

Suyono S & Walpanji (2001). *Buku ajar: Ilmu penyakit dalam, Jilid II, Edisi ketiga*. FKUI. Jakarta

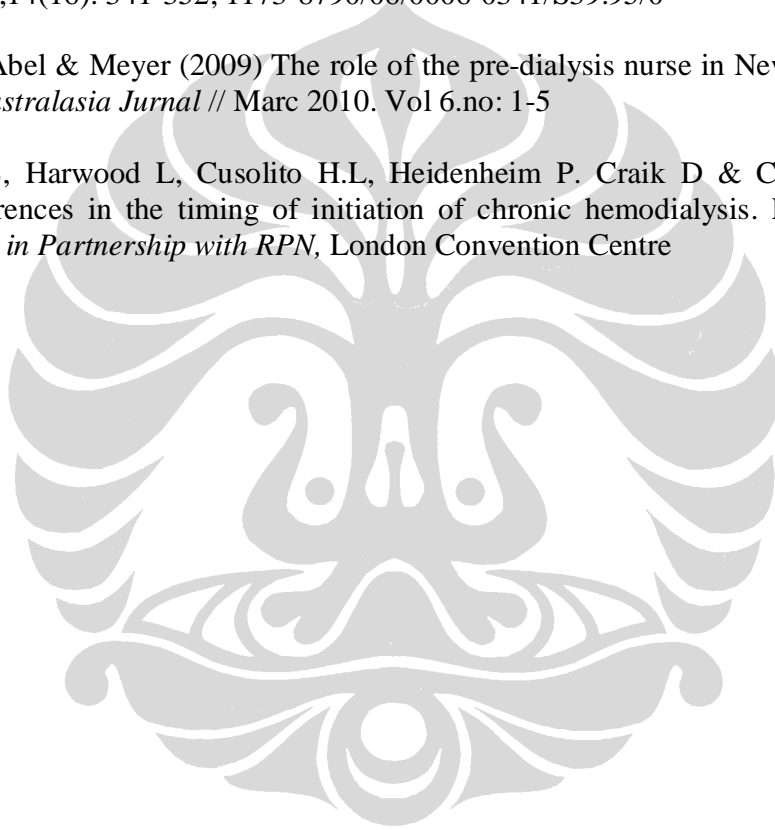
Thomas, N. (2002) *Renal nursing (2nd ed)*. London United Kingdom: Elsevier Science

Thomson, K.F, Bhargafa. J,Bachelor.R, Collis, R.B, Moss,A. H. (2008) Hospice and ESRD: knowledge deficits and underutilization of program benefits; *Nephrology Nursing Journal*, Vol 35.no 5

Vassalotti. J.A, Weinstein L.G, Gannon M.R & Brown W.W. (2006) Targeted screening and treatment of chronic kidney disease, New York, USA: *Dis Manage Health Outcomes* 2006;14(16): 341-352, 1173-8790/06/0006-0341/S39.95/0

Walker, Abel & Meyer (2009) The role of the pre-dialysis nurse in New Zaeland, *Renal Society of Australasia Jurnal* // Marc 2010. Vol 6.no: 1-5

Wilson B, Harwood L, Cusolito H.L, Heidenheim P. Craik D & Clark W.F.(2006) Gender differences in the timing of initiation of chronic hemodialysis. London,Ontario: *CANNT 2006 in Partnership with RPN*, London Convention Centre



PENJELASAN PENELITIAN

Judul Penelitian:

Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Inisiasi Dialisis Pasien Gagal Ginjal Tahap Akhir di RSUP Dr Soeradji Tirtonegoro Klaten.

Saya Ns. Daryani, SKep, mahasiswa Program Magister Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia kekhususan Keperawatan Medikal Bedah dengan NPM 0906504606, bermaksud melakukan penelitian untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi inisiasi dialisis pada pasien gagal ginjal tahap akhir di RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.

Prosedur penelitian yang akan dilakukan adalah mengisi kuisioner yang akan dilakukan oleh Bapak/Ibu/Saudara, yang berisi pertanyaan-pertanyaan yang berkaitan dengan faktor-faktor yang berpengaruh.

Hasil penelitian ini akan dimanfaatkan untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan di masa yang akan datang. Peneliti akan menghargai dan menjunjung tinggi hak-hak Bapak/Ibu/Saudara sebagai responden dan menjamin kerahasiaan identitas dan data yang diberikan. Bapak/Ibu/Saudara dapat mengundurkan diri sewaktu-waktu apabila menghendakinya.

Melalui penjelasan singkat ini peneliti sangat mengharapkan partisipasi Bapak/Ibu/Saudara dalam penelitian ini. Atas kesediaan dan partisipasinya, peneliti ucapkan terimakasih.

.....Mei, 2011

Peneliti

Ns. Daryani, SKep

**SURAT PERMOHONAN
UNTUK BERPARTISIPASI SEBAGAI RESPONDEN PENELITIAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Daryani, Skep.Ns.
Alamat : Tegal Baru RT 03/RW 07, Gumulan, Klaten.
Pekerjaan : Mahasiswa Pascasarjana Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah
Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Dengan Hormat,

Dengan ini mengajukan permohonan kepada Bapak/Ibu/Saudara untuk bersedia menjadi responden penelitian yang akan saya lakukan, dengan judul “Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Inisiasi Dialisis Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Tahap Akhir Di RSUP Dr Soeradji Tirtonegoro Klaten” .

Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi inisiasi dialysis pada pasien gagal ginjal kronik tahap akhir di RSUP Dr Soeradji Tirtonegoro Klaten.

Manfaat dari penelitian ini adalah pemberian asuhan keperawatan pada pasien lebih komprehensif/menyeluruh, sehingga permasalahan pasien dapat diatasi.

Bersama ini saya sebagai peneliti mohon kesediaan Bapak/Ibu/Saudara untuk bersedia menjadi responden dalam penelitian ini. Penelitian ini tidak menimbulkan kerugian dan tidak menimbulkan resiko apapun bagi Bapak/Ibu/Saudara sebagai responden.

Tahapan dalam penelitian ini adalah:

1. Peneliti akan mewawancarai Bapak/Ibu/Saudara terkait karakteristik demografi (Umur, Pendidikan, Pekerjaan)
2. LIII
3. Hasil wawancara dan kuisisioner akan didokumentasikan untuk keperluan penelitian.

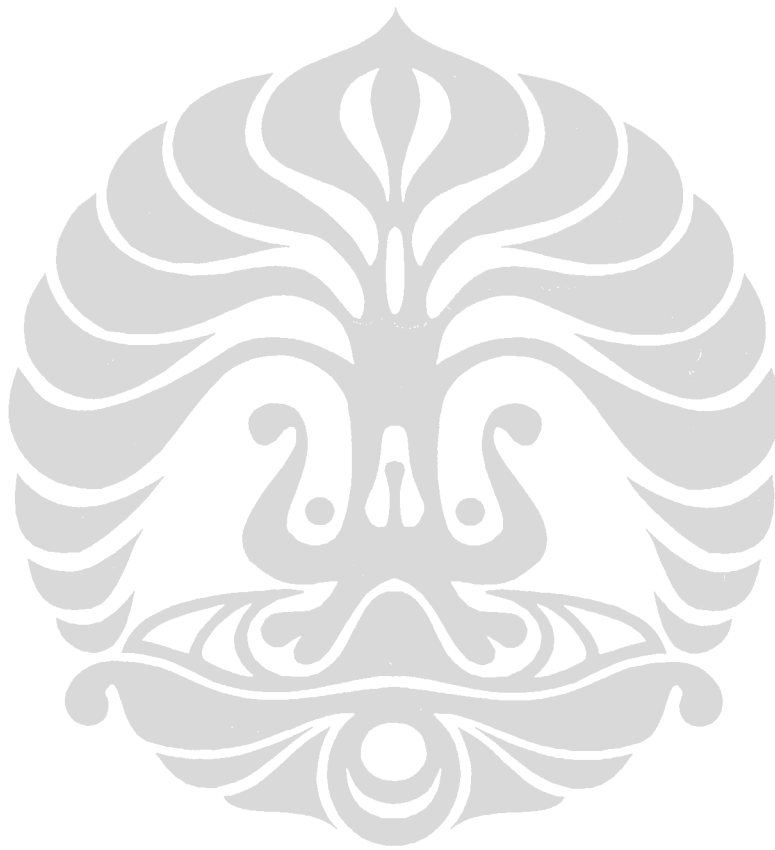
Saya sangat menghargai hak-hak Bapak/Ibu/Saudara sebagai responden. Identitas dan data atau informasi apapun yang diberikan akan peneliti jaga kerahasiaannya.

Demikian permohonan menjadi responden peneliti sampaikan. Atas perhatian dan kerjasama yang baik dari Bapak/Ibu/Saudara, peneliti menghaturkan banyak terimakasih.

Klaten, 2011

Hormat saya,

Daryani, SKep.Ns



**SURAT PERNYATAAN BERSEDIA
BERPARTISIPASI SEBAGAI RESPONDEN PENELITIAN**

Yang bertanda tangan dibawah ini saya:

Nama : _____
Umur : _____
Alamat : _____

Saya telah membaca surat permohonan dan mendapatkan penjelasan tentang penelitian yang akan dilakukan oleh saudara Daryani, Mahasiswa Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dengan judul “Faktor-faktor yang mempengaruhi inisiasi dialisis pasien gagal ginjal tahap akhir di RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten”

Saya telah mengerti dan memahami tujuan, manfaat serta dampak yang mungkin terjadi dari penelitian yang akan dilaksanakan. Saya mengerti dan yakin bahwa peneliti akan menghormati hak-hak saya sebagai responden, sehingga dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan dari pihak manapun, saya memutuskan untuk bersedia berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian ini.

Adapun bentuk kesediaan saya adalah:

1. Meluangkan waktu untuk mengisi kuisisioner.
2. Memberikan informasi yang benar dan sejujurnya terhadap apa yang ditanyakan oleh peneliti.

Demikian surat pernyataan ini saya buat, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Mengetahui
Peneliti

....., Mei 2011
Yang membuat pernyataan,

Ns. Daryani, SKep

Nama & Tanda tangan

Lampiran 4

Kode:

KUISIONER PENELITIAN
FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI INISIASI DIALISIS PADA
PASIEEN GAGAL GINJAL TAHAP AKHIR DI RSUP DR SOERADJI T KLATEN

PETUNJUK PENGISIAN:

1. Bentuk 1: Pengisian jawaban dilakukan dengan memberi tanda ceklis (√) pada kotak jawaban yang sudah tersedia.
2. Bentuk 2: Pengisian jawaban dilakukan dengan menuliskan jawaban sesuai dengan pertanyaan.
3. Pengisian kuisisioner ini akan dipandu langsung oleh peneliti.
4. Semua jawaban Anda adalah benar.

I. KUISISIONER A

1. Nama : _____ (Inisial)
2. Usia : _____ (tahun)
3. Alamat : _____
4. Jarak rumah dengan RS: _____ (kilometer)
5. Jenis Kelamin : Laki-laki Perempuan
6. Status Pernikahan Menikah Belum menikah/janda/duda
7. Tingkat Pendidikan :
 Tidak Sekolah SMA
 SD PT
 SMP

8. Pekerjaan:

- Tidak Bekerja Pegawai Swasta Pedagang
- Buruh PNS
- Petani Lain-lain:(Sebutkan)

9. Pendapatan perbulan : Rp _____

10. Status Asuransi :

- Tidak Asuransi Asuransi

11. Riwayat Penyakit penyebab gagal ginjal:

- Hipertensi DM/Penyakit gula
- Penyakit lain (Sebutkan): _____

12. Hasil Pemeriksaan LFG /CCT saat pertama kali didiagnosis GGTA: _____

ml/mnt

13. Hasil pemeriksaan kreatinin saat pertama kali didiagnosis GGTA: _____

14. Berat badan saat pertama kali cuci darah: _____

15. Pelaksanaan dialisis setelah didiagnosis GGTA:

- Tepat waktu Ditunda

II. KUISIONER B

KUISIONER DUKUNGAN KELUARGA

Saat sakit, seseorang memerlukan dukungan dari keluarga dan orang-orang terdekatnya. Pertanyaan dibawah ini berhubungan dengan bagaimana dukungan keluarga dan orang-orang terdekat, **saat Bapak/Ibu/Saudara pertama kali didiagnosa sakit Gagal Ginjal dan harus Cuci Darah.**

Petunjuk Pengisian:

1. Pengisian kuisisioner akan dipandu langsung oleh peneliti.
2. Semua jawaban Anda adalah benar.
3. Jawablah dengan memberi tanda (√) pada kotak jawaban yang sudah tersedia dengan ketentuan sebagai berikut:

Selalu = apabila **keluarga memberi dukungan setiap hari** kepada Anda.

Sering = apabila **keluarga memberi dukungan 2-3 hari sekali** kepada Anda

Kadang-kadang = apabila **keluarga memberi dukungan lebih dari 4 hari setelah Anda membutuhkan dukungan.**

Tidak Pernah = apabila **keluarga tidak pernah memberikan dukungan** kepada Anda.

NO	Pertanyaan	Selalu	Sering	Kadang-kadang	Tidak pernah
1	Saat sakit, ada anggota keluarga yang mendengarkan setiap keluhan anda.				
2	Saat Anda akan berobat ke RS, keluarga menyediakan kendaraan untuk mengantar Anda ke rumah sakit.				
3	Saat Anda dibawa ke RS ada anggota keluarga yang mendampingi Anda saat ke kerumah sakit.				
4	Keluarga menjaga Anda saat mondok di rumah sakit.				
5	Saat sakit, keluarga menunjukkan rasa sayang dan cinta kepada Anda.				
6	Saat sakit Anda benar-benar percaya bahwa keluarga akan membantu menyelesaikan masalah.				
7	Saat sakit dan Anda diharuskan cuci darah, keluarga memberikan nasehat yang baik.				

8	Saat sakit, keluarga membantu Anda membuat keputusan untuk pemilihan pengobatan.				
9	Keputusan Anda untuk cuci darah di dukung oleh keluarga.				
10	Keluarga menyediakan biaya untuk membayar saat anda pertama darah kali cuci.				
11	Keluarga berusaha membantu mengurus asuransi/jaminan kesehatan Anda.				
12	Keluarga membantu mengerjakan pekerjaan yang sebelumnya menjadi tanggung jawab Anda.				
13	Saat sakit, keluarga selalu membantu Anda dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari.				
14	Walaupun anda sakit, keluarga menyentuh, memeluk serta bercengkrama dengan Anda. .				
15	Saat sakit, keluarga peduli dan tetap perhatian dengan kondisi Anda.				
16	Saat sakit, keluarga setia mendampingi Anda.				
17	Saat sakit, Anda dapat membicarakan semua permasalahan dengan keluarga.				
18	Saat sakit, keluarga menghibur Anda.				
19	Saat sakit, keluarga memberikan rasa tenang dan nyaman kepada Anda.				
20	Saat sakit, keluarga mencari informasi kesehatan yang berhubungan dengan sakit Anda.				

III. KUISIONER C

KUISIONER DUKUNGAN PELAYANAN KESEHATAN

Saat Anda dirawat di Rumah Sakit, Anda berinteraksi dengan petugas pelayanan kesehatan (Dokter, perawat dan petugas yang lain). Pertanyaan dibawah ini berhubungan dengan sejauhmana **dukungan petugas kesehatan saat pertama kali Anda didiagnosa sakit Gagal Ginjal dan harus Cuci darah.**

Petunjuk Pengisian:

1. Pengisian kuisisioner akan dipandu langsung oleh peneliti.
2. Semua jawaban Anda adalah benar.
3. Jawablah dengan memberi tanda (√) pada kotak jawaban yang sudah tersedia dengan ketentuan sebagai berikut:
Selalu = apabila **petugas kesehatan memberi dukungan setiap hari** kepada Anda.
Sering = apabila **petugas kesehatan memberi dukungan 2-3 hari sekali** kepada Anda
Kadang-kadang = apabila **petugas kesehatan memberi dukungan > 4 hari sekali** kepada Anda.
Tidak Pernah = apabila **petugas kesehatan tidak pernah memberikan dukungan** kepada Anda.

No	Pertanyaan	Selalu	Sering	Kadang-kadang	Tidak Pernah
1	Petugas kesehatan, khususnya perawat memberikan perhatian terhadap perasaan khawatir yang Anda rasakan akibat menderita gagal ginjal.				
2	Petugas kesehatan, khususnya perawat peduli terhadap harapan yang Anda inginkan.				
3	Petugas kesehatan, dokter ataupun perawat memberikan informasi tentang penyakit yang Anda derita dengan jelas dan mudah dipahami.				
4	Petugas kesehatan, dokter ataupun perawat mendiskusikan penyakit yang Anda derita.				

5	Petugas kesehatan, dokter ataupun perawat menjelaskan penatalaksanaan yang harus Anda jalani.				
6	Petugas kesehatan memberitahu hasil pemeriksaan laboratorium kepada Anda.				
7	Petugas kesehatan, dokter ataupun perawat memberi kesempatan pada Anda untuk bertanya kembali tentang hal-hal yang belum dipahami				
8	Petugas kesehatan menjelaskan mengapa dialisis perlu dilakukan kepada Anda.				
9	Petugas kesehatan, menjelaskan secara singkat dan jelas prinsip dialisis yang dilakukan.				
10	Petugas kesehatan menjelaskan tindakan mencegah komplikasi penyakit yang Anda derita.				
11	Petugas kesehatan mendukung terhadap tindakan untuk mencegah komplikasi dari penyakit yang Anda derita.				
12	Petugas kesehatan, dokter ataupun perawat menunjukkan sikap menghormati kepada Anda.				
13	Petugas kesehatan, dokter dan perawat menunjukkan sikap menghargai Anda.				
14	Petugas kesehatan, memberi perhatian penuh terhadap permasalahan yang Anda hadapi.				
15	Petugas kesehatan, dokter ataupun perawat meluangkan waktu untuk Anda mengungkapkan permasalahan yang dihadapi.				

16	Petugas kesehatan, dokter ataupun perawat memberi dukungan terhadap keputusan pengobatan yang Anda ambil.				
17	Petugas kesehatan memberikan arahan yang baik, terhadap keputusan pengobatan yang Anda pilih.				
18	Anda mendapatkan pelayanan yang cepat dari petugas kesehatan saat membutuhkan perawatan/bantuan tindakan.				
19	Petugas kesehatan memberikan arahan yang benar, saat Anda membutuhkan informasi tentang jaminan kesehatan.				
20	Petugas kesehatan memberi anda rasa aman dan nyaman selama proses dialisis.				



UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

Komite Etik Penelitian Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

Faktor-faktor yang mempengaruhi inisiasi dialysis pada pasien gagal ginjal tahap akhir di RSUP. Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.

Nama peneliti utama : **Daryani**

Nama institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 19 Mei 2011

Ketua,

Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 001



Dekan,

Dewi Irawaty, MA, PhD

NIP. 19520601 197411 2 001



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : 1376/H2.F12.D/PDP.04.02/2011 20 April 2011
Lampiran : --
Perihal : Permohonan ijin uji instrument penelitian

Yth. Direktur
RS. Islam
Klaten


Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Medikal Bedah Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:

Sdr. Daryani
0906504606

akan mengadakan uji instrument penelitian dengan judul : **"Faktor-faktor yang Mempengaruhi Inisiasi Dialisis pasien Gagal Ginjal Tahap Akhir di RSUP. Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten"**.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan uji instrument penelitian di RS. Islam Klaten.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.

Dekan,

Dewi Irawaty, MA, PhD
NIP 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth. :

1. Wakil Dekan FIK-UI
2. Kepala SDM RS. Islam Klaten
3. Kepala Litbang RS. Islam Klaten
4. Kepala Bidang Keperawatan RS. Islam Klaten
5. Kepala Ruangan Unit Hemodialisa RS. Islam Klaten
6. Sekretaris FIK-UI
7. Manajer Pendidikan dan Mahalum FIK-UI
8. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
9. Koordinator M.A. "Tesis"
10. Peringgal



UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : 1370/H2.F12.D/PDP.04.02/2011
Lampiran : --
Perihal : Permohonan ijin penelitian

20 April 2011

Yth. Direktur
RSUP. Dr. Soeradji Tirtonegoro
Klaten


Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Medikal Bedah Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:

Sdr. Daryani
0906504606

akan mengadakan penelitian dengan judul : **"Faktor-faktor yang Mempengaruhi Inisiasi Dialisis pasien Gagal Ginjal Tahap Akhir di RSUP. Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten"**.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan penelitian di RSUP. Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.

Dekan,

Dewi Irawaty, MA, PhD
NIP 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth. :

1. Wakil Dekan FIK-UI
2. Kepala SDM RSUP. Dr. Soeradji Tirtonegoro
3. Kepala Litbang RSUP. Dr. Soeradji Tirtonegoro
4. Kepala Bidang Keperawatan RSUP. Dr. Soeradji Tirtonegoro
5. Kepala Ruang Unit Hemodialisa RSUP. Dr. Soeradji Tirtonegoro
6. Sekretaris FIK-UI
7. Manajer Pendidikan dan Mahalum FIK-UI
8. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
9. Koordinator M.A. "Tesis"
10. Peringgal



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT
Dr. SOERADJI TIRTONEGORO

Jalan Dr. RT. Suradji Tirtonegoro Nomor 1,
 Telephone (0272) 326060 (4 Saluran Hunting), Fax. (0272) 321104,
 Email : rsupsoeradji_klaten@yahoo.com
 KLATEN



Nomor : DL.02.02.II.2.1/ 4840 /2011
 Hal : Ijin Penelitian

18 Mei 2011

Yang terhormat,
 Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan
 Universitas Indonesia
 di-
Jakarta

Sehubungan dengan surat Saudara, Nomor : 1370/H2.F12.D/PDP.04.02/2011, tertanggal 20 April 2011, perihal : Permohonan Ijin Penelitian, bersama ini disampaikan bahwa kami tidak keberatan memberikan ijin kepada mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Program Studi S2 Ilmu Keperawatan, atas :

Nama : Daryani
 NIM : 0906504606

Untuk mengadakan Penelitian di RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten guna menyusun Tesis dengan judul “ **Faktor-faktor yang Mempengaruhi Inisiasi Dialisis Pasien Gagal Ginjal Tahap Akhir di RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten Tahun 2010**”.
 Ijin ini berlaku selama tiga bulan terhitung diterbitkannya surat hingga tiga bulan berjalan (Tanggal 18 Mei s/d 18 Agustus 2011). Dan apabila dalam batas waktu yang ditentukan tidak selesai maka proses ijin harus diperbaharui.

Demikian untuk menjadikan periksa, atas perhatian dan kerjasama yang baik kami ucapkan terima kasih.



Direktur Umum, SDM dan Pendidikan

Dra. Nining Setyawati, M.Si.
 NIP. 196002201987032001

Tembusan Kepada Yth. :

1. Yang bersangkutan
2. Ka.Bidang Pelayanan Keperawatan

Lampiran 16Kode :

--	--	--

KUISIONER PENGKAJIAN KOGNITIF

No	Pertanyaan	Jawaban	Skore	
			Jawaban Benar	Jawaban Salah
1	Jam berapa sekarang?	Jam: WIB	0	3
2	Bulan apa sekarang?	Bulan:	0	3
3	Tahun berapa anda menikah? (bila sudah menikah) Tahun berapa anda lahir (bila belum menikah)	Tahun :	0	4
4	Coba hitung mundur mulai dari 20 sampai 1	20,19,18 dst 1	0	1 skor 2 >1 skor 4
5	Sebutkan bulan dalam satu tahun mulai dari Desember - Januari	Desember dst Januari	0	1 skor 2 >1 skor 4
6	Ulangi pertanyaan diatas (1-5)	Jam: WIB Bulan: Tahun : 20,19,18 dst 1 Desember dst Januari	0	1 skor 2 2 skor 4 3 skor 6 4 skor 8 Salah semua skor 10
TOTAL SKOR				

Kesimpulan: Skor lebih dari 8 → Indikasi Gangguan Kognitif.

Sumber: Loretz L. (2005) *Primary Care Tools for Clinicians, A Compendium of Forms, Quistionnare, and Rating Scales for Everyday Practice*; Elsevier Mosby