

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Gagal Ginjal

a. Definisi

Gagal ginjal adalah suatu keadaan yang tidak akan bisa kembali sembuh / baik, satu hal yang bisa dilakukan saraf diketahui menderita gagal ginjal kronik adalah memperlambat perkembangan gagal ginjal kronik menjadi gagal ginjal terminal. Hal ini bisa dilakukan dengan memperlambat laju penurunan fungsi ginjal, mencegah kerusakan ginjal lebih lanjut dan pengelolaan berbagai masalah yang bisa dirasakan penderita gagal ginjal kronik. Dalam penanganannya, sesuai dengan kondisi yang diderita, dokter akan berusaha mengontrol tekanan darah sebagai penyebab atau akibat dari penyakit gagal ginjal kronik juga akan diatur konsumsi garam Natrium, Fosfor, Protein serta mengatur kadar lemak darah agar tidak menimbulkan akibat yang lebih serius (komplikasi). Penderita harus berkonsultasi dengan ahli gizi dan berusaha mematuhi. (Eric Tapan, 2000)

Gagal ginjal terjadi apabila kedua ginjal sudah tidak mampu mempertahankan lingkungan dalam yang cocok untuk kelangsungan hidup. Laju penyaringan glomerulus (*Glomerular Filtration Rate*)

normal adalah 100-120 ml/menit/1.73 m².Gagal ginjal kronik ditandai dengan terjadinya penurunan laju penyaringan glomerulus (GFR). Dengan menurunnya kecepatan penyaringan ini, kadar urea darah meningkat dan nefron yang masih berfungsi akan mengalami hipertofi.

b. Anatomi dan Fungsi Ginjal

1) Anatomi Ginjal

Ginjal adalah sepasang organ saluran kemih yang terletak di rongga retroperitoneal bagian atas.Bentuknya menyerupai kacang dengan sisi cekungnya menghadap medial.Ukuran ginjal rata-rata adalah 11,5 cm (panjang), 6 cm (lebar), 3,5 cm (tebal).Beratnya bervariasi sekitar 120-170 gram.Ginjal dibungkus oleh jaringan fibrous tipis dan berkilau yang disebut *true capsule* (kapsul fibrosa) ginjal dan di luar kapsul ini terdapat jaringan lemak perirenal.

Ginjal terdiri atas tiga area yaitu korteks, medula dan pelvis.

- a. Korteks, merupakan bagian paling luar ginjal, di bawah kapsula fibrosa sampai dengan lapisan medulla, tersusun atas nefron-nefron yang jumlahnya lebih dari 1 juta. Semua glomerulus berada di korteks.
- b. Medula, terdiri dari saluran-saluran atau duktus kolekting yang disebut pyramid ginjal yang tersusun atas 8-18 buah.

- c. Pelvis, merupakan area yang terdiri dari kalik minor yang kemudian bergabung menjadi kalik mayor. Empat sampai lima kalik minor bergabung menjadi kalik mayor dan dua sampai tiga kalik mayor bergabung menjadi pelvis ginjal yang berhubungan dengan ureter bagian proksimal.

2) Fungsi Ginjal

Utama ginjal adalah menjaga keseimbangan internal (*milieu interieur*) dengan jalan menjaga komposisi cairan ekstraseluler. Untuk melaksanakan hal itu, sejumlah besar cairan difiltrasi di glomerulus dan kemudian direabsorpsi dan disekresi di sepanjang nefron sehingga zat-zat yang berguna diserap kembali dan sisa-sisa metabolisme dikeluarkan sebagai urin. Sedangkan air ditahan sesuai dengan kebutuhan tubuh kita.

c. Etiologi

Gagal ginjal tidak selalu sama diberbagai negara dan juga polanya berubah sesuai dengan kondisi tiap negara. *Glomerulonefritis* merupakan etiologi yang utama diseluruh dunia, tetapi di Indonesia dan beberapa negara berkembang tidak selalu *glomerulonefritis* menjadi penyebab terbesar (Tambayong, 2000). Adapun sebab – sebab gagal ginjal kronik yang sering ditemukan dapat dibagi menjadi 8 golongan yaitu, sebagai berikut: (Soenarso, 2004)

- 1) Penyakit glomerulus primer : penyakit glomerulus akut termasuk glomerulonefritis progresif cepat, penyebab terbanyak adalah glomerulonefritis kronik.
- 2) Penyakit tubulus primer :hiperkalemia primer, hipokalemia kronik, keracunan logam berat seperti tembaga.
- 3) Penyakit vaskuler : iskemik ginjal akibat kongenital atau stenosis arteri ginjal, hipertensi
- 4) Infeksi : pielonefritis kronik atrofi, tuberkulosis
- 5) Obstruksi : batu ginjal, fibrosis, retroperitoneal, pembesaran prostat,striktur, uretra dan tumor
- 6) Penyakit autoimun : lupus eritematosus, sistemik, poliarteritis nodosa,sklerodema
- 7) Penyakit ginjal metabolik : diabetes melitus, amelordosis, nefropatik, analgesik, gout

Gagal ginjal kronik merupakan kelanjutan dari beberapa jenis seperti:

- a. *Glomerulosnefritis*
- b. Infeksi kronis misalnya tuber-kolusis
- c. Kelainan bawaan seperti kista ginjal
- d. Obstruksi ginjal seperti batu ginjal
- e. Obat-obatan yang merusak ginjal misalnya pemberian terapi aminoglikosida dalam jangka panjang

- f. Penyakit endokrin misalnya diabetes melitus
- g. Penyakit jaringan pengikat misalnya pada lupus
- h. Penyakit vaskuler seperti hipertensi

d. Tanda dan gejala

Begitu banyaknya sistem tubuh yang terganggu pada saat menderita gagal ginjal kronik. Tanda-tanda yang bisa diperoleh jika seseorang telah menderita gagal ginjal kronik dibagi berdasarkan sistem, adalah sebagai berikut: (Soenarso, 2004)

1. Gangguan pada sistem pencernaan

- a) Tidak normalnya metabolisme tubuh. Akibat fungsi ginjal terganggu, metabolisme protein di usus menjadi terganggu dan terbentuk zat-zat seperti amonia, dan lain-lain. Usus menjadi sembab.
- b) Bau yang khas yang keluar dari mulut Fetor uremik adalah bau yang khas yang keluar dari mulut ada nafsu makan, mual hingga muntah-muntah. Ini terjadi karena gangguan penderita yang disebabkan oleh ureum yang berlebihan pada air liur. Oleh bakteri di mulut (yang biasanya memang ada), ureum ini diubah menjadi amoniak sehingga bernapas dan berbicara pun berbau amonia. Selain itu juga bisa timbul luka-luka kecil pada bibir (stomatitis).
- c) Sering mengalami cegukan, penyebabnya kenapa hal ini terjadi, belum diketahui.

d) Menderita sakit maag, dan peradangan pada usus.

2. Gangguan pada kulit

- a) Kulit gatal, pucat dan kekuning-kuningan. Penderita gagal ginjal kronik akan menjadi lebih putih (pucat) akibat anemia dan berwarna kuning akibat penimbunan urokrom. Selain itu bisa terdapat luka-luka gores akibat sering menderita gatal dan digaruk. Gatal terjadi karena racun yang tidak bias dikeluarkan pada air seni 'keluar' melalui kulit. Tentunya peranan kulit tidak sehebat ginjal dalam hal pengeluaran racun. Akibatnya hanya sebagian kecil saja racun yang bisa dikeluarkan kulit, namun efeknya sangat besar bagi kulit karena memang kulit tidak dipersiapkan untuk itu.
- b) Sering terjadi memar akibat terganggunya fungsi pembekuan darah (menurun).

3. Sistem hematologi/darah

Kurang darah atau anemia. Anemia pada gagal ginjal kronik terjadi karena banyak sebab yang saling mendukung. Oleh karena itu hanya mengobati/memperbaiki salah satu sebab saja tidaklah optimal.

4. Gangguan pada sistem saraf dan otot

- a) Sering merasa pegal pada kaki. Sering pegal pada kaki atau diistilahkan dengan 'restless legsyndrome' bisa dialami oleh pasien gagal ginjal kronik. Akibatnya pasien sering menggerak-gerakan kakinya.

- b) Rasa seperti terbakar. Penderita bisa juga mengalami rasa seperti terbakar atau semutan terutama pada telapak kaki. Hal ini diistilahkan dengan burning feet syndrome.
 - c) Ensefalopati metabolik. Ensefalopati metabolik mengakibatkan perasaan lemah, tidak bias tidur, gangguan konsentrasi, tremor hingga bisa menyebabkan kejang.
 - d) Kelemahan otot. otot pasien menjadi lemah dan mengecil pada tungkai.
5. Gangguan pada sistem Jantung dan pembuluh darah (kardiovaskuler)
- a) Terjadi peningkatan tekanan darah (hipertensi). Hipertensi terjadi akibat penimbunan cairan dan terganggunya produksi renin seperti yang pernah dijelaskan. Tekanan darah bias meningkat akibat enksaan gagal ginjal kronik, tapi bisa juga tekanan darah yang tidak terkontrol menyebabkan gagal ginjal yang kronik.
 - b) Sering mengalami nyeri dada dan sesak napas. Hal ini disebabkan karena selaput pembungkus jantung (perikard) mengalami radang yang diistilahkan dengan perikarditis.
 - c) Penyakit jantung koroner bisa juga terjadi akibat aterosklerosis yang timbul dini. Aterosklerosis terjadi karena gangguan metabolisme lemak yang terjadi pada penderita gagal ginjal kronik ini.

6. Gangguan sistem endokrin (hormonal)

- a) Terjadi penurunan libido, fertilitas dan aktivitas seksual lainnya. Pada wanita bisa terjadi gangguan menstruasi hingga tidak dapat mens lagi.
- b) Terjadi gangguan metabolisme glukosa, resistensi insulin hingga gangguan produksi insulin yang menyebabkan penyakit kencing manis (diabetes melitus).
- c) Gangguan metabolisme lemak yang ditandai dari meningkatnya kadar trigliserid, kolesterol, dan lain-lain dalam darah
- d) Gangguan metabolisme vitamin D. Disamping gangguan metabolisme bahan bahan nutrisi, penderita gagal ginjal kronik juga mengalami gangguan akibat perubahan-perubahan dalam fungsi hormon penurunan fungsi imun dengan berbagai penyakit yang menyertai dan sering telah memakan obat. Sedangkan penurunan fungsi imun juga dapat mempengaruhi penurunan status gizi pada gagal ginjal kronik (Suhardja,2003).

e. Patofisiologi

Gagal ginjal kronik ditandai dengan penurunan laju penyaringan glumerulus (GFR), sehingga kadar urea darah meningkat, kenaikan kadar urea darah dan meningkatnya proses penyaringan oleh nefron yang mengalami hipertropi, menyebabkan muatan solut yang sampai kemasing masing tubulus yang masih berfungsi akan menjadi lebih besardari pada

keadaan normal (William E,2009). Menurut teori Nefron utuh, kehilangan fungsi ginjal normal akibat dari penurunan jumlah nefron yang berfungsi dengan tepat. Gambaran parsial dari teori ini adalah bahwa keseimbangan antara glomerulus dan tubulus dipertahankan nilai jumlah nefron berkurang sampai yang tidak adekuat untuk mempertahankan keseimbangan hemostatis akibatnya mempengaruhi semua sistem tubuh karena ketidakmampuan ginjal melakukan fungsi metaboliknya dan untuk membersihkan toksin dari darah (Tambayong, 2000). Gangguan metabolisme protein pada gagal ginjal kronik biasanya karena kadar serum menurun dan profil asam amino juga berubah. Asam Amino Esensial (AAE) cenderung menurun yaitu triptoplam, valin, leusin dan lisin. Sedangkan total asam amino non esensial meningkat, apalagi perubahan profil asam amino ini multi faktorial yaitu adanya perubahan ekskresi di ginjal, menurunnya metabolisme dan katabolisme, gangguan enzimatif dan gangguan absorpsi usus juga berperan dalam proses ini. (Ramirudin,2008)

f. Gambaran laboratorium

Gambaran laboratorium penyakit ginjal kronik meliputi: (Whitney,2008)

1. Sesuai penyakit yang mendasarinya
2. Penurunan fungsi ginjal berupa peningkatan kadar natrium dan kreatinin serum serta penurunan LKG (Laju Filtrasi Glomerulus)
3. Kalium biokimia darah meliputi penurunan kadar hemoglobin, peningkatan kadar asam urat, hiper atau hipolemia, hipotremia,

hiper atau hipokloremia, hiperfasfotemia, hipokalsemia, asidosis metabolic

4. Kelainan urinalisis meliputi profeinuria, hemafuria

g. Perjalanan Klinis Gagal Ginjal Kronik (GGK)

Perjalanan umum Gagal ginjal kronik dapat dibagi menjadi 3 (tiga) stadium, yaitu:

1) Stadium I

Stadium pertama dinamakan penurunan cadangan ginjal. Selama stadium ini kreatinin serum dan kadar BUN (*Blood Urea Nitrogen*) normal (10-20 mg/100 ml) dan penderita asimtomatik. Gangguan fungsi ginjal hanya dapat diketahui dengan tes pemekatan kemih dan tes GFR yang teliti.

2) Stadium II

Stadium kedua dinamakan insufisiensi ginjal.

- a) Pada stadium ini, dimana lebih dari 75% jaringan yang berfungsi telah rusak.
- b) GFR besarnya 25% dari normal
- c) Kadar BUN dan kreatinin serum mulai meningkat dari normal.
- d) Gejala-gejala nokturia atau sering berkemih di malam hari sampai 700 ml dan poliuria (akibat dari kegagalan pemekatan) mulai timbul

3) Stadium III

Stadium ketiga dinamakan gagal ginjal stadium akhir atau uremia.

Sekitar 90% dari massa nefron telah hancur atau rusak, atau hanya sekitar 200.000 nefron saja yang masih utuh.

- a) Nilai GFR hanya 10% dari keadaan normal.
- b) Kreatinin serum dan BUN akan meningkat dengan mencolok.
- c) Gejala-gejala yang timbul karena ginjal tidak sanggup lagi mempertahankan homeostatis cairan dan elektrolit dalam tubuh, yaitu: oliguri karena kegagalan glomerulus, sindrom uremik.

h. Tindakan

Pada umumnya faal ginjal yang masih tersisa diukur dengan klirens kreatinin. Pada gagal ginjal kronik nilai klirens kreatinin tidak lebih dari 5 ml/menit. Bila penderita berada dalam kondisi seperti ini, diperlukan pengobatan khusus yang disebut pengobatan atau terapi pengganti. Terapi pengganti pada gagal ginjal kronik antara lain adalah dialisis dan traspalasi ginjal. Dialisis adalah tindakan yang dilakukan terhadap penderita dengan penurunan fungsi ginjal berat, di mana ginjal tidak mampu lagi mengeluarkan produk-produk sisa metabolisme, mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit, serta memproduksi hormon-hormon. Ketidakmampuan ginjal mengeluarkan produk-produk sisa metabolisme menimbulkan gejala uremia. Dialisis dilakukan bila hasil test kliren kreatinin < 15 ml/menit. Tindakan dialisis meliputi :

1. Dialisis peritoneal

Salah satu bentuk dialisis untuk membantu penanganan pasien gagal ginjal akut maupun gagal ginjal kronis, menggunakan membrane tersebut darah filtrasi. Keuntungan dialisis bila dibandingkan dengan memodialisis, secara teknik lebih sederhana, cukup aman serta cukup efisien dan tidak memerlukan fasilitas khusus, sehingga dapat dilakukan di setiap rumah sakit. Cairan dialisis diinfusikan ke dalam kavum peritoneal antara lain dengan bantuan gaya berat. Setelah dibiarkan selama 20-30 menit, klem selang drainase dilepas dan cairan tersebut dibiarkan mengalir keluar dari kavum peritoneal dengan bantuan gaya berat (10-30 menit). Kemudian cairan dalam botol yang baru segera diinfusikan.

Dialyzer memiliki ukuran dan tingkat efisiensi yang berbedabeda, mesin yang lebih baru sangat efisien, darah mengalir lebih cepat dan masa dialisa lebih pendek (2-3 jam sedangkan mesin yang lama memerlukan waktu 3-5 jam). Sebagian besar penderita gagal ginjal kronik perlu menjalani dialisa sebanyak 3 kali / minggu. (Whitney, 2008).

2. Hemodialisa

Hemodialisa adalah suatu prosedur dimana darah dikeluarkan dari tubuh pasien dan beredar dalam sebuah mesin diluar tubuh yang disebut dialyzer. Prosedur ini memerlukan jalan masuk ke

aliran darah. Untuk memenuhi kebutuhan ini, maka dibuat suatu hubungan buatan diantara arteri dan vena (*fistula arteriovenosa*) melalui pembedahan, pada hemodialisa, darah penderita mengalir melalui selang yang dihubungkan ke fistula arteriovenosa dan dipompa kedalam dialyzer. Untuk mencegah pembekuan darah selama berada dalam dialyzer maka diberikan heparin. Didalam dialyzer, suatu selaput buatan yang memiliki pori-pori memisahkan darah dari suatu cairan (*dialiset*) yang memiliki komposisi kimia yang menyerupai cairan tubuh normal. Tekanan didalam ruang dialiset lebih rendah dibandingkan dengan tekanan didalam darah sehingga cairan, limbah metabolik dan zat-zat racun didalam darah disaring melalui selaput dan masuk kedalam dialyset. Tetapi sel darah dan protein yang besar tidak dapat menembus pori-pori selaput buatan ini. Darah yang telah dicuci lalu dikembalikan kedalam tubuh penderita. Transpalasi ginjal adalah terapi pengganti dengan cara mengganti ginjal yang sakit dengan ginjal donor. Setelah transpalasi sering terjadi hiperkatabolisme protein, kegemukan dan hiperlipidemia. Diet pada bulan pertama setelah transpalasi adalah energi cukup dengan protein tinggi, setelah itu berubah menjadi energi dan protein cukup. Karena sangat tergantung pada keadaan penderita, penyusunan diet dilakukan secara individual.

i. Diagnosa Gagal Ginjal

1) Anamnesis

Anamnesis dilakukan untuk mencari beberapa tolak ukur (parameter) yang menunjukkan adanya kemungkinan Gagal ginjal dengan mengumpulkan data gejala klinis Gagal ginjal, yang meliputi berbagai organ dan sistem dalam tubuh. Untuk memastikan Gagal ginjal, diperlukan data tentang riwayat penyakit pasien. Bila ada data yang menunjukkan penurunan faal ginjal yang bertahap (laju filtrasi glomerulus (LFG) yang progresif menurun) diagnosis tidaklah sulit.

2) Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium dilakukan untuk menetapkan adanya Gagal ginjal, ada tidaknya kegawatan, derajat Gagal ginjal, gangguan sistem dan membantu menetapkan etiologi. Dalam Menetapkan ada atau tidaknya gagal ginjal, tidak semua faal ginjal perlu diuji. Untuk keperluan praktis yang paling lazim diuji adalah laju filtrasi glomerulus. Pemeriksaan laboratorium yang mendekati laju filtrasi glomerulus adalah pemeriksaan tes klirens kreatinin.³⁴ Dialisis dilakukan apabila kadar kreatinin serum biasanya diatas 6 mg/100 ml pada laki-laki dan diatas 4 mg/100 ml pada wanita. Indikasi dialisis dapat juga dilakukan apabila kadar BUN (Blood Urea Nitrogen) >100 mg per 100 ml.

3) Pemeriksaan EKG

Pemeriksaan ini dilakukan untuk melihat kemungkinan hipertrofi ventrikel kiri, tanda-tanda perikarditis dan gangguan elektrolit.

4) Ultrasonografi (USG)

Pemeriksaan ultrasonografi dilakukan untuk menilai besar dan bentuk ginjal, tebal korteks ginjal, kepadatan parenkim ginjal, anatomi sistem pelviokalis, ureter proksimal, kandung kemih serta prostat. Pemeriksaan ini bertujuan untuk mencari adanya faktor yang reversibel dan menilai apakah proses sudah lanjut.

5) Foto Polos Abdomen

Foto polos abdomen dilakukan untuk menilai bentuk dan besar ginjal serta apakah ada batu atau obstruksi lain. Sebaiknya dilakukan tanpa puasa karena dehidrasi akan memperburuk fungsi ginjal.

6) Renogram

Pemeriksaan renogram dilakukan untuk menilai fungsi ginjal kiri dan kanan, lokasi gangguan (vaskuler, parenkim dan ekskresi) serta sisa fungsi ginjal

j. Pencegahan Gagal Ginjal

1) Pencegahan Primordial

Upaya ini dilakukan dengan cara menciptakan kondisi pada masyarakat yang memungkinkan penyakit Gagal ginjal tidak mendapat dukungan dari kebiasaan, gaya hidup dan faktor risiko lainnya. Pada

prinsipnya upaya pencegahan primordial yang dapat dilakukan adalah melakukan penyesuaian terhadap risiko yang ada dalam masyarakat dengan cara membentuk pola pikir masyarakat agar mengatur pola makan yang sehat dan minum air yang banyak (Jumlah yang dianjurkan adalah 2 liter per hari) agar terjaga kesehatan ginjal.

2) Pencegahan Primer

Pencegahan primer merupakan upaya yang dilakukan pada orang yang mempunyai risiko agar tidak terjadi gagal ginjal kronik. Orang yang berisiko tinggi untuk mengalami kerusakan ginjal adalah penderita diabetes, hipertensi, pasien dengan proteinuria dan lainnya.

Pencegahan primer yang dapat dilakukan adalah:

- a) Mengatur pola konsumsi protein.
- b) Sedikit mengonsumsi garam. Pola konsumsi garam yang tinggi akan meningkatkan ekskresi kalsium dalam air kemih yang dapat menumpuk dan membentuk kristal.
- c) Mengurangi makanan yang mengandung kolesterol tinggi.

3) Pencegahan Sekunder

Pencegahan sekunder merupakan upaya yang dilakukan untuk mencegah orang yang telah sakit agar sembuh, menghambat progresifitas penyakit dan menghindari komplikasi. Pencegahan sekunder dapat dilakukan dengan cara mendeteksi penyakit secara dini dan pengobatan secara cepat dan tepat.

2. Edukasi

1) Definisi

Penyuluhan kesehatan adalah penambahan pengetahuan dan kemampuan seseorang melalui tehnik praktek belajar atau instruksi dengan tujuan mengubah atau mempengaruhi perilaku manusia secara individu, kelompok maupun masyarakat untuk dapat lebih mandiri dalam mencapai tujuan hidup sehat (Depkes, 2002). Penyuluhan kesehatan adalah gabungan berbagai kegiatan dan kesempatan yang berlandaskan prinsip-prinsip belajar untuk mencapai suatu keadaan, dimana individu, keluarga, kelompok atau masyarakat secara keseluruhan ingin hidup sehat, tahu bagaimana caranya dan melakukan apa yang bias dilakukan, secara perseorangan maupun secara kelompok dengan meminta pertolongan (Effendy, 2003).

2) Sasaran

Sasaran penyuluhan kesehatan mencakup individu, keluarga, kelompok dan masyarakat. Penyuluhan kesehatan pada individu dapat dilakukan di rumah sakit, klinik, puskesmas, posyandu, keluarga binaan dan masyarakat binaan. Penyuluhan kesehatan pada keluarga diutamakan pada keluarga resiko tinggi, seperti keluarga yang menderita penyakit menular, keluarga dengan sosial ekonomi rendah, keluarga dengan keadaan gizi yang buruk, keluarga dengan sanitasi lingkungan yang buruk dan sebagainya. Penyuluhan kesehatan pada sasaran kelompok dapat dilakukan pada kelompok Ibu hamil,

kelompok ibu yang mempunyai anak balita, kelompok masyarakat yang rawan terhadap masalah kesehatan seperti kelompok lansia, kelompok yang ada di berbagai institusi pelayanan kesehatan seperti anak sekolah, pekerja dalam perusahaan dan lain-lain. Penyuluhan kesehatan pada sasaran masyarakat dapat dilakukan pada masyarakat binaan puskesmas, masyarakat nelayan, masyarakat pedesaan, masyarakat yang terkena wabah dan lain-lain (Effendy, 2003).

3) Materi/pesan

Materi atau pesan yang disampaikan kepada sasaran hendaknya disesuaikan dengan kebutuhan kesehatan dari individu, keluarga, kelompok dan masyarakat, sehingga materi yang disampaikan dapat dirasakan langsung manfaatnya. Materi yang disampaikan sebaiknya menggunakan bahasa yang mudah dimengerti, tidak terlalu sulit untuk dimengerti oleh sasaran, dalam penyampaian materi sebaiknya menggunakan metode dan media untuk mempermudah pemahaman dan untuk menarik perhatian sasaran (Effendy, 2003).

4) Metode

Menurut Notoatmodjo (2007), metode penyuluhan merupakan salah satu factor yang mempengaruhi tercapainya suatu hasil penyuluhan secara optimal. Metode yang dikemukakan antara lain :

a. Metode penyuluhan perorangan (individual)

Dalam penyuluhan kesehatan metode ini digunakan untuk membina perilaku baru atau seseorang yang telah mulai tertarik

pada suatu perubahan perilaku atau inovasi. Dasar digunakan pendekatan individual ini karena setiap orang mempunyai masalah atau alasan yang berbeda-beda sehubungan dengan penerimaan atau perilaku baru tersebut. Bentuk dari pendekatan ini antara lain :

i. Bimbingan dan penyuluhan

Dengan cara ini kontak antara klien dengan petugas lebih intensif. Setiap masalah yang dihadapi oleh klien dapat dikoreksi dan dibantu penyelesaiannya. Akhirnya klien akan dengan sukarela, berdasarkan kesadaran dan penuh pengertian akan menerima perilaku tersebut.

ii. Wawancara

Cara ini sebenarnya merupakan bagian dari bimbingan dan penyuluhan. Wawancara antara petugas kesehatan dengan klien untuk menggali informasi mengapa ia tidak atau belum menerima perubahan, ia tertarik atau belum menerima perubahan, untuk mempengaruhi apakah perilaku yang sudah atau akan diadopsi itu mempunyai dasar pengertian dan kesadaran yang kuat, apabila belum maka perlu penyuluhan yang lebih mendalam lagi.

b. Metode penyuluhan kelompok

Dalam memilih metode penyuluhan kelompok harus mengingat besarnya kelompok sasaran serta tingkat pendidikan formal pada sasaran. Untuk kelompok yang besar, metodenya akan berbeda

dengan kelompok kecil. Efektifitas suatu metode akan tergantung pula pada besarnya sasaran penyuluhan. Metode ini mencakup :

1) Kelompok besar, yaitu apabila peserta penyuluhan lebih dari 15 orang. Metode yang baik untuk kelompok ini adalah ceramah dan seminar.

i. Ceramah

Metode ini baik untuk sasaran yang berpendidikan tinggi maupun rendah. Halhal yang perlu diperhatikan dalam menggunakan metode ceramah adalah :

- Persiapan

Ceramah yang berhasil apabila penceramah itu sendiri menguasai materi apa yang akan diceramahkan, untuk itu penceramah harus mempersiapkan diri. Mempelajari materi dengan sistematika yang baik. Lebih baik lagi kalau disusun dalam diagram atau skema dan mempersiapkan alat-alat bantu pengajaran.

- Pelaksanaan

Kunci keberhasilan pelaksanaan ceramah adalah apabila penceramah dapat menguasai sasaran Untuk dapat menguasai sasaran penceramah dapat menunjukkan sikap dan penampilan yang meyakinkan. Tidak boleh bersikap ragu-ragu dan gelisah. Suara hendaknya cukup keras dan jelas.

Pandangan harus tertuju ke seluruh peserta. Berdiri di depan /dipertengahan, seyogianya tidak duduk dan menggunakan alat bantu lihat semaksimal mungkin.

ii. Seminar

Metode ini hanya cocok untuk sasaran kelompok besar dengan pendidikan menengah ke atas. Seminar adalah suatu penyajian dari seseorang ahli atau beberapa orang ahli tentang suatu topik yang dianggap penting dan dianggap hangat di masyarakat. Kelompok kecil, yaitu apabila peserta penyuluhan kurang dari 15 orang. Metode yang cocok untuk kelompok ini adalah diskusi kelompok, curah pendapat, bola salju, memainkan peranan, permainan simulasi.

c. Metode penyuluhan massa

Dalam metode ini penyampaian informasi ditujukan kepada masyarakat yang sifatnya massa atau public. Oleh karena sasaran bersifat umum dalam arti tidak membedakan golongan umur, jenis kelamin, pekerjaan, status ekonomi, tingkat pendidikan dan sebagainya, maka pesan kesehatan yang akan disampaikan harus dirancang sedemikian rupa sehingga dapat ditangkap oleh massa tersebut. Pada umumnya bentuk pendekatan masa ini tidak langsung, biasanya menggunakan media massa. Beberapa contoh dari metode ini adalah ceramah umum, pidato melalui media

massa, simulasi, dialog antara pasien dan petugas kesehatan, sinetron, tulisan dimajalah atau koran, bill board yang dipasang di pinggir jalan, spanduk, poster dan sebagainya.

5) Alat Bantu Penyuluhan (Edukasi)

Alat bantu penyuluhan adalah alat-alat atau perlengkapan yang diperlukan penyuluh guna memperlancar kegiatan penyuluhan. Alat bantu lebih sering disebut alat peraga yang merupakan alat atau benda yang dapat diamati, didengar, diraba atau dirasakan oleh indera manusia yang berfungsi sebagai alat untuk memperagakan dan atau menjelaskan uraian yang disampaikan secara lisan oleh penyuluh guna membantu proses belajar mengajar, agar materi lebih mudah diterima dan dipahami oleh sasaran. Pada garis besarnya hanya ada tiga macam alat bantu, yaitu sebagai berikut :

- a) Alat bantu lihat (visual aids) yang berguna dalam membantu menstimulasi indera mata (penglihatan pada waktu terjadinya proses pendidikan). Alat ini ada dua bentuk, yaitu alat yang diproyeksikan (slide, film, dan film strip) dan alat-alat yang tidak diproyeksikan.
- b) Alat bantu dengar (audio aids) yaitu alat yang dapat membantu untuk menstimulasi indra pendengar pada waktu proses penyampaian dalam pendidikan, misalnya piringan hitam, radio, pita suara, dan sebagainya.

- c) Alat bantu lihat/dengar (audio-visual aids) seperti televisi dan video cassette

3. Kesadaran (Awareness)

a. Definisi

Konsep kesadaran (awareness) sendiri didasari oleh adanya konsep perubahan perilaku terutamanya dalam perubahan perilaku kesehatan. Dimana seseorang menyadari tentang dirinya terhadap suatu permasalahan dalam hal ini penyakit yang akan dan sedang dialaminya.

Menurut Notoatmodjo (2003), pengetahuan atau kognitif merupakan dominan yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (overt behavior). Dari pengalaman perilaku didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Sebelum orang mengadopsi perilaku baru di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang beruntun yaitu:

- 1) Awareness (kesadaran), dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (objek).
- 2) Interest (merasa tertarik) terhadap stimulus atau objek tersebut. Disini sikap subjek sudah mulai timbul.
- 3) Evaluation (menimbang-nimbang) terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.
- 4) Trial, dimana subjek mulai mencoba melakukan sesuatu dengan apa yang dikehendaki oleh stimulus.

5) Adoption, dimana subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus.

b. Konsep Pengetahuan dan Perilaku

Pengetahuan merupakan hasil “tahu” dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indra manusia yaitu indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian pengetahuan manusia melalui telinga dan mata (Notoatmodjo, 2005).

Pengetahuan mempunyai enam tingkatan menurut Notoatmodjo (2005), yaitu: 1) tahu, 2) paham, 3) Aplikasi, 4) analisis, 5) sintesis, 6) evaluasi. Pengetahuan seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu: Pengalaman, tingkat pendidikan, keyakinan, fasilitas, penghasilan, sosial budaya.

c. Teori *Health Belief Model* (HBM)

Menurut teori health behavior dalam teori perilaku individu, salah satu teori dasar yang mencoba menerangkan konsep perilaku dan hal-hal yang menyebabkan seseorang melakukan tindakan merubah perilaku tersebut adalah teori *Health Belief Model* (HBM). Model perilaku Teori *Health Belief Model* (HBM) ini dikembangkan pada tahun 1950'an dan didasarkan atas partisipasi masyarakat pada program deteksi dini tuberculosis. Analisis terhadap berbagai factor yang mempengaruhi partisipasi masyarakat pada program tersebut kemudian

dikembangkan sebagai model perilaku. Health Belief Model didasarkan atas 3 faktor esensial:

- 1) Kesiapan individu untuk merubah perilaku dalam rangka menghindari suatu penyakit atau memperkecil risiko kesehatan
- 2) Adanya dorongan dalam lingkungan individu (Awareness) yang membuatnya merubah perilaku.
- 3) Perilaku itu sendiri.

Ketiga faktor di atas dipengaruhi oleh faktor-faktor lain yang berhubungan dengan kepribadian dan lingkungan individu, serta pengalaman berhubungan dengan sarana & petugas kesehatan.

Kesiapan individu dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti persepsi tentang kerentanan terhadap penyakit, potensi ancaman, motivasi untuk memperkecil kerentanan, dan adanya kepercayaan bahwa perubahan perilaku akan memberikan keuntungan. Faktor yang mempengaruhi perubahan perilaku adalah perilaku itu sendiri yang dipengaruhi oleh karakteristik individu, penilaian individu terhadap perubahan yang ditawarkan, interaksi dengan petugas kesehatan yang merekomendasikan perubahan perilaku, dan pengalaman mencoba merubah perilaku yang serupa (Herquanto, 2001).

Skor Kesadaran Terhadap Bahaya Gagal Ginjal.

Hal yang bisa dinilai dari pengetahuan seseorang tentang gagal ginjal, yaitu:

1) Mengetahui:

- a) Definisi gagal ginjal (skor 1)
- b) Fungsi ginjal (skor 1)
- c) Faktor risiko gagal ginjal (skor 3)
- d) Tanda dan gejala gagal ginjal (skor 2)
- e) Pencegahan gagal ginjal (skor 1)
- f) Pemeriksaan untuk mendiagnosis gagal ginjal (skor 2)

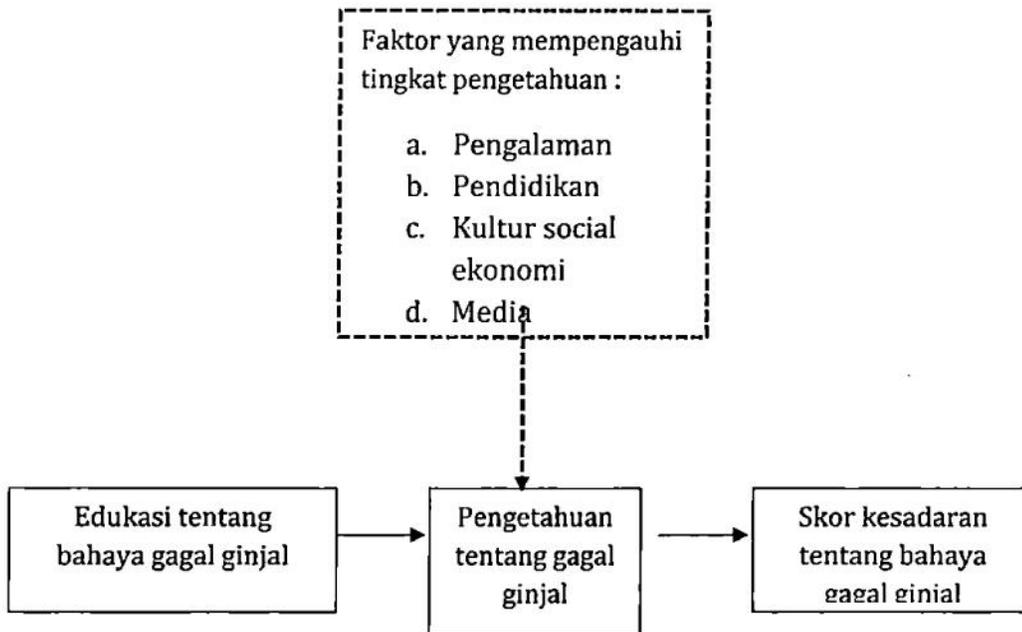
2) Tindakan bila tidak sakit:

- a) Rutin berolahraga (skor 1)
- b) Menghindari merokok, konsumsi alcohol, mengonsumsi air putih yang banyak (skor 3)
- c) Mengurangi makanan yang mengandung kolestrol tinggi dan tidak mengonsumsi obat-obatan yang tidak tepat (skor 3)

3) Tindakan bila sakit:

- a) Melakukan konsultasi ke dokter (skor 2)
- b) Melakukan penatalaksanaan gagal ginjal (skor 2)

B. Kerangka Konsep



Keterangan :

————— : Diteliti

- - - - - : Tidak diteliti

Gambar 2.1. Kerangka konsep

C. Hipotesis

1. Ada pengaruh edukasi tentang penyakit Gagal Ginjal terhadap skor kesadaran
2. Semakin tinggi tingkat pengetahuan masyarakat tentang Gagal Ginjal semakin tinggi skor kesadaran