

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

1. Sejarah RSUD dr. Doris Sylvanus Palangka Raya

Perkembangan RSUD dr. Doris Sylvanus dimulai pada tahun 1959 dengan adanya kegiatan klinik di rumah Abdul Gafar Aden, Jalan Satu Negara Nomor 447 yang dikelola sendiri dibantu oleh istrinya Ibu Lamos Lamon. Pada tahun 1960 klinik pindah ke jalan Suprpto (rumah mantan kepala dinas kesehatan provinsi Kalimantan Tengah) dan pada tahun 1961 pindah lagi di jalan Bahutai Danau (sekarang jalan Dr. Sutomo nomor 9) dan berubah menjadi rumah sakit kecil berkapasitas 16 tempat tidur yang dilengkapi dengan peralatan kesehatan beserta laboratorium.

Sampai dengan tahun 1973 rumah sakit Palangka Raya masih dibawah pengelolaan/milk pemerintah Dati II Kodya Palangka Raya dan selanjutnya dialihkan pengelolaannya/menjadi milik pemerintah Provinsi Dati I Kalimantan Tengah. Rumah sakit terus dikembangkan menjadi 67 tempat tidur dan pada tahun 1977 secara resmi menjadi rumah sakit kelas D (sesuai dengan klasifikasi Departemen Kesehatan RI). Kapasitas terus meningkat menjadi 100 tempat tidur pada tahun 1978. Pada tahun 1980 kelas rumah sakit ditingkatkan menjadi C sesuai dengan kriteria Departemen Kesehatan RI dan SK Gubernur Kalimantan Tengah Nomor 641/KPTS/1980 dengan kapasitas 162 tempat tidur.

Sembilan belas tahun kemudian pada tahun 1999 sesuai Perda nomor 11 tahun 1999 RSUD dr. Doris Sylvanus kelasnya ditingkatkan menjadi kelas B non pendidikan walaupun belum diterapkan secara operasional karena pejabatnya belum dilantik. Dengan dilantikya penjabat pengelola pada 1 Mei 2001, maka kelas B non pendidikan mulai diberlakukan secara operasional. Pada tahun 2011 RSUD dr. Dori Sylvanus terakreditasi 12 pelayanan dan menjadi badan layanan umum daerah.

a. Visi RSUD dr. Doris Sylvanus Palangka Raya

Menjadi rumah sakit unggulan di Kalimantan

b. Misi RSUD dr. Doris Sylvanus Palangka Raya

- 1) Meningkatkan pelayanan yang bermutu prima dan berbasis ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran (IPTEKDOK)
- 2) Meningkatkan sumber daya manusia yang profesional dan berkomitmen tinggi
- 3) Meningkatkan prasarana dan sarana yang modern
- 4) Meningkatkan manajemen yang efektif dan efisien
- 5) Meningkatkan kualitas pendidikan dan penelitian dibidang kedokteran dan kesehatan.

c. Motto RSUD dr. Doris Sylvanus Palangka Raya

“BAJENTA BAJORAH” Memberikan pelayanan dan pertolongan kepada semua orang dengan ramah tamah, tulus hati dan kasing sayang.

d. Falsafah RSUD dr. Doris Sylvanus Palangka Raya

Pelanggan atau pengunjung rumah sakit adalah insan sosial karena itu hak dan ketentraman harus dijamin dengan cara pelayanan yang bermutu dan santun.

2. Unit hemodialisis

Unit hemodialisis bertempat di RSUD dr. Doris Sylvanus Provinsi Kalimantan Tengah yang berada pada lantai satu, unit ini memiliki sebanyak 29 alat cuci darah yang dapat digunakan, terdapat 2 dokter umum pelaksana Unit HD 8 perawat mahir HD, 7 perawat belum mahir, 1 teknisi khusus HD/Elektromedik, 1 internis penanggung jawab unit HD, serta 2 tenaga kontrak administrasi bagian HD. Mayoritas pasien yang datang ke ruang HD yaitu pasien dengan penyakit gagal ginjal kronik.

B. Analisis Univariat

Analisis data yang digunakan untuk penelitian ini yaitu analisa univariat yang menggunakan penjabaran deskriptif mengenai distribusi frekuensi dan proporsi masing-masing variabel yang diteliti yaitu variabel bebas dan variabel terikat.

1. Karakteristik responden

Karakteristik responden yang menjadi objek penelitian ini dikelompokkan berdasarkan jenis kelamin, umur, status gizi.

a. Umur

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan diperoleh karakteristik sampel berdasarkan umur yang tersaji dalam tabel 4.1

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Sampel Berdasarkan Umur

Umur (tahun)	Jumlah (n)	Presentase (%)
35-49	4	40%
50-65	6	60%
Total	100	100%

Sumber : Data sekunder 2024

Berdasarkan tabel 4.1 diketahui bahwa sebagian besar sampel pada penelitian ini adalah berusia 50-65 tahun dengan jumlah sebanyak 6 orang (60%) diikuti dengan jumlah sampel berusia 35-49 tahun sebanyak 4 orang (40%).

Penelitian ini sejalan dengan Devi *et al*, (2022) yang menyebutkan usia, pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis terbanyak adalah kelompok usia 45-64 tahun, baik pasien baru maupun pasien aktif. Hal ini disebabkan semakin bertambah umur seseorang maka fungsi renal akan semakin menurun pada umur >40 tahun akan mengalami penurunan lajur filtrasi glomerulus secara progresif hingga umur 70 tahun. Penurunan fungsi renal ini bisa mencapai 50%. Dengan terjadinya pertambahan usia, kemampuan ginjal akan berkurang dalam merespon terhadap perubahan cairan dan elektrolit yang akut (Amaludin *et al.*, 2020)

b. Jenis kelamin

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti diperoleh karakteristik sampel jenis kelamin yang tersaji dalam tabel 4.2

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Sampel Berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis kelamin	Jumlah (n)	Presentase (%)
Laki-Laki	4	40%
Perempuan	6	60%
Total	10	100

Sumber : Data Primer 2024

Berdasarkan tabel 4.2 diketahui bahwa sampel jenis kelamin perempuan (60%) berjumlah 6 orang sedangkan sampel berjenis kelamin laki-laki (40%) berjumlah 4 orang. Dalam penelitian ini mayoritas penderita yaitu perempuan (60%) sebanyak 6 orang. Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Devi *et al*, (2022) yang menyatakan bahwa responden pria menunjukkan prevalensi penyakit ginjal kronis yang jauh lebih tinggi dengan tingkat kejadian daripada yang diamati pada responden wanita.

Menurut Tampake dan Doho,(2021) pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis lebih banyak berjenis kelamin perempuan dikarenakan salah satu penyebab terjadinya gagal ginjal kronik yaitu infeksi yang disebabkan oleh uretra yang lebih pendek sehingga bakteri akan lebih mungkin dibawa ke dalam kandung kemih dan menyebabkan infeksi yang berpengaruh ke ginjal.

Pada pasien penderita gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis berjenis kelamin laki-laki berpotensi lebih banyak dibandingkan pasien berjenis kelami perempuan dikarenakan laki-laki lebih sering menderita penyakit hipertensi, obesitas, dan diabetes miltus yang merupakan faktor risiko terjadi gagal ginjal kronik (Devi *et al.*, 2022). Berdasarkan hal tersebut jenis kelamin pada pasien penderita gagal ginjal kronik dapat terjadi pada laki-laki maupun perempuan tergantung kepada pola hidup masing-masing individu.

c. Status gizi

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti diperoleh karakteristik sampel berat badan kering, tinggi badan, IMT dan status gizi yang tersaji dalam tabel 4.3

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Sampel Berdasarkan Status Gizi

Nama sampel	Berat badan kering (kg)	Tinggi badan (cm)	IMT (kg/m ²)	Status gizi
Ny. S	80	160	31,2	Obesitas
Ny. M	53	156	21,8	Normal
Tn. R	48	160	18,7	Normal
Ny. Yc	65	157	26	Obesitas
Tn. I	87	161	33	Obesitas
Tn. P	67	175	22,3	Normal
Ny.H	51	150	22,6	Normal
Tn. Rh	70	170	24,1	Normal
Ny. Mu	50	152	21	Normal
Ny. D	45	153	19,2	Normal

Sumber : Data Primer 2024

Berdasarkan tabel 4.3 diketahui dalam penelitian ini status gizi responden yang menjalani HD 1x dan 2x dalam seminggu menurut Kemenkes RI yaitu kategori normal (70%) berjumlah 7 orang, dan kategori obesitas (30%) berjumlah 3 orang. Pada penelitian ini berat badan yang diambil adalah berat badan kering karena berat badan kering

merupakan berat badan yang terbentuk pada saat sesudah hemodialisis dan berat badan terendah yang aman dirasakan oleh penderita setelah hemodialisis (Siregar, 2020). Status gizi responden didapatkan dari IMT yang diperoleh berdasarkan hasil pengukuran berat badan kering dan tinggi badan pasien saat hemodialisis.

Status gizi merupakan keadaan gizi akibat dari asupan makanan dan penggunaan zat – zat gizi. Pada saat melakukan tindakan hemodialisis, akan menimbulkan berbagai komplikasi, salah satunya adalah risiko malnutrisi (Devi *et al.*, 2022).

2. Asupan sampel

a. Asupan Protein

Asupan protein sampel diperoleh dari hasil *food record* selama 2 hari.

Asupan protein sampel terdapat pada tabel 4.4 sebagai berikut

Tabel 4.4 Asupan Protein Responden

No.	Sampel	Frekuensi HD	Asupan protein				
			Hari 1 (g)	Hari 2 (g)	Rata- rata (g)	Kebutuhan (g)	Tingkat Asupan
1.	Ny. S	2	34,2	8,1	21,1	64,8	32% (defisit berat)
2.	Ny. M	2	40,5	25,2	32,8	60,4	54,3% (defisit berat)
3.	Tn. Ra	2	57,4	57,8	57,6	64,8	88,8 % (normal)
4.	Ny. Yc	2	40,6	44,5	42,5	61,5	69,1% (defisit berat)
5.	Tn. I	2	59,9	23,6	41,7	65,8	63,3%(defisit berat)
6.	Tn. P	1	37,3	26,2	31,7	81	39,1%(defisit berat)
7.	Ny.H	1	37,3	26,2	31,7	66	48%(defisit berat)
8.	Tn. Rh	1	27,3	30,7	29	75	38% (defisit berat)
9.	Ny. Mu	1	25,5	29	27,3	56,1	48,6% (defisit berat)
10.	Ny. D	1	50,6	46,6	48,6	57,2	84% (normal)

Sumber : Data Primer 2024

Berdasarkan tabel 4.4 diketahui dari 10 sampel diketahui rata-rata protein pada responden yang mejalani hemodialisis 1x dan 2x dalam seminggu yaitu dengan kategori normal (20%) berjumlah 2 orang, kategori

defisit berat (80%) berjumlah 8 orang, dengan sampel terbanyak yaitu dengan kategori defisit berat (80%) sebanyak 8 orang. Hasil dari analisis data dapat dilihat responden hemodialisis 1x dan 2x memiliki rata-rata asupan protein defisit hal ini dikarenakan responden dianjurkan dokter untuk membatasi protein tetapi tidak mengetahui berapa kebutuhan yang diperlukan oleh responden dengan hasil perhitungan kebutuhan responden terlampir pada lampiran 7.

Asupan protein yang baik memiliki peranan yang penting dalam peningkatan status gizi. Semakin lama hemodialisis yang dilakukan maka pasien gagal ginjal kronis akan cenderung untuk mengalami status gizi kurang lebih tinggi. Tubuh akan kehilangan massa otot dan lemak akibat asupan makan pasien yang tidak tepat. Protein yang kurang mengakibatkan kehilangan asam amino saat proses hemodialisis akan mengakibatkan resiko malnutrisi menjadi meningkat (Aisara *et al.*, 2018)

Menurut Sherly *et al* (2021) asupan protein yang baik dapat memelihara status gizi penderita dikarenakan pengaruh asupan protein sangat penting dalam mengelola nutrisi penderita gagal ginjal karena efek dari sindrom uremia. Jika penderita menjalani hemodialisis maka asupan protein dianjurkan sumber makanan yang berasal dari protein hewani. Asupan protein yang tinggi sangat diperlukan untuk mempertahankan keseimbangan nitrogen dan mengganti asam amino yang dikeluarkan pada saat menjalani hemodialisis dikarenakan responden akan mengalami

penurunan kadar protein yang disebabkan oleh hemodialisis (Dewi dan Septiani, 2018).

Protein merupakan zat gizi yang dibutuhkan untuk pertumbuhan, membangun struktur tubuh, dan sebagai pengganti jaringan yang hilang. Protein memiliki banyak fungsi salah satunya sebagai mengangkut nutrisi dan sebagai sumber energi. Asupan protein sangat diperlukan untuk pengelolaan nutrisi pasien gagal ginjal kronik (Sherly *et al.*, 2021).

Asupan protein ketika penderita sedang menjalani hemodialisis maka penderita dianjurkan menambah protein sebesar 1,2 g/kg BB ideal/ hari. Hal ini disebabkan asam amino hilang saat menjalani proses hemodialisis. Asupan protein yang dianjurkan untuk penderita stabil dengan dialisis stadium 3-5 adalah 0,55 – 0,60 g/kg BB dalam satu hari, jumlah tersebut dapat dikurangi menjadi 0,28 – 0,43 g/kg BB dalam satu hari jika ditambahkan 7-15 g/hari asam amino esensial (PERSAGI,2023).

b. Asupan Kalium

Asupan kalium sampel diperoleh dari hasil *food record* selama 2 hari.

Asupan kalium sampel terdapat pada tabel 4.5

Tabel 4.5 Asupan Kalium

No.	Sampel	Frekuensi HD	Asupan kalium				
			Hari 1 (mg)	Hari 2 (mg)	Rata-rata (mg)	Kebutuhan (mg)	Tingkat Asupan
1.	Ny. S	2	371,5	369	370,2	2.160	17% (defisit berat)
2.	Ny. M	2	1.185,1	1.151,9	1.168,5	2.016	57% (defisit berat)
3.	Tn. Ra	2	1.089,1	892,4	990,7	2.160	45,8% (defisit berat)
4.	Ny. Yc	2	987,1	819	903	2.052	44%(defisit berat)
5.	Tn. I	2	1.120,1	646,5	883,3	2.196	40% (defisit berat)
6.	Tn. P	1	355,8	609,4	482,6	2.700	17% (defisit berat)
7.	Ny.H	1	428,9	652,9	540,9	2.000	27% (defiisit berat)
8.	Tn. Rh	1	618,7	839,6	729,1	2.520	28% (defisit berat)
9.	Ny. Mu	1	550,7	791,2	670,9	1.872	35% (defisit berat)
10.	Ny. D	1	610,8	1.223,5	917	1.908	48% (defisit berat)

Sumber : data Primer 2024

Berdasarkan tabel 4.5 diketahui dari seluruh responden berjumlah 10 sampel berdasarkan hasil menggunakan perhitungan melalui *nutrisurvey* yang didapatkan dari *food record* 2x24 jam diketahui rata-rata kalium pada yaitu dengan kategori defisit berat (100%). Hal ini dikarenakan responden dianjurkan dokter untuk membatasi kalium tetapi tidak mengetahui berapa kebutuhan yang diperlukan oleh responden dengan hasil perhitungan kebutuhan responden terlampir pada lampiran 7.

Kekurangan kalium berdampak pada kurangnya asam folat pada penderita gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis. Kurangnya asam folat dapat menyebabkan peningkatan risiko kanker, jantung koroner, dan status gizi menurun. Jika kalium berlebih penderita gagal ginjal kronik akan mengalami hiperkalemia yang akan menyebabkan penurunan kualitas hidup pasien (Cleeg *et al.*, 2020)

Menurut PERSAGI (2023) anjuran kalium pada penderita gagal ginjal kronik yaitu 39 mg/kg BB dalam satu hari jika tidak menjalani terapi hemodialisis, sedangkan penderita yang menjalani hemodialisis asupan kalium dihitung sesuai dengan jumlah urine yang keluar dalam 24 jam yaitu sebesar 2 gram ditambah penyesuaian menurut jumlah urine sehari sebesar 1 gram untuk setiap 1 liter urine, atau kebutuhan kalium diperhitungkan 40 mg/kg bb dalam sehari.