

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Landasan Teori**

##### **1. Gagal Ginjal Kronik**

###### **a. Definisi**

Gagal Ginjal Kronik adalah keadaan patologis ginjal yang ditandai dengan penurunan fungsi ginjal yang tidak dapat kembali seperti semula dan memerlukan terapi khusus yang disebut terapi pengganti ginjal. Terapi pengganti ginjal berupa hemodialisis, peritoneal dialisis, atau transplantasi ginjal. Umumnya, penyakit ini ditandai dengan sindrom uremia akibat penurunan fungsi ginjal pada Gagal Ginjal Kronik (Suwitra, 2009).

Menurut data *Indonesian Renal Registry*, tiga penyakit penyebab gagal ginjal kronis terbanyak pada tahun 2015 di Indonesia adalah Hipertensi, Diabetes Mellitus dan Glomerulonefropati Primer dengan persentase berturut-turut 44%, 22% dan 8% (PERNEFRI, 2015). Gagal Ginjal Kronik terjadi akibat adanya penyakit yang dapat merusak massa nefron. Apabila penyakit tersebut tidak diatasi dengan baik, maka dapat merusak seluruh nefron ginjal dan mengubah nefron ginjal menjadi jaringan parut (Wilson, 2006).

Tabel 2.1 Kriteria Gagal Ginjal Kronik Menurut K/DOQI

<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kerusakan ginjal selama <math>\geq 3</math> bulan, berupa adanya kelainan struktural atau fungsional, dengan atau tanpa disertai penurunan laju filtrasi glomerulus, dengan manifestasi klinik : <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kelainan patologis.</li> <li>b. Adanya tanda kerusakan ginjal, termasuk kelainan komposisi darah atau urin, atau kelainan pada tes pencitraan.</li> </ol> </li> <li>2. Laju filtrasi glomerulus <math>&lt; 60</math> mL/mnt/1.73 m<sup>2</sup> dalam waktu <math>\geq 3</math> bulan, dengan atau tanpa disertai kerusakan ginjal.</li> </ol>
--

**b. Klasifikasi**

Klasifikasi penyakit gagal ginjal kronik ditentukan pada nilai Laju Filtrasi Glomerulus (LFG). Klasifikasi dan tata laksana gagal ginjal kronik berdasarkan tingkat keparahan penyakit sebagai berikut (Suwitra, 2009)

Tabel 2.2 Klasifikasi Penyakit Gagal Ginjal Kronik

Derajat	Penjelasan	LFG (mL/mnt/1.73 m <sup>2</sup> )	Tata Laksana
1	Kerusakan ginjal dengan LFG normal atau meningkat	$\geq 90$	Diagnosis dan terapi kondisi komorbid, menurunkan progresivitas, menurunkan risiko kardiovaskular
2	Kerusakan ginjal dengan penurunan LFG ringan	60-89	Menghambat perburukan fungsi ginjal

Tabel 2.2 Klasifikasi Penyakit Gagal Ginjal Kronik

Derajat	Penjelasan	LFG (mL/mnt/1.73 m <sup>2</sup> )	Tata Laksana
3	Kerusakan ginjal dengan penurunan LFG ringan	30-59	Evaluasi dan terapi komplikasi
4	Kerusakan ginjal dengan penurunan LFG berat	15-29	Persiapan terapi pengganti ginjal
5	Gagal ginjal terminal	≤15	Terapi pengganti ginjal

### c. Etiologi

Etiologi gagal ginjal kronik di seluruh dunia sangat bervariasi. Menurut (Wilson, 2006) klasifikasi penyebab gagal ginjal kronik di kelompokkan menjadi delapan kelompok:

- 1) Penyakit Infeksi Tubulointerstisial: Pielonefritis Kronik atau Refluks Nefropati.
- 2) Infeksi: Glomerulonefritis.
- 3) Penyakit Vaskuler Hipertensif: Nefrosklerosis Benigna, Nefrosklerosis Maligna, Stenosis Arteria Renalis.
- 4) Gangguan Jaringan Ikat: SLE, Pollarteritis Nodosa, Sklerosis Sistemik Progresif.
- 5) Gangguan Kongenital dan Herediter: Penyakit Ginjal Polistik, Asidosis Tubulus Ginjal.

- 6) Penyakit Metabolik: Diabetes Mellitus, Gout, Hiperparatiroidisme dan Amilodosis.
- 7) Nefropati toksik: penyalahgunaan obat analgesik, Nefropati timah.
- 8) Obstruksi: Batu Ginjal, Neoplasma, BPH, Striktur Uretra.

**d. Manifestasi Klinis**

Tanda dan gejala gagal ginjal kronik umumnya akan tampak sebagai sindrom uremia apabila telah terjadi penurunan LFG di bawah  $30\text{mL/mnt}/1.73\text{ m}^2$  (Fernandez, 2008). Tanda dan gejala gagal ginjal kronik berdasarkan gangguan sistem sebagai berikut:

- 1) Gangguan Gastrointestinal
  - a) Mual, muntah dan anoreksia merupakan manifestasi dini dari uremia. Sebagai akibat gangguan metabolisme protein dan terbentuknya toksik amonia di usus. (Brenner & Lazarus, 1999 ; Suhardjono, *et al.* , 2001).
  - b) Bau mulut seperti urin, disebabkan oleh pemecahan ureum dalam air liur menjadi amonia oleh bakteri di rongga mulut (Suhardjono, *et al.*, 2001)
  - c) Sering cegukan dengan penyebab yang belum jelas (Suhardjono, *et al.*, 2001).
- 2) Gangguan Dermatologik
  - a) Kulit pucat yang mencerminkan adanya anemia dan kulit kekuningan akibat penimbunan urokrom.

b) *Urea frost* akibat konsentrasi ureum yang tinggi pada keringat sehingga menimbulkan bubuk putih di permukaan kulit (Brenner & Lazarus, 1999).

3) Gangguan Hematologi

Anemia pada gagal ginjal kronik disebabkan karena penurunan produksi eritropoetin. Penurunan eritropoetin berefek pada penurunan stimulasi pada sumsum tulang untuk memproduksi sel darah merah (Fernandez, 2008 ; Suhardjono, *et al.* , 2001).

4) Gangguan Neuromuskuler

a) *Restless leg syndrome* yaitu rasa sakit yang menetap dengan rasa tidak nyaman pada tungkai disertai dengan kaki yang sering digerakkan. Tanda khas ini dapat menjadi indikasi kuat untuk memulai terapi pengganti ginjal (Brenner & Lazarus, 1999).

b) *Burning feet syndrome* yaitu rasa kesemutan terutama terjadi di telapak kaki (Suhardjono, *et al.*, 2001).

c) Miopati yang menyerang bagian motorik ekstremitas bawah, ditandai dengan kelemahan dan hipotrofi otot (Suhardjono, *et al.*, 2001).

d) Ensefalopati metabolik yaitu gangguan pada bagian otak meliputi sulit berkonsentrasi, insomnia, perubahan perilaku hingga kejang (Brenner & Lazarus, 1999).

## 5) Gangguan Kardiovaskular

- a) Hipertensi akibat retensi cairan dan hipernatremia.
- b) Nyeri dada dan sesak nafas akibat edema paru dan gagal jantung sebagai akibat penimbunan cairan dan hipertensi (Suhardjono, et al., 2001).

### e. Patofisiologi

Patofisiologis penyakit gagal ginjal kronik terjadi secara progresif akibat adanya penyakit yang mendasarinya (Suwitra, 2009). Hipotesis yang sesuai dalam menjelaskan pola adaptasi fungsional gagal ginjal adalah *Hipotesis Bricker* atau hipotesis nefron yang utuh. *Hipotesis Bricker* ini menjelaskan bahwa jika nefron telah terserang penyakit maka semua unit nefron akan rusak, namun sisa nefron yang masih normal akan tetap bekerja normal untuk mempertahankan homeostatis. Dalam menjalankan fungsinya, nefron-nefron yang masih normal akan mengalami hipertrofi struktural (Wilson, 2006).

Hipertrofi struktural tersebut menyebabkan hiperfiltrasi dengan diikuti oleh peningkatan tekanan kapiler darah dan aliran darah glomerulus. Mekanisme adaptasi dalam mempertahankan homeostatis ini berlangsung relatif singkat (Suwitra, 2009). Sisa nefron tidak dapat mempertahankan fungsinya jika telah terjadi kerusakan nefron >75% (Wilson, 2006). Perjalanan awal penyakit gagal ginjal ditandai dengan peningkatan ureum dan kreatinin yang

akhirnya pasien akan mengalami sindrom uremia seperti lemah, mual, anemia dan lain-lain (Suwitra, 2009).

#### **f. Diagnosis Gagal Ginjal**

##### 1) Anamnesis

Anamnesis digunakan untuk mengumpulkan data riwayat penyakit pasien dan data gejala klinis pasien gagal ginjal kronik. Beberapa riwayat penyakit seperti diabetes mellitus, hipertensi, gout dapat menjadi faktor risiko gagal ginjal (Suhardjono, et al., 2001). Sindrom Uremia adalah gejala klinis yang tampak pada pasien gagal ginjal. Pasien akan tampak lemah, mual muntah, nokturia, pruritus, kejang hingga koma (Suwitra, 2009).

##### 2) Pemeriksaan Laboratorium

Pada penyakit gagal ginjal kronis pemeriksaan yang lazim dilakukan adalah mengukur laju filtrasi glomerulus. Pemeriksaan laboratorium dilakukan untuk menentukan derajat keparahan, adanya kegawatan, adanya gangguan sistem yang menyertai, meninjau etiologi dan faktor pemburuknya (Suhardjono, et al., 2001).

##### 3) Ultrasonografi (USG)

Ultrasonografi ginjal dapat menilai bentuk dan ukuran ginjal, ketebalan korteks, dan melihat adanya batu atau massa di ginjal (Suhardjono, et al., 2001).

#### 4) Foto Polos Abdomen

Foto polos abdomen dapat digunakan untuk menilai ukuran dan bentuk dari ginjal serta dapat menampakkan batu obstruksi radio-opak (Suwitra, 2009 ; Suhardjono, *et al .*, 2001).

#### **g. Terapi Pengganti**

Terapi pengganti untuk mempertahankan kehidupan pasien dan pengobatan konservatif tidak efektif. Terapi pengganti dapat berupa hemodialisis, peritoneal dialisis ataupun transplantasi ginjal (Wilson, 2006).

## **2. Transplantasi Ginjal**

### **a. Definisi**

Transplantasi ginjal merupakan terapi pengganti ginjal yang ideal pada pasien gagal ginjal kronik. Dibandingkan hemodialisis, transplantasi lebih baik dalam memperbaiki kualitas hidup, meningkatkan kesegaran jasmani dan ketergantungan alat medis (Sulalit, 2009). Terminologi dalam transplantasi (Suhardjono, *et al.*, 2001) adalah :

- 1) *Autograft* : transplantasi dengan menggunakan jaringan dari individu yang sama.
- 2) *Isograft* : transplantasi dengan menggunakan jaringan dari saudara kembar.
- 3) *Allograft* : transplantasi dengan menggunakan jaringan dari individu lain dalam satu spesies.

- 4) *Xenograft* : transplantasi dengan menggunakan jaringan beda spesies.

#### b. Manfaat Transplantasi

Beberapa manfaat terapi transplantasi ginjal dibandingkan terapi hemodialisis (Sulalit, 2009) dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 2.3 Perbandingan Manfaat Transplantasi dengan Hemodialisis

	Transplantasi	Hemodialisis
Prosedur	Umumnya satu kali	Seumur hidup
Kualitas hidup (jika berhasil)	Baik sekali	Cukup baik
Ketergantungan pada alat medis	Minimal	Besar
Jika terapi gagal	Dapat menjalani hemodialisis atau transplantasi kembali	Meninggal
Angka harapan hidup	5 – 10 tahun	15 – 20 tahun
Survival rate setelah 5 tahun terapi	35 %	90 %
Angka kematian	4 – 8 %	20 – 25 %

#### c. Donor

Transplantasi dapat berjalan dengan adanya donor. Donor transplantasi ginjal dapat berasal dari donor hidup atau donor jenazah (Sulalit, 2009).

##### 1) Donor Hidup

Donor hidup adalah donor yang masih hidup dan memiliki hubungan genetik dengan resipien. Donor hidup harus dipastikan mengikuti prosedur penyaringan dan evaluasi donor.

Kriteria evaluasi donor meliputi donor ikhlas untuk mendonorkan ginjalnya, sehat, mampu mengikuti operasi nefrektomi dan dapat hidup seperti semula dengan satu ginjal (Sulalit, 2009).

#### 2) Donor Jenazah

Donor jenazah adalah pasien yang akan meninggal atau pasien dengan batang otak yang telah mati. Dalam pelaksanaannya, ginjal donor ginjal harus cepat dicangkokkan ke resipien (Sulalit, 2009).

#### **d. Resipien Ginjal**

Resipien transplantasi ginjal harus dilakukan seleksi untuk mengidentifikasi adanya masalah yang dapat menghambat transplantasi ginjal (Sulalit, 2009).

Resipien yang potensial untuk pelaksanaan transplantasi ginjal (Suhardjono, et al., 2001):

- 1) Dewasa
- 2) Pasien yang kesulitan menjalani hemodialisis
- 3) Dapat menjalani pengobatan immunosupresif dalam jangka panjang dan patuh dalam minum obat

Kontraindikasi pasien untuk transplantasi ginjal menurut (Sulalit, 2009) :

- 1) Masalah psikiatri
- 2) Riwayat ketidakpatuhan minum obat yang berulang

- 3) Umur > 70 tahun
- 4) Penyakit keganasan
- 5) Infeksi kronik

**e. Reaksi Pasca Transplantasi**

Rejeksi ginjal adalah reaksi sistem imun resipien pasca transplantasi yang mengenali ginjal transplantasi sebagai benda asing. Akibat ginjal transplantasi memiliki antigen yang tidak sesuai dengan resipien yang akhirnya menyebabkan kerusakan sel ginjal transplantasi (Sulalit, 2009).

**3. Edukasi Kesehatan**

**a. Definisi**

Edukasi kesehatan adalah usaha dalam melawan kebodohan dan berusaha mencegah penyakit, menjaga dan meningkatkan status kesehatan. Upaya pendidikan kesehatan dapat dilakukan secara perorangan, kelompok, masyarakat ataupun pemerintah dalam mewujudkan pemeliharaan kesehatan dan peningkatan derajat kesehatan (Notoatmodjo, 2014).

Edukasi kesehatan bertujuan untuk meningkatkan wawasan, kemampuan, pemahaman dan sikap masyarakat dalam menjaga kesehatan melalui aktivitas fisik (BPJS, 2015).

## **b. Sasaran**

Dalam pelaksanaan upaya promosi kesehatan dibagi dalam tiga jenis sasaran yaitu sasaran primer, sasaran sekunder dan sasaran tersier.

### 1) Sasaran Primer

Komponen masyarakat yang menjadi sasaran utama dalam promosi kesehatan ialah pasien, individu sehat dan keluarga khususnya kepala keluarga. Tujuan edukasi kesehatan pada sasaran primer adalah masyarakat diharapkan dapat menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat (Notoatmodjo, 2014 ; KEMENKES, 2013).

### 2) Sasaran Sekunder

Sasaran sekunder dalam edukasi kesehatan adalah tokoh adat, tokoh agama, petugas kesehatan dan pejabat pemerintahan, maupun organisasi masyarakat dan media massa. Sasaran sekunder ini diharapkan membantu memberikan pendidikan kesehatan kepada masyarakat, dan berperan sebagai contoh perilaku hidup sehat (Notoatmodjo, 2014).

### 3) Sasaran Tersier

Sasaran tersier adalah para pembuat kebijakan di tingkat daerah maupun pusat. Sasaran tersier diharapkan berperan dalam kegiatan edukasi kesehatan melalui kebijakan yang mendukung perilaku kesehatan dan membantu menyediakan sarana yang

dapat mendukung kegiatan edukasi kesehatan (KEMENKES, 2013 ; Notoatmodjo, 2014).

**c. Metode**

Salah satu faktor yang mempengaruhi hasil edukasi yang optimal adalah metode edukasi. Metode edukasi menurut (Notoadmodjo, 2010) antara lain:

1) Metode Individual

Metode penyuluhan ini digunakan untuk membina perilaku baru atau membina seseorang yang mulai tertarik pada perubahan perilaku. Dasar digunakan metode ini karena setiap orang memiliki masalah yang berbeda-beda sehubungan dengan perilaku baru tersebut. Bentuk pendekatan yang dapat digunakan antara lain :

a) Bimbingan dan Penyuluhan

Kontak intensif antara klien dengan petugas dapat terjalin melalui cara ini. Setiap masalah dari klien dapat dikoreksi dan dibantu dalam mencari solusi. Akhirnya, klien dapat mengubah dan menerima perilaku tersebut dengan sukarela.

b) Wawancara

Wawancara antara klien dan petugas digunakan untuk menggali informasi tentang alasan mengapa tidak menerima perubahan atau alasan mengapa belum tertarik untuk berubah.

## 2) Metode Kelompok

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam memilih metode penyuluhan kelompok adalah besar kelompok dan tingkat pendidikan formal pada kelompok sasaran. Menurut (Notoadmodjo, 2010) sasaran metode kelompok dibagi menjadi:

### a) Kelompok Besar

Yaitu apabila peserta penyuluhan lebih dari 15 orang. Metode yang dapat digunakan pada kelompok besar adalah ceramah dan seminar.

#### i. Ceramah

Metode ini efektif untuk peserta dengan tingkat pendidikan tinggi ataupun rendah. Hal-hal yang perlu diperhatikan agar ceramah berjalan sempurna adalah apabila penceramah menguasai materi dengan baik disertai dengan sikap dan penampilan yang meyakinkan.

#### ii. Seminar

Seminar hanya dapat diterapkan pada peserta dengan tingkat pendidikan menengah ke atas. Seminar adalah sebuah presentasi tentang topik yang sedang hangat atau penting di masyarakat dengan pembicara dari kalangan ahli.

b) Kelompok Kecil

Yaitu apabila peserta penyuluhan kurang dari 15 orang. Metode yang dapat digunakan untuk kelompok kecil antara lain:

i. Diskusi Kelompok

Dalam diskusi ini agar tercipta diskusi yang efektif diperlukan formasi tempat duduk yang saling berhadapan antar peserta dengan pemimpin diskusi berada di tengah. Pemimpin diskusi harus berperan aktif untuk mengarahkan dan mengatur alur diskusi supaya semua peserta dapat berkesempatan mengutarakan pendapat.

ii. *Role Play*

Dalam metode *role play*, peserta ditunjuk untuk memerankan peran tertentu dan memperagakan sesuai peran yang diberikan.

c) Penyuluhan Massa

Sasaran utama metode ini adalah masyarakat luas tanpa membedakan jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan dan lain-lain. Pendekatan metode ini digunakan untuk menggugah kesadaran masyarakat tentang sebuah perubahan. Biasanya bentuk pendekatan metode ini melalui media massa seperti ceramah umum, pidato atau diskusi

melalui media elektronik, dialog antara pasien dengan dokter, tulisan atau artikel di media cetak maupun dengan spanduk dan poster yang dipasang di pinggir jalan.

#### **4. Pengetahuan**

##### **a. Definisi**

Pengetahuan adalah hasil pemahaman seseorang terhadap objek melalui alat inderanya yang dipengaruhi oleh pola pikir dan intensitas perhatian. Alat indera manusia seperti indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba dapat menangkap berbagai sumber pengetahuan. Mayoritas pengetahuan manusia ditangkap melalui indera penglihatan dan indera pendengaran (Notoatmodjo, 2014).

##### **b. Tingkatan Pengetahuan**

Pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai tingkatan yang berbeda. Menurut (Notoadmodjo, 2010) tingkat pengetahuan terbagi menjadi enam kelompok antara lain:

###### 1) Tahu

Diartikan sebagai memanggil kembali memori yang telah tersimpan sebelumnya setelah mengamati objek.

###### 2) Memahami

Seseorang dapat menginterpretasikan dan menjelaskan dengan benar tentang suatu objek.

###### 3) Aplikasi

Seseorang telah memahami tentang prinsip objek dan akhirnya dapat menerapkannya.

4) Analisis

Seseorang dapat menjabarkan atau mengelompokkan tentang pengetahuan yang dimiliki.

5) Sintesis

Seseorang dapat meringkas tentang pengetahuan yang dimiliki dengan membuat parafrase ataupun kesimpulan.

6) Evaluasi

Seseorang dapat melakukan penilaian terhadap suatu objek atas dasar kriteria tertentu maupun berdasarkan etika dan norma yang telah ada.

**c. Beberapa Faktor yang Memengaruhi Pengetahuan**

Menurut (Mubarak, et al., 2007 ) beberapa faktor yang dapat memengaruhi pengetahuan seseorang antara lain :

- 1) Pendidikan, bimbingan yang didapatkan seseorang sebelumnya dapat menentukan pemahaman mereka terhadap sesuatu.
- 2) Pekerjaan, lingkungan pekerjaan menjadikan seseorang lebih memperoleh pengalaman dan pengetahuan yang baik.
- 3) Umur, dengan penambahan usia akan berefek pada penurunan fisik dan psikologis.
- 4) Minat, sebagai suatu ketertarikan terhadap suatu hal.

- 5) Pengalaman, adalah suatu peristiwa yang telah dialami seseorang.
- 6) Kebudayaan, terkait dengan norma dan etika yang ada di lingkungan sekitar dan berpengaruh pada pembentukan sikap seseorang.
- 7) Informasi, ketersediaan informasi dan data mempermudah seseorang dalam mendapatkan sumber pengetahuan baru.

#### **d. Cara Mengukur Pengetahuan**

Cara mengukur tingkat pengetahuan dapat dilakukan melalui wawancara atau melalui angket (Notoadmojo, 2010). Penilaian jawaban yang benar dari setiap pertanyaan diberi nilai 1 dan 0 jika jawaban salah (Notoadmojo, 2003).

Kategori pengetahuan menurut (Arikunto, 2010) adalah :

- 1) Baik : persentase jawaban benar 76% - 100%.
- 2) Cukup : persentase jawaban benar 56% - 75%.
- 3) Kurang : persentase jawaban benar kurang dari 56%.

## **5. Sikap**

### **a. Definisi**

Sikap adalah suatu respon tertutup atau pemahaman dengan melibatkan perasaan dan pendapat. Komponen pokok dalam menentukan sikap menurut Allport (1954) adalah adanya kepercayaan terhadap suatu objek, keterlibatan emosi dalam menilai

suatu objek dan adanya kecenderungan untuk bertindak dimana sikap adalah awalan sebelum memulai tindakan.

#### **b. Tingkatan Sikap**

Menurut (Notoadmodjo, 2010) tingkatan sikap berdasarkan tingkat intensitasnya adalah:

- 1) Menerima : seseorang dapat menerima stimulus yang ada.
- 2) Menanggapi : seseorang dapat menanggapi suatu pertanyaan yang diberikan.
- 3) Menghargai : seseorang dapat memberi nilai positif terhadap stimulus, dalam arti mendiskusikan bersama orang lain, mengajak atau mempengaruhi orang lain.
- 4) Tanggung jawab : tingkat sikap yang paling tinggi, seseorang dapat mengambil risiko terhadap apa yang dipercaya.

#### **c. Beberapa Faktor yang Memengaruhi Sikap**

Beberapa faktor yang memengaruhi sikap menurut (Azwar, 2011) yaitu:

- 1) Pengalaman pribadi, kejadian yang telah dialami akan berpengaruh terhadap penghayatan dan tanggapan seseorang.
- 2) Pengaruh orang lain, seseorang akan memiliki sikap yang berbeda akibatnya adanya pengaruh orang di sekitarnya.
- 3) Kebudayaan, budaya dan adat istiadat memberikan pengalaman kepada setiap individu.

- 4) Media massa, pengaruh media massa dalam memberi opini dan informasi berdampak pada perbedaan pola pikir setiap individu.
- 5) Lembaga pendidikan, memberi dasar konsep moral dalam pembentukan sikap individu.
- 6) Faktor emosional, bentuk penilaian berdasarkan pendapat dan perasaan setiap individu.

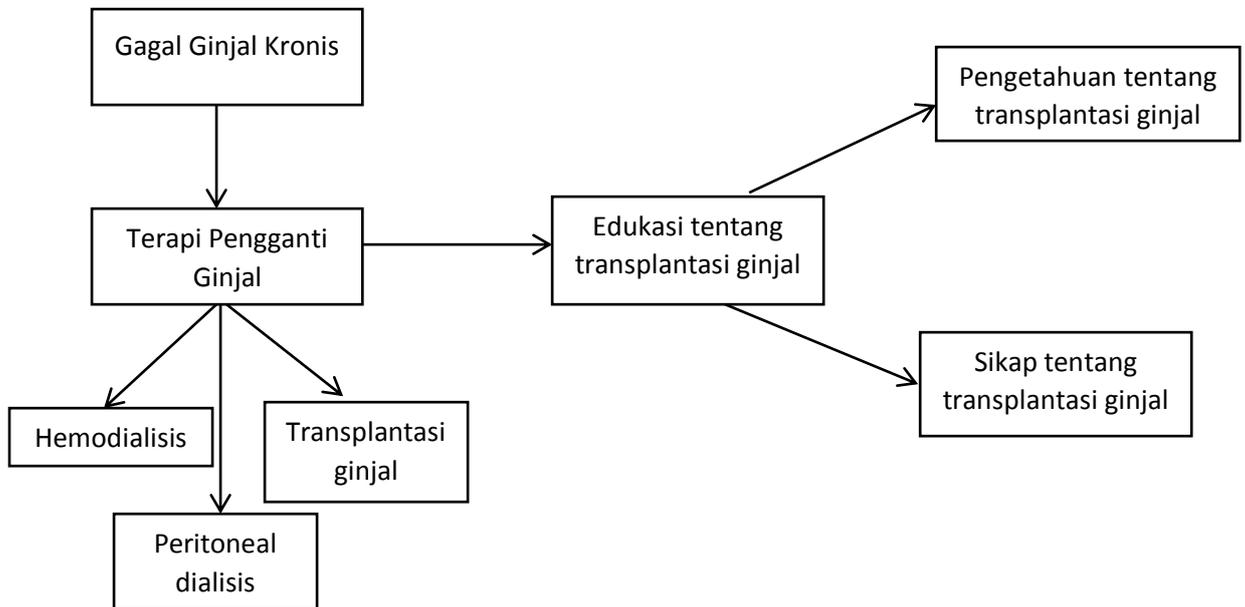
**d. Pengukuran Sikap**

Pengukuran sikap dapat dilakukan dengan cara langsung melalui memberi pertanyaan kepada individu yang bersangkutan maupun dengan cara tidak langsung melalui angket. Pertanyaan – pertanyaan yang diajukan dapat dijawab dengan kata “setuju atau tidak setuju” (Notoadmodjo, 2010).

Penilaian pengukuran sikap menurut skala *Lickert* yaitu:

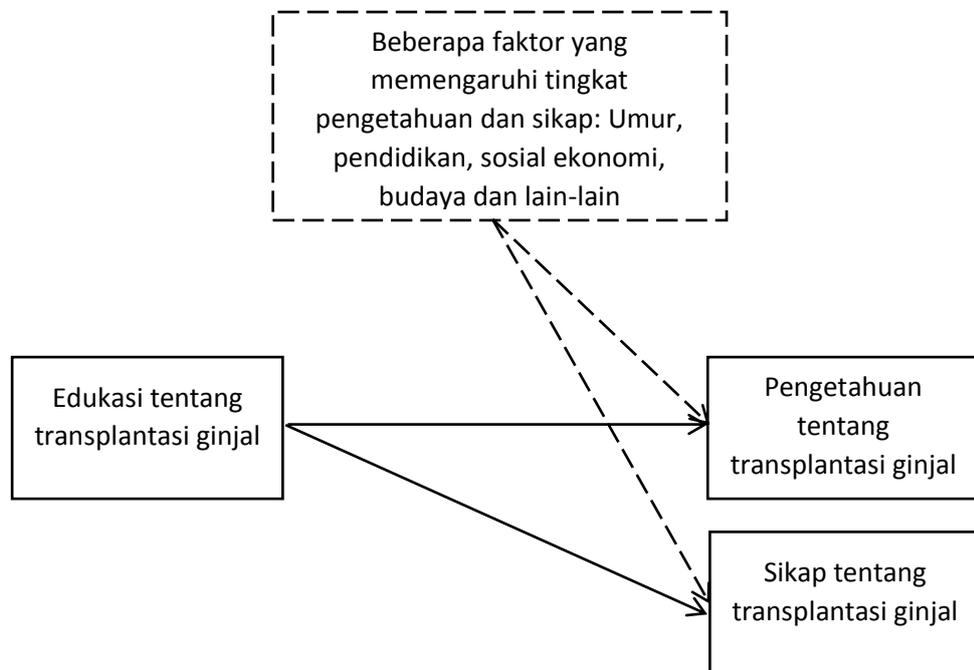
1. Nilai 1 : apabila sangat tidak setuju
2. Nilai 2 : apabila tidak setuju
3. Nilai 3 : apabila normal
4. Nilai 4 : apabila setuju
5. Nilai 5 : apabila sangat setuju

**B. Kerangka Teori**



Gambar 2.1 Kerangka Teori

**C. Kerangka Konsep**



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

Keterangan :

————— : Diteliti

- - - - - : Tidak diteliti

Kerangka konsep penelitian ini menggambarkan bahwa responden akan mendapatkan intervensi berupa edukasi tentang transplantasi ginjal. Pengetahuan dan sikap tentang transplantasi ginjal akan dinilai sebelum dan setelah mendapatkan intervensi.

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah edukasi tentang transplantasi ginjal yang akan diberikan kepada kelompok perlakuan. Variabel terikat dalam penelitian ini yaitu menilai pengetahuan dan sikap tentang transplantasi ginjal.

#### **D. Hipotesis**

H0<sub>1</sub> : Tidak terdapat pengaruh edukasi tentang transplantasi ginjal terhadap sikap tentang transplantasi ginjal sebelum dan sesudah diberikan edukasi pada pasien gagal ginjal kronik.

H0<sub>2</sub> : Tidak terdapat pengaruh edukasi tentang transplantasi ginjal terhadap sikap tentang transplantasi ginjal sebelum dan sesudah diberikan edukasi pada pasien gagal ginjal kronik.

H1<sub>1</sub> : Terdapat pengaruh edukasi tentang transplantasi ginjal terhadap pengetahuan tentang transplantasi ginjal sebelum dan sesudah diberikan edukasi pada pasien gagal ginjal kronik.

H1<sub>2</sub> : Terdapat pengaruh edukasi tentang transplantasi ginjal terhadap sikap tentang transplantasi ginjal sebelum dan sesudah diberikan edukasi pada pasien gagal ginjal kronik.