



**KUALITAS HIDUP PASIEN GAGAL GINJAL KRONIS YANG  
MENJALANI HEMODIALISIS DI RSUD BLAMBANGAN  
BANYUWANGI**

**SKRIPSI**

Oleh  
**Yunita Dwi Anggraini**  
**NIM 112110101135**

**BAGIAN EPIDEMIOLOGI DAN BIostatistika KEPENDUDUKAN  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS JEMBER  
2016**



**KUALITAS HIDUP PASIEN GAGAL GINJAL KRONIS YANG  
MENJALANI HEMODIALISIS DI RSUD BLAMBANGAN  
BANYUWANGI**

**SKRIPSI**

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Pendidikan Strata Satu (S1) Kesehatan Masyarakat dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh

**Yunita Dwi Anggraini  
NIM 112110101135**

**BAGIAN EPIDEMIOLOGI DAN BIostatistika KEPENDUDUKAN  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS JEMBER  
2016**

## PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Ibu Atmini dan Bapak Ariful (Almarhum) tercinta;
2. Guru-guruku sejak taman kanak-kanak sampai dengan perguruan tinggi;
3. Almamater Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.



**MOTTO**

Tidaklah Allah menurunkan penyakit kecuali Dia turunkan untuk penyakit itu obatnya. (HR. Al-Bukhari No.5678)<sup>\*)</sup>



---

<sup>\*)</sup> Khan, Muhsin.2012. *Shahih Al-Bukhari* Buku 76, Hadits 1. [serial online].[sunnah.com/bukhari/76](http://sunnah.com/bukhari/76). [20 Oktober 2015]

**PERNYATAAN**

Saya bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Yunita Dwi Anggraini

NIM : 112110101135

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul: *Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronis yang Menjalani Hemodialisis di Rumah Sakit Umum Blambangan Banyuwangi* adalah benar – benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada instansi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 12 Februari 2016

Yang menyatakan,

Yunita Dwi Anggraini

NIM 112110101135

**SKRIPSI**

**KUALITAS HIDUP PASIEN GAGAL GINJAL KRONIS YANG  
MENJALANI HEMODIALISIS DI RSUD BLAMBANGAN  
BANYUWANGI**

Oleh

Yunita Dwi Angraini  
NIM 11210101135

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Dwi Martiana Wati, S.Si., M.Si.

Dosen Pembimbing Anggota : Sulistiyani, S.KM., M.Kes.

**PENGESAHAN**

Skripsi berjudul *Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronis Yang Menjalani Hemodialisis di Rumah Sakit Umum Blambangan Banyuwangi* telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada:

Hari : Kamis

Tanggal : 18 Februari 2016

Tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

**Tim Penguji**

Ketua

Sekretaris

dr. Pudjo Wahjudi, M.S.  
NIP.195403141980121001

Andrei Ramani S.KM., M.Kes  
NIP.198008252006041005

Anggota

dr. Ali Santoso Sp.PD  
NIP. 195909041987011001

Mengesahkan

Dekan

Irma Prasetyowati S. KM., M.Kes  
NIP. 1978005162003122002

## RINGKASAN

**Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronis yang Menjalani Hemodialisis di RSUD Blambangan Banyuwangi;** Yunita Dwi Anggraini; 112110101135; 2016; 63 halaman; Bagian Epidemiologi dan Biostatistika Kependudukan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Ginjal merupakan organ tubuh yang mempunyai peran penting dalam sistem ekskresi dan sekresi pada tubuh manusia. Apabila ginjal gagal dalam melaksanakan fungsinya maka akan mempengaruhi keseimbangan cairan dan zat kimia di dalam tubuh, sehingga menimbulkan gagal ginjal. Gagal ginjal yang menahun mengharuskan pasiennya untuk melakukan hemodialisis. Prevalensi gagal ginjal kronik menurut *United State Renal Data System* (USRDS) pada tahun 2009 adalah sekitar 10 -13% di dunia. Indonesia termasuk negara dengan tingkat penderita GJK yang cukup tinggi, yaitu sebesar 19.621 pasien. Provinsi Jawa Timur memiliki kontribusi pasien GJK yang cukup besar dan salah satu rumah sakit yang memiliki fasilitas hemodialisis di Kabupaten Banyuwangi yaitu RSUD Blambangan. Di tahun 2013 jumlah pasien yang menjalani hemodialisis sebanyak 117 pasien sedangkan di tahun 2014 mengalami peningkatan menjadi 139 pasien. Pasien yang menjalani hemodialisis dihadapkan dengan masalah medis, sosial, dan ekonomi yang dapat mempengaruhi kualitas hidupnya. Kualitas hidup merupakan gabungan berbagai aspek kehidupan yang terdiri dari kesehatan jasmani, kesehatan mental, derajat optimisme, serta kemampuan dalam aktivitas sosial sehari – hari yang berhubungan dengan pekerjaan, kehidupan rumah tangga, kehidupan sosial dan hobi. Pentingnya pengukuran kualitas hidup pada pasien GJK yaitu untuk mencegah terjadinya komplikasi, morbiditas bahkan mortalitas. Berdasarkan uraian tersebut, tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis kualitas hidup pasien GJK yang menjalani hemodialisis. Manfaat dalam penelitian ini adalah mengantisipasi terjadinya komplikasi dan disabilitas akibat penurunan kualitas hidup yang terus menurun. Penelitian ini menggunakan rancangan *cross sectional* dengan pendekatan kuantitatif. Pengumpulan data



dilakukan dengan melakukan wawancara pada 68 responden dengan menggunakan kuesioner KDQOL-SF yang dikeluarkan oleh *RAND Health*. Teknik pengambilan sampel menggunakan teknik *total sampling*. Variabel bebas penelitian ini adalah umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, lama menjalani hemodialisis dan kadar hemoglobin. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien GGK yang menjalani hemodialisis rata-rata berusia 51 tahun dengan jumlah laki – laki lebih banyak daripada perempuan. Tingkat pendidikan yang paling banyak adalah SMA/SMK dengan pendidikan ini pada dasarnya menjadikan pasien GGK mendapatkan pekerjaan. Namun saat penelitian dilakukan lebih banyak yang tidak bekerja dibandingkan mereka bekerja sebagai wiraswasta, PNS dan karyawan. Pada umumnya pasien telah menjalani hemodialisis selama 20 bulan, dimana rata – rata waktu HD tersebut tergolong lebih dari 1 tahun. Dengan demikian, pasien yang terdiagnosis penyakit GGK lebih awal dimungkinkan telah mampu beradaptasi dengan penyakit beserta proses hemodialisisnya. Kadar hemoglobin pada bulan Oktober 2015 rata – rata sebesar 7,941 gr/dl . Kondisi tersebut memberikan efek antara lain: kelelahan, kelemahan, nafas dangkal, penurunan tekanan darah, ekstemitas dingin yang dapat menyebabkan penurunan kualitas hidup dan meningkatkan mortalitas. Mayoritas pasien memiliki kualitas hidup baik, hal ini dimungkinkan karena pasien GGK telah beradaptasi dan menyadari pentingnya menjalani hemodialisisi secara reguler yang dapat meningkatkan kualitas hidupnya. Variabel bebas yang berhubungan dengan kualitas hidup antara lain: usia, pekerjaan dan kadar hemoglobin. Usia berhubungan dengan kualitas hidup dengan *p-value* 0,041 dan nilai korelasi -0,213, dimana semakin bertambahnya usia pasien GGK cenderung diikuti dengan menurunnya kualitas hidup. Pekerjaan juga berhubungan dengan kualitas hidup dengan *p*= 0,025 dan OR= 6,6. Hal ini menjelaskan bahwa pasien GGK yang bekerja memiliki kualitas hidup lebih baik daripada yang tidak bekerja. Dan yang terakhir, kadar hemoglobin berhubungan dengan kualitas hidup dengan *p-value* 0,001 dan nilai korelasi 0,366, dimana pasien yang memiliki kadar hemoglobin tinggi cenderung diikuti dengan kualitas hidup yang baik. Saran yang dapat diberikan dalam penelitian ini antara lain sebaiknya untuk pasien GGK

menghindari faktor risiko terjadinya komplikasi dengan menjaga pola hidup sehat dan melakukan deteksi dini penyakit yang dapat menjadi faktor risiko komplikasi. Pasien melakukan pekerjaan semampunya untuk mempertahankan dan meningkatkan kualitas hidupnya. Selain itu, disarankan untuk keluarga pasien memberikan asupan makanan yang rendah kalium dan natrium serta tinggi protein untuk membantu meningkatkan kadar hemoglobin pasien.



## SUMMARY

***Quality of Life of End Stage Renal Disease Patient with Hemodialysis in Blambangan Public Hospital; Yunita Dwi Anggraini; 112110101135; 2016; 63 pages; Departement of Epidemiology, Biostatistics and Population, Public Health Faculty of Jember University.***

*The kidney is an organ that has an important role in the system of excretion and secretion in human body. When the kidneys fails to keep its function, it will affect the balance of liquid and substance in the body, so that the End Stage Renal Disease (ESRD) happens. The ESRD requires patient to do hemodialysis. Prevalence of CRF according to United State Renal Data System (USRDS) in 2009 was about 10-13% in the world. Indonesia is one of the countries with levels of CRF patients quite high, amounting to 19.621 patients. East Java Province has contributed to increase ESRD patients and one of the hospitals that has hemodialysis facility in Banyuwangi city is the Blambangan public hospital. In 2013, there were 117 patients who underwent hemodialysis while this number increased to 139 patients in 2014. Patients undergoing hemodialysis face the medical, social, and economic problem that affect the quality of life. Quality of life is a combination of various aspects of life that consists of physical health, mental health, the degree of optimism, as well as the ability of social daily activity related to work, home life, social life and hobbies. Measuring the quality of life for patients with CRF is very crucial to prevent complication, morbidity, and ever mortality. This research aimed to analyze the quality of life of the ESRD patients who were undergoing hemodialysis. This research used a cross sectional design with the quantitative approach. Data were collected using interview which involve 68 respondents with KDQOL-SF questioner by RAND Health. The technique of the sample collection used in this research was the total sampling technique. The independent variables of this research are age, gender, education, employment, duration of dialysis and levels of haemoglobin. The result showed that ESRD patients undergoing hemodialysis were 51 years old on average. The number of*

men were more than women. They were mostly in the level education of senior high school/vocational which education essentially makes patients ESRD get an occupation, but when the research was done more people are not working compared to they work as entrepreneurs, civil servants, and employees. In general, patients had undergone hemodialysis for 20 months, with the average time of hemodialysis was classified more than 1 year. Thus, patients diagnosed with early disease possible GGK has been able to adapt to the disease and its hemodialysis process. Haemoglobin levels in October 2015 was around 7,941 gr/dl meant that it was in the category of anemia. This caused some effects: tiredness, weakness, shallow breathing, drop in blood pressure, cold apat ekstemitas lead to decreased quality of life and increased mortality. Most of the patient had the good quality of life because CRF patients had to adapt and realize the importance of keeping hemodialysis regular basis to improve quality of life. Independent variables that had relation the quality of life are: age, occupational status and levels of haemoglobin. Age had relation to quality of life with correlation value was -0,213 and p-value was 0,041, where the older the patients ESRD, the lower the quality of life. Occupational status variable that had significant correlation to quality of life with p-value was 0,025 and OR 6,6. This situation explained that patients who still worked had the better quality of life than patients who did not work. And the last variable that had significant correlation to QoL was the level of haemoglobin with correlation value was 0,001 and  $r_s$  was 0,366. Patients with high levels of haemoglobin had the good quality of life. This research suggests CRF patients to prevent themselves from the risk factors complication by keeping the healthy lifestyle, doing early detection toward diseases caused by the risk factors of complication and not overworking themselves in order to maintain and even improve their life quality. Furthermore, it is also important for their family to provide foods which are less of calcium and sodium but have high protein to help increase the CRF patient's haemoglobin level.

## PRAKATA

Puji Syukur kami panjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul *Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronis yang Menjalani Hemodialisis di RSUD Blambangan Banyuwangi*, sebagai salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Dalam skripsi ini dijabarkan bagaimana kualitas hidup pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisis di RSUD Blambangan Banyuwangi, sehingga nantinya dapat menjadikan bahan pertimbangan dalam meningkatkan pelayanan di unit hemodialisa RSUD Blambangan Banyuwangi.

Pada kesempatan ini kami menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang setinggi – tingginya kepada ibu Dwi Martiana Wati, S.Si., M.Si dan ibu Sulistiyani, S.KM., M.Kes, selaku dosen pembimbing yang telah memberi petunjuk, koreksi serta saran hingga terwujudnya skripsi ini. Terimakasih dan penghargaan kami sampaikan kepada yang terhormat:

1. Ibu Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
2. Ibu Ni'mal Baroya, S.KM., M.PH, selaku Ketua Bagian Epidemiologi dan Biostatistika Kependudukan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
3. dr Pudjo Wahjudi, M.S., Andrei Ramani, S.KM., M.Kes., dan dr Ali Santoso, Sp.PD, selaku penguji pada ujian skripsi ini;
4. Bapak dr H.Taufiq Hidayat, Sp.And., M. Kes, selaku direktur RSUD Blambangan Banyuwangi yang telah memberikan ijin penelitian di RSUD Blambangan Banyuwangi;
5. Kepala bagian Unit Hemodialisa RSUD Blambangan Banyuwangi;
6. Para perawat hemodialisa RSUD Blambangan Banyuwangi yang telah memberikan motivasi, masukan dan saran dalam penyelesaian skripsi ini;

7. Para pasien hemodialisis RSUD Blambangan Banyuwangi, selaku responden pada penelitian ini;
8. Bapak Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes selaku dosen pembimbing akademik, atas segala motivasi dan nasihat yang telah diberikan selama penulis menjalankan perkuliahan;
9. Suamiku tercinta, Apandi beserta keluarga, terimakasih telah memberikan semangat, motivasi, dan mendo'akan saya selama ini.
10. Wahyu Adi Pratama, Dwi Karuniawati, Sujiyono, dan Dhea Violetha, saudaraku yang telah memberikan semangat;
11. Sahabat-sahabatku: Emi Dwi Astuti, Lu'aileyatul M, Aadila kalian yang telah memberikan semangat dan motivasi.
12. Teman-teman PBL Kelompok 3: Ima, Putri, Fitri, Labiq, Fifin, Linda, Dyah, Ifa, Roro, Intan, Prita, Fian, kalian yang mengajarku sabar dan juga kerjasama yang baik;
13. Teman – teman Epidemiologi dan Biostatistika Kependudukan 2011 serta teman – teman FKM UJ 2011 yang tidak dapat disebutkan satu persatu, atas segala dukungan dan semangat yang telah diberikan;

Skripsi ini telah kami susun dengan optimal, namun tidak menutup kemungkinan adanya kekurangan, oleh karena itu kami dengan tangan terbuka menerima masukan yang membangun. Semoga tulisan ini berguna bagi semua pihak yang memanfaatkannya.

Jember, 12 Februari 2016

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL .....	i
HALAMAN JUDUL .....	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN .....	iii
HALAMAN MOTTO .....	iv
HALAMAN PERNYATAAN .....	v
HALAMAN PEMBIMBINGAN.....	vi
HALAMAN PENGESAHAN .....	vii
RINGKASAN .....	viii
<i>SUMMARY</i> .....	xi
PRAKATA .....	xii
DAFTAR ISI.....	xiv
DAFTAR TABEL .....	xvii
DAFTAR GAMBAR.....	xviii
DAFTAR LAMPIRAN .....	xix
DAFTAR SINGKATAN.....	xx
DAFTAR LAMBANG .....	xxi
<b>BAB 1. PENDAHULUAN .....</b>	
<b>1.1 Latar Belakang .....</b>	<b>1</b>
<b>1.2 Rumusan Masalah .....</b>	<b>4</b>
<b>1.3 Tujuan.....</b>	<b>4</b>
1.3.1 Tujuan Umum .....	4
1.3.2 Tujuan Khusus .....	4
<b>1.4 Manfaat Penelitian .....</b>	<b>5</b>
1.4.1 Manfaat teoritis .....	5
1.4.2 Manfaat praktis .....	5
<b>BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	
<b>2.1 Gagal Ginjal Kronis .....</b>	<b>6</b>

2.1.1 Pengertian Gagal Ginjal Kronis .....	6
2.1.2 Etiologi Gagal Ginjal Kronis .....	6
2.1.3 Patofisiologi Gagal Ginjal Kronis .....	7
2.1.4 Klasifikasi Gagal Ginjal Kronis .....	8
2.1.5 Manifestasi Klinis Gagal Ginjal Kronis .....	9
2.1.6 Penatalaksanaan Gagal Ginjal Kronis .....	10
<b>2.2 Hemodialisis.....</b>	<b>14</b>
2.2.1 Pengertian Hemodialisis .....	14
2.2.2 Indikasi Hemodialisis .....	15
2.2.3 Dampak Hemodialisis.....	16
<b>2.3 Kualitas Hidup .....</b>	<b>18</b>
2.3.1 Pengertian Kualitas Hidup .....	18
2.3.2 Pengukuran Kualitas Hidup .....	19
2.3.3 Komponen Kualitas Hidup .....	20
<b>2.4 Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronis .....</b>	<b>23</b>
<b>2.5 Kerangka Teori .....</b>	<b>29</b>
<b>2.6 Kerangka Konsep.....</b>	<b>30</b>
<b>2.7 Hipotesis Penelitian.....</b>	<b>32</b>
<b>BAB 3. METODE PENELITIAN.....</b>	
<b>3.1 Jenis Penelitian .....</b>	<b>33</b>
<b>3.2 Tempat dan Waktu Penelitian.....</b>	<b>33</b>
<b>3.3 Populasi dan Sampel Penelitian .....</b>	<b>33</b>
3.3.1 Populasi Penelitian .....	33
3.3.1 Sampel Penelitian .....	34
<b>3.4 Definisi Operasional .....</b>	<b>35</b>
<b>3.5 Data dan Sumber Data Penelitian .....</b>	<b>36</b>
<b>3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data.....</b>	<b>36</b>
3.6.1 Teknik Pengumpulan Data .....	36
3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data .....	37
<b>3.7 Teknik Pengolahan, Penyajian dan Analisis Data.....</b>	<b>37</b>



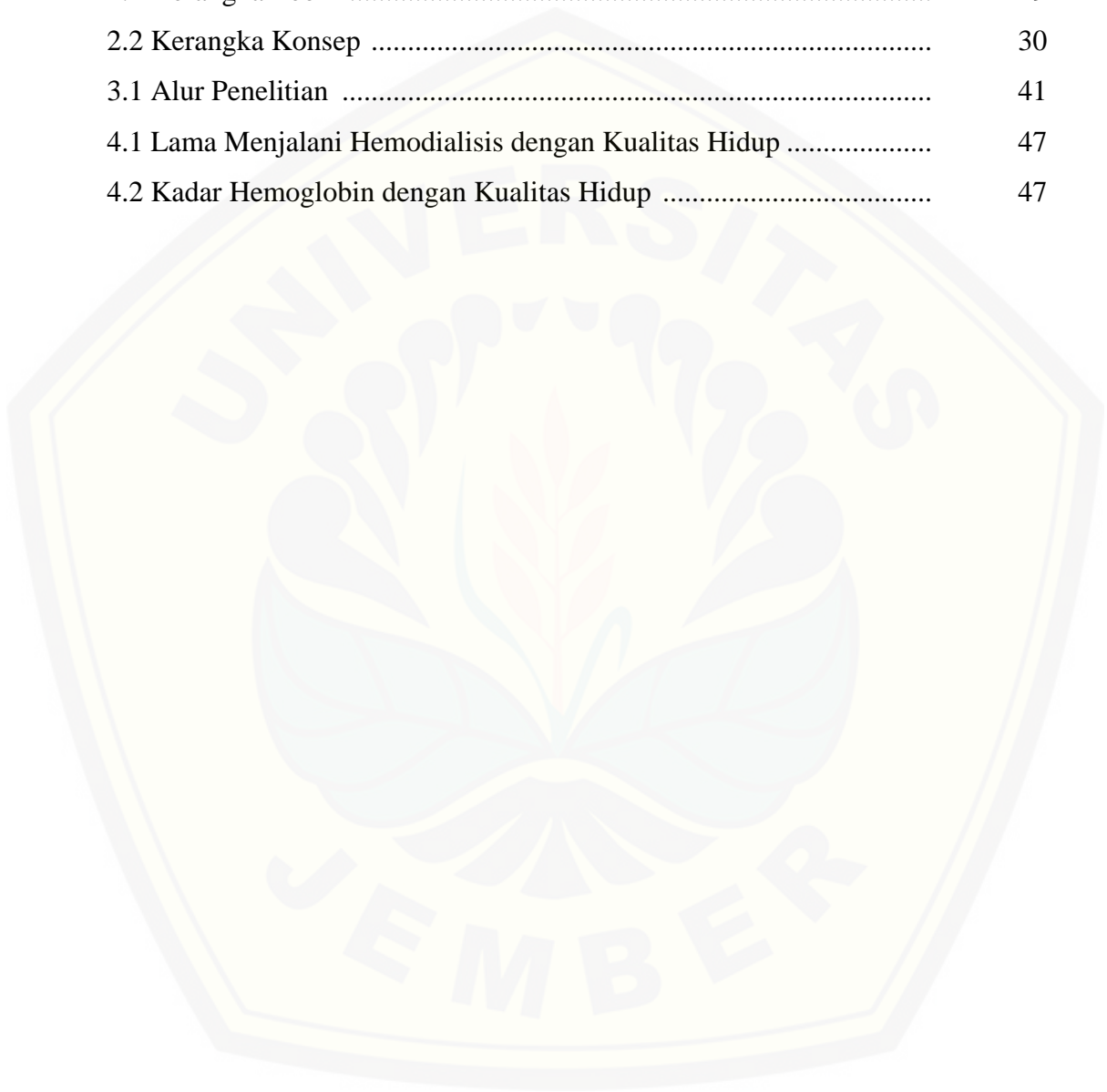
3.7.1 Teknik Pengolahan Data .....	37
3.7.2 Teknik Penyajian Data .....	38
3.7.3 Teknik Analisis Data .....	38
<b>3.8 Validitas dan Reliabilitas Data.....</b>	<b>40</b>
<b>3.9 Alur Penelitian .....</b>	<b>41</b>
<b>BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b>	
<b>4.1 Hasil Penelitian .....</b>	<b>41</b>
4.1.1 Karakteristik Pasien GGK .....	42
4.1.2 Lama Menjalani Hemodialisis pada Pasien GGK.....	42
4.1.3 Kadar Hemoglobin Pasien GGK.....	42
4.1.4 Gambaran Derajat Kualitas Hidup.....	43
4.1.5 Hubungan Karakteristik dengan Kualitas Hidup .....	45
4.1.6 Hubungan Lama Menjalani Hemodialisis dengan Kualitas Hidup .....	46
4.1.7 Hubungan Kadar hemoglobin dengan Kualitas Hidup ..	47
<b>4.2 Pembahasan .....</b>	<b>48</b>
4.2.1 Karakteristik Pasien GGK .....	48
4.2.2 Lama Menjalani Hemodialisis pada Pasien GGK.....	49
4.2.3 Kadar Hemoglobin Pasien GGK.....	50
4.2.4 Kualitas Hidup Pasien GGK yang Menjalani Hemodialisis.....	51
4.2.5 Hubungan Karakteristik dengan Kualitas Hidup .....	51
4.2.6 Hubungan Lama Menjalani Hemodialisis dengan Kualitas Hidup .....	55
4.2.7 Hubungan Kadar Hemoglobin dengan Kualitas Hidup .	56
<b>BAB 5. PENUTUP.....</b>	
5.1 Kesimpulan.....	58
5.2 Saran .....	58
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>60</b>
<b>LAMPIRAN .....</b>	<b>64</b>

**DAFTAR TABEL**

	Halaman
2.1 Penyebab utama dan insiden penyakit ginjal di Amerika .....	7
2.2 Penyebab GGK yang menjalani hemodialisis di Indonesia .....	7
2.3 Klasifikasi penyakit ginjal kronis atas dasar derajat penyakit .....	9
2.4 Klasifikasi penyakit ginjal kronis atas dasar diagnosis etiologi .....	9
3.1 Definisi operasional variabel penelitian .....	35
4.1 Distribusi karakteristik pasien GGK .....	41
4.2 Diskriptif statistik lama menjalani hemodialisis .....	42
4.3 Diskriptif statistik kadar hemoglobin pada pasien GGK .....	42
4.4 Distribusi kadar hemoglobin pasien GGK .....	43
4.5 Gambaran derajat kualitas hidup pasien GGK .....	43
4.6 Kualitas hidup pasien GGK yang menjalani hemodialisis.....	44
4.7 Hubungan jenis kelamin dengan kualitas hidup .....	45
4.8 Hubungan tingkat pendidikan dengan kualitas hidup .....	45
4.9 Hubungan pekerjaan dengan kualitas hidup .....	46

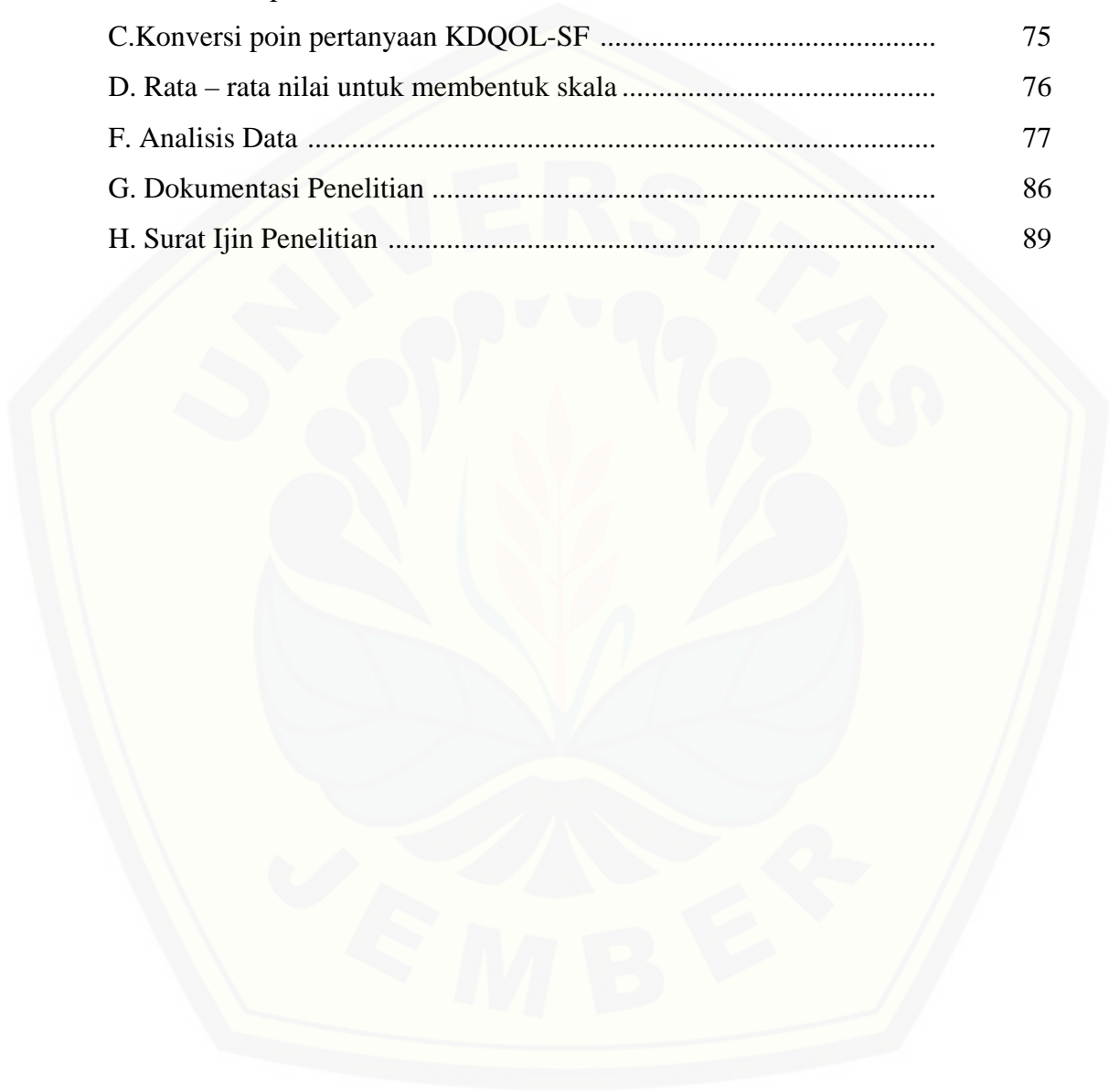
**DAFTAR GAMBAR**

	Halaman
2.1 Kerangka Teori .....	29
2.2 Kerangka Konsep .....	30
3.1 Alur Penelitian .....	41
4.1 Lama Menjalani Hemodialisis dengan Kualitas Hidup .....	47
4.2 Kadar Hemoglobin dengan Kualitas Hidup .....	47



**DAFTAR LAMPIRAN**

A. <i>Informed consent</i> .....	64
B. Kuesioner penelitian .....	65
C. Konversi poin pertanyaan KDQOL-SF .....	75
D. Rata – rata nilai untuk membentuk skala .....	76
F. Analisis Data .....	77
G. Dokumentasi Penelitian .....	86
H. Surat Ijin Penelitian .....	89

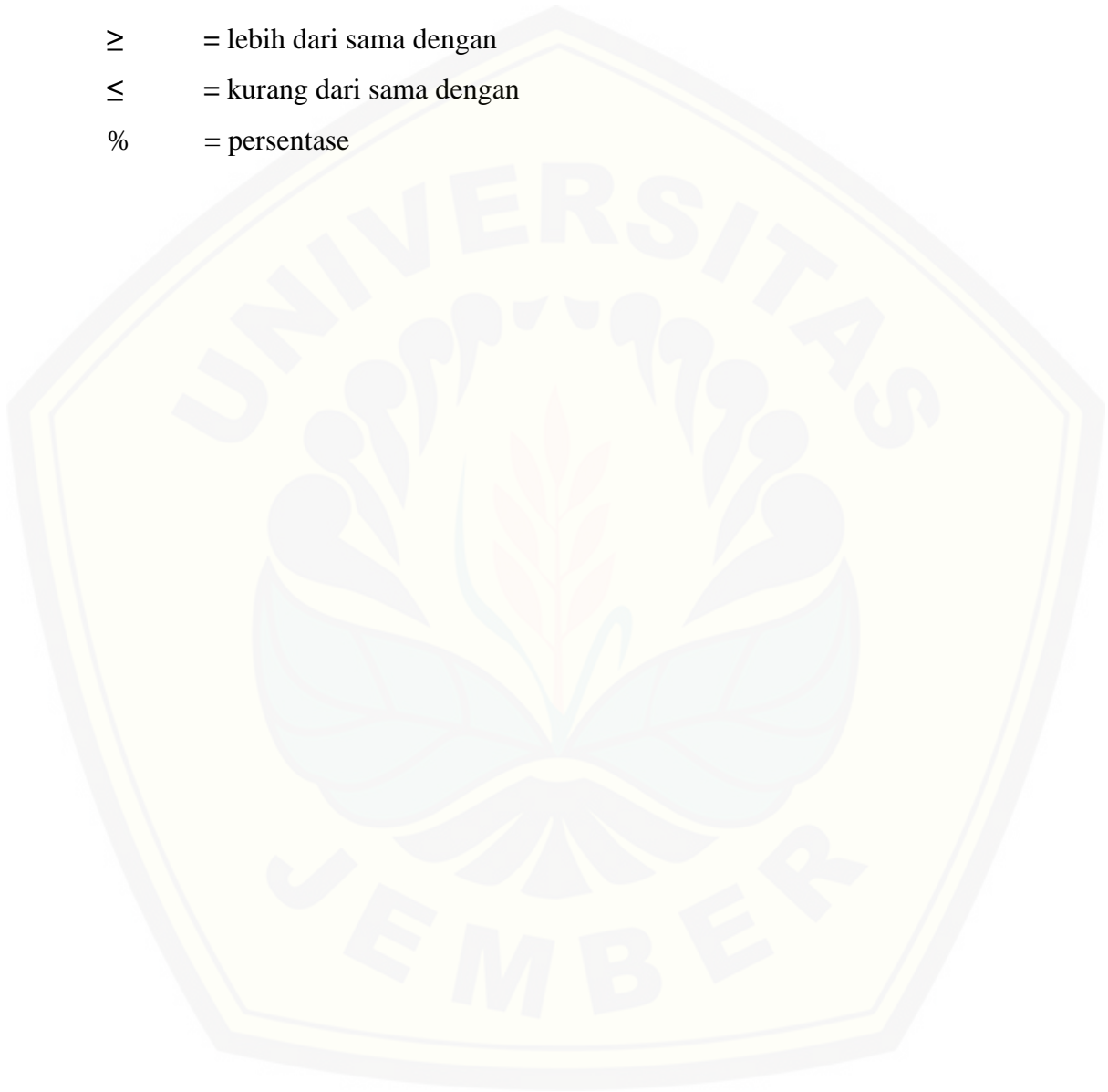


**DAFTAR SINGKATAN**

GGK	= Gagal Ginjal Kronis
ESRD	= <i>End Stage Renal Disease</i>
USRDS	= <i>United States Renal Data System</i>
IRR	= <i>Indonesia Renal Registry</i>
HD	= Hemodialisis
RSUD	= Rumah Sakit Umum Daerah
PGTA	= Penyakit Ginjal Tahap Akhir
NKF	= <i>National Kidney Foundation</i>
LFG	= Laju Filtrasi Glomerulus
TGF- $\beta$	= <i>Transforming Growth Factor <math>\beta</math></i>
BUN	= <i>Blood Urea Nitrogen</i>
EKG	= Elektrokardiogram
MDRD	= <i>Modification of Diet in Renal Disease</i>
mEq/L	= <i>Milliequivalent of Diet in Renal Disease</i>
WHO	= <i>World Health Organization</i>
KDQOL-SF	= <i>Kidney Disease Quality of Life Short Form</i>

**DAFTAR LAMBANG**

- < = kurang dari
- > = lebih dari
- $\geq$  = lebih dari sama dengan
- $\leq$  = kurang dari sama dengan
- % = persentase



## BAB 1. PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Ginjal merupakan organ tubuh yang mempunyai peran penting dalam sistem ekskresi dan sekresi pada tubuh manusia. Apabila ginjal gagal melaksanakan fungsinya, maka akan terjadi kerusakan pada pembuluh ginjal sehingga ginjal tidak bisa mempertahankan keseimbangan cairan dan zat – zat kimia di dalam tubuh. Zat kimia akan masuk ke dalam tubuh dan menimbulkan penyakit gagal ginjal. Gagal ginjal yang terjadi secara menahun akan menyebabkan penyakit gagal ginjal kronis. Gagal Ginjal Kronis (GGK) dapat mengancam jiwa karena dapat menimbulkan komplikasi. Komplikasi yang sering ditemukan pada pasien GGK antara lain: anemia, osteodistofi ginjal, gagal jantung, dan disfungsi ereksi. Pasien yang terdiagnosis GGK harus menjalani hemodialisis untuk membersihkan toksik dalam tubuhnya (Saragih dalam Yanti 2011).

Jumlah pasien yang dirawat karena GGK secara global diperkirakan sebanyak 2.786.000 orang di akhir tahun 2011 (ESRD, 2011). Di Amerika pada tahun 2012 jumlah pasien baru GGK diperkirakan sebanyak 114.813 orang dan sebanyak 102.277 pasien GGK menjalani hemodialisis (USRDS, 2014). Indonesia termasuk negara dengan tingkat penderita GGK yang cukup tinggi. Menurut *Indonesian Renal Registry (IRR)* pada tahun 2011 di Indonesia terdapat 15.353 pasien yang baru menjalani hemodialisis (HD) dan terjadi peningkatan sebanyak 4.268 pasien di tahun 2012. Secara keseluruhan terdapat 19.621 pasien yang baru menjalani HD dengan bantuan mesin dialisis sebanyak 297 unit. Berdasarkan data dari Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 prevalensi GGK yang dilihat dari diagnosis dokter di Indonesia sebesar 0,2%. Pasien yang menjalani hd banyak terjadi pada umur  $\geq 75$  tahun sebanyak 0,6%.

Jawa Timur sebagai salah satu provinsi di Indonesia yang memiliki kontribusi pasien GGK yang cukup besar. Pada tahun 2011 jumlah pasien GGK yang menjalani HD di Jawa Timur berdasarkan diagnosis penyakit utama

sebanyak 2004 pasien dan mengalami peningkatan menjadi 3.086 pasien pada tahun 2012. RSUD Blambangan Banyuwangi merupakan rumah sakit rujukan bagi masyarakat Banyuwangi yang menyediakan fasilitas unit hemodialisis. Pasien yang terdiagnosis GGK pada tahun 2012 sebanyak 264 pasien dengan jumlah kematian sebanyak 43 pasien sedangkan tahun 2013 terjadi peningkatan sebanyak 351 pasien dengan jumlah pasien meninggal sebanyak 65 pasien. Pasien yang terdiagnosis GGK tidak semuanya menjalani hemodialisis, pada tahun 2013 tercatat sebanyak 117 pasien yang menjalani hemodialisis dan pada tahun 2014 terjadi peningkatan sebanyak 139.

Menurut Desita (2010) dalam Butar (2013), kualitas hidup pasien GGK dipengaruhi oleh dua faktor yaitu sosiodemografi dan keadaan medis. Faktor sosiodemografi terdiri dari jenis kelamin, umur, suku/etnik, pendidikan, pekerjaan, dan status perkawinan, sedangkan faktor keadaan medis terdiri dari lama menjalani hemodialisis, stadium penyakit, dan penatalaksanaan medis yang dijalani. Penelitian yang dilakukan Nurchayati (2010) menghasilkan bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan umur dengan kualitas hidup, sedangkan lama menjalani HD akan mempengaruhi kualitas hidup pasien.

Putri *et al.* (2014), menyatakan bahwa pasien yang menjalani terapi HD dalam jangka panjang harus dihadapkan dengan masalah medik, sosial dan ekonomi, sehingga mempengaruhi kualitas hidup pasien GGK. Kualitas hidup merupakan gabungan berbagai aspek kehidupan yang terdiri dari kesehatan jasmani, kesehatan mental, derajat optimisme, serta kemampuan dalam berperan aktif dan menikmati aktivitas sosial sehari – hari yang berhubungan dengan pekerjaan, kehidupan rumah tangga, kehidupan sosial, dan hobi (Wijaya, 2005 dalam Adhyatma, 2011). Penelitian yang dilakukan Ka *et al.* (2014) menunjukkan hasil yaitu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien hemodialisis di Rumah Sakit Pendidikan Hubert Koutouku Maga di Benin antara lain vitalitas, keterbatasan yang berkaitan dengan kesehatan mental dan kondisi fisik, beban penyakit ginjal, efek penyakit pada kehidupan sehari-hari dan status pekerjaan. Penelitian yang dilakukan Jumaih *et al.*, (2011) menghasilkan bahwa pasien GGK



memiliki kualitas hidup rendah pada peran emosional, peran fisik, dan peran kognitif, namun memiliki kualitas hidup yang baik pada interaksi sosial, kepuasan pasien, dan dorongan staf dialisis. Menurut Silva *et al.* (2012), menunjukkan hasil bahwa pasien GGK merasakan kelelahan setelah melakukan hemodialisis, sehingga pasien mengalami gangguan dalam bekerja dan kegiatan sehari – hari.

Berdasarkan studi pendahuluan di unit hemodialisis RSUD Blambangan Banyuwangi, didapatkan bahwa komponen kualitas hidup pasien GGK antara lain komponen fisik, mental, masalah penyakit ginjal dan kepuasan pasien. Pada komponen fisik, pasien mengalami keterbatasan dalam melakukan aktivitas berat seperti berlari, mengangkat beban berat dan melakukan olahraga berat. Pasien lebih mudah merasakan lelah setelah melakukan aktivitas dan akan mengurangi aktivitasnya ketika mendekati terapi hemodialisis karena merasakan sesak nafas. Keterbatasan dalam melakukan aktivitas fisik ini mengganggu pasien dalam melakukan aktivitas sosial dalam mengunjungi keluarga, teman dan tetangga. Pada komponen mental, pasien yang telah menjalani terapi hemodialisis menunjukkan perubahan emosional yaitu lebih bersemangat karena sudah tidak merasakan sesak nafas dan lemas. Dukungan dari keluarga dan teman sangat diperlukan pasien GGK agar tetap menjalani hemodialisis, karena beberapa pasien mengalami kondisi mental yang lemah yaitu rasa menyesal karena penyakit ginjal yang dideritanya.

Salah satu komponen kualitas hidup pasien GGK adalah masalah penyakit ginjal yang dapat mengganggu aktivitas sehari – harinya antara lain: rasa nyeri dan sakit pada otot, kram dan pusing. Pada efek penyakit ginjal pasien harus melakukan pembatasan dalam mengkonsumsi sayuran dan buah – buahan yang tinggi kalium serta mengurangi cairan yang didapatkan dari makanan dan minuman. Pasien tidak dapat berpergian terlalu lama karena harus menjalani terapi hemodialisis secara rutin. Efek lain yang ditimbulkan dari hemodialisis adalah pasien terganggu dengan penampilan pribadinya yaitu perutnya yang buncit dan warna kulit menjadi hitam, sedangkan dalam aktivitas seksual pasien tidak pernah melakukannya semenjak menjalani hemodialisis karena takut mengalami sesak nafas. Pasien mengalami kesulitan tidur di malam hari karena

sering gelisah dan sesak nafas. Selama menjalani hemodialisis di RSUD Blambangan Banyuwangi, pasien merasa puas terhadap pelayanan yang diberikan perawat yaitu memberikan dukungan dalam beradaptasi dengan penyakit ginjalnya. Hampir dari seluruh kualitas hidup pasien berubah semenjak harus menjalani hemodialisis.

Berdasarkan uraian di atas, dapat diketahui bahwa masalah GGK berpotensi untuk terjadi morbiditas bahkan mortalitas. Salah satu upaya pencegahan yang dapat dilakukan yaitu dengan menganalisis kualitas hidup pasien GGK yang menjalani terapi hemodialisis, sehingga peneliti tertarik untuk mengukur kualitas hidup pasien GGK di RSUD Blambangan Banyuwangi.

## **1.2. Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian latar belakang, rumusan masalah dalam penelitian ini sebagai berikut: “Bagaimana kualitas hidup pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisis di RSUD Blambangan Banyuwangi?”

## **1.3. Tujuan**

### **1.3.1. Tujuan Umum**

Tujuan umum penelitian ini adalah menganalisis kualitas hidup pasien gagal ginjal kronis di RSUD Blambangan Banyuwangi.

### **1.3.2. Tujuan khusus**

- a. Menggambarkan karakteristik subjek penelitian (pasien GGK yang menjalani terapi hemodialisis) berdasarkan usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan pekerjaan.
- b. Mengidentifikasi distribusi lama menjalani hemodialisis pasien GGK.
- c. Mengidentifikasi kadar hemoglobin pasien GGK.
- d. Mengidentifikasi kualitas hidup pasien GGK.
- e. Menganalisis karakteristik subjek penelitian dengan kualitas hidup pasien GGK.

- f. Menganalisis hubungan lama menjalani hemodialisis dengan kualitas hidup pasien GGK.
- g. Menganalisis hubungan kadar hemoglobin dengan kualitas hidup pasien GGK.

#### **1.4 Manfaat Penelitian**

##### **1.4.1 Manfaat teoritis**

Secara teoritis, diharapkan dari hasil penelitian ini dapat menambah pengembangan ilmu pengetahuan dalam bidang epidemiologi penyakit degeneratif yaitu dalam pencegahan tersier dengan mengantisipasi adanya komplikasi dan disabilitas pasien GGK yang menjalani hemodialisis dengan mengetahui kualitas hidup pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisis di RSUD Blambangan Banyuwangi.

##### **1.4.2 Manfaat praktis**

- a. Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai bahan masukan bagi instansi terkait, yaitu RSUD Blambangan Banyuwangi dalam memberikan pelayanan.
- b. Sebagai bahan masukan kepada keluarga pasien GGK yang menjalani hemodialisis dalam memberikan intervensi dan dukungan kepada pasien.
- c. Sebagai bahan acuan untuk penelitian selanjutnya.

## BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 Gagal Ginjal Kronis

#### 2.1.1 Pengertian Gagal Ginjal Kronis

Menurut Baughman dan Diane (2000:171) gagal ginjal kronis atau penyakit ginjal tahap akhir (PGTA) merupakan penyimpangan progresif fungsi ginjal yang tidak dapat pulih dimana kemampuan tubuh untuk mempertahankan keseimbangan metabolik dan cairan serta elektrolit mengalami kegagalan yang mengakibatkan uremia. Gagal ginjal kronis merupakan perkembangan gagal ginjal yang progresif dan lamban (biasanya berlangsung beberapa tahun). GGK terjadi setelah berbagai macam penyakit merusak masa nefron ginjal (Price and Wilson, 2005a:912). Gagal ginjal ditandai dengan penurunan fungsi ginjal yang ireversibel sehingga memerlukan terapi pengganti ginjal yang tetap, berupa dialisis atau transplantasi ginjal (Sudoyo, 2009a:1035).

*National Kidney Foundation (NKF) Kidney Disease Outcome Quality Initiative (KDOQI) Guidelines Update tahun 2002*, penyakit ginjal kronis adalah kerusakan yang terjadi pada ginjal >3 bulan dengan LFG <60 mL/menit/1,73m<sup>2</sup> berupa kelainan struktur ginjal, dapat atau tanpa disertai penurunan Laju Filtrasi Glomerulus (LFG) yang ditandai dengan kelainan patologi dan adanya tanda kerusakan ginjal, dapat berupa kelainan laboratorium darah atau urine, atau kelainan radiologi (Azis *et al.* 2008:38). Menurut Gibson dan John (2002:174) gagal ginjal kronis terjadi akibat kerusakan permanen pada nefron oleh semua penyakit ginjal berat dengan tanda – tanda gagal ginjal mulai muncul bila 75 persen nefron rusak.

#### 2.1.2 Etiologi Gagal Ginjal Kronis

Etiologi penyakit ginjal kronis sangat bervariasi antara satu negara dengan negara lain. Di Amerika Serikat pada tahun 1995 – 1999 penyebab utama penyakit ginjal terbanyak yaitu diabetes militus. Menurut Perhimpunan Nefrologi Indonesia (Peneftri) pada tahun 2000 penyebab GGK yang menjalani hemodialisis terbanyak di Indonesia yaitu glumerulonefritis.

Tabel 2.1 Penyebab Utama dan Insiden Penyakit Ginjal di Amerika Serikat tahun 1995 - 1999

Penyebab	Insiden
Diabetes Militus	44%
- Tipe 1 (7%)	
- Tipe 2 (37%)	
Hipertensi dan penyakit pembuluh darah besar	27%
Glumerulonefritis	10%
Nefritis interstitialis	4%
Kista dan penyakit bawaan lain	3%
Penyakit sistemik (missal : lupus, vaskulitis)	2%
Neoplasma	2%
Tidak diketahui	4%
Penyakit lain	4%

Sumber: Sudoyo (2009)

Tabel 2.2 Penyebab Gagal Ginjal Kronis yang Menjalani Hemodialisis di Indonesia tahun 2000

Penyebab	Insiden
Glumerulonefritis	46,39%
Diabetes Militus	18,65%
Obsruksi dan Infeksi	12,85%
Hipertensi	8,46%
Sebab lain (nefritis lupus, nefropati urat, intoksikasi obat, penyakit ginjal bawaan, dan tumor ginjal)	13,65%

Sumber: Sudoyo (2009)

### 2.1.3 Patofisiologi Gagal Ginjal Kronis

Patofisiologi penyakit ginjal kronis pada awalnya tergantung pada penyakit yang mendasarinya. Pengurangan massa ginjal mengakibatkan hipertrofi struktural dan fungsional nefron yang masih tersisa (*surviving nephrons*) sebagai upaya kompensasi, yang diperantarai oleh molekul vasoaktif seperti sitokinin dan *growth factor*. Hal ini mengakibatkan terjadinya hiperfiltrasi, yang diikuti oleh peningkatan tekanan kapiler dan aliran darah glomerulus. Proses adaptasi ini berlangsung singkat, selanjutnya diikuti dengan penurunan fungsi nefron. Peningkatan aktivitas aksis renin-angiotensin-aldosteron intrarenal memberikan kontribusi terhadap terjadinya hiperfiltrasi, sklerosis dan progresifitas. Aktivasi jangka panjang aksis renin-angiotensin-aldosteron, sebagian diperantarai oleh

*growth factor* seperti *transforming growth factor  $\beta$*  (TGF- $\beta$ ). Beberapa hal yang juga dianggap berperan terhadap terjadinya progresifitas penyakit ginjal kronis adalah albuminuria, hipertensi, hiperglikemia, dislipidemia. Terdapat variabilitas interindividual untuk terjadinya sklerosis dan fibrosis glomerulus maupun tubulointerstitial (Sudoyo, 2009:1036).

Pada stadium yang paling dini penyakit ginjal kronik terjadi kehilangan daya cadang ginjal (*renal reserve*), pada keadaan basal LFG masih normal atau meningkat. Secara perlahan terjadi penurunan fungsi nefron yang progresif. Penurunan tersebut ditandai dengan peningkatan kadar urea dan kreatinin serum. Pada LFG sebesar 60% pasien masih belum merasakan keluhan (asimptomatik), tetapi kadar urea dan kreatinin serum pasien meningkat. Pada LFG sebesar 30% mulai terjadi keluhan pada seperti nokturia, badan lemah, mual, nafsu makan kurang dan penurunan berat badan, sedangkan pada LFG kurang 30% pasien memperlihatkan gejala dan tanda uremia yang nyata seperti anemia, peningkatan tekanan darah, gangguan metabolisme fosfor dan kalsium, pruritus, mual, muntah dan lain sebagainya. Pasien mudah terkena infeksi seperti infeksi saluran kemih, infeksi saluran nafas, maupun infeksi saluran pencernaan, dan akan terjadi gangguan keseimbangan air seperti hipo atau hipervolumia, gangguan keseimbangan elektrolit antara lain natrium dan kalium. Pada LFG di bawah 15% akan terjadi gejala dan komplikasi yang lebih serius dan pasien sudah memerlukan terapi pengganti ginjal (*renal replacement therapy*) antara lain dialisis atau transplantasi ginjal. Pada keadaan ini pasien dikatakan sampai pada stadium gagal ginjal (Sudoyo, 2009:1036).

#### 2.1.4 Klasifikasi Gagal Ginjal Kronis

Klasifikasi penyakit ginjal kronis didasarkan atas dua hal yaitu, atas dasar derajat (*stage*) penyakit dan atas dasar diagnosis etiologi. Klasifikasi atas dasar penyakit, dibuat berdasarkan LFG yang dihitung dengan mempergunakan rumus Kockcroft-Gault sebagai berikut:

$$\text{LFG (ml/mnt/1,73m}^2\text{)} = \frac{(140 - \text{umur}) \times \text{berat badan}}{72 \times \text{kreatinin plasma (mg/dl)}}^*$$

\*) pada perempuan dikalikan 0,85

Tabel 2.3 Klasifikasi Penyakit Ginjal Kronis atas Dasar Derajat Penyakit

Derajat	Penjelasan	LFG (ml/mn/1.73m <sup>2</sup> )
1.	Kerusakan ginjal dengan LFG normal	≥ 90
2.	Kerusakan ginjal dengan LFG ringan	60 – 89
3.	Kerusakan ginjal dengan LFG sedang	30 – 59
4.	Kerusakan ginjal dengan LFG berat	15 – 29
5.	Gagal ginjal	< 15 atau dialysis

Sumber: Sudoyo (2009)

Tabel 2.4 Klasifikasi Penyakit Ginjal Kronis atas Dasar Diagnosis Etiologi

Penyakit	Tipe Mayor (contoh)
Penyakit ginjal diabetes	Diabetes tipe 1 dan 2
Penyakit ginjal non diabetes	Penyakit glomerular (penyakit autoimun, infeksi sistemik, obat, neoplasia) Penyakit vaskular (penyakit pembuluh darah besar, hipertensi, mikroangiopati) Penyakit tubulointestinal (pielonefritis kronik, batu, obstruksi, keracunan obat)
Penyakit pada transplantasi	Penyakit kistik (ginjal polistik) Rejeksi kronik Keracunan obat (siklosporin/takrolimus) Penyakit <i>recurrent</i> (glomerular) <i>Transplant glomerulopathy</i>

Sumber: Sudoyo (2009)

#### 2.1.5 Manifestasi Klinis Gagal Ginjal Kronis

Sistem tubuh pada pasien GGK dipengaruhi oleh kondisi uremia, maka pasien akan memperlihatkan sejumlah tanda dan gejala. Keparahan tanda dan gejala bergantung pada bagian dan tingkat kerusakan ginjal, kondisi lain yang mendasari, dan usia pasien. Manifestasi kardiovaskuler pada GGK mencakup hipertensi yang diakibatkan oleh retensi cairan dan natrium dari aktivasi sistem rennin-angiotensin-aldosteron, gagal jantung kongesif, dan edema pulmoner yang diakibatkan oleh cairan berlebih dan perikarditis yang diakibatkan oleh adanya iritasi pada lapisan perikardial oleh toksik uremik (Smeltzer dan Bare, 2001a:1449). Gejala dermatologi yang sering terjadi mencakup rasa gatal yang parah (pruritis) berupa butiran uremik yaitu penumpukan kristal urea di kulit.

Gejala gastrointestinal sering terjadi dan mencakup anoreksia, mual, muntah dan cegukan. Perubahan neuromuskuler mencakup perubahan tingkat kesadaran, tidak mampu berkonsentrasi, kedutan otot, dan kejang.

Manifestasi klinis yang terjadi pada pasien gagal ginjal kronis menurut Nursalam (2006) dalam Lase W (2011) antara lain:

- a. Gastrointestinal : ulserasi saluran pencernaan dan pendarahan.
- b. Kardiovaskuler : hipertensi, perubahan *elektrokardiogram* (EKG), perikarditis, efusi pericardium, tamponade pericardium.
- c. Respirasi : edema paru, efusi pleura, pleuritis.
- d. Neuromuskular : lemah, gangguan tidur, sakit kepala, letargi, gangguan muskular, neuropati perifer, bingung dan koma.
- e. Metabolik/  
endokrin : inti glukosa, hiperlipidemia, gangguan hormon seks menyebabkan penurunan libido, impoten dan ammenore.
- f. Cairan-elektrolit : gangguan asam basa menyebabkan kehilangan sodium sehingga terjadi dehidrasi, asidosis, hiperkalemia, hipermagnesemia, hipokelema.
- h. Dermatologi : pucat, hiperpigmentasi, pluritis, eksimosis, uremia frost.
- i. Abnormal  
skeletal : osteodistrofi ginjal menyebabkan osteomalaisia.
- j. Hematologi : anemia, defek kualitas flatelat, perdarahan meningkat.
- k. Fungsi  
psikososial : perubahan kepribadian dan perilaku serta gangguan proses kognitif.

#### 2.1.6 Penatalaksanaan Gagal Ginjal Kronis

Tujuan penatalaksanaan adalah untuk mempertahankan fungsi ginjal dan homeostatis selama mungkin. Seluruh faktor yang berperan pada gagal ginjal tahap-akhir dan faktor yang dapat dipulihkan diidentifikasi dan ditangani. Komplikasi potensial GGK yang memerlukan pendekatan kolaboratif dalam perawatan mencakup:

- 1) Hiperkalemia akibat penurunan ekskresi, asidosis metabolik, katabolisme, dan masukan diet berlebih.



- 2) Perikarditis, efusi pericardial, dan tamponade jantung akibat retensi produk sampah uremik dan dialisis yang tidak adekuat.
- 3) Hipertensi akibat retensi cairan dan natrium serta malfungsi sistem rennin-angiotensin-aldosteron.
- 4) Anemia akibat penurunan eritropoietin, penurunan rentang usia sel darah merah, perdarahan gastrointestinal akibat iritasi oleh toksin, dan kehilangan darah selama hemodialisis.
- 5) Penyakit tulang serta kalsifikasi metastasik akibat retensi fosfat, kadar kalsium serum yang rendah, metabolisme vitamin D abnormal, dan peningkatan kadar aluminium (Smeltzer dan Bare, 2001a:1449).

Menurut Price dan Wilson (2005b:965) penatalaksanaan GGK dilakukan dengan 2 penatalaksanaan yaitu:

a. Penatalaksanaan Konservatif

Prinsip – prinsip dasar dalam penatalaksanaan konservatif sangat sederhana dan didasarkan pada pemahaman mengenai batas – batas ekskresi yang dapat dicapai oleh ginjal yang terganggu. Diet zat terlarut dan cairan dapat diatur dan disesuaikan dengan batas – batas tersebut. Penatalaksanaan konservatif meliputi :

1) Pengaturan Diet Protein

Pembatasan asupan protein telah terbukti monormalkan kembali kelainan dan memperlambat terjadinya GGK. *The Modification of Diet in Renal Disease (MDRD) multicenter study* memperlihatkan efek menguntungkan dari pembatasan protein dalam memperlambat perkembangan GGK pada pasien diabetes maupun non diabetes dengan GGK *moderate* yaitu GFR 25 hingga 55 ml/menit dan berat yaitu GFR 13 hingga 24 ml/menit. Rekomendasi klinis terbaru mengenai jumlah protein yang diperbolehkan adalah 0,6 g/kg/hari untuk pasien GGK berat pradialisis yang stabil dengan GFR <24 ml/menit. Status nutrisi pasien harus dipantau untuk memastikan bahwa berat badan indikator lainnya seperti albumin serum tetap stabil yaitu  $\geq 3$  g/dl.

## 2) Pengaturan Diet Kalium

Jumlah yang diperbolehkan dalam diet kalium adalah 40 hingga 80 mEq/hari. Tindakan yang harus dilakukan adalah dengan tidak memberikan obat – obatan atau makanan yang tinggi kandungan kalium.

## 3) Pengaturan Diet Natrium dan Cairan

Jumlah natrium yang biasanya diperbolehkan adalah 40 hingga 90 mEq/hari sekitar 1 hingga 2g natrium, tetapi asupan natrium yang optimal harus ditentukan secara individual pada setiap pasien untuk mempertahankan hidrasi yang baik. Asupan cairan membutuhkan regulasi yang hati – hati dalam GGK lanjut karena rasa haus pada pasien merupakan panduan yang tidak dapat diyakini mengenai keadaan hidrasi pasien. Berat badan harian merupakan parameter penting yang harus dipantau mengenai asupan dan pengeluaran cairan. Aturan umum untuk asupan cairan adalah keluaran urin 24 jam + 500ml mencerminkan kehilangan cairan yang tidak disadari.

## 4) Pencegahan dan Pengobatan Komplikasi

### a) Hipertensi

Hipertensi berat akan menimbulkan kemunduran fungsi ginjal secara cepat. Hipertensi dapat dikontrol secara efektif dengan pembatasan natrium dan cairan serta melalui ultrafiltrasi bila pasien sedang menjalani hemodialisis.

### b) Hiperkalemia

Komplikasi yang paling serius saat terjadi uremia adalah hiperkalemia, bila  $K^+$  serum mencapai kadar sekitar 7 mEq/L, dapat terjadi disritmia yang serius. Hiperkalemia akut dapat diobati dengan pemberian glukosa dan insulin intravena yang akan memasukkan  $K^+$  ke dalam sel atau dengan pemberian glukonat 10% intravena dengan hati – hati.

### c) Anemia

Tindakan yang dapat meringankan anemia adalah dengan meminimalkan kehilangan darah, memberikan vitamin dan transfusi darah. Multivitamin dan asam folat biasanya diberikan setiap hari karena dialisis mengurangi vitamin yang larut dalam air.

d) Asidosis

Asidosis metabolik yang ringan pada pasien uremia biasanya akan menjadi stabil pada kadar bikarbonat plasma 16 sampai 20 mEq/L. Asidosis ginjal biasanya tidak diobati kecuali jika bikarbonat plasma turun di bawah angka 15 mEq/L ketika gejala – gejala asidosis muncul. Penurunan asupan protein dapat memperbaiki keadaan asidosis, tetapi kadar bikarbonat serum kurang dari 15 mEq/L, maka diberikan terapi alkali, baik natrium bikarbonat maupun sitrat pada dosis 1 mEq/kg/hari secara oral.

e) Hiperurisemia

Pengobatan hiperurisemia pada penyakit ginjal lanjut biasanya adalah alopurinol karena mengurangi kadar asam urat total yang dihasilkan oleh tubuh.

f) Neuropati Perifer

Neuropati Perifer sistematik tidak timbul sampai GKG mencapai tahap yang sangat lanjut. Tidak ada pengobatan yang diketahui untuk mengatasi perubahan tersebut kecuali dengan dialisis yang dapat menghentikan perkembangannya (Price dan Wilson, 2005c:968-970).

b. Terapi Pengganti Ginjal

1) Hemodialisis

Hemodialisis merupakan prosedur dimana darah dikeluarkan dari tubuh penderita kemudian beredar dalam sebuah mesin di luar tubuh yang disebut dialiser. Tujuan hemodialisis adalah untuk mengambil zat – zat nitrogen yang toksik dari dalam darah dan mengeluarkan air yang berlebihan (Smeltzer dan Bare, 2001c:1398).

2) Dialisis Peritoneal

Dialisis peritoneal merupakan alternatif hemodialisis pada penanganan GGA dan GKG. Data dari *U.S Renal Data Sistem* menunjukkan bahwa 9% pasien penyakit ginjal tahap akhir menjalani beberapa tipe dialisis peritoneal. Dialisis peritoneal sangat mirip dengan hemodialisa, perbedaannya yaitu dialisis peritoneal menggunakan peritoneum sebagai membran semi permeabel. Dialisis peritoneal dilakukan dengan

menginfuskan 1 – 2 L cairan dialisis ke dalam abdomen melalui kateter (Price dan Wilson, 2005d:976-977).

### 3) Transplantasi Ginjal

Transplantasi ginjal merupakan cara pengobatan yang lebih disukai untuk pasien GJK akhir meskipun sebagian pasien mungkin tetap menjalani dialisis di rumah mereka sendiri setelah mendapat latihan dari perawat khusus. Teknik bedah yang berperan dalam transplantasi ginjal relatif mudah dan umumnya dilakukan oleh ahli bedah dengan latar belakang urologi, vaskuler, atau bedah umum. Tindakan standar adalah dengan merotasikan ginjal donor dan meletakkannya pada fosa iliaka kontralateral resipien. Ureter kemudian terletak di sebelah anterior pembuluh darah ginjal dan lebih mudah beranastomosis pada arteri iliaka interna dan vena renalis beranastomosis dengan vena iliaka komunis atau eksterna (Price dan Wilson, 2005e:979-980).

## 2.2 Hemodialisis

### 2.2.1 Pengertian Hemodialisis

Hemodialisis merupakan suatu proses yang digunakan pada pasien dalam keadaan sakit akut dan memerlukan terapi dialisis jangka pendek yaitu beberapa hari hingga beberapa minggu atau pasien dengan penyakit ginjal stadium akhir yang memerlukan terapi jangka panjang atau permanen (Smeltzer dan Bare, 2001a:1398). Menurut Pedersen (2000: 114) hemodialisis (filtrasi ekstrakorporal) adalah tindakan menyelamatkan hidup pada pasien yang menderita gagal ginjal (tahap akhir penyakit ginjal) yang biasanya dilakukan 3 atau 4 kali seminggu melalui jaringan arterovena buatan yaitu suatu cara semipermanen untuk menilai sistem vaskular. Hemodialisis adalah pengalihan darah pasien dari tubuhnya melalui dialiser yang terjadi secara difusi dan ultrafiltrasi, kemudian darah kembali lagi ke dalam tubuh pasien (Baradero *et al.* 2008: 136).

Hemodialisis bertujuan untuk mengambil zat – zat nitrogen yang toksik dari dalam darah dan mengeluarkan air yang berlebihan. Aliran darah yang penuh dengan toksik dan limbah nitrogen dialihkan dari tubuh pasien ke dialiser tempat

darah tersebut dibersihkan, kemudian dikembalikan lagi ke tubuh pasien. Ada tiga prinsip yang mendasari kerja hemodialisis, yaitu difusi, osmosis, dan ultrafiltrasi. Toksin dan zat limbah di dalam darah dikeluarkan melalui proses difusi dengan cara bergerak dari darah yang memiliki konsentrasi tinggi ke cairan dialisis dengan konsentrasi yang lebih rendah. Air yang berlebihan dikeluarkan dari dalam tubuh melalui proses osmosis yang dikendalikan dengan gradien tekanan yaitu air bergerak dari daerah dengan tekanan yang lebih tinggi (tubuh pasien) ke tekanan yang lebih rendah (cairan dialisis). Gradien dapat ditingkatkan melalui penambahan tekanan negatif yaitu ultrafiltrasi pada mesin dialisis (Smeltzer dan Bare, 2001a:1398). Hemodialisis biasanya dilakukan 3 kali seminggu dan lama pengobatan berkisar dari 4 sampai 6 jam, tergantung dari jenis sistem dialisis yang digunakan dan keadaan pasien (Price dan Wilson, 1995:871)

### 2.2.2 Indikasi Hemodialisis

Indikasi yang paling penting adalah keadaan klinis yang memburuk secara progresif. Kecepatan peningkatan kadar kreatinin plasma lebih penting dibanding kadarnya dalam darah (Surjono, 2005: 83). Indikasi hemodialisis dibedakan menjadi HD *emergency* atau HD segera dan HD kronis (Daugirdas *et al.*, 2007 dalam Kandarini 2013).

#### a. Indikasi Hemodialisis segera

Hemodialisis segera merupakan hemodialisis yang harus segera dilakukan, antara lain:

#### 1. Kegawatan ginjal

- a) Klinis: keadaan uremik berat, overhidrasi
- b) Oligouria (produksi urine <200 ml/12 jam)
- c) Anuria (produksi urine <50 ml/ 12 jam)
- d) Hiperkalemia (terutama jika terjadi perubahan ECG, biasanya K >6,5 mmol/l)
- e) Asidosis berat (pH <7,1 atau bikarbonat <12 meq/l)
- f) Uremia (BUN >150 mg/dL)
- g) Ensefalopati uremikum

- h) Neuropati/miopati uremikum
  - i) Perikarditis uremikum
  - j) Disnatremia berat ( $\text{Na} > 160$  atau  $< 115 \text{ mmol/L}$ )
  - k) Hipertermia
2. Keracunan akut (alkohol, obat – obatan) yang bisa melewati membran dialisis
- b. Indikasi Hemodialisis Kronis

Hemodialisis kronis adalah hemodialisis yang dikerjakan berkelanjutan seumur hidup penderita dengan menggunakan mesin hemodialisis. Menurut Perhimpunan Dokter Spesialis Penyakit Dalam Indonesia (2006) dalam Lase (2011), pada umumnya indikasi dialisa pada GGK adalah apabila laju filtrasi glomerulus (LFG) sudah kurang dari 5 ml/menit, sehingga dialisis baru dianggap perlu dimulai bila dijumpai satu dari hal di bawah:

- a. Keadaan umum buruk dan gejala klinis nyata
- b. K serum  $> 6 \text{ mEq/L}$
- c. Ureum darah  $> 200 \text{ mg/L}$
- d. pH darah  $< 7,1$
- e. Anuria berkepanjangan ( $> 5$  hari)
- f. Fluid overloaded.

### 2.2.3 Dampak Hemodialisis

Menurut Smelzer dan Bare (2001d: 1401) dan Nephrology Channel, (2001) dalam Harmoko, (2011) dampak hemodialisis yang dirasakan pasien GGK menjalani terapi hemodialisis antara lain:

- a. Nyeri dada

Nyeri dada dapat terjadi akibat hematokrit dan perubahan volume darah karena penarikan cairan. Perubahan volume menyebabkan terjadinya penurunan aliran darah ke miokard dan mengakibatkan berkurangnya oksigen miokard karena  $\text{pCO}_2$  menurun bersamaan dengan terjadinya sirkulasi darah di luar tubuh (Smeltzer dan Bare, 2002; Kallenbac, 2005 dalam Farida, 2010).

b. Mual dan muntah

Mual dan muntah saat hemodialisis kemungkinan dipengaruhi oleh lamanya waktu hemodialisis, perubahan homeostatis selama hemodialisis, banyaknya ureum yang dikeluarkan dan besarnya ultrafiltrasi (Holley *et al*, 2007). Mual dan muntah dapat mengganggu aktifitas pasien, menyebabkan dehidrasi, ketidakseimbangan elektrolit dan kelelahan, meningkatkan rasa tidak nyaman (Amiyanti, 2009: 28)

c. Kram otot

*Intradialytic muscle cramping*, biasa terjadi pada ekstremitas bawah. Beberapa faktor risiko terjadinya kram diantaranya perubahan osmolaritas, ultrafiltrasi yang terlalu tinggi dan ketidakseimbangan kalium dan kalsium intra atau ekstra sel (Kallenbach *et al*, 2005 dalam Farida 2010).

d. Pusing

Penyebab sakit kepala saat hemodialisis belum diketahui. Kecepatan UFR yang tinggi, penarikan cairan dan elektrolit yang besar, lamanya dialisis, tidak efektifitasnya dialisis, dan tingginya ultrafiltrasi juga dapat menyebabkan terjadinya *headache intradialysis* (Incekara *et al*, 2008 dalam Farida 2010).

e. Hipotensi

Hipotensi sering terjadi pada pasien yang menjalani hemodialisis dengan insidensi sekitar 20 - 25% dari semua sesi hemodialisis. *Intradialytic hypotension* (IDH) merupakan penurunan tekanan darah sistolik  $\geq 20$  mmHg atau penurunan *Mean Arterial Pressure* (MAP)  $>10$  mmHg dan menyebabkan munculnya gejala – gejala seperti: perasaan tidak nyaman pada perut (*abdominal discomfort*); mual, muntah, gelisah, pusing dan kecemasan. Pasien yang sering mengalami IDH antara lain pasien diabetes CKD, penyakit kardiovaskular, status nutrisi yang jelek dan hipoalbuminemia, uremic neuropathy atau disfungsi autonomic, anemia berat, tekanan darah sistolik presialis  $<100$  mmHg. Intervensi untuk mencegah terjadinya IDH antara lain: penggunaan temperature dingin,

pengaturan profil natrium, peningkatan kadar kalsium dialisat, dan beberapa penggunaan *proseor agents*. (Ginting, tanpa tahun).

f. Anemia

Anemia adalah kondisi klinis yang dihasilkan akibat insufisiensi suplai sel darah merah yang sehat, volume sel darah merah, dan atau jumlah hemoglobin (Hb) dengan hasil pemeriksaan laboratorium kadar Hb <11 gr/dl (Nurchayati, 2011). Menurut Penefri (2011) pasien GGK dikatakan anemia jika memiliki Hb  $\leq 10$  gr/dl. Menurunnya kadar hemoglobin dikarenakan kehilangan darah akibat defisiensi sintesis pembentukan hormon eritropoietin dan terjadi pemendekan masa hidup eritrosit akibat terjadinya peningkatan hemolisis eritrosit. Faktor etiologi yang banyak terjadi pada pasien hemodialisis seperti seringnya pengambilan sampel darah, berkurangnya darah karena proses hemodialisis ataupun tingkat kerusakan ginjal yang lebih parah (Yendriwati, 2002 dalam Latifah *et al*, 2012 dan Astrini 2013).

g. Emboli

Emboli udara adalah salah satu masalah keamanan pasien yang paling serius pada unit hemodialisis. Emboli udara terjadi ketika udara atau sejumlah busa (*microbubble*) memasuki sistem peredaran darah pasien. Udara dapat memasuki sirkulasi pasien melalui selang darah yang rusak, kesalahan penyambungan selang darah, adanya lubang pada container cairan intravena, kantung darah dan perubahan letak jarum arteri (Kallenbach, *et al*, 2005 dalam Armiyanti, 2009). Gejala yang berhubungan dengan terjadinya emboli udara adalah adanya sesak nafas, nafas pendek, dan kemungkinan adanya nyeri dada (Daugirdas, *et al*, 2007 dalam Farida, 2010).

## 2.3 Kualitas Hidup

### 2.3.1 Pengertian Kualitas Hidup

Kualitas hidup merupakan suatu kesejahteraan yang dirasakan oleh seseorang dan berasal dari kepuasan atau ketidakpuasan dengan bidang kehidupan



yang penting bagi mereka. Persepsi subjektif tentang kepuasan terhadap berbagai aspek kehidupan dianggap sebagai penentu utama dalam penilaian kualitas hidup, karena kepuasan merupakan pengalaman kognitif yang menggambarkan penilaian terhadap kondisi kehidupan yang stabil dalam jangka waktu lama (Ferrans dan Powers, 1994 dalam Septiwi, 2011).

Menurut WHO (1994) kualitas hidup adalah persepsi individu sebagai laki-laki ataupun perempuan dalam hidup ditinjau dari konteks budaya dan sistem nilai dimana mereka tinggal, hubungan dengan standar hidup, harapan, kesenangan, dan perhatian mereka. Hal ini terangkum secara kompleks mencakup kesehatan fisik, status psikologis, tingkat kebebasan, hubungan sosial, dan hubungan kepada karakteristik lingkungan mereka.

Suhud (2009) dalam Lase (2011), menjelaskan bahwa kualitas hidup adalah penyakit yang diderita seseorang, namun tetap merasa nyaman secara fisik, psikologis, sosial maupun spiritual serta secara optimal memanfaatkan hidupnya untuk kebahagiaan dirinya maupun orang lain. Kualitas hidup tidak terkait dengan lamanya seseorang akan hidup karena bukan domain manusia untuk menentukannya. Untuk dapat mencapai kualitas hidup perlu perubahan secara fundamental atas cara pandang pasien terhadap penyakit kronik yang dideritanya.

Berdasarkan pendapat di atas dapat disimpulkan bahwa kualitas hidup adalah persepsi mengenai dirinya sendiri yang dilihat dari aspek fisik, sosial, psikologis, dan lingkungan untuk mencapai kesejahteraan dalam hidupnya.

### 2.3.2 Pengukuran Kualitas Hidup

Kualitas hidup adalah kepuasan subjektif mengenai kondisi kehidupan individu saat ini terhadap beberapa aspek kehidupan yang penting baginya. Dengan demikian, dalam pengukuran kualitas hidup dibutuhkan aspek kehidupan yang relevan atau penting terhadap individu dalam hubungannya dengan kualitas hidup (komponen kondisi kehidupan diperantarai oleh persepsi individu), kepuasan subjektif dari individu terhadap aspek kehidupan tersebut (komponen subjektif), serta derajat atau bobot kepentingan aspek kehidupan yang diukur terhadap kualitas hidup individu (komponen kepentingan) (Rohmawati, 2011).

Menurut Moons *et al.* (2004) dalam Nofitri (2009) mengatakan bahwa pengukuran kualitas hidup yang terstandarisasi menggunakan indikator yang mungkin tidak relevan terhadap individu yang diukur kualitas hidupnya. Selain itu, pengukuran kualitas hidup dengan indikator yang terstandarisasi mengasumsikan bahwa tiap aspek yang diukur adalah sama pentingnya bagi semua responden sehingga pengukuran mengabaikan adanya variasi kepentingan aspek bagi tiap individu.

Secara garis besar dalam pengukuran kualitas hidup dapat dibagi menjadi 2 macam instrumen, yaitu instrumen umum (*generic scale*) dan instrumen khusus (*specific scale*). Instrumen umum ialah instrumen yang dipakai untuk mengukur kualitas hidup secara umum pada penderita dengan penyakit kronis. Instrumen ini digunakan untuk menilai secara umum mengenai kemampuan fungsional, ketidakmampuan dan kekuatiran yang timbul akibat penyakit yang diderita (Guyatt dan Jeescake, 1952 dalam Silitonga, 2007)

Salah satu contoh instrumen umum adalah the *Sickness Impact Profile (SIP)*, the *Medical Outcome Study (MOS) 36-item short-form Health Survey (SF-36)*. Instrumen khusus adalah instrumen yang dipakai untuk mengukur sesuatu yang khusus dari penyakit, populasi tertentu (misalnya pada orang tua) atau fungsi yang khusus (misalnya fungsi emosional), contohnya adalah “*The Washington Psychosocial Seizure Inventory*” (WPSI), “*The Liverpool Group*”, “*The Epilepsy Surgery Inventory*”(ESI-55) (Guyatt dan Jeescake, 1952 dalam Silitonga, 2007)

*The MOS (SF – 36)* merupakan salah satu contoh instrumen pengukuran kualitas hidup yang dipakai secara luas untuk berbagai macam penyakit yang berisikan 36 pertanyaan. Instrumen KDQOL-SF<sup>TM</sup> digunakan untuk mengukur kualitas hidup pasien penyakit ginjal dengan penilaian secara keseluruhan baik fisik dan mental (Hays, 1992).

### 2.3.3 Komponen Kualitas Hidup Gagal Ginjal Kronis

Menurut Shrestha *et al.* (2008) komponen kualitas hidup gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisis dibagi menjadi empat komponen, antara lain:

a. Kesehatan fisik

Kesehatan fisik yang dialami pasien GGK antara lain fungsi fisik, status pekerjaan, peran fisik, kesehatan umum, persepsi rasa sakit, energi dan kelelahan, dan fungsi sosial. Fungsi fisik yang sering dirasakan yaitu mengalami kesulitan dalam kegiatan sehari-hari karena penyakit GGK, pasien membutuhkan banyak usaha yang lebih besar ketika melakukan kegiatan yang kuat, seperti berlari, mengangkat benda berat dan olahraga berat. Pasien juga mengalami keterbatasan dalam menaiki anak tangga dan berjalan beberapa blok, keterbatasan moderat untuk mengangkat atau membawa bahan makanan. Kegiatan moderat seperti memindahkan meja, penyedot debu, bermain bola dan menyapu rumah. Beberapa pasien menjelaskan mengalami kesulitan ketika mandi atau berpakaian. Hal ini menunjukkan bahwa semakin besar tingkat usaha dan kompleksitas, semakin besar kesulitan yang dirasakan (Silva *et al.* 2012). Pasien merasakan lebih cepat lelah ketika melakukan pekerjaan sehari – hari sehingga membuat mereka tidak dapat bekerja terlalu lama (Butar, 2013).

b. Kesehatan mental

Kesehatan mental yang dirasakan pasien GGK antara lain kesejahteraan emosional, kualitas interaksi sosial, beban penyakit ginjal, dukungan sosial dan peran emosional. Menurut penelitian Bakewell *et al.* (2002) dalam Van (2012) menunjukkan bahwa perasaan emosional pada pasien GGK dapat menurunkan kualitas hidup pada pasien GGK dari waktu ke waktu karena peningkatan beban ginjal penyakit pada kehidupan seseorang yang menyebabkan perasaan frustrasi. Hal ini disebabkan oleh peningkatan waktu yang dihabiskan karena pengobatan GGK dan mengganggu kehidupan pasien. Penelitian yang dilakukan Yuliaw (2009) menyebutkan bahwa pasien GGK dengan hemodialisis mengalami gangguan peran karena tidak diikutsertakan dalam kehidupan sosial, tidak boleh mengurus pekerjaan, sehingga terjadi perubahan peran dan tanggung jawab dalam keluarga. Pasien merasa bersalah karena ketidakmampuan dalam berperan yang menjadi ancaman bagi harga

diri pasien. Pasien GGK membutuhkan dukungan sosial yang berasal dari keluarga dan kelompok sosial di lingkungan pasien. Menurut Smeltzer & Bare (2001c:1402), dukungan keluarga merupakan bagian dari dukungan sosial dalam memberikan dukungan ataupun pertolongan dan bantuan pada anggota keluarga yang menjalani hemodialisis. Orang bisa memiliki hubungan yang mendalam dan sering berinteraksi, namun dukungan yang diperlukan hanya benar – benar bisa dirasakan apabila ada keterlibatan dan perhatian yang mendalam.

c. Masalah penyakit ginjal

Masalah pada pasien penyakit ginjal kronis adalah masalah yang menyertai setelah didiagnosis sakit ginjal yaitu fungsi kognitif, gejala atau masalah, efek dari penyakit ginjal, fungsi seksual dan kualitas tidur. Masalah yang menyertai ini antara lain: nyeri otot, nyeri dada, kram otot, kulit gatal-gatal, kulit kering, nafas pendek (sesak), pusing, penurunan nafsu makan, gangguan eliminasi, mati rasa pada tangan dan kaki, mual, permasalahan pada tempat penusukan, dan permasalahan pada tempat memasukkan kateter (pada dialisis peritoneal) (Hays, *et al.* 1997). Teori dari Smeltzer dan Bare (2001d:1401) yang mengatakan bahwa pasien GGK akan merasakan adanya rasa tidak nyaman, sesak, oedema, nyeri dada, rasa mual atau bahkan muntah, serta kram otot yang mengakibatkan nyeri hebat. Untuk mengurangi gejala – gejala tersebut pasien GGK sangat tergantung pada terapi hemodialisis untuk meningkatkan kualitas hidupnya.

Yulaw (2009) menyatakan bahwa pasien yang telah melakukan hemodialisis merasa lelah, sakit kepala, keringat dingin, kram, dan tidak buang air seni. Masalah yang dihadapi pasien GGK yakni mengalami ketidakpuasan dalam aktivitas seksual karena terjadi penurunan fungsi seksual (libido) pada laki – laki yaitu terjadi impotensi yang disebabkan penyakit GGK atau efek samping dari obat – obat anti hipertensi. Pada wanita selama proses hemodialisis tidak mengalami proses menstruasi karena pengaruh obat immunosupresi (Supriyadi, 2011). Efek yang timbul sebagai konsekuensi akibat penyakit ginjal yang diderita dan sering menyusahkan pasien antara lain:

pembatasan cairan, pembatasan diet, kemampuan bekerja disekitar rumah, kemampuan untuk melakukan perjalanan, ketergantungan terhadap petugas kesehatan, perasaan khawatir dan stres terhadap penyakit yang diderita, dan penampilan (Hays, *et al.* 1997).

Pasien GGK akan mengalami perubahan fisik berupa kelemahan fisik yang akan menimbulkan gejala gangguan masalah tidur dan status kesehatan fisik menurun, sehingga dapat mempengaruhi kualitas hidupnya. Pasien yang mengalami gagal ginjal dan harus menjalani hemodialisis akan mengalami keterbatasan aktivitas, respon fisik dirasakan menurun, merasa mudah capek, dan keterbatasan dalam asupan cairan dan nutrisi (Farida, 2010). Pasien hemodialisis mengalami perubahan yang terjadi dalam kehidupan sehari-hari selama menghadapi GGK dan pengobatan hemodialisis. Faktor dominan pembatasan yang dirasakan yaitu perubahan dalam pembatasan aktivitas fisik, perubahan citra tubuh, dan ada perasaan takut akan penyakit yang tidak diketahui kesembuhannya (Mattos, 2010 dalam Silva *et al.* 2012).

d. Kepuasan pasien

Kepuasan pasien dalam menjalani hemodialisis merupakan pikiran tentang pelayanan yang diterima selama hemodialisis dengan menilai keramahan dan perhatian dari perawat dialisis. Perawat dialisis berpengaruh terhadap kualitas hidup GGK karena perawat dialisis memberikan dukungan pada tahap awal pasien dengan gagal ginjal dan harus menjalani hemodialisis. Perawat memberikan dukungan kepada pasien dalam mengambil keputusan untuk mengikuti terapi hemodialisis dengan memfasilitasi pasien untuk bertemu dan berdiskusi. Dukungan sosial yang diberikan perawat akan membuat pasien merasa lebih kuat dan merasa dihargai (Mardyaningsih, 2014).

## 2.4 Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronis

Menurut Desita (2010) dan Nurcahyati (2011), faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien gagal ginjal kronis yaitu faktor individu, keadaan medis dan status fungsional, antara lain:

a. Faktor Individu

1. Usia

Usia berpengaruh terhadap cara pandang seseorang dalam kehidupan, masa depan dan pengambilan keputusan. Pasien yang termasuk usia produktif merasa terpacu untuk sembuh karena masih mempunyai harapan hidup yang tinggi dan sebagai tulang punggung keluarga. Pasien yang termasuk lanjut usia akan menyerahkan keputusan pada keluarga atau anak-anaknya. Usia berkaitan dengan prognose penyakit dan harapan hidup mereka yang berusia diatas 55 tahun, kecenderungan untuk terjadi berbagai komplikasi yang memperberat fungsi ginjal sangat besar bila dibandingkan dengan yang berusia dibawah 40 tahun (Indonesiannursing, 2008). Menurut Silva *et al.* (2012) pasien hemodialisis merasakan kelelahan setelah melakukan hemodialisis. Kelelahan tersebut dirasakan oleh semua pasien terutama pada pasien usia 60 tahun yang memiliki kelelahan lebih tinggi karena para pasien mempunyai penyakit penyerta terkait dengan penyakit ginjal kronis.

2. Jenis kelamin

Secara umum, setiap penyakit dapat menyerang manusia baik laki – laki maupun perempuan, tetapi beberapa penyakit terdapat perbedaan frekuensi antara laki – laki dan perempuan yang disebabkan perbedaan pekerjaan, kebiasaan hidup, genetika atau kondisi fisiologis (Budiarto & Anggraeni, 2002:113). Pasien yang menjalani hemodialisis menunjukkan pasien perempuan secara konsisten memiliki kualitas hidup lebih buruk daripada laki-laki, karena perempuan memiliki tugas domestik yang menjadi tanggung jawabnya (Mollaoglu, 2013). Hasil penelitian (Astrini, 2013) menjelaskan bahwa pasien GGK yang menjalani HD sebagian besar adalah laki-laki, kecenderungan ini kemungkinan disebabkan oleh karena laki-laki lebih sering terkena hipertensi, obesitas, diabetes melitus yang merupakan faktor resiko untuk terjadinya GGK. Gaya hidup juga memiliki peranan penting dalam perkembangan penyakit ginjal kronik (PGK)

menjadi GGK seperti merokok dan konsumsi alkohol yang lebih banyak merupakan kebiasaan laki-laki.

### 3. Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan tidak secara langsung berhubungan dengan penyakit, tetapi lebih banyak berkaitan dengan jenis pekerjaan dan penghasilan. Penduduk dengan tingkat pendidikan yang tinggi dengan penghasilan yang besar cenderung mengalami perubahan pola konsumsi makanan dan mempunyai preferensi dalam bidang kesehatan terhadap alat atau obat yang digunakan (Budiarto, 2003:30). Pasien GGK yang memiliki pendidikan lebih tinggi akan mempunyai pengetahuan lebih luas yang memungkinkan pasien dapat mengontrol dirinya dalam mengatasi masalah yang dihadapi, mempunyai rasa percaya diri yang tinggi, berpengalaman, dan mempunyai perkiraan yang tepat bagaimana mengatasi kejadian, mudah mengerti tentang apa yang dianjurkan oleh petugas kesehatan, serta dapat mengurangi kecemasan sehingga dapat membantu individu tersebut dalam membuat keputusan (Yulawati, 2009).

### 4. Pekerjaan

Pasien yang bekerja sebagai wiraswasta memiliki kualitas hidup yang rendah. Perbedaan kualitas hidup pada pekerjaan terjadi akibat perbedaan beban kerja, lingkungan tempat bekerja dan jam kerja masing-masing jenis pekerjaan. Pasien banyak yang tidak bekerja dan kehilangan pekerjaan akibat kondisi fisiknya yang telah menurun dan cepat lelah setiap melakukan pekerjaan. Pasien GGK lebih banyak menghabiskan waktunya beristirahat di rumah dibandingkan bekerja, sehingga berdampak pada status ekonomi yang dapat mengganggu tindakan pengobatan yang dilakukan pasien. Pasien yang bekerja sebagai PNS memiliki kualitas hidup yang baik, karena memiliki status ekonomi yang berkecukupan. Pasien mudah dalam mendapatkan pelayanan kesehatan, karena memiliki tunjangan dari pekerjaannya yaitu ASKES untuk meringankan biaya dalam mendapatkan fasilitas pelayanan kesehatan (Butar, 2013).

b. Keadaan medis

1. Lama menjalani hemodialisis

Lama menjalani hemodialisis berperan penting dalam mempengaruhi kualitas hidup pasien gagal ginjal kronis (Sangle *et al.* 2013). Menurut Harasyid dan Mianda (2012), pasien yang telah menjalani hemodialisis >8 bulan menunjukkan kualitas hidup yang lebih baik dibandingkan dengan yang menjalani hemodialisis ≤8 bulan. Pasien akan memiliki kualitas hidup yang semakin baik dari waktu ke waktu jika menjalani hemodialisis secara regular, dengan ditunjang adanya perbaikan hubungan dokter pasien agar terbina rasa percaya pasien, karena hemodialisis bukanlah terapi untuk memperbaiki ginjal ke dalam keadaan semula, tetapi merupakan terapi rehabilitatif sebagai pengganti fungsi ginjal untuk mendapatkan kualitas hidup yang lebih baik.

2. Stadium penyakit

Stadium penyakit pada gagal ginjal diawali dengan terjadinya gangguan fungsi ginjal yang dapat diketahui dengan tes pemekatan kemih dan tes GFR. Pada stadium akhir, terjadi kerusakan massa nefron sebesar 90% dan peningkatan kreatinin serum dan BUN. Gejala yang timbul pada stadium akhir penyakit ginjal yaitu oliguri karena kegagalan glomerulus dan sindrom uremik yang dikarenakan ginjal tidak sanggup mempertahankan homeostatis cairan dan elektrolit dalam tubuh (Suharyanto dan Madjid (2009) dalam Lase (2011).

3. Terapi hemodialisis yang dijalani

Kualitas hidup pasien hemodialisis dipengaruhi oleh keadekuatan terapi hemodialisis yang dijalani dalam rangka mempertahankan fungsi hidupnya. Efektifitas hemodialisis dapat dinilai dari bersihan ureum selama hemodialisis karena ureum merupakan indikator pencapaian adekuasi hemodialisis. Agar hemodialisis yang dilakukan efektif perlu dilakukan pengaturan kecepatan aliran darah (Qb) dan akses vascular yang adekuat (Septiwi, 2011)



c. Status fungsional

1. Anemia

Anemia yang terjadi pada pasien GGK karena penurunan ketahanan hidup sel darah merah maupun defisiensi eritropoetin. Pasien yang menjalani hemodialisis jangka panjang akan kehilangan darah kedalam dialiser (ginjal artificial) sehingga mengalami defisiensi besi (Smeltzer dan Bare, 2002). Menurut *National Kidney Foundation's Kidney Disease Outcomes Quality Initiative* (NKF-K/DOQI), nilai Hb yang direkomendasikan pada pasien dengan GGK yaitu pada level 11-12g/dL (Gregory, 2005). Menurut Penefri (2011), pasien GGK dikatakan anemia apabila memiliki kadar hb  $\leq 10$  gr/dL. Gejala dan tanda pasien GGK yang mengalami anemia berupa kelelahan, kelemahan, peka terhadap rangsang cahaya, nafas dangkal dan cepat, palpitasi, pucat, pusing, nadi meningkat, penurunan tekanan darah, ekstemitas dingin yang dapat menyebabkan penurunan kualitas hidup serta meningkatkan mortalitas (Program Pelatihan Teknik Dialisis dalam Nurchayati, 2011).

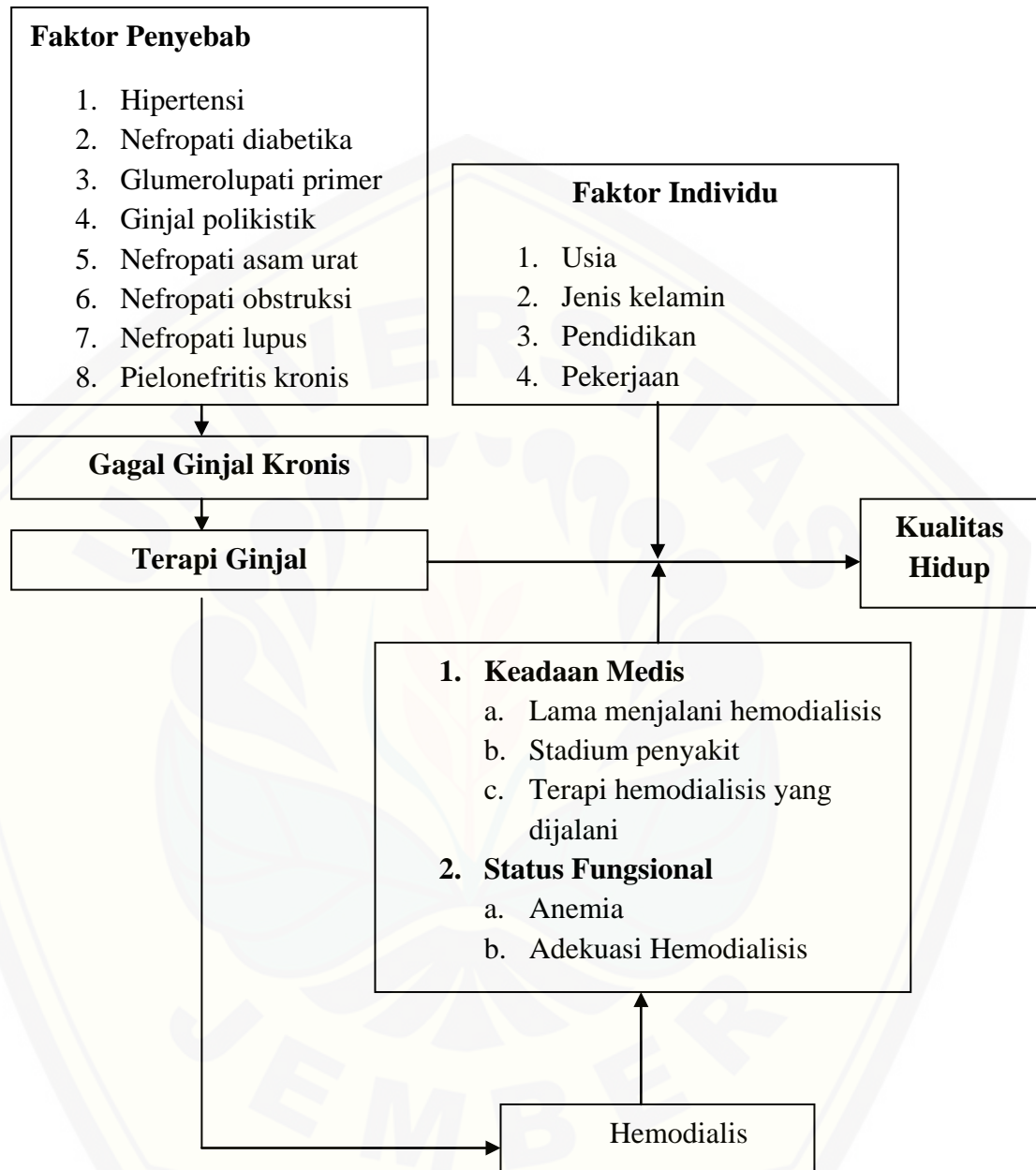
2. Adekuasi Hemodialisis

Adekuasi hemodialisis adalah kecukupan dosis hemodialisis yang direkomendasikan untuk mendapatkan hasil yang adekuat pada pasien gagal ginjal yang menjalani hemodialisis (NKF-K/DOQI, 2000). Adekuasi hemodialisis diukur secara kuantitatif dengan menghitung Kt/V. Kt/V merupakan rasio dari bersihan urea dan waktu hemodialisis dengan volume distribusi urea dalam cairan tubuh pasien. Di Indonesia adekuasi hemodialisis dapat dicapai dengan jumlah dosis hemodialisis 10 – 15 jam perminggu. Hemodialisis dilakukan selama 4 – 5 jam dengan frekuensi 2 kali per minggu dengan hasil evaluasi telah dapat mencapai nilai Kt/V yang mencukupi ( $>1,2$ ) (Konsensus Dialisis Penefri, 2003). Penelitian yang dilakukan Septiwi *et al* (2011), penilaian adekuasi hemodialisis mempengaruhi kualitas hidup pasien yang menjalani hemodialisis. Pasien yang mencapai adekuasi hemodialisis mempunyai kualitas hidup yang baik sebesar 10,6 kali dibandingkan dengan pasien yang tidak mencapai

adekuasi hemodialisis setelah dikontrol oleh variabel pekerjaan, kadar Hb, dan depresi.



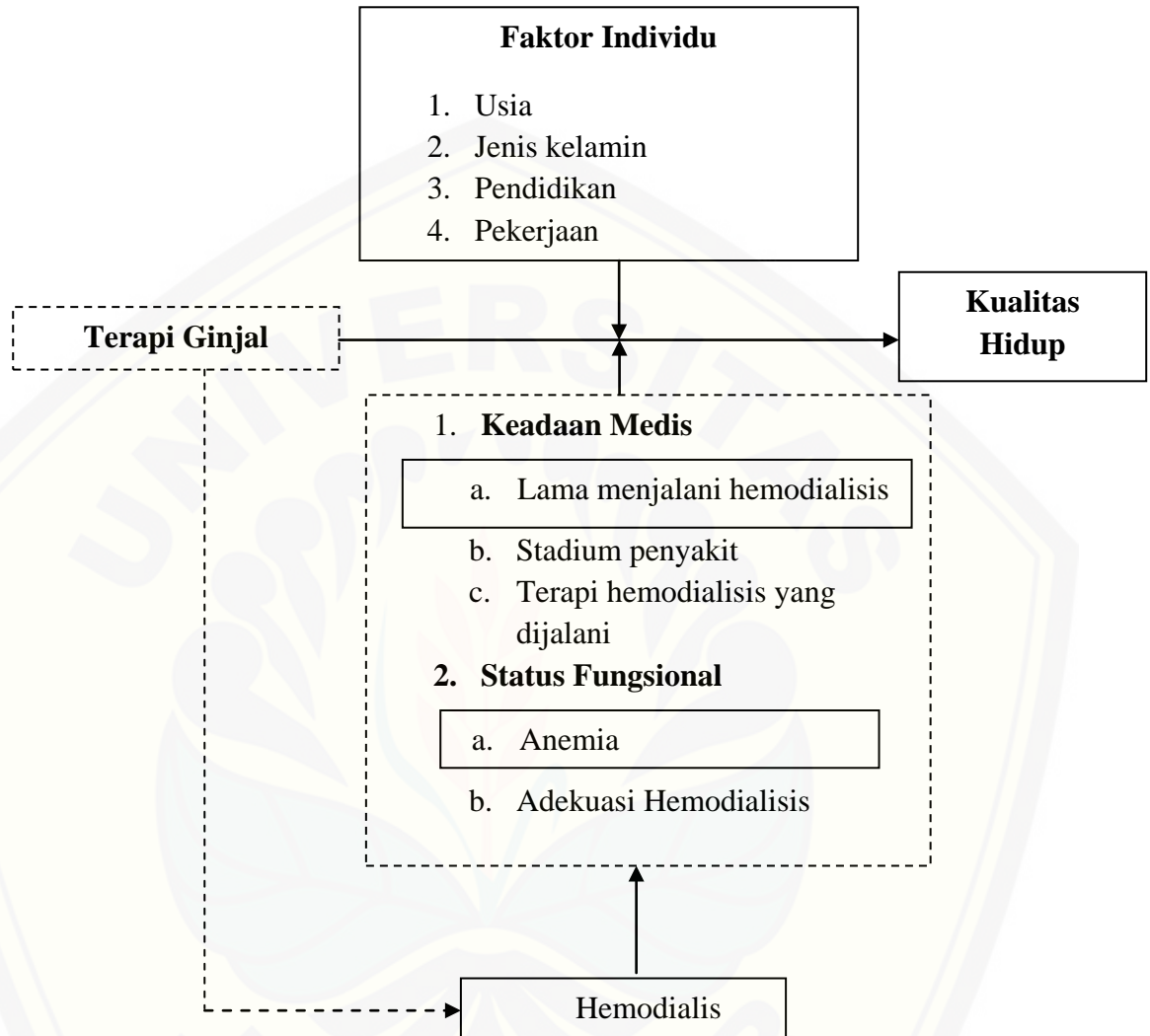
## 2.5 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

Sumber : IRR (2012); Harasyid dan Mianda (2012); Fathelrahman (2012); Butar (2013); NKF dalam Desita (2010)

2.6 Kerangka Konsep



Keterangan :

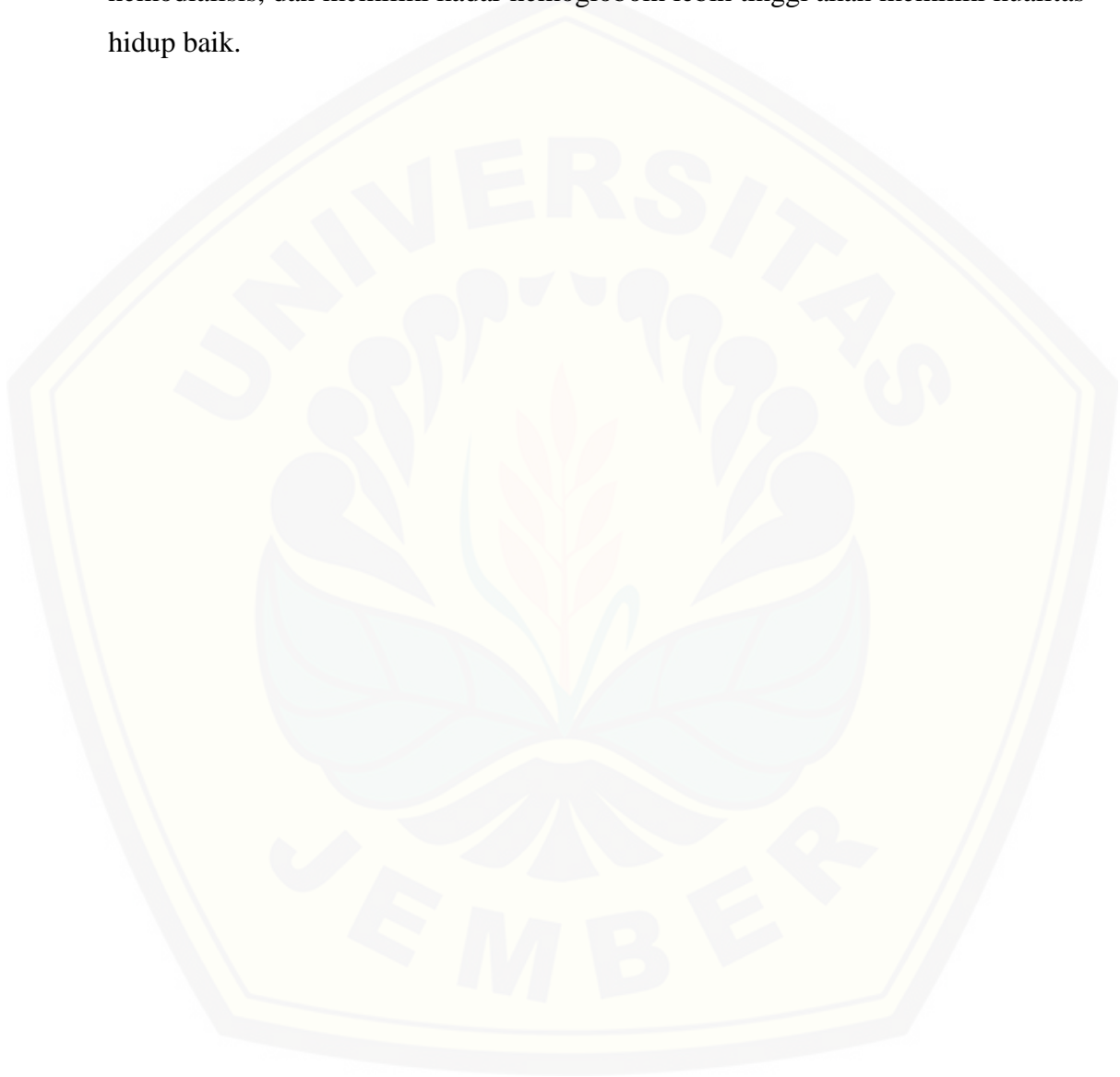
: diteliti

: tidak diteliti

Gambar 2.2 Kerangka Konseptual

## 2.7 Hipotesis Penelitian

Berdasarkan tujuan khusus penelitian, maka hipotesis dalam penelitian ini adalah pasien GJK yang berumur lebih muda, berjenis kelamin laki – laki, berpendidikan tinggi, memiliki pekerjaan tetap, lebih lama menjalani hemodialisis, dan memiliki kadar hemogloboin lebih tinggi akan memiliki kualitas hidup baik.



## BAB 3. METODE PENELITIAN

### 3.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini termasuk dalam penelitian analitik observasional. Penelitian observasional yaitu penelitian yang dilakukan pada sampel atau populasi untuk mencari keterangan secara fluktuatif, memperoleh fakta dari gejala yang ada tanpa memberikan perlakuan atau intervensi (Sulistyaningsih, 2011a:9). Penelitian ini menggunakan jenis rancangan penelitian *cross sectional* yaitu suatu penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor – faktor risiko dengan efek, dengan cara pendekatan, observasi ataupun pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (*point time approach*). Artinya, tiap subjek penelitian hanya diobservasi sekali saja dan pengukuran dilakukan terhadap status karakter atau variabel subjek pada saat pemeriksaan (Notoatmodjo, 2010a: 37). Pada penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan antara karakteristik individu, kadar hemoglobin dan lama menjalani hemodialisis dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronis.

### 3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di unit hemodialisis Rumah Sakit Umum Blambangan Banyuwangi, karena RSUD tersebut merupakan rumah sakit rujukan untuk masyarakat di wilayah Banyuwangi yang menyediakan fasilitas terapi hemodialisis. Waktu penelitian dilaksanakan mulai bulan September – Oktober 2015.

### 3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

#### 3.3.1 Populasi Penelitian

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek (benda)/subjek (orang) yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk diteliti dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sulistyaningsih, 2011b:64). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien yang menjalani terapi hemodialisis di unit hemodialisa RSUD Blambangan Banyuwangi.

### 3.3.2 Sampel Penelitian

Sampel adalah bagian dari populasi yang dipilih dengan cara tertentu hingga dianggap dapat mewakili populasi (Sastroasmoro, 2011: 90). Teknik pengambilan sampel menggunakan teknik *total sampling*, yaitu teknik penentuan sampel dengan mengambil seluruh anggota populasi sebagai responden atau sampel (Sugiyono, 2009: 124). Sampel dalam penelitian ini yaitu seluruh populasi yang memenuhi kriteria inklusi. Dari hasil studi pendahuluan di RSUD Blambangan Banyuwangi pada bulan Agustus 2015, jumlah populasi yang menjalani hemodialisis adalah 100 orang.

Kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditetapkan oleh peneliti, yaitu:

#### a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah kriteria atau ciri – ciri yang perlu dipenuhi oleh setiap anggota populasi yang dapat diambil sebagai subjek penelitian (Notoatmodjo, 2010b:130). Populasi yang akan dimasukkan ke dalam penelitian apabila memenuhi kriteria inklusi sebagai berikut:

- 1) Pasien menjalani hemodialisis minimal seminggu 2 kali
- 2) Telah menjalani hemodialisis minimal selama 3 bulan (Anees, 2011)

#### b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan subjek yang tidak memenuhi kriteria inklusi dari studi karena berbagai sebab (Notoatmodjo, 2010b:130). Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah:

- 1) Pasien mengalami gangguan kesadaran.
- 2) Pasien mengalami gangguan dalam berkomunikasi.

## 3.4 Definisi Operasional

Definisi Operasional adalah uraian tentang batasan variabel yang dimaksud, atau tentang apa yang diukur oleh variabel yang bersangkutan (Notoatmodjo, 2010c: 85). Definisi operasional variabel dibuat atas dasar apa yang akan dikerjakan di lapangan, berdasarkan konsep yang ada (Sulistyaningsih, 2011c:61). Definisi operasional setiap variabel dalam penelitian ini ditunjukkan pada tabel berikut:

Tabel 3.1 Definisi Operasional Variabel Penelitian

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Klasifikasi	Skala Data
<b>Variabel Dependen</b>					
1.	Kualitas hidup pasien GGK	Skor kualitas hidup dengan kuesioner KDQOL-SF versi 1.3 ( <i>Kidney Disease Quality Of Life</i> ). Kuesioner tersusun atas 24 item yang terdiri atas: 1. Kesehatan fisik 2. Kesehatan mental 3. Masalah penyakit ginjal 4. Kepuasan pasien	Wawancara dengan menggunakan instrumen KDQOL rentang nilai adalah 0 – 100		Rasio
<b>Variabel Independen</b>					
2.	Faktor individu				
	a. Usia	Masa hidup yang terhitung sejak dilahirkan sampai saat dilakukan wawancara seperti yang tertera pada kartu identitas dihitung dengan tahun lengkap.	Wawancara dengan kuesioner KDQOL		Rasio
	b. Jenis kelamin	Karakteristik yang digunakan untuk membedakan laki-laki dan perempuan berdasarkan ciri – ciri fisik dan biologis atau sesuai dengan kartu identitas.		1. Laki – laki 2. Perempuan	Nominal
	c. Tingkat pendidikan	Pendidikan formal terakhir yang dicapai responden	Wawancara dengan kuesioner KDQOL	1 = tidak sekolah 2 = SD 3 = SMP /sederajat 4 = SMU / sederajat 5 = D3/S1	Ordinal
	d. Pekerjaan	Suatu kegiatan atau aktivitas yang dapat menghasilkan uang bagi responden.	Wawancara dengan kuesioner KDQOL	1 = tidak bekerja 2 = Karyawan 3 = Wiraswasta 4 = PNS	Nominal
3.	Lama menjalani terapi hemodialisis	Rentang waktu yang dihabiskan responden untuk menjalani terapi hemodialisis.	Data sekunder laporan unit HD		Rasio
4.	Anemia	Kadar hemoglobin pada pasien GGK $\leq 10$ gr/dl.	Data sekunder laporan unit HD		Rasio

### 3.5 Data dan Sumber Data Penelitian



Data yang diperoleh dalam penelitian ini bersumber dari data primer dan data sekunder. Data primer merupakan data yang didapat dari sumber utama baik dari individu atau perseorangan (Nazir, 2009:50). Data primer dalam penelitian ini meliputi karakteristik individu yaitu jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, dan komponen kualitas hidup (komponen fisik, komponen mental, masalah penyakit ginjal dan kepuasan pasien). Data sekunder dalam penelitian ini berupa jumlah pasien gagal ginjal kronis, umur, lama menjalani hemodialisis dan kadar hemoglobin pasien yang menjalani terapi hemodialisis di RSUD Blambangan Banyuwangi.

### **3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data**

#### **3.6.1 Teknik Pengumpulan Data**

Pengumpulan data dalam penelitian dengan memberikan *informed consent* kepada setiap responden sebagai persetujuan untuk menjadi subyek penelitian. Teknik yang digunakan dalam pengumpulan data pada penelitian ini, antara lain:

##### **a. Wawancara**

Pengumpulan data primer dilakukan dengan cara wawancara. Wawancara merupakan proses interaksi atau komunikasi secara langsung antara pewawancara dan responden untuk memperoleh keterangan dengan tujuan penelitian. Pada penelitian ini teknik wawancara dengan responden dilakukan dengan menggunakan kuesioner. Kuesioner adalah sebuah set pertanyaan yang secara logis berhubungan dengan masalah penelitian, dan tiap pertanyaan merupakan jawaban yang mempunyai makna dalam menguji hipotesis (Budiarto, 2001:13 dan Nazir, 2003b:203). Teknik pengumpulan data melalui wawancara ini dilakukan untuk mengetahui karakteristik responden dan komponen kualitas hidup pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisis.

##### **b. Dokumentasi**

Metode dokumentasi adalah mencari data mengenai hal – hal atau variabel berupa catatan, transkrip, buku, surat kabar, majalah, prasasti, notulen rapat, agenda dan sebagainya (Arikunto, 2006:231). Teknik dokumentasi dalam

penelitian ini digunakan untuk memperoleh data pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisis yaitu umur, lama menjalani hemodialisis, kadar hemoglobin.

### 3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen penelitian merupakan pedoman tertulis tentang wawancara atau pengamatan, atau daftar pertanyaan, yang dipersiapkan untuk mendapatkan informasi dari responden (Gulo, 2002:123). Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner *Kidney Disease Quality of Life-Short Form* (KDQOL-SF) yang merupakan pengembangan dari *Short Form 36* (SF-36). Kuesioner ini merupakan alat ukur khusus yang digunakan untuk menilai kualitas hidup pasien GGK dan pasien yang menjalani dialisis dengan 24 pertanyaan (Hays, 1995 dalam Adhyatma, 2011). Hal – hal yang dinilai pada KDQOL-SF meliputi komponen fisik, komponen mental, masalah penyakit ginjal dan kepuasan pasien.

## 3.7 Teknik Pengolahan, Penyajian dan Analisis Data

### 3.7.1 Teknik Pengolahan Data

#### a. Pemeriksaan Data (*editing*)

Pemeriksaan data dilakukan setelah responden menjawab semua pertanyaan dari peneliti dan peneliti selesai menghimpun di lapangan (Bungin, 2005:165). Data yang telah terkumpul, akan diperiksa untuk memastikan tidak ada data yang kurang dan meragukan. Apabila terdapat data yang kurang, maka akan ditanyakan kembali kepada responden. Hal ini dilakukan untuk meminimalkan kesalahan data dan menghilangkan keraguan data.

#### b. Pengkodean Data (*coding*)

Setelah tahap *editing* selesai dilakukan maka selanjutnya adalah mengklasifikasi data dengan memberi identitas sehingga memiliki arti tertentu pada saat dianalisis (Bungin, 2005:166). Langkah ini dilakukan untuk memudahkan dalam proses analisis data. Jawaban yang telah terhimpun akan di beri kode dengan memberi angka pada setiap pilihan jawaban.

c. Tabulasi Data (proses pembeberan)

Tabulasi adalah memasukkan data pada tabel – tabel tertentu, mengatur angka, dan menghitungnya (Bungin, 2005:168). Tabulasi dilakukan dengan cara memasukkan data yang diperoleh ke dalam tabel – tabel sesuai variabel yang diteliti.

### 3.7.2 Teknik Penyajian Data

Penyajian data dalam penelitian bertujuan untuk mempermudah peneliti dalam menginformasikan hasil penelitian yang sudah dilakukan. Penyajian data adalah kegiatan yang dilakukan dalam pembuatan laporan hasil penelitian agar laporan dapat dipahami dan dianalisis sesuai dengan tujuan yang diinginkan kemudian ditarik kesimpulan sehingga dapat menggambarkan hasil penelitian (Notoatmodjo, 2010d:188). Teknik penyajian data dalam penelitian ini secara verbal dan matematis. Penyajian verbal adalah penyajian dengan menggunakan kata – kata dan penyajian matematis dengan menggunakan tabel.

### 3.7.3 Teknik Analisis Data

Teknik analisis data dalam penelitian ini dilakukan dengan cara analisis data univariat dan bivariat yang menggunakan bantuan *software* program pengolah data.

a. Analisis Univariat

Analisis univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian (Notoatmodjo, 2010e: 182). Dalam penelitian ini variabel yang akan dianalisis secara deskriptif adalah variabel bebas yaitu faktor individu (usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan pekerjaan), lama menjalani hemodialisis, kadar hemoglobin dan variabel terikat yaitu kualitas hidup pasien GJK. Pengukuran kualitas hidup menggunakan kuesioner KDQOL yang berisikan 24 pertanyaan dengan konversi skor mengikuti aturan pada tabel 3.2. Setelah dikonversi menjadi angka, kelompok pertanyaan tertentu kemudian dirata-ratakan mengikuti

tabel 3.3. Penilaian kualitas hidup secara umum merupakan rata – rata dari seluruh aspek dan diinterpretasikan.

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan dan berkorelasi (Notoatmodjo, 2010e: 183).

1. Uji *Chi-Square*

Variabel *independent* dalam penelitian ini adalah jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan pekerjaan, sedangkan variabel *dependent* adalah kualitas hidup pasien GGK dengan menggunakan uji *Chi-Square* dengan derajat kepercayaan 95% ( $\alpha = 0,5$ ).

- a) Jika nilai  $p > 0,05$  maka tolak  $H_0$  artinya tidak terdapat hubungan jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan pekerjaan dengan kualitas hidup pasien GGK di RSUD Blambangan Banyuwangi.
- b) Jika nilai  $p < 0,05$  maka terima  $H_0$  artinya terdapat hubungan jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan pekerjaan, dengan kualitas hidup pasien GGK di RSUD Blambangan Banyuwangi.

2. Uji normalitas

Uji normalitas bertujuan untuk mengetahui apakah distribusi sebuah data mengikuti atau mendekati distribusi normal. (Santoso, 2010 :43). Uji normalitas data dalam penelitian ini menggunakan uji *Kolmogorov-Smirnov* karena sampel besar ( $>50$ ). Setelah melakukan uji normalitas data, apabila data yang dihasilkan berdistribusi normal maka menggunakan uji *pearson correlation*, apabila data yang dihasilkan tidak berdistribusi normal maka menggunakan uji *spearman*.

- 1) Jika nilai sig.  $> 0,05$  maka tolak  $H_0$  artinya tidak terdapat hubungan antara umur, lama menjalani hemodialisis dan kadar hemoglobin dengan kualitas hidup pasien GGK di RSUD Blambangan Banyuwangi.
- 2) Jika nilai sig.  $< 0,05$  maka terima  $H_0$  artinya terdapat hubungan antara umur, lama menjalani hemodialisis dan kadar hemoglobin dengan kualitas hidup pasien GGK di RSUD Blambangan Banyuwangi.

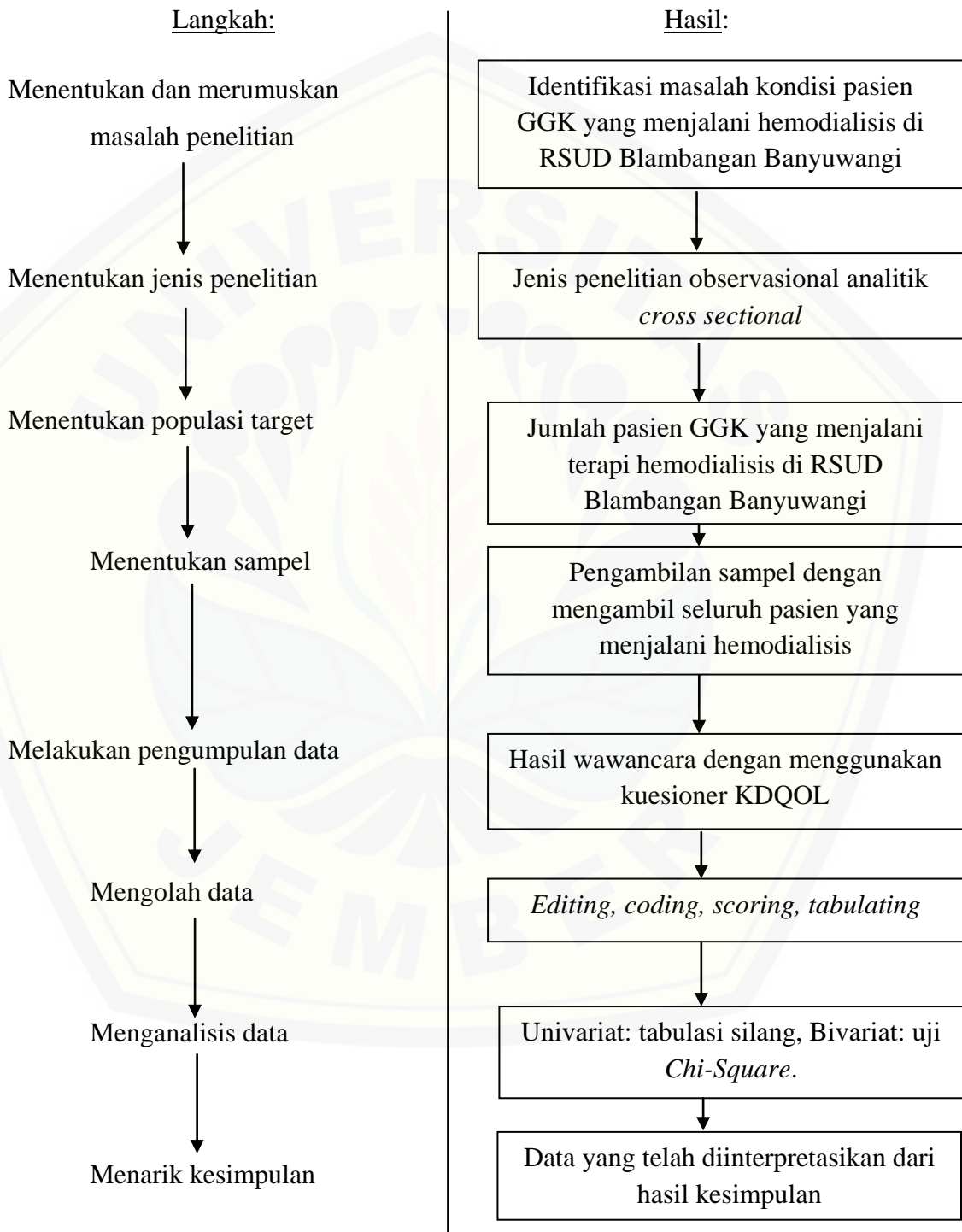
### 3.8 Validitas dan Reliabilitas Data

Penelitian ini menggunakan instrumen penelitian yaitu kuesioner *Kidney Disease Quality of Life-Short Form* (KDQOL-SF) yang telah divalidasi secara *validity of content* yang disahkan oleh dr. Elmeida Effendy, Sp.KJ (Adhyatma, 2011).



### 3.9 Alur Penelitian

Alur penelitian disampaikan peneliti agar diperoleh gambaran yang jelas mengenai proses penelitian. Alur penelitian dapat digambarkan sebagai berikut



Gambar 3.1 Alur Penelitian

## BAB 5. PENUTUP

### 5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan terkait Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronis yang Menjalani Hemodialisis di RSUD Blambangan Banyuwangi, diperoleh beberapa kesimpulan sebagai berikut:

- a. Rata – rata pasien berumur 51 tahun termasuk dan termasuk dalam lansia awal (46-55 tahun), dengan jumlah pasien laki – laki lebih banyak daripada perempuan. Sebagian besar pasien pernah mengenyam pendidikan dengan pendidikan SMA/SMK yang memungkinkan mereka untuk memiliki pekerjaan. Namun saat penelitian dilakukan lebih banyak yang tidak bekerja dibandingkan yang bekerja sebagai wiraswasta, PNS, dan karyawan.
- b. Pasien GGK telah menjalani hemodialisis selama rata – rata 19,90 bulan. Dimana rata – rata waktu hemodialisis tersebut tergolong >1 tahun. Dengan demikian, pasien yang terdiagnosis penyakit GGK lebih awal dimungkinkan telah mampu beradaptasi dengan penyakit beserta proses hemodialisis.
- c. Kadar hemoglobin pasien GGK jauh dibawah normal yaitu hanya 7,4 gr/dL. Kondisi tersebut memungkinkan terjadinya gangguan klinis yang dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien.
- d. Mayoritas kualitas hidup pasien GGK terkategori baik menurut rata – rata dari kualitas hidup secara umum. Hal tersebut dikarenakan pasien telah menjalankan hemodialisis >1 tahun dimana pasien telah beradaptasi dan merasakan pentingnya menjalani hemodialisis yang dapat meningkatkan kualitas hidupnya.
- e. Usia pasien dan status pekerjaan berhubungan dengan kualitas hidup. Dimana pasien yang lebih muda cenderung memiliki kualitas hidup lebih baik. Demikian juga dengan pasien yang memiliki pekerjaan. Adapun jenis kelamin dan pendidikan diketahui tidak berhubungan dengan kualitas hidup pasien GGK.

- f. Kualitas hidup pasien GGK tidak dipengaruhi oleh lamanya menjalani hemodialisis. Hal ini bisa disebabkan karena kualitas hidup merupakan perasaan subjektif yang dimiliki oleh masing – masing individu. Dimana hal ini tidak akan dipengaruhi oleh faktor eksternal.
- g. Kualitas hidup pasien GGK ditentukan berdasarkan kadar hemoglobin, yaitu pasien GGK yang memiliki kadar hemoglobin tinggi dan stabil cenderung memiliki kualitas hidup yang baik. Hal ini dikarenakan dengan kadar hemoglobin tinggi dan stabil pasien dapat melakukan aktivitas sehari – hari dan mengurangi faktor risiko anemia.

## **5.2 Saran**

### **5.2.1 Bagi Rumah Sakit Umum Blambangan Banyuwangi**

Bagi RSUD Blambangan Banyuwangi khususnya unit hemodialisa sebaiknya perlu adanya konseling.

### **5.2.2 Bagi Keluarga Pasien GGK**

Bagi keluarga pasien GGK sebaiknya memberikan asupan makanan yang tinggi protein, namun rendah kalium dan natrium supaya tidak mengalami penurunan kadar hemoglobin. Selain itu, diperlukan adanya dukungan keluarga supaya pasien tetap menjalani hemodialisis.

### **5.2.3 Bagi Pasien GGK**

Bagi pasien GGK sebaiknya tetap menjalani hemodialisis secara teratur, menjaga pola konsumsi, menjaga berat badan dan mendekati diri kepada Tuhan Yang Maha Esa.

### **5.2.4 Bagi Penelitian Selanjutnya**

Penelitian selanjutnya dapat menambah jumlah sampel, metodologi penelitian dan variabel yang belum diteliti yaitu penyebab penyakit ginjal, stadium penyakit dan terapi hemodialisis yang dijalani.



**DAFTAR PUSTAKA**

- Adhyatma, K. 2011. *Pengaruh Depresi terhadap Kualitas Hidup Pasien Penyakit Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis*. [serial online]. <http://repository.usu.ac.id/handle/123456789/21451>. [2 Mei 2015].
- Alam, S. dan Hadibroto, I. 2007. *Gagal Ginjal: Informasi Lengkap untuk Penderita dan Keluarga*. Jakarta : PT Gramedia Pustaka Utama: 21.
- Arikunto, Suharsimi. 2006. *Manajemen Penelitian*. Jakarta: Rineka Cipta: 231.
- Astrini, W. 2013. *Hubungan Kadar Hemoglobin (Hb), Indeks Massa Tubuh (Imt) Dan Tekanan Darah Dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisis Di RSUD Dokter Soedarso Pontianak Bulan April 2013*. [serial online]. <http://jurnal.untan.ac.id/index.php/jfk/article/download/8095/8084> [4 Maret 2015].
- Aziz, M., Witjaksono, J., Rasjidi, I. 2008. *Panduan Pelayanan Medik: Model Interdisiplin Penetalaksanaan Kanker Servix dengan Gangguan Ginjal*. Jakarta: EGC: 38
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. 2013. *Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas 2013)* Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta [http://www.litbang.depkes.go.id/sites/download/rkd2013/Laporan\\_Riskedas2013.PDF](http://www.litbang.depkes.go.id/sites/download/rkd2013/Laporan_Riskedas2013.PDF). [21 Desember 2015]
- Baradero, M., Dayrit, M., dan Siswadi, Y. 2008. *Klien Gangguan Ginjal: Seri Asuhan Keperawatan*. Jakarta: EGC: 136.
- Baughman dan Diane, C. 2000. *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC : 71
- Budiarto, E dan Anggreini, D. 2002. *Pengantar Epidemiologi*. Jakarta: EGC: 113.
- Budiarto, E. 2003. *Metodologi Penelitian Kedokteran: Sebuah Pengantar*. Jakarta: EGC: 30.

- Budiarto, E. 2001. *Biostatistika untuk Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: EGC: 13
- Bungin, B. 2005. *Metode Penelitian Kuantitatif*. Jakarta: Prenanda Medika Group: 165-168
- Bustan, MN. 2007. *Epidemiologi Penyakit Tidak Menular*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Butar. 2013. *Hubungan Karakteristik Pasien dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis*. <http://repository.usu.ac.id/handle/123456789/39135>
- Falvo, D. 2005. *Medical and Psychosocial Aspects of Chronic Illness and Disability, Third Edition*. Canada : ones and Barthelett Publishers: 9-14.
- Farida, A. 2010. *Pengalaman Klien Hemodialisis Terhadap Kualitas Hidup dalam Konteks Asuhan Keperawatan di RSUP Fatmawati Jakarta*. Dipublikasikan. <http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/137288-T-Anna%20Farida.pdf> [12 Mei 2015].
- Fathelrahman, M. 2012. *Anemia in Sudanese Patients with Chronic Renal Failure (CRF) and in Patients Undergoing Chronic Hemodialysis*. [serial online]. <http://dx.doi.org/10.3329/bjms.v11i1.9823>. [12 Mei 2015]
- Gibson dan John. 2002. *Fisiologi dan Anatomi Modern untuk Perawat*. Jakarta: EGC: 174.
- Gulo, W. 2002. *Metode Penelitian*. Jakarta: PT Grasindo :123
- Gultom, MM. 2014. *Hubungan Keptuhan Hemodialisa dengan Kualitas Hidup Pasien di Unit Hemodialisis RSUP Haki Adam Malik Medan*. <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/42318/7>.
- Harasyid dan Milanda, A. 2012. *Hubungan Lamanya Hemodialisis dengan Kualitas Hidup Pasien Penyakit Ginjal Kronik di RSUP H. Adam Malik Bulan Juni 2011*. [serial online]. <http://repository.usu.ac.id/xmlui/handle/123456789/31264> [12 Mei 2015].
- Hays, R., Kallich, J., Mapes, D., Coons, S., Amin, N dan Carter, W. 1997. *Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF<sup>TM</sup>)* [serial online]. <https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/papers/2006/P7994.pdf>. [3 Desember 2014]

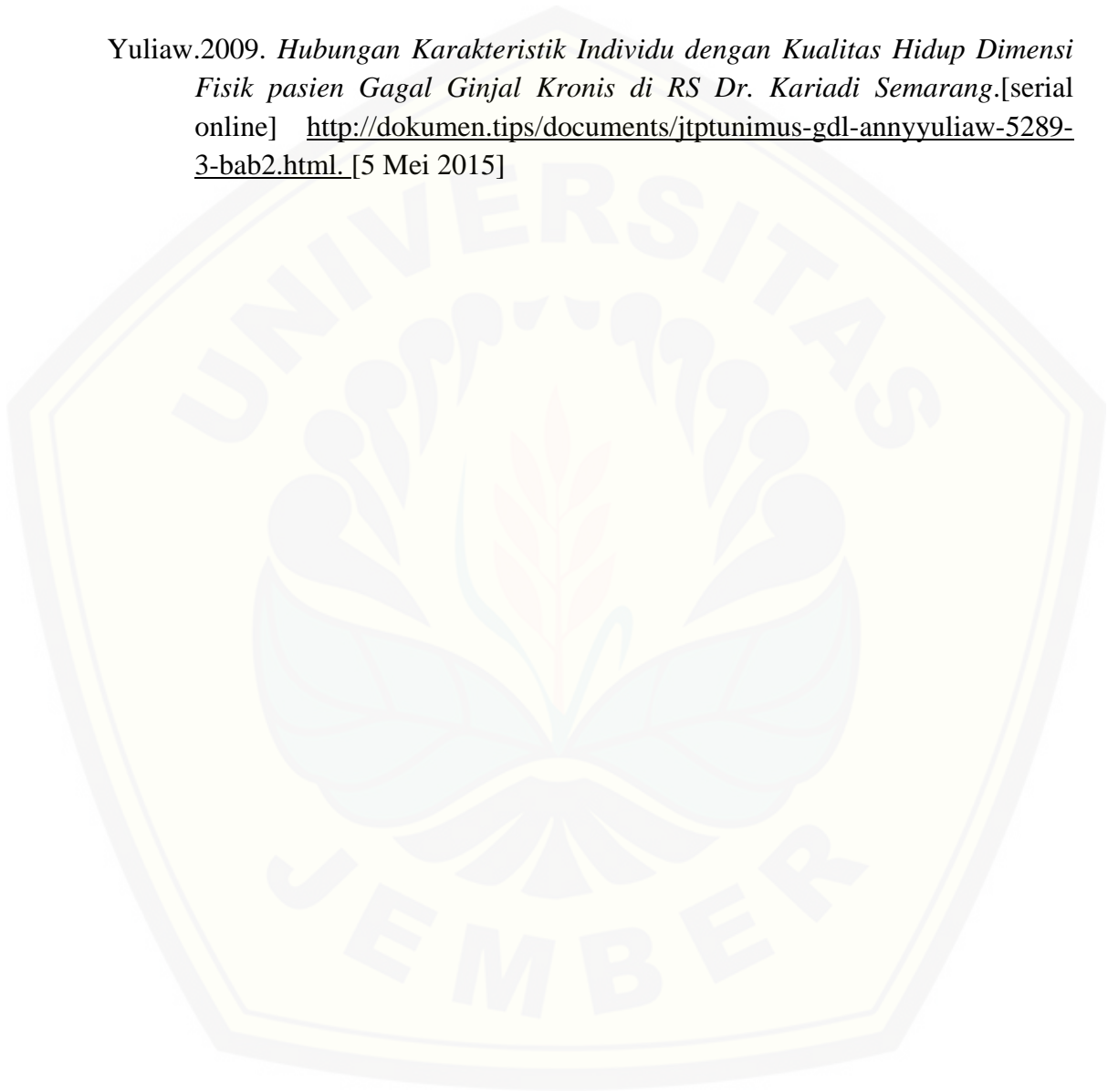
- Indonesiannursing. 2008. *Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Ketidakpatuhan Perawatan Hemodialisis*. [serial online]. <http://indonesiannursing.com/faktor-faktor-yang-mempengaruhi-ketidakpatuhan-perawatan-hemodialisis/>. [28 April 2015].
- Indonesian Renal Registry. 2012. *5<sup>th</sup> Annual Report of Indonesia*. <http://www.pernefriinasn.org/Laporan/5th%20Annual%20Report%20Of%20IRR%202012.pdf>. [3 Desember 2015].
- Jumaih, 2011. *A Study of Quality of Life and its Determinants among Hemodialysis Patients Using the KDQOL-SF Instrument in One Center in Saudi Arabia*. [serial online] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22026335>. [20 April 2015].
- Ka, E., Vigan, J., Lemrabott, A., dan Zohoun, N. 2014. *Quality of Life of Chronic Haemodialytic Patients at Cotonou Teaching Hospital (BENIN)*. [serial online] <http://www.scirp.org/journal/ojneph>. [20 April 2015].
- Lase, W. 2011. *Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Gagal Ginjal Kronik*. [serial online]. <http://repository.usu.ac.id/handle/123456789/27561>. [5 Pebruari 2015].
- Mardyaningsih, D. 2014. *Kualitas Hidup Pada Penderita Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Terapi Hemodialisis di RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso Kabupaten Wonogiri*. [serial online]. <http://digilib.stikeskusumahusada.ac.id/gdl.php?mod=browse&op=read&id=01-gdl-dewiputrim-615> [31 Januari 2015].
- Marrelli, T.M. 2007. *Buku Saku Keperawatan*. Jakarta: EGC : 104
- Mollaoglu, M. 2013. *Quality of Life in Patients Undergoing Hemodialysis*. [serial online]. <http://dx.doi.org/10.5772/45929>. [9 Maret 2015].
- Nazir, M. 2003. *Metode Penelitian*. Jakarta: Penerbit Ghalia Indonesia: 126
- Nofitri. 2009. *Kualitas Hidup Penduduk Dewasa di Jakarta*. [serial online]. <http://lontar.ui.ac.id>. [20 Desember 2014].
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta: 37.

- Nurchayati, S. 2010. *Analisis Faktor – Faktor yang Berhubungan dengan Kualitas Hidup Pasien Penyakit Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis di Rumah Sakit Islam Fatimah Cilacap dan Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas*. Tesis. Depok: Universitas Indonesia.
- Pedersen, Gordon, W. 2000. *Buku Ajar Praktis Bedah Mulut*. Jakarta: EGC: 114.
- Putri R, Sembiring L, dan Bebasari E. 2014. *Gambaran Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Terapi Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis Di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau Dengan Menggunakan Kuesioner KDQOL-SFTM*.
- Price dan Wilson. 1995. *Patofisiologi Konsep Klinis Proses – Proses Penyakit*. Jakarta: EGC: 871.
- Price dan Wilson. 2005. *Patofisiologi Konsep Klinis Proses – Proses Penyakit*. Jakarta: EGC: 912 – 980.
- Rohmawati, E. 2011. *Perbedaan Kualitas Hidup Antara Lansia yang Aktif dan yang Tidak Aktif Melakukan Kunjungan ke Posyandu*. Tidak Dipublikasikan. Skripsi. Jember: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
- Sangle, D., Mhatre, H., Mhase, A., dan Mahadik, V. 2013. *A Cross Sectional Study to Assess Quality of Life (QOL) in Haemodialysis Patients*. [serial online]. <http://www.ejmanager.com/mnstemps/18/18-1384547745.pdf?t=1435617415>. [3 Maret 2015]
- Santoso, S. 2010. *Statistik Multivariat*. Jakarta : PT. Elex Media Komputindo: 43.
- Shrestha, S., Ghotekar, L., Sharma, S., Shangwa, P., dan Karki, P. 2008. *Assessment of Quality of Life in Patients of End Stage Renal Disease on Different Modalities of Treatment*. [serial online]. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18552884> [4 Mei 2015]
- Skevington, S., Lotfy, M., dan O'Connell. 2004. *The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group*. [serial online]. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15085902> [6 April 2015]

- Septiwi, C. 2010. *Hubungan Antara Adekuasi Hemodialisis dengan Kualitas Hidup Pasien Hemodialisis di Unit Hemodialisis RS Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto*. Tesis. Depok: Universitas Indonesia.
- Silitonga, R. 2007. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kualitas Hidup Penderita Penyakit Parkinson Di Poliklinik Saraf Rs Dr Kariadi. [serial online] [http://eprints.undip.ac.id/19152/1/ROBERT\\_SILITONGA.pdf](http://eprints.undip.ac.id/19152/1/ROBERT_SILITONGA.pdf) [28 April 2015]
- Silva, O. M., Oliveira, F., Ascari, R., dan Trinadade L. 2012. *The Quality of Life of The Patient Suffering from Chronic Renal Insufficiency Undergoing Hemodialysis*. [serial online] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12817541>. [15 Maret 2015].
- Smeltzer dan Bare. 2001. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Vol 2 Edisi 8*. Jakarta: EGC: 1398 - 1401.
- Sudoyo, A., Setiyohadi, B., Alwi, I., Simadibrata, M., dan Setiati, S. 2009. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Edisi Kelima Jilid II*. Jakarta: Iterna Publising: 1036.
- Sulistyaningsih. 2011. *Metodologi Penelitian Kebidanan: Kuantitatif-Kualitatif*. Yogyakarta: Graha Ilmu: 64.
- Supriyadi dan Widowati, S. 2011. *Tingkat Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronis Terapi Hemodialisis*. [serialonline]. <http://journal.unnes.ac.id/nju/index.php/kemas/article/viewFile/1760/1955> [2 Januari 2015].
- Surjono, A. 2005. *Vade-Mecum Pediatri*. Jakarta : EGC: 83
- United States Renal Data System. 2014. *USRDS Annual Data Report Volume 2: End Stage Renal Disease*. <http://www.usrds.org/adr.aspx>. [20 Desember 2015].
- Van, K., Duangpaeng, S., Deenam, A., dan Bonner, A. 2012. Examining the health-related quality of life of people with end-stage kidney disease living in Hanoi, Vietnam. [serial online]. [http://eprints.qut.edu.au/55314/1/HRQOL\\_ESKD\\_Vietnam\\_Van\\_RSAJ2012.pdf](http://eprints.qut.edu.au/55314/1/HRQOL_ESKD_Vietnam_Van_RSAJ2012.pdf) [4 Mei 2015].

Yanti, R.D. 2011. *Perbedaan Berat Badan Sebelum dan Sesudah Pelatihan Pengaturan Cairan pada Pasien Penyakit Ginjal Kronik dengan Hemodialisa di RSD dr. Soebandi Jember*. Tidak dipublikasikan .Skripsi Jember: Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

Yuliaw.2009. *Hubungan Karakteristik Individu dengan Kualitas Hidup Dimensi Fisik pasien Gagal Ginjal Kronis di RS Dr. Kariadi Semarang*. [serial online] <http://dokumen.tips/documents/jtptunimus-gdl-anyyuliaw-5289-3-bab2.html>. [5 Mei 2015]



**Lampiran A. INFORMED CONSENT**

KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI  
 UNIVERSITAS JEMBER  
 FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
 Jl. Kalimantan I/93 Kampus Tegalboto Telp. (0331)322995),  
 Fax.(0331) 322995 Jember

**INFORMED CONSENT**

**Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronis yang Menjalani Terapi  
 Hemodialisis**

(Studi Kasus RSUD Blambangan Banyuwangi)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : .....

Alamat : .....

No.Telepon/HP : .....

Bersedia menjadi subyek (responden) dalam penelitian skripsi yang berjudul “Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronis yang Menjalani Terapi Hemodialisis (Studi kasus RSUD Blambangan Banyuwangi)”. Prosedur penelitian ini tidak menimbulkan risiko atau dampak apapun terhadap saya dan keluarga saya. Saya telah diberi penjelasan mengenai hal tersebut diatas dan saya diberi kesempatan menanyakan hal – hal yang belum jelas dan telah diberikan jawaban dengan jelas dan benar.

Dengan ini, saya menyatakan secara sukarela dan tanpa tekanan untuk ikut serta sebagai subjek (responden) dalam penelitian ini.

Banyuwangi, ..... 2015

Responden

(.....)

**Lampiran B. Kuesioner Penelitian**

KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN  
TINGGI  
UNIVERSITAS JEMBER  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
Jl. Kalimantan I/93 Kampus Tegalboto Telp. (0331)322995),

**KUESIONER PENELITIAN**

Judul : Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronis yang Menjalani Terapi Hemodialisis (Studi Kasus RSUD Blambangan Banyuwangi)

Nomor:	Tanggal:
<b>Karakteristik Responden</b>	
Nama	
Tanggal lahir	-- / -- / ----
Jenis Kelamin	1. Laki – laki 2. Perempuan
Tingkat Pendidikan	1. Tidak sekolah 2. SD 3. SMP 4. SMA 5. D3/S1 6. Lainnya, sebutkan.....
Pekerjaan	1. Tidak bekerja 2. Karyawan 3. Wiraswasta 4. PNS 5. Lainnya, sebutkan.....
Penyebab Penyakit Ginjal	1. Tidak tahu 2. Hipertensi 3. Penyakit ginjal polikistik 4. Glumerulonefritis kronik 5. Infeksi ginjal (pielonefritis) kronik
Lama menjalani hemodialisis	_____ bulan





KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN  
TINGGI  
UNIVERSITAS JEMBER  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
Jl. Kalimantan I/93 Kampus Tegalboto Telp. (0331)322995),

### *KIDNEY DISEASE QUALITY OF LIFE*

Petunjuk Pengisian

Dibawah ini terdapat sejumlah pertanyaan – pertanyaan tentang kesehatan anda yang berkaitan dengan kualitas hidup setelah menjalani hemodialisis. Kuesioner akan dibacakan oleh peneliti, kemudian pilihlah salah satu jawaban yang paling sesuai dengan diri anda. Setiap pertanyaan di bawah ini, tidak ada jawaban yang benar atau salah.

#### KESEHATAN ANDA

1. Secara umum, anda merasa kesehatan anda: (lingkari satu nomor)
 

Sempurna .....	1
Sangat baik .....	2
Baik .....	3
Cukup baik .....	4
Buruk .....	5
  
2. **Dibandingkan satu tahun yang lalu**, bagaimana anda menilai kondisi kesehatan anda **saat ini** secara umum? (lingkari satu nomor)
 

Jauh lebih baik daripada setahun yang lalu .....	1
Agak lebih baik daripada setahun yang lalu .....	2
Sama seperti setahun yang lalu .....	3
Agak lebih buruk daripada setahun yang lalu .....	4
Jauh lebih buruk daripada setahun yang lalu .....	5
  
3. Hal –hal berikut ini adalah tentang segala aktivitas yang kemungkinan anda lakukan pada saat tertentu. **Apakah kondisi kesehatan anda saat ini membatasi anda** dalam melakukan aktivitas tersebut? Jika ya, seberapa terbataskah? (lingkari satu nomor pada setiap baris)

	Ya, sangat terbatas	Ya, agak terbatas	Tidak terbatas sama sekali
a. Aktivitas berat, seperti berlari, mengangkat beban berat, melakukan olahraga berat.	1	2	3
b. Aktivitas yang biasa, seperti memindahkan meja, menggunakan penyedot debu, bowling, atau bermain golf.	1	2	3
c. Mengangkat atau membawa barang belanjaan	1	2	3
d. Menaiki beberapa anak tangga	1	2	3
e. Menaiki satu anak tangga	1	2	3
f. Berjongkok, berlutut, bersujud	1	2	3
g. Berjalan lebih dari satu setengah kilometer	1	2	3
h. Berjalan beberapa blok	1	2	3
i. Berjalan satu blok	1	2	3
j. Mandi dan memakai baju sendiri	1	2	3

4. Selama **4 minggu terakhir**, apakah anda mempunyai masalah – masalah berikut dengan pekerjaan atau aktivitas sehari – hari **dikarenakan kondisi kesehatan fisik anda saat ini?** (lingkari satu nomor pada tiap baris)

	Ya	Tidak
a. Mengurangi <b>waktu</b> yang anda gunakan untuk bekerja atau beraktivitas?	1	2
b. <b>Menyelesaikan</b> lebih sedikit pekerjaan dari yang biasanya anda lakukan?	1	2
c. Keterbatasan dalam melakukan satu pekerjaan atau aktivitas tertentu?	1	2
d. <b>Mengalami kesulitan</b> dalam melakukan pekerjaan atau aktivitas tertentu? (perlu usaha dan tenaga lebih)?	1	2

5. Selama **4 minggu terakhir**, apakah anda mempunyai masalah – masalah seperti dibawah ini saat anda bekerja atau melakukan aktivitas sehari – hari **sebagai akibat dari masalah emosi anda** (seperti merasa depresi atau cemas)? (Lingkari satu nomor pada tiap baris)

	Ya	Tidak
a. Mengurangi <b>banyaknya waktu</b> yang mampu anda habiskan untuk bekerja atau beraktivitas?	1	2
b. <b>Menyelesaikan</b> lebih sedikit pekerjaan dari yang biasanya anda lakukan?	1	2
c. Tidak bekerja <b>seteliti atau secermat</b> biasanya?	1	2

6. Selama **4 minggu terakhir**, seberapa besar kesehatan fisik atau masalah emosional anda mengganggu aktivitas sosial anda dengan keluarga, teman, tetangga, atau kelompok? (Lingkari satu nomor)

Tidak terganggu sama sekali .....	1
Sedikit terganggu .....	2
Lumayan terganggu .....	3
Terganggu .....	4
Sangat terganggu .....	5

7. Seberapa parah rasa sakit yang anda alami selama **4 minggu terakhir**? (Lingkari satu nomor)

Tidak ada .....	1
Sangat ringan .....	2
Ringan .....	3
Lumayan parah .....	4
Parah .....	5
Sangat parah .....	6

8. Selama **4 minggu terakhir**, seberapa besar rasa sakit yang anda rasakan mengganggu pekerjaan anda (termasuk pekerjaan rumah dan pekerjaan di luar rumah)? (Lingkari satu nomor)

Tidak sama sekali .....	1
Sedikit mengganggu .....	2
Mengganggu .....	3
Mengganggu sekali .....	4
Sangat mengganggu sekali .....	5

9. Pertanyaan – pertanyaan berikut adalah mengenai bagaimana perasaan anda selama **4 minggu terakhir**. Pada setiap pertanyaan, berilah satu jawaban yang paling menggambarkan perasaan anda.  
Seberapa sering dalam **4 minggu terakhir** ....

	Tidak pernah	Sedikit waktu	Kadang-Kadang	Sering	Hampir setiap waktu	Setiap waktu
a. Anda merasa sangat bersemangat (penuh energi)?	1	2	3	4	5	6
b. Anda merasa sangat gugup?	1	2	3	4	5	6
c. Anda merasa sangat sedih dan tidak ada yang dapat menghibur anda?	1	2	3	4	5	6
d. Anda merasa tenang dan	1	2	3	4	5	6

damai?						
e. Anda merasa sangat bermanfaat?	1	2	3	4	5	6
f. Anda merasa sangat terpuruk dan sedih?	1	2	3	4	5	6
g. Anda merasa sangat kelelahan?	1	2	3	4	5	6
h. Anda merasa sangat gembira?	1	2	3	4	5	6
i. Merasa mudah lelah?	1	2	3	4	5	6

10. Selama **4 minggu terakhir**, seberapa sering masalah **kesehatan fisik** dan **emosi** anda mengganggu aktivitas sosial anda? (seperti mengunjungi teman, saudara, dll.)? (lingkari satu nomor)

Setiap waktu .....	1
Hampir setiap waktu .....	2
Kadang – kadang .....	3
Sedikit mengganggu .....	4
Tidak pernah .....	5

11. Pilihlah jawaban yang paling menggambarkan seberapa **BENAR** atau **SALAH** setiap pertanyaan berikut bagi anda. (lingkari satu nomor pada tiap baris)

	Sangat Benar	Benar	Tidak tahu	Salah	Sangat salah
a. Saya merasa lebih mudah sakit daripada orang lain	1	2	3	4	5
b. Saya merasa sehat seperti orang lain	1	2	3	4	5
c. Saya berharap kesehatan saya bertambah buruk	1	2	3	4	5
d. Kesehatan saya sangatlah baik	1	2	3	4	5

**PENYAKIT GINJAL ANDA**

12. Seberapa **BENAR** atau **SALAH** setiap pertanyaan di bawah ini bagi anda?  
(lingkari satu nomor pada tiap baris)

	Sangat benar	Benar	Tidak tahu	Salah	Sangat salah
a. Penyakit ginjal yang saya derita selalu banyak mengganggu kehidupan saya	1	2	3	4	5
b. Terlalu banyak waktu yang saya habiskan menghadapi penyakit ginjal yang saya derita	1	2	3	4	5
c. Saya merasa frustrasi menghadapi penyakit ginjal yang saya derita	1	2	3	4	5
d. Saya merasa menjadi beban bagi keluarga saya	1	2	3	4	5

13. Pertanyaan – pertanyaan di bawah ini tentang apa yang anda rasakan dan bagaimana kehidupan anda **selama 4 minggu** terakhir. Untuk setiap pertanyaan, berikanlah satu jawaban terdekat yang menurut anda paling benar.  
(lingkari satu nomor pada tiap baris)

	Tidak Pernah	Sedikit waktu	Kadang-Kadang	Sering	Hampir setiap waktu	Setiap waktu
a. Anda mengasingkan diri dari orang sekitar anda?	1	2	3	4	5	6
b. Anda bereaksi secara lambat terhadap sesuatu yang diucapkan atau dilakukan orang lain?	1	2	3	4	5	6
c. Anda suka marah dengan orang lain di sekitar anda?	1	2	3	4	5	6
d. Anda mempunyai kesulitan dalam berkonsentrasi atau berpikir?	1	2	3	4	5	6
e. Anda bergaul baik dengan orang lain?	1	2	3	4	5	6
f. Anda sering bingung?	1	2	3	4	5	6

14. Selama 4 minggu terakhir, seberapa jauh anda terganggu oleh masing – masing hal di bawah ini? (lingkari satu nomor pada tiap baris)

	Tidak terganggu sama sekali	Sedikit terganggu	Terganggu	Sangat terganggu	Sangat terganggu sekali
a. Rasa sakit pada otot – otot anda?	1	2	3	4	5
b. Nyer dada?	1	2	3	4	5
c. Kram?	1	2	3	4	5
d. Kulit gatal?	1	2	3	4	5
e. Kulit kering?	1	2	3	4	5
f. Nafas pendek?	1	2	3	4	5
g. Rasa ingin pingsan atau pusing?	1	2	3	4	5
h. Kurang nafsu makan?	1	2	3	4	5
i. Lelah yang berlebihan?	1	2	3	4	5
j. Kesumutan pada kaki atau tangan?	1	2	3	4	5
k. Mual atau gangguan perut?	1	2	3	4	5

- (sambungan di atas) selama 4 minggu terakhir, apakah hal ini mengganggu anda? (lingkari satu nomor pada tiap baris)

Hanya untuk pasien hemodialisis

	Tidak terganggu sama sekali	Sedikit terganggu	Terganggu	Sangat terganggu	Sangat terganggu sekali
Masalah dengan pembuluh darah?	1	2	3	4	5

**EFEK GINJAL TERHADAP HIDUP SAYA**

15. Beberapa orang merasa terganggu oleh pengaruh penyakit ginjal pada kehidupan sehari – hari, sementara sebagian tidak. Berapa jauh penyakit ginjal **mengganggu** anda dalam setiap hal di bawah ini? (Lingkari satu nomor pada tiap baris)

	Tidak terganggu sama sekali	Sedikit terganggu	Terganggu	Sangat terganggu	Sangat terganggu sekali
a. Pembatasan cairan?	1	2	3	4	5
b. Pembatasan diet/makanan?	1	2	3	4	5
c. Kemampuan anda untuk bekerja di sekitar rumah?	1	2	3	4	5
d. Kemampuan anda untuk berpergian?	1	2	3	4	5
e. Ketergantungan terhadap dokter dan paramedis?	1	2	3	4	5
f. Stres/cemas yang disebabkan oleh penyakit ginjal?	1	2	3	4	5
g. Kehidupan seksual anda?	1	2	3	4	5
h. Penampilan pribadi anda?	1	2	3	4	5

16. Pernahkah anda melakukan aktivitas seksual dalam **4 minggu terakhir?** (lingkari satu nomor)

TIDAK ..... 1 (langsung ke pertanyaan 17)  
 YA ..... 2

Seberapa besar masalah di bawah ini:

	Bukan Masalah	Sedikit masalah	Agak Masalah	Sangat bermaslah	Sangat Bermasalah sekali
a. Menikmati seks	1	2	3	4	5
b. Terangsang gairah seks?	1	2	3	4	5

Untuk pertanyaan di bawah ini, berilah nilai kualitas tidur anda dengan menggunakan skala dari 0 yang menunjukkan “sangat buruk” sampai 10 yang menunjukkan “sangat baik”.

Apabila anda berpikir bahwa kualitas tidur anda berada di tengah – tengah antara “sangat buruk” dan “sangat baik”, lingkarilah 5. Apabila anda berpikir tidur anda satu tingkat lebih baik dibanding 5, lingkarilah 6. Apabila satu tingkat lebih rendah dari 5, lingkarilah 4, dan begitu seterusnya.

17. Pada skala 0 sampai 10, bagaimana anda menilai kualitas tidur anda secara keseluruhan? (lingkari satu nomor)



Sangat buruk

Sangat baik

18. Berapa kali selama 4 minggu terakhir anda .....

	Tidak pernah	Jarang	Kadang-Kadang	Sering	Hampir setiap waktu	Setiap waktu
a. Terbangun di malam hari dan sulit tidur kembali?	1	2	3	4	5	6
b. Dapat tidur sebanyak waktu yang anda butuhkan (tidur cukup)?	1	2	3	4	5	6
c. Mempunyai masalah untuk tetap terjaga sepanjang hari?	1	2	3	4	5	6

19. Sehubungan dengan keluarga dan teman – teman anda, seberapa puas anda dengan: (Lingkari satu nomor pada setiap baris)

	Sangat tidak puas	Agak Tidak puas	Agak puas	Puas
a. Banyaknya waktu yang anda habiskan bersama teman dan keluarga?	1	2	3	4
b. Dukungan yang anda terima dari keluarga dan teman?	1	2	3	4

20. Selama 4 minggu terakhir, apakah anda bekerja (pada pekerjaan yang menghasilkan uang)? (Lingkari satu nomor)

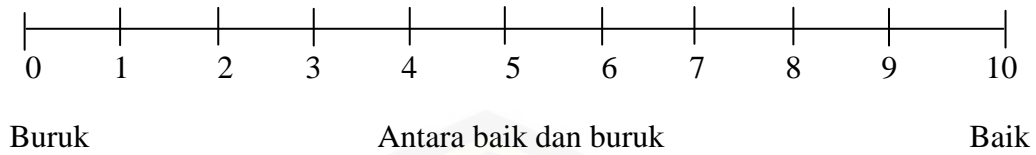
- Ya ..... 1
- Tidak ..... 2

21. Apakah kesehatan anda mengakibatkan anda terhambat dalam melakukan pekerjaan yang menghasilkan uang? (Lingkari satu nomor)

- Ya ..... 1
- Tidak ..... 2



22. Secara keseluruhan, bagaimana anda menilai kesehatan anda? (Lingkari satu nomor)



**KEPUASAN TERHADAP PELAYANAN**

23. Pikirkan tentang pelayanan yang sering anda terima selama HD. Dalam hubungan kepuasan tersebut, bagaimana anda menilai keramahan dan perhatian yang ditunjukkan kepada anda sebagai manusia?

(lingkari satu nomor)

- Sangat buruk ..... 1  
 Buruk ..... 2  
 Biasa ..... 3  
 Baik ..... 4  
 Sangat baik ..... 5  
 Memuaskan ..... 6  
 Paling baik ..... 7

24. Seberapa BENAR atau SALAH masing – masing pernyataan di bawah ini?  
 (lingkari satu nomor pada setiap baris)

	Sangat benar	Benar	Tidak tahu	Salah	Sangat salah
a. Staff HD mendukung saya menjadi orang yang sehat mungkin	1	2	3	4	5
b. Staff HD mendukung saya dalam beradaptasi dengan penyakit ginjal yang saya derita	1	2	3	4	5

**Lampiran C. Konversi Poin Pertanyaan KDQOL-SF**

Tabel 3.2 Langkah 1 Konversi Poin Pertanyaan KDQOL-SF

Nomor Pertanyaan	Respon	Nilai
4a-d, 5a-c, 21	1 ----->	0
	2 ----->	100
3a-j	1 ----->	0
	2 ----->	50
	3 ----->	100
19a, b	1 ----->	0
	2 ----->	33,33
	3 ----->	66,66
	4 ----->	100
10, 11 a, c, 12a-d	1 ----->	0
	2 ----->	25
	3 ----->	50
	4 ----->	75
	5 ----->	100
9b, c, f, g, i, 13e, 18 b	1 ----->	0
	2 ----->	20
	3 ----->	40
	4 ----->	60
	5 ----->	80
	6 ----->	100
20	1 ----->	100
	2 ----->	0
1-2, 6, 8, 11b,d, 14a-l, 15a-h, 16a-b, 24a-b	1 ----->	100
	2 ----->	75
	3 ----->	50
	4 ----->	25
	5 ----->	0
7, 9a, d, e, h, 13a-d, f, 18a, c	1 ----->	100
	2 ----->	80
	3 ----->	60
	4 ----->	40
	5 ----->	20
	6 ----->	0
17, 22	Respon x 10	0 -100
23	1 – 7	(Ans-1)*16,67
16	Jika “TIDAK” -- >	Data tidak dihitung

**Lampiran D. Rata – Ratakan Nilai untuk Membentuk Skala**

Tabel 3.3 Langkah 2 Rata – Ratakan Nilai untuk Membentuk Skala

Skala	Jumlah Pertanyaan	Setelah dengan Tabel 3.2, Rata – Ratakan Poin – Poin Berikut	Konversi
<i>Target untuk penyakit ginjal</i>			
Gejala/permasalahan	12	14a-k, l	
Efek dari penyakit ginjal	8	15a-h	
Beban penyakit ginjal	4	12a-d	
Status pekerjaan	2	20,21	
Fungsi kognitif	3	13b, d, f	
Kualitas interaksi sosial	3	13a, c, e	
Fungsi seksual	2	16a, b	
Kualitas tidur	4	17, 18a-c	
Dukungan sosial	2	19a, b	
Kualitas pelayanan staf dialisis	2	24a, b	
Kepuasan pasien	1	23	
<i>Item skala survei SF-36</i>			
Fungsi fisik	10	3a-j	
Peran-fisik	4	4a-d	
Persepsi rasa sakit	2	7,8	
Kesehatan umum	5	1, 11a-d	
Kesejahteraan emosi	5	9b, c, d, f, h	
Peran emosional	3	5a- c	
Fungsi sosial	2	6, 10	
Energi/kelelahan	4	9a, e, g, i	

**Lampiran E. Analisis Data**

Umur

**Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Umur	68	15	78	50.85	12.451
Valid N (listwise)	68				

Jenis kelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid laki-laki	38	55.9	55.9	55.9
perempuan	30	44.1	44.1	100.0
Total	68	100.0	100.0	

Tingkat pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak sekolah	6	8.8	8.8	8.8
SD	17	25.0	25.0	33.8
SMP	12	17.6	17.6	51.5
SMA	23	33.8	33.8	85.3
Sarjana	10	14.7	14.7	100.0
Total	68	100.0	100.0	

Pekerjaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak bekerja	36	52.9	52.9	52.9
Karyawan	5	7.4	7.4	60.3
wiraswasta	19	27.9	27.9	88.2
PNS	8	11.8	11.8	100.0
Total	68	100.0	100.0	

Kadar hemoglobin

**Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
kadar hb	68	4.8	12.6	7.941	1.6254
Valid N (listwise)	68				

Lama menjalani hemodialisis

**Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
lama hd	68	3	98	19.90	19.379
Valid N (listwise)	68				

Gambaran Kualitas Hidup

**Descriptive Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation
Permasalahan	68	64,7979	14,12098
Efek penyakit ginjal	68	51,1882	13,88760
Beban penyakit ginjal	68	32,8125	19,08516
Status pekerjaan	68	31,62	43,111
Fungsi kognitif	68	66,9612	16,38722
Kualitas interaksi sosial	68	72,4265	16,71712
Fungsi seksual	68	11,2746	21,58549
Kualitas tidur	68	56,8750	19,14875
Dukungan sosial	68	82,8429	14,38818
Kualitas pelayanan staf dialisis	68	79,5956	8,33768
Kepuasan pasien	68	62,7576	13,84793
Fungsi fisik	68	51,47	19,395
Peran fisik	68	51,47	24,003
Persepsi rasa sakit	68	52,6103	22,68553
Kesehatan umum	68	56,0294	13,94442
Kesejahteraan emosi	68	42,8824	13,59272
Peran emosional	68	56,3716	30,06933
Fungsi sosial	68	58,4559	19,84562
Energi/kelelahan	68	48,7500	14,97199
tingkat kesehatan secara umum	68	54,2216	8,56047
Valid N (listwise)	68		

**Descriptive Statistics**

**kualitas hidup**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Baik	55	80,9	80,9	80,9
Buruk	13	19,1	19,1	100,0
Total	68	100,0	100,0	

Uji normalitas

Umur

**One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test**

		umur
N		68
Normal Parameters <sup>a,b</sup>	Mean	50.85
	Std. Deviation	12.451
Most Extreme Differences	Absolute	.044
	Positive	.040
	Negative	-.044
Kolmogorov-Smirnov Z		.361
Asymp. Sig. (2-tailed)		.999

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

Lama Menjalani Hemodialisis

**One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test**

		Lama Hd
N		68
Normal Parameters <sup>a,b</sup>	Mean	19.90
	Std. Deviation	19.379
Most Extreme Differences	Absolute	.218
	Positive	.218
	Negative	-.192
Kolmogorov-Smirnov Z		1.802
Asymp. Sig. (2-tailed)		.003

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

## Kadar Hemoglobin

## One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		kadar hb
N		68
Normal Parameters <sup>a,b</sup>	Mean	7.9412
	Std. Deviation	1.62538
Most Extreme Differences	Absolute	.115
	Positive	.115
	Negative	-.055
Kolmogorov-Smirnov Z		.952
Asymp. Sig. (2-tailed)		.325

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

## Kualitas Hidup

## One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		kualitas hidup
N		68
Normal Parameters <sup>a,b</sup>	Mean	54.22
	Std. Deviation	8.571
Most Extreme Differences	Absolute	.107
	Positive	.107
	Negative	-.061
Kolmogorov-Smirnov Z		.886
Asymp. Sig. (2-tailed)		.413

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

## Umur dengan kualitas hidup

## Correlations

		umur	kualitas hidup
Umur	Pearson Correlation	1	-.254*
	Sig. (1-tailed)		.018
	N	68	68
kualitas hidup	Pearson Correlation	-.254*	1
	Sig. (1-tailed)	.018	
	N	68	68

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (1-tailed).

## Lama hemodialisis dengan kualitas hidup

## Correlations

			lama hd	kualitas hidup
Spearman's rho	lama hd	Correlation Coefficient	1.000	.110
		Sig. (1-tailed)	.	.186
		N	68	68
	kualitas hidup	Correlation Coefficient	.110	1.000
		Sig. (1-tailed)	.186	.
		N	68	68



## Kadar hemoglobin dengan kualitas hidup

## Correlations

		kadar hb	kualitas hidup
kadar hb	Pearson Correlation	1	.366**
	Sig. (1-tailed)		.001
	N	68	68
kualitas hidup	Pearson Correlation	.366**	1
	Sig. (1-tailed)	.001	
	N	68	68

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

Jenis kelamin dengan kualitas hidup

**jenis kelamin \* kualitas hidup Crosstabulation**

		kualitas hidup		Total	
		baik	buruk		
jenis kelamin	laki-laki	Count	34	4	38
		% of Total	50.0%	5.9%	55.9%
	perempuan	Count	21	9	30
		% of Total	30.9%	13.2%	44.1%
Total		Count	55	13	68
		% of Total	80.9%	19.1%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.112(b)	1	.043		
Continuity Correction(a)	2.949	1	.086		
Likelihood Ratio	4.132	1	.042		
Fisher's Exact Test				.063	.043
Linear-by-Linear Association	4.051	1	.044		
N of Valid Cases	68				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.74.

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for jenis kelamin (laki-laki / perempuan)	3.643	.995	13.331
For cohort kualitas hidup = baik	1.278	.987	1.655
For cohort kualitas hidup = buruk	.351	.120	1.029
N of Valid Cases	68		

**Pendidikan**

**pendidikan \* kualitas hidup Crosstabulation**

		kualitas hidup		Total	
		baik	buruk		
pendidikan	Sekolah	Count	51	11	62
		% of Total	75.0%	16.2%	91.2%
	tidak sekolah	Count	4	2	6
		% of Total	5.9%	2.9%	8.8%
Total		Count	55	13	68
		% of Total	80.9%	19.1%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.860(b)	1	.354		
Continuity Correction(a)	.147	1	.701		
Likelihood Ratio	.755	1	.385		
Fisher's Exact Test				.322	.322
Linear-by-Linear Association	.847	1	.357		
N of Valid Cases	68				

a Computed only for a 2x2 table

b 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.15.

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for pendidikan langsung (sekolah / tidak sekolah)	2.318	.376	14.281
For cohort kualitas hidup = baik	1.234	.693	2.198
For cohort kualitas hidup = buruk	.532	.152	1.862
N of Valid Cases	68		

**Pekerjaan**

**Pekerjaan \* kualitas hidup Crosstabulation**

		kualitas hidup		Total	
		baik	buruk		
pekerjaan	Bekerja	Count	30	2	32
		% of Total	44.1%	2.9%	47.1%
	tidak bekerja	Count	25	11	36
		% of Total	36.8%	16.2%	52.9%
Total		Count	55	13	68
		% of Total	80.9%	19.1%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.472(b)	1	.011		
Continuity Correction(a)	4.996	1	.025		
Likelihood Ratio	7.079	1	.008		
Fisher's Exact Test				.014	.011
Linear-by-Linear Association	6.377	1	.012		
N of Valid Cases	68				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.12.

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for pekerjaan (bekerja / tidak bekerja)	6.600	1.336	32.605
For cohort kualitas hidup = baik	1.350	1.068	1.707
For cohort kualitas hidup = buruk	.205	.049	.854
N of Valid Cases	68		

Lampiran G. Dokumentasi Penelitian





KETERANGAN :

- Ruang VIP
- Ruang CT Scan
- Poliklinik DBHCHT
- Gedung Poliklinik Baru
- UGD
- Instalasi Bedah Sentral
- Instalasi Radiologi
- Instalasi Laboratorium
- Gedung DBHCHT
- Instalasi GIZI
- Logistik
- CSSD
- Laundry
- Flu Bunung
- Kamar Mayat
- Gudang Obat
- IPS
- Keuangan/Penunjang
- R. Bersalin/Ponek
- R Perinatologi
- R Penyakit Dalam
- Ruang Poli Anak
- Ruang HD
- Ruang ICU
- Tandon Air
- Genset
- Farmasi R. Inap
- UPP
- IPAL
- Masjid
- Garasi/VCT/Koperasi
- Garasi Ambulance
- Tempat Parkir
- Eks. Ruang ANAK
- Eks. RBK



## Lampiran H. Surat Ijin Penelitian

**PEMERINTAH KABUPATEN BANYUWANGI**  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BLAMBANGAN**

Jalan Letkol Istiqlah no. 49 Banyuwangi 68415

Telepon. (0333) 421118 Faks. (0333) 421072

e-mail : [rsudblambangan.bwi@gmail.com](mailto:rsudblambangan.bwi@gmail.com)Website : [rsudblambangan.banyuwangikab.go.id](http://rsudblambangan.banyuwangikab.go.id)

Banyuwangi, 1 September 2015

Nomor : 445/3057 / 429.401/ 2015  
Sifat : -  
Lampiran: -  
Perihal : Ijin Penelitian

Kepada  
Yth : **Kepala Badan KESBANGPOL**  
**Kabupaten Banyuwangi**  
di -  
**BANYUWANGI**

Menindaklanjuti surat saudara No: 072/1128/REKOM/ 429.204/ 2015, pertanggal 12 Agustus 2015 perihal tentang Rekomendasi Ijin Penelitian. Pada prinsipnya kami mengizinkan mahasiswa yang bernama: **Yunita Dwi Anggraini**, Nim: 112110101135 Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember untuk melakukan penelitian di RSUD Blambangan Banyuwangi yang dilaksanakan pada tanggal 12 Agustus 2015 s/d 30 September 2015, dengan ketentuan kepada peserta harus melaporkan hasil Penelitian dan sejenisnya kepada RSUD Blambangan Kabupaten Banyuwangi.

Demikian atas kerjasamanya disampaikan terima kasih.

**DIREKTUR RSUD BLAMBANGAN**  
**KABUPATEN BANYUWANGI**



**dr. H. TAUFIQ HIDAYAT, SpAnd, MKes**  
Pembina Tk.I  
NIP. 19620101 198812 1 002

Tembusan: -  
Sdr. Yunita Dwi Anggraini





**PEMERINTAH KABUPATEN BANYUWANGI**  
**BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**  
 Jalan KH.Agus Salim No 109 Telp.0333 – 425119  
 BANYUWANGI 68425

Banyuwangi, 31 Oktober 2014

Nomor : 072/1837/REKOM/429.204/2014 Kepada .  
 Sifat : Biasa Yth. Direktur RSUD Blambangan Banyuwangi  
 Lampiran : - di -  
 Perihal : Rekomendasi Data Awal **BANYUWANGI**

Menunjuk Surat : Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember  
 Tanggal : 28 Oktober 2014  
 Nomor : 3138 /UN25.1.12/SP /2014  
 Maka dengan ini memberikan Rekomendasi kepada  
 Nama / NIM : Yunita Dwi Anggraini / 112110101135

Bermaksud melaksanakan Pengambilan data awal :

Judul : Data Penderita Gagal Ginjal Kronis yang Menjalani  
 Hemodialisis Di Kabupaten Banyuwangi  
 Tempat : RSUD Blambangan Banyuwangi  
 Waktu : 3 Nopember 2014 s.d 3 Pebruari 2015

Sehubungan dengan hal tersebut apabila tidak mengganggu kewenangan dan ketentuan yang berlaku di Instansi Saudara, dimohon saudara untuk memberikan bantuan berupa tempat,data/keterangan yang diperlukan dengan ketentuan :

1. Peserta wajib mentaati peraturan dan tata tertib yang berlaku didaerah setempat.
2. Peserta wajib menjaga situasi dan kondisi selalu kondusif.
3. Melaporkan hasil dan sejenisnya kepada Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Banyuwangi.

Demikian harap menjadi makl<sup>um</sup>

An. KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK  
 KABUPATEN BANYUWANGI  
 Kabid Bina Ideologi, Pembauran dan Wawasan  
 Kebangsaan



**Drs. TRI WIDODO, M.Si**  
 Pembina Tingkat I  
 NIP. 19601014 199103 1 007

**Tembusan :**  
 Sdr.Dekan Fakultas Kesehatan  
 Masyarakat Universitas Jember



**PEMERINTAH KABUPATEN BANYUWANGI**  
**BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**

Jalan KH. Agus Salim No 109 Telp. 0333 – 425119  
 BANYUWANGI 68425

Banyuwangi, 12 Agustus 2015

Nomor : 072/1128/REKOM/429.204/2015  
 Sifat : Biasa  
 Lampiran : -  
 Perihal : **Rekomendasi Penelitian**

Kepada  
 Yth. Sdr. 1. Kepala Dinas Kesehatan  
 2. Dir. RSUD Blambangan

di  
**BANYUWANGI**

Menunjuk Surat : Dekan Bidang Akademik Fakultas Kesehatan Masyarakat  
 Universitas Jember

Tanggal : 13 Juli 2015

Nomor : 2402/UN25.1.12/SP/2015

Bersama ini diberitahukan

N a m a : **YUNITA DWI ANGGRAINI**

NIM : **112110101135**

Bermaksud melaksanakan Rekomendasi Penelitian

Judul : Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronis yang Menjalani  
 Terapi Hemodialisis di RSUD Blambangan Banyuwangi

Tempat : RSUD Blambangan Kab. Banyuwangi

Waktu : 12 Agustus s/d 30 September 2015

Sehubungan dengan hal tersebut apabila tidak mengganggu kewenangan dan ketentuan yang berlaku di Instansi Saudara, dimohon saudara untuk memberikan bantuan berupa tempat, data/keterangan yang diperlukan dengan ketentuan kepada peserta:

1. Wajib mentaati peraturan dan tata tertib yang berlaku di Instansi setempat.
2. Wajib menjaga situasi dan kondisi selalu kondusif.
3. Melaporkan hasil Penelitian dan sejenisnya kepada Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Banyuwangi.

Demikian untuk menjadi maklum.

KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA  
 DAN POLITIK KABUPATEN BANYUWANGI



**Drs. DJAFRIYUSUF, MM**  
 Pembina Utama Muda  
 NIP. 19581010 198603 1 034

**Tembusan :**

Kepada Yth.  
 Sdr. Dekan Bidang Akademik Fakultas Kesehatan Masyarakat  
 Universitas Jember