HUBUNGAN LAMA MENJALANI HEMODIALISIS DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK DI RSUD dr. H. JUSUF SK

SKRIPSI

OLEH:

KORNELIUS ANDU

NPM. 2040703070

JURUSAN KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS BORNEO TARAKAN

TAHUN 2022

HUBUNGAN LAMA MENJALANI HEMODIALISIS DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK DI RSUD dr. H. JUSUF SK

SKRIPSI

OLEH:

KORNELIUS ANDU

NPM. 2040703070

Skripsi
sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan pada Universitas Borneo Tarakan

JURUSAN KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS BORNEO TARAKAN

TAHUN 2022

PERNYATAAN ORISINALITAS

Dengan ini saya menyatakan bahwa skripsi dengan judul "Hubungan Lama Menjalani Hemodialisis dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik di RSUD dr. H. Jusuf SK" adalah karya saya dengan arahan dari dosen pembimbing dan belum diajukan dalam bentuk apapun kepada perguruan tinggi mana pun. Sumber informasi yang berasal atau dikutip dari karya yang diterbitkan maupun tidak diterbitkan dari penulis lain telah disebutkan dalam teks dan dicantumkan dalam Daftar Pustaka di bagian akhir skripsi ini. Penulisan ini ditulis dengan mengikuti kaidah penulisan ilmiah.

Tarakan, Desember 2022

Kornelius Andu
NPM. 2040703070

HALAMAN PENGESAHAN

Judul Skripsi	:	Hubungan Lama Menjalani Hemodialisis dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik di RSUD dr. H. Jusuf SK
Nama	:	Kornelius Andu
NPM	:	040703070

Disetujui Oleh:

Pembimbing,	Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan
Alfianur, S.Kep., Ns., M.Kep NIP. 197908232005021004	Sulidah, S.Kep., Ns., M.Kep NIP. 196902061999031003

LEMBAR PERSETUJUAN

Yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa skripsi yang berjudul:

HUBUNGAN LAMA MENJALANI HEMODIALISIS DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK DI RSUD DR. H. JUSUF SK

Dipersiapkan dan disusun oleh:
Nama : Kornelius Andu
NPM. 2040703070

Telah disetujui sebagai laporan penelitian dan dinyatakan
telah memenuhi syarat untuk di review

Pembimbing,

Alfianur, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 197908232005021004

PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Nama : Kornelius Andu

Tempat/tanggal lahir : Garassik, 19 September 1987

Alamat Rumah : Jl. Danau Jempang RT 28 Kel. Pamusian Kota Tarakan

No Telp 081347629026

Email : korneliusandu308@gmail.com

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa penelitian saya yang berjudul "Hubungan Lama Menjalani Hemodialisis Dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik di RSUD dr. H. Jusuf SK" bebas dari plagiarisme dan bukan hasil karya orang lain. Apabila di kemudian hari ditemukan sebagian atau seluruh bagian dari penelitian dan karya ilmiah dari hasil-hasil penelitian tersebut terdapat indikasi-indikasi plagiarisme, saya bersedia menerima sanksi sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Demikian pernyataan ini dibuat dalam keadaan sadar tanpa unsur paksaan dari siapapun.

Tarakan Desember 2022

Yang Menyatakan

Kornelius Andu

NPM. 2040703070

HUBUNGAN LAMA MENJALANI HEMODIALISIS DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK DI RSUD DR. H. JUSUF SK

Abstrak

Gagal ginjal kronik terjadi di semua provinsi di Indonesia. Penyakit gagal ginjal kronik yang sudah mencapai stadium akhir dan ginjal tidak berfungsi lagi, diperlukan hemodialisis untuk mengganti fungsi ginjal. Berdasarkan laporan Indonesia *Renal Registry* (2014), adanya peningkatan pasien hemodialisis yaitu 9396 orang, dan di tahun 2018 provinsi Jawa Timur memiliki pasien hemodialisis sebesar 23,14%. Data yang diperoleh dari RSUD dr.H.Jusuf SK pada bulan Juli 2022 menunjukkan jumlah pasien yang rutin menjalani hemodialisis berjumlah 126 orang. Hemodialisis membutuhkan waktu yang lama dan harus dijalani dengan rutin, dan dapat mengganggu aktivitas penderita seperti bekerja, olahraga, makan, minum dan kegiatan lainnya. Hemodialisis dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik dalam berbagai aspek kehidupan seperti aspek fisiologis, psikologis, dan sosial ekonomi. Hal tersebut tidak hanya berdampak pada diri sendiri tetapi juga berdampak pada keluarga dan masyarakat. Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan lama menjalani hemodialisis dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik di RSUD dr. H. Jusuf SK. Desain penelitian ini adalah *cross sectional.* Pengambilan sampel menggunakan metode *total sampling* dengan jumlah sampel 125 orang. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara kualitas hidup dengan lamanya menjalani hemodialisis dengan nilai korelasi 0,018<0,05. Diharapkan pasien gagal ginjal kronik dapat menjalani hemodialisis secara teratur dan menjaga pola hidup sehat agar dapat meningkatkan kualitas hidup yang lebih baik.

Kata Kunci: gagal ginjal kronis, lama menjalani hemodialisa, kualitas hidup.

THE CORRELATION BETWEEN THE LENGTH OF THE TIME UNDERGOING HEMODYALISIS WITH QUALITY OF LIFE IN CHRONIC KIDNEY FAILURE PATIENTS AT RSUD DR. H.JUSUF SK

Abstract

Chronic kidney failure occurs in all provinces in Indonesia. Chronic kidney disease has reached final stage and the kidneys are no longer functioning, it requires hemodialysis to replace kidney function. Based on the Indonesian Renal Registry report (2014), there was an increase in hemodialysis patients, total 9396 people, and in 2018 the province of East Java had 23.14% hemodialysis patients. Data obtained from RSUD dr.H.Jusuf SK in July 2022 showed that the number of patients who routinely hemodialysis was 126 people. Hemodialysis takes a long time and must be carried out routinely, and can interfere with the patient's activities such as working, exercising, eating, drinking and other activities. Hemodialysis can affect the quality of life of chronic kidney failure patients in various aspects of life such as physiologi, psychological, and socioeconomic aspects. This not only has an impact on patients but also has an impact on the family and society. This study aimed at determining the relationship between the length of time undergoing hemodialysis and the quality of life of chronic kidney failure patients at RSUD dr. H. Jusuf SK. The design of this research is cross sectional. Sampling using *total sampling* method with a total sample of 125 people. The results showed that there was a significant relationship between quality of life and the length of time undergoing hemodialysis with a correlation value of 0.018 <0.05. It is hoped that patients with chronic kidney failure can undergo hemodialysis regularly and maintain a healthy lifestyle in order to improve their quality of life.

Kata Kunci: Chronic kidney failure, Hemodialysis , Quality of life.

KATA PENGANTAR

Puji syukur senantiasa penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Skripsi dengan judul Hubungan Lama Menjalani Hemodialisis Dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik di RSUD dr. H. Jusuf SK. Skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan di Fakultas Ilmu Kesehatan Program Studi Keperawatan Universitas Borneo Tarakan. Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini tidak akan selesai tanpa bantuan dari berbagai pihak. Karena itu pada kesempatan ini kami ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Prof. Dr. Adri Patton, M.Si selaku Rektor Universitas Borneo Tarakan
2. dr. Rustan Samsuddin, MM selaku Direktur RSUD dr. H. Jusuf SK Provinsi Kalimantan Utara.
3. Sulidah, S.Kep, Ns, M.Kep selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Borneo Tarakan.
4. Yuni Retnowati, S.ST, M.Keb selaku Wakil Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Borneo Tarakan.
5. Alfianur, S.Kep, Ns, M.Kep selaku Ketua Jurusan Program Studi Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Borneo Tarakan sekaligus selaku Dosen Pembimbing Skripsi Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Borneo Tarakan.
6. Fitriya Handayani, S.Kep, Ns, M.Kep selaku Sekertaris Ketua Jurusan Program Studi Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Borneo Tarakan sekaligus selaku Dosen Pembimbing Akademik Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Borneo Tarakan.
7. Maria Imaculata Ose, S.Kep, Ns, M.Kep selaku Ketua Program Studi Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Borneo Tarakan.
8. Tenaga Kependidikan yang telah memberikan bimbingan, bantuan, serta arahan selama melaksanakan penyusunan skripsi.
9. Teman sejawat ruang HD yang telah memberi motivasi dan semangat dalam pelaksanaan penyusunan skripsi.

10. Keluarga yang telah memberi dukungan penuh terhadap penulis.

Kami menyadari skripsi ini tidak luput dari berbagai kekurangan. Kami perlu mengharapkan saran dan kritik demi kesempurnaan dan perbaikannya sehingga laporan skripsi ini dapat memberikan manfaat bagi bidang pendidikan dan penerapan di lapangan serta bisa dikembangkan lagi lebih lanjut.

Tarakan, Desember 2022

Penulis

Kornelius Andu

DAFTAR ISI

Halaman Sampul..... i
Halaman Judul..... ii
Halaman Pernyataan Orisinalitas..... iii
Halaman Pengesahan..... iv
Halaman Persetujuan v
Pernyataan bebas plagiarism vi
Abstrak..... vii
Kata Pengantar ix
Daftar Isi xi
Daftar Tabel xiii
Daftar Gambar..... xiv
Daftar Lampiran..... xv
BAB 1 PENDAHULUAN..... 1
1.1 Latar Belakang..... 1
1.2 Rumusan Masalah..... 4
1.3 Tujuan Penelitian 4
1.4 Manfaat Penelitian 5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA 6
2.1 Tinjauan Pustaka..... 6
2.1.1 Konsep Gagal Ginjal Kronik 6
2.1.2 Konsep Hemodialisis..... 14
2.1.3 Konsep Peritoneal Dialisis..... 18
2.1.4 Konsep Kualitas Hidup 21
2.2 Kerangka Teori dan Kerangka Konsep Penelitian..... 30
2.2.1 Kerangka Teori 30
2.2.1 Kerangka Konsep Penelitian..... 31
2.3 Hipotesis..... 31
BAB 3 METODOLOGI PENELITIAN 32
3.1 Jenis Penelitian..... 32

3.2 Variabel Penelitian, Definisi Operasional dan Skala Pengukuran 32
3.3 Tempat dan Waktu Penelitian..... 34
3.4 Populasi dan Sampel Penelitian 34
3.5 Instrumen Penelitian dan Prosedur Pengumpulan Data 35
3.6 Teknik Pengelolahan dan Analisa Data..... 36
3.7 Etika Penelitian 39
3.8 Alur Penelitiaan 40
BAB 4 HASIL PENELITIAN..... 41
4.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian 41
4.2 Data Umum..... 42
4.2.1 Data Karakteristik Berdasarkan Sosioekonomi 34
4.3 Data Khusus..... 34
4.3.1 Lama Menjalani Hemodialisis 35
4.3.2 Kualitas Hidup 36
4.3.3 Hubungan Lama Menjalani Hemodialisis dan Kualitas Hidup 39
BAB 5 PEMBAHASAN 41
5.1 Lama Menjalani Hemodialisis 42
5.2 Kualitas Hidup Pasien Hemodialisis 42
5.3 Hubungan Lama Menjalani Hemodialisis dengan Kualitas Hidup Pasien..... 43
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN 44
6.1 Kesimpulan..... 44
6.2 Saran..... 44
DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 27
Tabel 2.2 28
Tabel 3.1 34
Tabel 4.1 33
Tabel 4.2 38
Tabel 4.3 49
Tabel 4.4 50

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 30
Gambar 2.2 31
Gambar 3.1 40

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Informed Consent 60
Lampiran 2. Kuesioner 62
Lampiran 3. Surat Izin Penelitian 66
Lampiran 4. Surat Kaji Etik 67
Lampiran 5. Dokumentasi Penelitian 68
Lampiran 6. Output SPSS Hasil Penelitian 69
Daftar Riwayat Hidup 86

BAB 1
PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Ginjal merupakan salah satu organ vital dalam tubuh yang berfungsi untuk mempertahankan metabolisme dan mengatur keseimbangan cairan dan elektrolit. Hal ini terlihat pada fungsi ginjal sebagai pengatur air, mengatur konsentrasi garam dalam darah, mengatur kesimbangan asam dan basa darah, dan mengatur limbah atau ekskresi garam berlebih (Annisa, 2018). Jika ginjal tidak dirawat dengan baik, penyakit ginjal akan berkembang, seperti penyakit ginjal (renal failure) yaitu kondisi yang terjadi ditandai dengan fungsi ginjal yang menurun dan dapat kambuh secara mendadak (relapse) atau seiring waktu. Penyakit ginjal akut terjadi ketika terjadi penurunan fungsi ginjal secara tiba-tiba tetapi dapat kembali normal setelah penyebab mendasar segera diatasi. Sedangkan penyakit gagal ginjal kronik muncul secara bertahap, biasanya tidak menunjukkan gejala awal yang jelas, sehingga penurunan fungsi ginjal tidak terasa dan berlanjut ke stadium yang parah.

Ginjal bisa berhenti bekerja jika tidak ditangani dengan baik. Ketika terjadi penurunan fungsi ginjal, sisa-sisa metabolisme dan kelebihan cairan dapat menumpuk di dalam tubuh sehingga ginjal mengalami gangguan atau kerusakan. Bisa berakibat fatal jika ginjal berhenti bekerja. Seseorang yang mengalami hal tersebut biasanya akan mengalami pembengkakan pada pergelangan kaki, muntah, sesak nafas, penurunan kesadaran dan kelemahan (Fitria, 2013). Menurut Lv dan Lu (2019) penyakit gagal ginjal kronik telah diakui sebagai masalah kesehatan masyarakat terkemuka di seluruh dunia. Estimasi prevalensi global CKD adalah 13,4% (11,7-15,1%) dan pasien dengan penyakit ginjal stadium akhir atau ESKD (End Stadium Kidney Disease) yang membutuhkan terapi penggantian ginjal diperkirakan antara 4,902 dan 7,083 juta. Melalui efeknya pada risiko kardiovaskular dan CKD secara langsung mempengaruhi beban global morbiditas dan mortalitas di seluruh dunia. Peningkatan global penyakit ini terutama didorong oleh peningkatan prevalensi diabetes mellitus, hipertensi, obesitas, dan penuaan. Namun di beberapa daerah, penyebab lain seperti infeksi, racun herbal dan lingkungan masih sering terjadi. Artikel yang dipublikasikan oleh IHME (The

Institute for Health Metrics and Evaluation) pada tahun 2020, ada 697,5 juta kasus penyakit ginjal kronis pada tahun 2017. Hampir sepertiga dari pasien tersebut tinggal di dua negara yaitu China, dengan sekitar 132 juta kasus, dan India, dengan sekitar 115 juta. Selanjutnya, 10 negara lain Amerika Serikat, Indonesia, Rusia, Jepang, Brasil, Pakistan, Meksiko, Nigeria, Bangladesh, dan Vietnam, masing-masing memiliki lebih dari 10 juta kasus pada tahun 2017.

Gagal ginjal kronik terjadi di semua provinsi di Indonesia, berdasarkan hasil Riskesdas 2018, Kalimantan Utara memiliki prevalensi tertinggi yaitu 0,64% berdasarkan diagnosa dokter penduduk umur ≥15 tahun. Prevalensi berdasarkan tempat tinggal di perkotaan dan perdesaan sama yaitu 0,38%. Hal ini menunjukkan bahwa pasien dengan GGK secara merata terjadi di hampir tiap di wilayah di Indonesia. Jika penyakit gagal ginjal kronik yang sudah mencapai stadium akhir dan ginjal tidak berfungsi lagi, diperlukan cara untuk membuang zat-zat racun dari tubuh dengan terapi pengganti ginjal yaitu dengan cuci darah (hemodialisis), *Continous Ambulatory Peritoneal Dialysis* (CAPD), dan pencangkokan (transplantasi) ginjal. Terapi pengganti yang paling banyak digunakan di Indonesia adalah hemodialisis (Djarwoto, 2018).

Terapi hemodialisis merupakan suatu terapi yang menggunakan teknologi tinggi (alat bantu mesin) sebagai pengganti fungsi ginjal untuk mengeluarkan sampah metabolisme atau racun tertentu dari peredaran darah manusia. Tujuan utama terapi hemodialisis adalah mengembalikan keseimbangan cairan intraseluler dan ekstraseluler yang terganggu akibat fungsi ginjal yang rusak. Biasanya pasien akan menjalani terapi hemodialisis seumur hidup (Sinuraya, 2019). Berdasarkan hasil Riskesdas (2018), prevalensi untuk hemodialisis pada penduduk umur ≥15 tahun dengan GGK berdasarkan diagnosa dokter menurut provinsi tertinggi yaitu DKI Jakarta 38,71%. Jenis kelamin laki-laki 17,08% perempuan 21,98%. Tempat tinggal di perkotaan 22,36%. Menurut data survey PERNEFRI berdasarkan laporan Indonesia *Renal Registry* (2014), adanya peningkatan pasien hemodialisis yaitu 9396 orang, dan di tahun 2018 provinsi Jawa Timur memiliki pasien hemodialisis sebesar 23,14%. Data yang diperoleh dari RSUD dr.H.Jusuf SK pada bulan Juli 2022 menunjukkan jumlah pasien yang rutin menjalani hemodialisis berjumlah 126 orang.

Hemodialisis membutuhkan waktu yang lama dan harus dijalani dengan rutin, dan dapat mengganggu aktivitas penderita seperti bekerja, olahraga, makan, minum dan kegiatan lainnya, selain itu memerlukan biaya yang cukup banyak, serta dapat merubah kondisi fisik penderita seperti kulit bersisik, berwarna hitam, mengurangi konsumsi air minum dan menurunnya kualitas kesehatan penderita (Anita, 2015). Pada pasien gagal ginjal kronik dengan hemodialisis berhubungan dengan gejala fisik dan komplikasi seperti penyakit jantung, anemia, gangguan tidur yang dapat disebabkan oleh uremia, selain itu adanya gangguan neurologis dan gangguan gastrointestinal menyebabkan dampak bagi kualitas hidup penderita. Masing-masing perubahan fisik berpotensi untuk menurunkan kualitas hidup (Sinuraya, 2019). Kelelahan merupakan hal yang kompleks yang terjadi secara konsisten pada pasien yang menjalani hemodialisa (Leme, et al, 2020). Hal ini juga dialami oleh 20 dari 126 pasien di RSUD dr.H.Jusuf SK, mereka mengatakan pada saat menjalani hemodialisis, mereka tidak bekerja, beristirahat lebih lama setelah dari rumah sakit, memilih hanya beraktivitas di rumah sehingga waktu produktif bekerja jadi berkurang.

Hemodialisis dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik dalam berbagai aspek kehidupan seperti aspek fisiologis, psikologis, dan sosial ekonomi. Hal tersebut tidak hanya berdampak pada diri sendiri tetapi juga berdampak pada keluarga dan masyarakat. Pasien dapat mengalami gangguan konsentrasi, proses berpikir, hingga gangguan dalam hubungan sosial (Mayuda, 2017). Hal tersebut dijelaskan dalam penelitian yang dilakukan oleh Mardianingsih (2014) bahwa pasien mengalami perasaan-perasaan sedih, putus asa, menyesal, kecewa, malu karena memiliki kondisi tubuh yang mengalami perubahan seperti, kulit bersisik, kerutan dan terjadinya odem di salah satu bagian tubuhnya. Pada akhirnya perasaan-perasaan negatif tersebut bisa menyebabkan depresi dan kecemasan. Kondisi pasien yang merasa sedih dialami oleh pasien yang ada di RSUD dr.H.Jusuf SK karena harus rutin melakukan hemodialisis 2 kali seminggu, dia harus datang sendiri, mengurus administrasi, pemeriksaan laboratorium, mengurus obat-obatan tanpa didampingi keluarga disebabkan karena anggota keluarga lain tidak peduli dan memiliki aktivitas lain, sehingga pasien tidak patuh dalam menjalani jadwal rutin hemodialisis.

Kualitas hidup pasien hemodialisis merupakan prameter penting yang perlu ditangani .Penelitian yang dilakukan Seica et al (2009) ditemukan adanya peningkatan durasi dialisis dan penurunan kualitas hidup secara konsisten. Hubungan yang baik antara tim medis dengan pasien dapat mengetahui cara mengurangi stres pasien menggunakan teknik suportif atau metode intervensi yang tepat (Gerasimoula dkk, 2015). Penilaian kualitas hidup pasien dengan CKD tidak hanya membantu menilai kualitas program dialisis tetapi juga berguna untuk memandu bidang nefrologi untuk mengembangkan intervensi dan rencana yang lebih baik perawatan untuk masa depan. Beberapa penelitian, terutama yang dilakukan di negara-negara maju, telah menilai kualitas hidup pasien dengan hemodialisis dan mengidentifikasi beberapa faktor yang mempengaruhi kualitas hidup mereka (Joshi, Utzav dkk. 2017).

Berdasarkan latar belakang permasalahan diatas, peneliti tertarik untuk menganalisa adanya hubungan lama menjalani hemodialisis dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik di RSUD dr. H. Jusuf SK.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan data dalam latar belakang diatas, dapat dirumuskan masalah sebagai berikut ”Adakah hubungan lama menjalani hemodialisis dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik di RSUD dr. H. Jusuf SK ?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan lama menjalani hemodialisis dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik di RSUD dr. H. Jusuf SK.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah sebagai berikut.

1.3.2.1 Untuk mengidentifikasi lama menjalani hemodialisis pasien gagal ginjal kronik di RSUD dr.H.Jusuf SK

1.3.2.2 Untuk mengidentifikasi kualitas hidup pada pasien gagal ginjal kronik di RSUD dr. H. Jusuf SK.

1.3.2.3 Untuk menganalisa hubungan lama menjalani hemodialisis dengan kualitas

hidup pasien gagal ginjal kronik di RSUD dr. H. Jusuf SK.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Penelitian ini dapat digunakan sebagai pembelajaran dan sumber referensi tentang hubungan lama menjalani hemodialisis dengan kualitas hidup pasien gagalginjal kronik di RSUD dr. H. Jusuf SK. Serta dijadikan sebagai referensi untuk penelitian selanjutnya.

1.4.2 Manfaat Praktis

1.4.2.1 Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat mengembangkan profesi keperawatan dan meningkatkan ilmu pengetahuan khususnya di bidang keperawatan medikal bedah tentang gagal ginjal kronik.

1.4.2.2 Institusi Rumah Sakit

Hasil penelitian diharapkan dapat dijadikan dasar pertimbangan bagi pihak rumah sakit khususnya perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien gagal ginjal kronik.

1.4.2.3 Bagi Peneliti

Sebagai pengembangan ilmu pengetahuan dan pengalaman baru dalam melakukan penelitian serta dapat mengetahui hubungan lama menjalani hemodialisis dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik.

BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Pustaka

2.1.1 Konsep Gagal Ginjal Kronik

2.1.1.1 Defenisi Gagal Ginjal

Ginjal merupakan organ tubuh manusia yang berfungsi dalam sistem ekskresi atau pembuangan. Ginjal merupakan salah satu organ yang harus selalu dijaga agar tetap berfungsi dengan normal. Mengalami gangguan ginjal berarti berpotensi untuk terkena penyakit lainnya. Penyakit ginjal dapat terjadi karena adanya gangguan pada sistem penyaringan organ ginjal, di mana ginjal sudah tidak berfungsi sebagian organ penyaring racun sehingga terjadi penumpukan racun pada glomerulus. Penumpukan inilah yang akhirnya mengakibatkan kerusakan pada ginjal (Ariani, 2016).

Gagal ginjal merupakan sebuah gangguan fungsi renal yang progresif dan irreversible, dimana fungsi ginjal mengalami penurunan dalam mempertahankan metabolisme, keseimbangan cairan dan elektrolit, sehingga terjadi uremia. Gagal ginjal biasanya berakibat akhir dari kehilangan fungsi ginjal lanjut secara bertahap. Pada umumnya penyakit ini baru dapat di deteksi melalui tes urine darah. Gejalanya yang bersifat umum membuat pengidap penyakit ini biasanya tidak menyadari gejalanya hingga mencapai stadium lanjut (Ariani,2016).

Gagal ginjal terjadi ketika ginjal tidak mampu mengangkut sampah metabolik tubuh atau melakukan fungsi regulernya. Suatu bahan yang biasanya di eliminasi di urin menumpuk dalam cairan tubuh akibat gangguan ekskresi renal dan menyebabkan gangguan fungsi endokrin metabolik, cairan, elektrolit serta asam basa.Gagal ginjal adalah suatu kondisi dimana fungsi ginjal mengalami penurunan sehingga tidak mampu lagi untuk melakukan filtrasi sisa metabolisme tubuh dan menjaga keseimbangan cairan elektrolit seperti sodium dan kalium di dalam darah atau urin.Penyakit ini terus berkembang secara perlahan hingga fungsi ginjal semakin memburuk sampai ginjal kehilangan fungsinya (Hutagaol, 2017).

2.1.1.2 Etiologi Gagal Ginjal Kronis

Penyakit gagal ginjal disebabkan oleh tekanan darah tinggi atau hipertensi dan diabetes yaitu sebagai berikut (Ariani, 2016) :

1. Gangguan ginjal pada diabetes

Diabetes merupakan salah satu penyebab utama terjadinya penyakit gagal ginjal. Jika glukosa dalam darah terlalu tinggi, ini dapat mempengaruhi kemampuan ginjal untuk menyaring kotoran dalam darah dengan merusak system penyaringan ginjal. Maka dari itu sangat penting bagi penderita diabetes untuk menjaga tingkat glukosa mereka melalui pola makan yang sehat dan mengkonsumsi obat-obat anti diabetes sesuai aturan dokter.

2. Gangguan ginjal pada hipertensi

Tekanan darah adalah ukuran tekanan saat jantung memompa darah ke pembuluh arteri dalam setiap denyut nadi. Tekanan darah kerap diasosiasikan dengan penyakit ginjal, karena tekanan darah yang berlebihan dapat merusak organ tubuh. Hipertensi menghambat prosespenyaringan dalam ginjal. Kondisi ini merusak ginjal dengan menekan pembuluh darah kecil dalam organ tersebut. Meski Sembilan dari sepuluh penyebab kasus tekanan darah tinggi tidak diketahui, namun ada kaitan antara kondisi tersebut dengan kesehatan tubuh seseorang secara menyeluruh, termasuk pola makan dan gaya hidup. Orang yang memiliki kebiasaan tertentu seperti kurang berolahraga, kebiasaan merokok, stress, obesitas, mengkonsumsi minuman keras berlebihan, terlalu banyak garam dan lemak dalam makanan yang dikonsumsi, serta kurang potassium dan vitamin D, maka orang tersebut akan memiliki risiko mengidap penyakit hipertensi lebih tinggi. Gagal ginjal kronik disebabkan oleh berbagai penyakit, seperti glomerolunefritis akut, gagal ginjal akut, penyakit ginjal polikistis, obstruksi saluran kemih, pielonefritis, nefrotoksin, dan penyakit sistemik, seperti diabetes melitus, hipertensi, lupus eritematous, poliartritis, penyakit sel sabit, amiloidosis (Hetagoul, 2017).

2.1.1.3 Gejala Gagal Ginjal Kronik

Ada beberapa gejala atau tanda-tanda sesorang mengalami penyakit ginjal diantaranya sebagai berikut (Ariani, 2016) :

1. Lebih ingin sering buang air kecil, terutama di malam hari
2. Kulit terasa gatal

3. Adanya darah atau protein dalam urine yang dideteksi saat tes urine
4. Mengalami kram otot
5. Barat badan turun atau kehilangan berat badan
6. Kehilangan nafsu makan atau nafsu makan menurun
7. Penumpukan cairan yang mengakibatkan pembengkakan pada pergelangan kaki, kaki, dan tangan
8. Nyeri pada dada, akibat cairan menumpuk di sekitar jantung
9. Mengalami kejang pada otot
10. Mengalami gangguan pernafasan atau sesak napas
11. Mengalami mual dan muntah
12. Mengalami gangguan tidur atau susah tidur

2.1.1.4 Stadium Pada Gagal Ginjal

Ada beberapa stadium pada gagal ginjal diantaranya sebagai berikut (Ariani, 2016) :

1. Stadium I

Stadium satu ini disebut dengan penurunan cadangan ginjal, tahap inilah yang paling ringan, dimana kondisi ginjal masih baik.Pada tahap ini penderita masih belum merasakan gejala-gejala dan pemeriksaan laboratorium faal atau fungsi ginjal masih dalam batas normal. Dalam tahap ini kreatinin serum dan kadar BUN (*Blood Urea Nitrogen*) dalam batas normal dan penderita asimtomatik laju filtrasi glomerulus. Gangguan fungsi ginjal mungkin hanya dapat diketahui dengan memberikan beban kerja yang berat, seperti tes pemekatan kemih yang lama atau dengan mengadakan test GFR yang teliti.

2. Stadium II

Stadium dua ini disebut dengan insufiensi ginjal, pada tahap ini lebih dari 75% jaringan yang berfungsi telah rusak, GFR besarnya 25% dari normal, kadar BUN baru mulai meningkat di atas batas normal.Peningkatan konsentrasi BUN ini berbeda-beda, tergantung dari kadar protein dalam diet. Pada stadium inikadar kreatinin serum mulai meningkat melebihi kadar normal. Pasien mengalami nokturia dan poliuria, perbandingan jumlah kemih siang hari dan malam hari adalah 3:1 atau 4:1, bersihan kreatinin 10-30 ml/menit. Poliuria akibat gagal ginjal

biasanya lebih besar pada penyakit yang terutama menyerang tubulus, meskipun poliuria bersifat sedang dan jarang lebih dari 3 liter per hari.Biasanya ditemukan anemia pada gagal ginjal dengan faal ginjal diantara 5% - 25%. Faal ginjal jelas sangat menurun dan timbul gejala- gejala kekurangan darah, tekanan darah akan naik, dan aktivitas penderita mulai terganggu.

3. Stadium III

Stadium ini disebut gagal ginjal tahap akhir atau uremia, hal ini timbul karena 90% dari massa nefron telah hancur atau sekitar 200.000 nefron yang utuh. Nilai GFR-nya 10% dari keadaan normal dan kadar kreatinin mungkin sebesar 5-10 ml/menit atau kurang. Uremia akan meningkat dengan mencolok dan kemih osmosis. Pada stadium akhir gagal ginjal, penderita mulai merasakan gejala yang cukup parah, karena ginjal tidak sanggup lagi mempertahankan homeostatis cairan dan elektrolit dalam tubuh. Penderita biasanya menjadi oliguri atau pengeluaran kemih kurang dari 500/hari, karena kegagalan glomerulus meskipun proses penyakit mula-mula menyerang tubulus ginjal. Kompleks perubahan biokimia dan gejala-gejala yang dinamakan sindrom uremik mempengaruhi setiap sistem dalam tubuh, dengan pengobatan dalam bentuk transplantasi ginjal atau dialisis.

2.1.1.5 Pencegahan Gagal Ginjal

Umumnya penyakit ini tidak dapat dicegah sepenuhnya, namun dapat mengambil langkah-langkah untuk mengurangi resiko berkembangnya penyakit ginjal tersebut. Ada pun langkah-langkah tersebut adalah sebagai berikut (Ariani, 2016) :

1. Pola Makan Sehat

Pola makan sehat penting untuk menurunkan kadar kolesterol dalam darah dan menjaga tekanan darah tetap normal. Kedua kondisi ini penting untuk mencegah terjadinya penyakit ginjal kronis. Konsumsilah makanan berimbang meliputi banyak sayuran dan buah segar. Selain itu, kontrol kadar kolesterol dengan menghindari makanan kaya lemak jenuh tinggi seperti gorengan-gorengan, mentega, santan kelapa, keju, kue, biscuit, serta makanan-makanan yang menganadung minyak kelapa atau minyak sawit.

2. Hindari Rokok dan Alkohol

Selain meningkatkan risiko serangan jantung dan stroke, merokok dan mengkonsumsi minuman keras dapat memperburuk kondisi gagal ginjal yang sudah terjadi. Selain meningkatkan kadar kolesterol dalam darah, mengonsumsi minuman keras secara berlebihan akan meningkatkan tekanan darah. Pastikan tidak mengkonsumsi lebih dari 2-2,5 kaleng bir berkadar alkohol 4,7 per hari.

3. Olahraga Teratur

Naiknya tekanan darah dan risiko berkembangnya penyakit ginjal dapat diminimalkan dengan cara olahraga teratur. Pasien atau penderita disarankan untuk menjalankan aktivitas aerobic dengan instensitas mencegah seperti berenang atau lari pagi selama 2-3 jam tiap minggunya.

4. Baca Petunjuk Obat

Pastikan mengikuti petunjuk pemakaian, jika memang harus mengkonsumsi obat pereda sakit. Konsumsi obat anti-inflamaasi non- steroid seperti aspirin dan ibuprofen dalam dosis berlebih dapat menyebabkan gangguan ginjal.

5. Waspada diabetes

Penyakit kronis atau bersifat menetap dalam jangka panjang, seperti diabetes, dapat berpotensi menyebabkan gangguan ginjal kronis.Setiap tahunnya pengidap diabetes disarankan untuk memeriksa fungsi ginjalnya.Ikuti saran dokter dan lakukan langkah-langkah untuk menjaga kondisi tubuh.

2.1.1.6 Patofisiologi Gagal Ginjal Kronik

Terdapat dua pendekatan teoritis yang umumnya diajukan untuk menjelaskan gangguan fungsi ginjal pada gagal ginjal kronik. Sudut pandang mengatakan bahwa semua unit nefron telah terserang penyakit namun dalam stadium yang berbeda- beda, dan bagian-bagian spesifik dari nefron yang berkaitan dengan fungsi tertentu dapat saja benar-benar rusak atau berubah strukturnya. Misalnya, lesi organik pada medula akan merusak susunan ana- tomik pada lengkung Henle dan vasa rekta, atau pompa klorida pada pars asendens lengkung Henle yang akan mengganggu proses aliran balik pemekat dan aliran balik penukar. Pendekatan kedua dikenal dengan nama hipotesis Bricker atau hipotesis nefron yang utuh, yang berpendapat bahwa bila nefron terserang penyakit, maka seluruh unitnya akan hancur, namun sisa nefron yang masih utuh

tetap bekerja normal. Uremia akan terjadi bila jumlah nefron sudah sangat berkurang sehingga keseimbangan cairan dan elektrolit tidak dapat dipertahankan lagi.

Hipotesis nefron yang utuh ini sangat berguna untuk menjelaskan pola adaptasi fungsional pada penyakit ginjal progresif, yaitu kemampuan untuk mempertahankan keseimbangan air dan elektrolit tubuh kendati GFR sangat menurun. Urutan peristiwa dalam patofisiologi gagal ginjal progresif dapat diuraikan dari segi hipotesis nefron yang utuh.Meskipun penyakit ginjal kronik terus berlanjut, namun jumlah zat terlarut yang harus diekskresi oleh ginjal untuk mempertahankan homeostasis tidaklah berubah, kendati jumlah nefron yang bertugas melakukan fungsi tersebut sudah menurun secara progresif. Dua adaptasi penting dilakukan oleh ginjal sebagai respon terhadap ancaman ketidak seimbangan cairan dan elektrolit. Sisa nefron yang ada mengalami hipertrofi dalam usahanya untuk melaksanakan seluruh beban kerja ginjal. Terjadi peningkatan filtrasi beban zat terlarut dan reabsorpsi tubulus dalam setiap nefron meskipun GFR untuk seluruh massa nefron yang terdapat dalam ginjal turun di bawah nilai normal.

Mekanisme adaptasi ini cukup berhasil dalam mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit tubuh hingga tingkat fungsi ginjal yang sangat rendah. Namun akhirnya, kalau sekitar 75% massa nefron sudah hancur, maka kecepatan filtrasi dan beban zat terlarut bagi setiap nefron demikian tinggi sehingga keseimbangan glomerulus-tubulus (keseimbangan antara peningkatan filtrasi dan peningkatan reabsorpsi oleh tubulus) tidak dapat lagi dipertahankan, bahwa 6 dari 8 buah nefron telah hancur). Fleksibilitas baik pada proses ekskresi maupun proses konservasi zat terlarut dan air menjadi berkurang. Sedikit perubahan pada makanan dapat mengubah keseimbangan yang rawan tersebut, karena makin rendah GFR (yang berarti makin sedikit nefron yang ada) semakin besar perubahan kecepatan ekskresi per nefron. Hilangnya kemampuan memekatkan atau mengencerkan urine menyebabkan berat jenis urine tetap pada nilai 1,010 atau 285 mOsm (yaitu sama dengan konsentrasi plasma) dan merupakan penyebab gejala poliuria dan nokturia. Sebagai contoh, seseorang dengan makanan normal mengekskresi zat terlarut sekitar 600 mOsm per hari.

Kalau orang itu tidak dapat lagi memekatkan urinenya dari osmolalitas plasma normal sebesar 285 mOsm, maka tanpa memandang banyaknya asupan air akan terdapat kehilangan obligatorik 2 liter air untuk ekskresi zat terlarut 600 mOsm (285 mOsm/ liter).

Sebagai respons terhadap beban zat terlarut yang sama dan keadaan kekurangan cairan, orang normal dapat memekatkan urine sampai 4 kali lipat konsentrasi plasma dan dengan demikian hanya akan mengekskresi sedikit urine yang pekat. Bila GFR terus turun sampai akhirnya mencapai nol, maka semakin perlu mengatur asupan cairan dan zat terlarut secara tepat untuk mampu mengakomodasikan penurunan fleksibilitas fungsi ginjal. Hipotesis nefron yang utuh ini didukung beberapa pengamatan eksperimental. Bricker dan Fine (1969) memperlihatkan bahwa pada pasien pielonefritis dan anjing-anjing yang ginjalnya dirusak pada percobaan, nefron yang masih bertahan akan mengalami hipertrofi dan menjadi lebih aktif dari keadaan normal. Juga diketahui bahwa bila satu ginjal seorang yang normal dibuang, maka ginjal yang tersisa akan mengalami hipertrofi dan fungsi ginjal ini mendekati kemampuan yang sebelumnya dimiliki oleh kedua ginjal itu secara bersama-sama. Juga terbukti bahwa ginjal normal dengan beban zat terlarut meningkat akan bertindak sama seperti ginjal yang mengalami gagal ginjal progresif.

Hal ini mendukung hipotesis nefron yang utuh. Data eksperimental memperlihatkan bahwa dengan meningkatnya jumlah beban zat terlarut secara progresif, maka kemampuan pemekatan urine dalam keadaan kekurangan air (kurva atas) atau kemampuan pengenceran urine dalam keadaan asupan yang banyak (kurva bawah) akan menghilang secara progresif. Kedua kurva mendekati berat jenis 1,010 sampai urine menjadi isoosmotik dengan plasma pada 285 mOsm sehingga terjadi berat jenis yang tetap. Keadaan percobaan tersebut di atasdapat ditimbulkan pada seorang normal dengan memberikan manitol (suatu diuretik osmotik). Angka 10 pada sumbu x sengaja dipilih untuk memperlihatkanbahwa ginjal mengekskresi beban zat terlarut sebanyak 10 kali lipat. Dalam keadaan ini setiap nefron yang normal mengalami diuresis osmotik disertaikehilangan air obligatorik. Ginjal kehilangan fleksibilitasnya untuk memekatkan maupun mengencerkan urine dari osmolalitas plasma sebesar 285 mOsm.

Kejadian yang serupa mungkin terjadi pada pasien gagal ginjal progresif. Pasien dengan 90% massa nefron yang pada grafik tersebut seperti orang normal dengan beban zat terlarut 10 kali keadaan normal.

Sepuluh persen sisa nefron dipaksa untuk mengekskresi 10 kali lipat beban zat terlarut normal, dan dengan demikian kehilangan fleksibilitasnya Nefron-nefron tersebut tidak dapat mengkompensasi secara tepat dengan perubahan yang terjadi melalui reabsorpsi tubulus terhadap kelebihan atau kekurangan natrium atau air. Tercatat beberapa kali bahwa gagal ginjal kronik sering bersifat progresif, bahkan bila faktor pencetus cedera telah disingkirkan. Sebagai contoh, pada anak-anak dengan pielonefritis kronik yang disebabkan oleh refluks vesikouretral dan infeksi traktus urinarius (UTI) yang berulang akan timbul jaringan parut pielonefritis yang menyerang tubulus dan interstisium namun, bila refluks tersebut dikoreksi secara bedah dan infeksi ginjal dihentikan dengan antibiotik, gagal ginjal progresif tetap akan berlanjut. Observasi ini telah memulai upaya penelitian utama baru-baru ini untuk mempelajari alasan perkembangan penyakit ginjal dan cara untuk menghentikan atau memperlambat perkembangan tersebut. Penjelasan terbaru yang paling populer untuk gagal ginjal progresif tanpa penyakit ginjal primer yang aktif adalah hipotesis hiperfiltrasi.

Menurut teori hiperfiltrasi tersebut, nefron yang utuh pada akhirnya akan cedera karena kenaikan aliran plasma dan GFR serta kenaikan tekanan hidrostatik intrakapiler glomerulus (misalnya, tekanan kapiler glomerulus). Walaupun kenaikan SNGFR dapat menyesuaikan diri dengan lari jangka pendek, namun tidak dapat menyesuaikan dengan lari jangka panjang. Sebagian besar bukti teori hiperfiltrasi untuk cedera sekunder berasal dari model sisa ginjal pada tikus. Jika satu ginjal pada tikus diangkat dan dua pertiga dari ginjal yang lain rusak, terlihat bahwa binatang tersebut akan mengalami gagal ginjal stadium akhir (ESRD) dalam waktu 6 bulan, walaupun tidak ada penyakit ginjal primer. Tikus itu mengalami proteinuria, dan biopsi ginjal pada sisa ginjal memperlihatkan glomerulosklerosis yang meluas menyerupai lesi pada banyak penyakit ginjal primer. Satu penjelasan untuk lesi ginjal dan gagal ginjal progresif berdasarkan pada perubahan fungsi dan struktur yang timbul ketika jumlah nefron yang utuh menurun pada binatang percobaan.

Penyesuaian fungsi terhadap penurunan massa nefron menyebabkan hipertensi sistemik dan peningkatan SNGFR (hiperfiltrasi) pada sisa nefron yang utuh. Peningkatan SNGFR sebagian besar dicapai melalui dilatasi arteriol aferen. Pada saat yang ber- samaan, arteriol eferen berkontraksi karena pelepasan angiotensin II lokal.Sebagai akibatnya, aliran plasma ginjal (RPF) dan tekanan meningkat, karena sebagian besar tekanan sistemik dipindahkan ke glomerulus. Kompensasi fungsional ini berkaitan dengan perubahan struktural yang bermakna.

Volume rumbai glomerulus meningkat tanpa diiringi peningkatan jumlah sel epitel visera, dan mengakibatkan penurunan densitas dalam rumbai glomerulus yang membesar. Diyakini bahwa kombinasi hipertensi glomerulus dan hipertrofi merupakan perubahan signifikan yang menyebabkan cedera sekunder dari rumbai glomerulus dan merusak nefron dengan progresif. Penurunan densitas epitel visera menyebabkan penyatuan pedikulus dan hilangnya sawar selektif terukur sehingga akan meningkatkan protein yang hilang dalam urine.

Peningkatan permeabilitas dan hipertensi intraglomerulus juga membantu akumulasi dari protein besar (misalnya, fibrin, imunoglobulin, komplemen dalam ruang subendotelial. Akumulasi subendotelial ini menumpuk bersama proliferasi matriks mesangial yang pada akhirnya menyebabkan penyempitan lumen kapiler akibat tertekan. Cedera sekunder lainnya adalah pembentukan mikroaneurisma akibat disfungsi sel endotel. Akibat keseluruhan adalah kolapsnya kapiler glomerulus dan glomerulosklerosis, yang ditunjukkan dengan proteinuria dan gagal ginjal progresif. Selain itu, rangkaian ini menyebabkan timbal balik positif dari lengkung henle dengan percepatan proses yang destruktif, sehingga makin sedikit sisa nefron yang utuh. Perkembangan terbaru dalam pemahaman mekanisme gagal ginjal progresif melalui hipotesis hiperfiltrasi menyebabkan dokter lebih memusatkan perhatian pada pengobatan pencegahan cedera glomerus sekunder daripada menitikberatkan pada penyakit ginjal primer. Percobaan klinis besar yang sekarang sedang dilakukan adalah pembatasan protein pada makanan dan terapi antihipertensi yang dimaksudkan untuk memperlambat perkembangan gagal ginjal kronik.

2.1.1.7 Komplikasi Gagal Ginjal

Penyakit gagal ginjal adalah suatu penyakit dimana fungsi organ ginjal mengalami penurunan. Jika hal tersebut tidak segera mendapat penanganan yang tepat, maka ginjal tersebut tidak akan mampu melakukan penyaringan pembuangan elektrolit tubuh. Penyakit gagal ginjal berkembang secara perlahan ke arah yang semakin buruk di mana ginjal tidak mampu lagi bekerja sebagaimana fungsinya (Ariani, 2016). Komplikasi dari gagal ginjal kronik menurut (Padila, 2018) :

1. Gangguan keseimbangan elektrolit : Hiperkalemia, hipokalsemia
2. Gangguan asam basa : asidosis
3. Perikarditis, efusi pericardial dan tamponade jantung
4. Hipertensi, anemia
5. Perdarahan saluran cerna
6. Penyakit tulang

2.1.1.8 Penatalaksanaan Gagal Ginjal Kronik

Menurut Baradero (2008) penatalaksanaan pasien gagal ginjal kronik meliputi :

1. Pengendalian cairan

Perubahan kemampuan untuk mengatur air dan mengekskresi natrium merupakan tanda awal gagal ginjal. Biasanya, pasien CRF mengalami hipervolemia akibat ginjal yang tidak mampu mengekskresikan natrium dan air. Namun, ada juga beberapa pasien dengan CRF yang tidak mampu menahan natrium dan air sehingga mengalami hipovolemia. Tujuan pengendalian cairan adalah mempertahankan status normotensif (tekanan darah dalam batas normal) dan statusnormovolemik (volume cairan dalambatas normal).

Pembatasan asupan cairan pada pasien gagal ginjal kronik, sangat perlu dilakukan.Hal ini bertujuan untuk mencegah terjadinya edema dan komplikasi kardiovaskular.Air yang masuk ke dalam tubuh dibuat seimbang dengan air yang keluar, baik melalui urin maupun IWL. Dalam melakukan pembatasan asupan cairan, bergantung dengan haluaran urin dalam 24 jam dan ditambahkan dengan IWL, ini merupakan jumlah yang diperbolehkan untuk pasien dengan gagal ginjal kronik yang mendapat dialysis. Misalnya: jika jumlah urin yang dikeluarkan dalam

waktu 24 jam adalah 400 ml, maka asupan cairan total dalam sehari adalah 400 + 500 ml = 900 ml.

Makanan-makanan cair dalam suhu ruang (agar-agar, soup dan es krim) dianggap cairan yang masuk. Pasien GGK yang mendapatkan terapi hemodialisis harus mengatur asupan cairan, sehingga berat badan yang diperoleh tidak lebih dari 1,5 kilogram diantara waktu dialysis. Mengontrol asupan cairan merupakan salah satu masalah bagi pasien yang mendapatkan terapi dialysis, karena dalam kondisi normal manusia tidak dapat bertahan lebih lama tanpa asupan cairan dibandingkan dengan makanan. Namun bagi penderita penyakit gagal ginjal kronik harus melakukan pembatasan asupan cairan untuk meningkatkan kualitas hidupnya. Ginjal sehat melakukan tugasnya menyaring dan menabung limbah dan racun ditubuh kita dalam bentuk urin 24 jam, apabila fungsi ginjal terganggu maka terapi HD yang menggantikan tugas tersebut. Mayoritas pasien yang mendapatkan terapi HD di Indonesia dilakukandialysis dalam 2 kali perminggu, dan 4-5 jam perkali dialysis, itu artinya tubuh harus menanggung kelebihan cairan diantara dua waktu terapi. Apabila pasien tidak membatasi jumlah asupan cairan yang terdapat dalam minuman maupun makanan, maka cairan akan menumpuk di dalam tubuh dan akan menimbulkan edema di sekitar tubuh. Kondisi ini akan membuat tekanan darah meningkat dan memperberat kerja jantung. Penumpukan cairan juga akan masuk ke paru-paru sehingga membuatpasien mengalami sesak nafas, karena itu pasien perlu mengontrol dan membatasi jumlah asupan cairan yang masuk dalam tubuh. Pembatasan tersebut penting agar pasien tetap merasa nyaman pada saat sebelum, selama dan sesudah terapi hemodialisis.

Penambahan berat badan antara dua waktu dialysis merupakan salah satu indicator kualitas bagi pasien HD yang perlu dikaji, sehingga dapat digunakan untuk meningkatkan perawatan berkelanjutan diantara dua waktu dialysis dan meningkatkan kepatuhan terhadap pembatasan cairan. Kelebihan cairan yang terjadi dapat dilihat dari terjadinya penambahan berat badan secara cepat. Penambahan berat badan 2% dari berat badan normal merupakan kelebihan cairan ringan, penambahan berat badan 4% merupakan kelebihan cairan sedang, penambahan 6% merupakan kelebihan cairan berat.

Asupan cairan membutuhkan regulasi yang hati-hati dalam gagal ginjal

lanjut, karena rasa haus pasien merupakan panduan yang tidak dapat diyakini mengenai keadaan hidrasi pasien. Berat badan harian merupakan parameter penting yang dipantau, selain catatan yang akurat mengenai asupan dan keluaran. Asupan yang terlalu bebas dapat menyebabkan kelebihan beban sirkulasi, edema, dan intoksikasi cairan. Asupan yang kurang dari optimal dapat menyebabkan dehidrasi, hipotensi, dan pemburukan fungsi ginjal.

2. Pengendalian Elektrolit

a. Hiperkalemia

Kadar kalium plasma pada hiperkalemia adalah lebih dari 5,5mEq/L. Pada pasien dengan CRF, retensi kalium terjadi karena nefron kurang mampu melakukan ekskresi. Hiperkalemia dapat dikendalikan dengan mengurangi asupan makanan yang kaya dengan kalium (pisang, jeruk, kentang, kismis, dan sayuran berdaun hijau) atau hemodialisis dengan dialisat tanpa mengandung kalium plasma yang dapat segera mengambil kalium dalam tubulus pasien.

b. Asidosis metabolik

Asidosis metabolik terjadi karena nefron yang rusak tidak dapat mengekskresikan asam yang dihasilkna dari metabolisme tubuh. Apabila laju filtrasi glomerulus menurun sampai 30-40%, asidosismetabolik mulai berkembang karena kemampuan tubulus distal untuk mereabsorpsi bikarbonta menurun. Walaupun terjadi retensi ion hydrogen dan hilangnya bikarbonat, pH plasma masih dapat dipertahankan karena tubuh mempunyai mekanisme pendaparan(buffering).

c. Hipokalsemia/ Hipofosfatemia

Pada gagal ginjal, kemampuan ginjal untuk mengekskresi fosfor berkurang. Siklus hipokalsemia/ hiperfosfatemia mengakibatkan demineralisasi tulang. Kalsium dan fosfor dikeluarkan dalam darah. Berkurangnya laju filtrasi glomerulus mengakibatkan peningkatan fosfat plasma, sekaligus penurunan kalsium serum. Penurunan kadar kalsium serum akan menstimulasi sekresi hormone paratoid dengan akibat kalsium di resorpsi dari tulang. Ginjal tidak mampu mengekskresikan sintesis vitamin D ke bentuk yang aktif, yaitu 1,25- dihidroksikolekalsifero. Vitamin

D yang aktif ini diperlukan untuk mengabsospsi kalsium dari traktus gastrointestinal dan menyimpan kalsium dalam tulang. Gangguan ini mengakibatkan lambatnya pertumbuhan (pada anak-anak), nyeri tulang, dan osteodistrofi ginjal pada orang dewasa. Tujuan terapi adalah menurunkan fosfor serum ke batas normal.

d. Penanganan Anemia

Anemia menyertai CRF. Pengobatan dengan epoitin alfa (EPO), (bentuk rekombinan dari eritropoietin) berhasil meningkatkan hematokrit, mengurangi kebutuhan transfusi darah, dan menambah tenaga pasien. Peningkatan hematokrit ini dapat membuat pasien mampu melakukan aktivitas hidup sehari-hari. EPO diberikan subkutan 50U/kg berat badan 3 kali seminggu. EPO dapat diberikan sewaktu dialysis dilakukan zat besi merupakan komponen penting eritropoiesis karena pasien perlu tambahan zat besi. Zat besi mempunyai efek samping pada gastrointestinal misalnya mual dan konstipasi. Efek samping ini dapat diatasi dengan mengkonsumsi zat besi setelah makan dan pasien diberi obat laksatif untuk membuat feses menjadi lunak.

Berdasarkan terapi non farmakologis gagal ginjal kronik adalah:

1) Pengaturan asupan protein
2) Pengaturan asupan kalori yaitu 35 kal/kgBB ideal/hari.
3) Pengaturan asupan lemak yaitu 30-40% dari kalori total dan mengandung jumlah yang sama antara asam lemak bebas jenuh dan tidak jenuh
4) Pengaturan asupan karbohidrat yaitu 50-60% dari kalori total.
5) Asupan garam (NaCl) yaitu 2-3 gram/hari
6) Asupan kalium yaitu 40-70 mEq/kgBB/hari
7) Asupan fosfor 5-10mg/kgBB/hari, untuk pasien hemodialisa 17 mg/hari
8) Asupan kalsium 1400-1600 mg/hari
9) Asupan besi 10-18 mg/hari
10) Asupan magnesium 200-300 mg/hari
11) Asupan asam folat pada pasien hemodialisa 5mg

12) Asupan air jumlah urin 24 jam + 500ml

Berdasarkan terapi farmakologis gagal ginjal kronik adalah :

1) Kontrol tekanan darah
2) Pemilihan agen anti hipertensi
3) Pemilihan statins dan antiplatelet
4) Komplikasi lainnya
5) Anemia

2.1.2 Konsep Hemodialisis

2.1.2.1 Definisi Hemodialisis

Hemodialisis dapat di definisikan sebagai suatu proses pengubahan komposisi solute darah oleh larutan lain (cairan dialisat) melalui membrane semi permeabel (*membrane dialysis*). Tetapi pada prinsipnya, hemodialisis adalah suatuproses pemisahan atau penyaringan atau pembersihan darah melalui suatu membrane semi permeabel yang dilakukan pada pasien dengan gangguan fungsi ginjal baik akut maupun kronik (Suhardjono, 2014).

Hemodialisis merupakan suatu proses terapi pengganti ginjal dengan menggunakan selaput membran semi permeabel (dialiser), yang berfungsi seperti nefron sehingga dapat mengeluarkan produk sisa metabolisme dan mengoreksi gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit pada pasien gagal ginjal (Hutagaol, 2017).

2.1.2.2 Prinsip Hemodialisis

Terdapat 3 komponen utama yang terlihat dalam proses hemodialisis yaitu alat dialiser, cairan dialisat dan sistem pengantara darah. Dialiser adalah alat dalam proses dialysis yang mampu mengalirkan darah dan dialisat dalam komponen-komponen di dalamnya, dengan dibatasi membran semi permeabel (Depner, 2005).

Hemodialisis merupakan gabungan dari proses difusi dan ultrafiltrasi. Difusi adalah perpindahan zat terlarut melalui membrane semi permeabel. Laju difusi terbesar terjadi pada perbedaan konsentrasi molekul terbesar. Ini adalah mekanisme utama untuk mengeluarkan molekul kecil seperti urea, kreatinin, elektrolit, dan untuk menambahkan serum bikarbonat. Zat terlarut yang terkait

dengan protein tidak dapat dibuang melalui difusi karena protein yang terikat tidak dapat menembus membran (Suhardjono, 2014).

2.1.2.3 Jenis Hemodialisis

Jenis hemodialisis dibagi menjadi dua yaitu (Tjokroprawiro, 2015):

1. Hemodialisis pada gangguan ginjal akut
2. Hemodialisis pada penyakit ginjal kronis
    a. Hemodialisis konvensional: hemodialisis kronis biasanya dilakukan 2-3 kali per minggu, selama sekitar 4-5 jam untuk setiap tindakan.
    b. Hemodialisis harian: biasanya digunakan oleh pasien yang yang melakukan cuci darah sendiri di rumah, dilakukan selama 2 jam setiap hari.
    c. Hemodialisis nocturnal: dilakukan saat pasien tidur malam, 6-10 jam per tindakan, 3-6 kali dalam seminggu

2.1.2.4 Komplikasi Hemodialisis

Komplikasi akut yang paling sering terjadi adalah hipotensi terutama pada pasien diabetes. Hipotensi pada HD dapat dicegah dengan melakukan evaluasi berat badan kering dan modifikasi dan ultrafiltrasi, sehingga diharapkan jumlah cairan yang dikeluarkan lebih banyak pada awal dibandingkan pada akhir dialysis. Kram otot juga sering terjadi selama proses hemodialisis. Beberapa faktor pencetus yang dihubungkan dengan kejadian kram otot ini adalah adanya gangguan perfusi otot karena pengambilan cairan yang agresif dan pemakaian dialisat rendah sodium.Reaksi anafilaktoid terhadap dialiser sering dijumpai pada pemakaian pertama (Suhardjono, 2014).

Komplikasi kronik passion hemodialisis dapat dibagi menjadi dua kategori yaitu:

1. Komplikasi yang sering terjadi karena terapi hemodialisis seperti hipotensi, anemia, endocarditis, dll.
2. Komplikasi yang terjadi karena penyakit ginjal primer seperti nefropati, kronik gromeluropati, glomerulonefritis, dll.
3. Komplikasi kronik atau komplikasi jangka panjang yang dapat terjadi pada pasien yang mengalami terapi hemodialisa antara lain, penyakit kardiovaskular (Suhardjono, 2014).

2.1.2.5 Lama Menjalani Hemodialisis

Kidney Desease Outcome Quality Initiative (KDOQI) merekomendasikan bahwa pasien dengan residual kidney function rendah (kurang dari 2ml/mnt) menjalani hemodialisis tiga kali seminggu dengan durasi 3 jam setiap kali hemodialisis (Rocco et al, 2015). Membagi lama hemodialisis menjadi 3 yaitu, kurang dari 12 bulan, 12-24 bulan, dan lebih dari 24 bulan (Pranoto, 2010). Pasien yang menjalani hemodialisis selama lebih dari 10 tahun kemudian melakukan transplantasi ginjal memiliki hasil yang lebih buruk dibandingkan dengan pasien yang melakukan transplantasi ginjal yang sebelumnya melakukan terapi hemodialisis dalam waktu yang lebih singkat (Pranoto, 2010).

Periode sakit dapat mempengaruhi kepatuhan. Beberapa penyakit yang tergolong penyakit kronik, banyak mengalami masalah kepatuhan.Pengaruh sakit yang lama, belum lagi perubahan pola hidup yang kompleks serta komplikasi-komplikasi yang sering muncul sebagai dampak sakit yang lama mempengaruhi bukan hanya pada fisik pasien, namun juga emosional, psikologis, dan sosial.Pada pasien hemodialisis didapatkan hassil riset yang memperlihatkan perbedaan kepatuhan pada pasien yang sakit kurang dari 1 tahun dengan yang lebih dari 1 tahun. Semakin lama sakit yang diderita, maka resiko penurunan tingkat kepatuhan semakin tinggi (Widayati, 2015).

2.1.2.6 Efek Samping dan Komplikasi Hemodialisis

Meskipun keamanan prosedur hemodialisis telah meningkat pesat selama bertahun-tahun, prosedur ini bukan tanpa resiko. Komplikasi yang mungkin terjadi selama tindakan hemodialisis secara umum yaitu (Tjokroprawiro, 2015) :

1. Pada Penderita :
    a. Hipotensi dan hipertensi. Hipotensi merupakan komplikasi yang paling sering dilaporkan selama hemodialisis.
    b. Sindroma disequilibrium akibat perbedaan kecepatan perubahan kadar molekul pada masing-masing kompartemen tubuh.
    c. Kram
    d. Mual dan muntah
    e. Sakit kepala
    f. Nyeri dada dan aritmia

g. Gatal
h. Reaksi demam. Dapat disebabkan karena reaksi pirogen maupun infeksi.

2. Komplikasi Teknik:
   a. Hemolisis, dapat terjadi akibat kontaminan dari air dialist atau pengukuran suhu dialist yang kurang tepat.
   b. Pembekuan darah dalam saluran maupun tabung dialiser
   c. Bocornya membran dialiser
   d. Emboli udara
   e. Reaksi dialiser
   f. Alergi terhadap heparin

2.1.2.7 Dampak Hemodialisis

Hemodialisis merupakan salah satu pilihan terapi pada pasien gagal ginjal kronik.sehingga hemodialisis membutuhkan waktu yang lama dan harus dijalani dengan rutin, dan dapat mengganggu aktivitas penderita serta dapat mengubah kondisi fisik penderita seprti kulit bersisik, berwarna hitam, dan menurunnya kualitas penderita. Juga dapat mengganggu psikologis penderita sperti gangguan konsentrasi, proses berfikir, hingga gangguan dalam hubungan sosial lainnya.

Menurut Son et al (2009) setelah pasien dengan GGK mulai menerima hemodialisis, mereka harus menghadapi stress kronis yang terkait dengan pembatasan waktu mereka, ekonomi dan biaya yang terkait dengan perawatan, keterbatasan fungsional, batasan diet, dan kemungkinan efek samping obat (Wang & Chen, 2012). Sejumlah penelitian yang dilakukan Kao et al., 2009; Perlman dkk., 2005; Wolcott et al., 1988 telah menunjukkan bahwa pasien ini memiliki kualitas hidup yang lebih rendah daripada populasi yang sehat (Wang & Chen, 2012). Menurut Chen et al., 2010; Kao et al., 2009 Depresi sangat berkorelasi dengan penurunan kesehatan dan kualitas hidup terkait, terutama dalam dimensi mental (Wang & Chen, 2012).

2.1.2.8 Komponen Hemodialisis

1. Membran semipermeable atau dialiser, dialiser adalah bagian dari peralatan untuk menyaring darah. Berbentuk tabung yang terdiri dari 2 kompatemen (ruang) yaitu kompartemen darah dan kompartemen dialist. Masing-masing

kompatermen memiliki saluran masuk dan keluar. Terdapat berbagai jenis membrane dialiser, perbedaan masing-masing dialiser ditentukan oleh ukuran pori, bahan membrane, luas permukaan, efisiensi membrane.

2. Konsentrat dialisat terdiri dari 2 bagian yaitu cairan asma dan cairan/serbuk bas. Masing-masing bagian mempunyai komposisi elektrolit yang berbeda. Terdapat berbagai jenis konsentrat dialisat dengan komposisi elektrolit yang berbeda-beda seperti kadar kalium, kadar glukosa, kadar magnesium. Pemilihan konsentrat dialisat tergantung dengan kebutuhan penderita.
3. Selang darah terdiri dari beberapa bagian:
    a. Area selang pada pompa aliran darah
    b. Selang aliran anti koagulant
    c. *Buble trap* untuk pengamanan terhadap emboli udara
    d. *Port* untuk obat-obatan
4. Anti koagulant: terdapat berbagai pilihan seperti heparin, LMWH, citrate.
5. Akses vascular
    a. Kateter vena sentral: umumnya bersifat sementara, sering digunakan pada penderita yang membutuhkan hemodialisis pada kasus gangguan ginjal akut maupun kronis sebelum mempunyai akses permanen.
    b. Akses vascular fistula: umumnya bersifat permanen, digunakan pada pasien penyakit ginjal kronis. Sebuah fistula radiocephalic dengan menyambung arteri dan vena melalui anastomosis. Keuntungan dari penggunaan AV fistula adalah tingkat infeksi yang lebih rendah, karena tidak ada bahan asing yang terlibat dalam pembentukan mereka, tingkat yang lebih tinggi aliran darah dan lebih rendah insiden trombosis.
    c. Graft arteri: graft ditanam di bawah kulit untuk menghubungkan arteri dan vena, biasanya terbuat dari bahan sintetis, dan harus diganti apabila graft mengalami kerusakan. Digunakan pada penderita ginjal kronis.

2.1.3 Konsep Peritoneal Dialisis

2.1.3.1 Fisiologis Peritoneal dialisis

Dalam peritoneal dialisis, cairan (dialisat) dimasukkan ke dalam rongga peritoneum, dan zat terlarut berdifusi dari darah dalam kapiler peritoneum ke dalam

dialisat, mempengaruhi pertukaran analog dengan hemodialisis ekstrakorporeal (berada diluar). Demikian pula, proses gradien tekanan transmembran menciptakan kekuatan pendorong untuk ultrafiltrasi cairan dari kapiler ke dialisat. Berbeda dengan hemodialisis, di mana tekanan yang diterapkan adalah hidrostatik, dialisis peritoneal melibatkan tekanan osmotik yang diciptakan oleh pemberian tekanan hipertonik intraperitoneal dialisat, biasanya berupa glukosa dalam bentuk dekstrosa 1,5%, 2,5%, atau 4,25% (glukosa monohidrat). Konsentrasi glukosa yang lebih tinggi memberikan tekanan osmotik yang lebih tinggi dan efek tingkat ultrafiltrasi yang lebih besar. (Teitelbaum, Isaac. 2021).

Transfer zat terlarut melintasi kapiler peritoneal adalah dua arah. Zat terlarut seperti urea, kreati-sembilan, dan kalium berdifusi dari darah mengalir ke dialisat, sedangkan glukosa berdifusi dari dialisat ke peritoneum kapiler. Difusi glukosa keluar dari dialisat ke dalam kapiler peritoneum kembali menghasilkan disipasi gradien osmotik dan perlambatan progresif dalam laju ultrafiltrasi. Laju transfer zat terlarut melintasi peritoneum tergantung pada gradien konsentrasi dan derajat vaskularisasi peritoneal yang bervariasi tiap orang (Teitelbaum, Isaac. 2021).

Pada pasien dengan vaskularisasi peritoneum yang kurang, zat terlarut berdifusi perlahan di kedua arah. Limbah produk menumpuk di dialisat perlahan, dan gradien glukosa otomatis menghilang, meresap secara perlahan. Sebaliknya, pada pasien dengan vaskularisasi peritoneal yang lebih besar, zat terlarut lebih banyak berdifusi dengan cepat, juga di kedua arah. Produk-produk sisa terakumulasi dalam dialisat lebih cepat, dan gradien glukosa otomatis menghilang, meresap lebih cepat. Pasien seperti itu memiliki kondisi buruk terkadang bahkan ultrafiltrasi negatif dengan "tinggal" yang cukup lama. (Tinggal adalah waktu selama dimana dialisat tetap berada di perut rongga.) Penggunaan cairan berbasis non-glukosa seperti icodextrin selama tinggal lama mungkin bermanfaat pada pasien ini. Icodextrin adalah agen osmotik koloid yang tidak berdifusi melintasi peritoneum; itu efek ultrafiltrasi yaitu dipertahankan selama 12 hingga 16 jam.12 Jenis lainnya cairan dialisat (tersedia di beberapa negara tetapi) tidak di Amerika Serikat) termasuk asam amino berbasis cairan dan produk cairan yang rendah glukosa produk degradasi. Kedua jenis dialisat ini mengurangi paparan membran peritoneum menjadi glukosa, dan jenis yang rendah glukosa produk degradasi telah

terbukti membantu mempertahankan fungsi ginjal residual (Teitelbaum, Isaac. 2021).

2.1.3.2 Akses Peritoneum

Sebuah lumen tunggal, kateter karet silikon melintasi dinding perut anterior digunakan untuk mengakses rongga peritoneum. Idealnya, kateter dipasang diposisikan dengan ujung di panggul dengan benar. Kateter itu kemudian melewati rektus otot perut yang dihubungkan oleh *sacron* manset, dan kemudian disalurkan secara subkutan ke jalur keluar, di mana meninggalkan tubuh. Kadang-kadang, bagian luar dari kateter tertanam secara subkutan pada saat penempatan kateter dan kemudian dieksternalisasi melalui sayatan kecil, yang menjadi jalur keluar. Kateter ini tidak memerlukan perawatan khusus sementara yang tertanam dan memiliki kemungkinan besar berfungsi dengan sukses bahkan jika dibiarkan tidur selama beberapa tahun sebelum eksternalisasi (Teitelbaum, Isaac. 2021).

Untuk mengurangi risiko infeksi, bagian yang keluar harus diorientasikan sehingga kateter direkatkan baik secara inferior atau lateral tetapi tidak superior. Adaptor yang terbuat dari plastik atau titanium ditempatkan di ujung distal kateter, dan bagian lain dari karet silikon, yang disebut transfer set. Dalam kasus kontaminasi bagian sistem distal kateter, set transfer dapat dihapus dan kembali ditempatkan, dapat menghalangi kebutuhan untuk penggantian dari seluruh kateter. Berbagai jenis kateter tersedia satu atau dua manset untuk intercuff kateter, segmen intercuff lurus atau satu dengan lekukan yang telah dibentuk sebelumnya, dan atau lurus segmen intraperitoneal melingkar. Tidak ada satu kateter tipe yang telah secara meyakinkan terbukti lebih unggul dengan yang lain, tetapi kateter bermanset ganda adalah direkomendasikan (Teitelbaum, Isaac. 2021).

Ketika dialisis peritoneal sedang dilakukan untuk pengobatan cedera ginjal akut (AKI), sebaiknya kateter ditempatkan seperti yang telah dijelaskan. Namun, ketika ketersediaan jenis kateter dibatasi oleh batasan sumber daya, kateter kaku dan bahkan tidak konvensional kateter nasional seperti tabung nasogastrik atau Foley kateter dapat digunakan dan seringkali menyelamatkan nyawa. Kateter dapat ditempatkan melalui pembedahan dengan menggunakan pendekatan terbuka atau laparoskopi. Atau, itu dapat ditempatkan secara perkutan melalui teknik Seldinger

yang dimodifikasi, dengan atau tanpa panduan fluoroskopi atau ultrasound. Sumber daya lokal dan pengalaman operator menentukan pilihan teknik. Namun, laparoskopi yang sering digunakan, karena memungkinkan kinerja prosedur tambahan, seperti tunning selubung rektus neling, ometopeksi, atau adhesiolisis, yang mengurangi risiko komplikasi mekanis selama periteoneal dialisis (Teitelbaum, Isaac. 2021).

Dianjurkan agar setelah 2 minggu kateter baru dapat digunakan; penundaan ini memungkinkan internal manset menyembuhkan sekitarnya dan meminimalkan risiko komplikasi mekanis. Namun, jika pasien dengan gagal ginjal kronik dan tidak ada terapi penggantian ginjal membutuhkan dialisis, kateter peritoneal dialisis dapat ditempatkan dan digunakan setelah 2 minggu, yang disebut dialisis peritoneal "mendesak". Untuk menghindari kebocoran dialisat di sekitar yang baru ditempatkan kateter, dialisis peritoneal segera dimulai dilakukan dengan pasien dalam posisi terlentang, yang meminimalkan tekanan intraperitoneal. Selain itu, volume cairan yang diinfuskan biasanya lebih kecil dari volume dalam peritoneal standar dialisis dan disesuaikan dengan ukuran tubuh. Di sana tidak ada data dari prospektif, uji coba acak membandingkan hemodialisis mendesak denganmendesak memulai dialisis peritoneal. Namun, retrospektif data pengamatan menunjukkan kelangsungan hidup yang serupa dengan dua teknik, dengan lebih sedikit episode bakteremia di antara pasien yang menjalani peritoneal dialisis dan tidak ada peningkatan insiden peritonitis. Jadi, dengan tidak adanya indikasi yang mengancam kehidupan untuk hemodialisa segera. Pasien yang datang pertama kali dengan gagal ginjal kronik harus diizinkan untuk memilih antara inisiasi hemodialisis dan peritoneal dialisis (Teitelbaum, Isaac. 2021).

2.1.4 Konsep Kualitas Hidup

2.1.4.1 Pengertian Kualitas Hidup

WHO (2012) kualitas hidup merupakan persepsi individual terhadap posisinya dalam kehidupan, dalam konteks budaya, sistem nilai dimana mereka berada dan hubungannya terhadap tujuan hidup, harapan, standar, dan lainnya yang terkait. Masalah yang mencakup kualitas hidup sangat luas dan kompleks termasuk masalah kesehatan fisik, status psikologi, tingkat kebebasan, hubungan

sosial dan lingkungan dimana mereka berada.

Kualitas hidup adalah sejauh mana seseorang menikmati kemungkinan penting dalam hidupnya. Kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisa masih merupakan masalah yang menarik perhatian para professional kesehatan. Pasien bisa bertahan hidup dengan menjalani terapi hemodialis, namun masih menyisakan sejumlah persoalan penting sebagai dampak dari terapi hemodialisa. Mencapai kualitas hidup perlu perubahan secara fundamental atas cara pandang pasien terhadap penyakit gagal ginjal kronis itu sendiri (Butar & Siregar, 2015).

Kualitas hidup merupakan konsep analisis kemampuan individu untuk mendapatkan hidup yang normal terkait dengan persepsi secara individu mengenai tujuan, harapan, standard dan perhatian secara spesifik terhadap kehidupan yang dialami dengan dipengaruhi oleh nilai dan budaya pada lingkungan individu tersebut. Kualitas hidup merupakan sasaran utama yang ingin dicapai di bidang pembangunan sehingga kualitas hidup ini sejalan dengan tingkat kesejahteraan. Diharapkan semakin sejahtera maka kualitas hidup semakin tinggi.Kualitas hidup ini salah satunya dipengaruhi oleh derajat kesehatan.Semakin tinggi derajat kesehatan sesorang maka kualitas hidup juga semakin tinggi (Hetagoul, 2017).

2.1.4.2 Dimensi Kualitas Hidup

Kualitas hidup terdiri dari 4 dimensi (Butar & Siregar, 2015) :

1. Kesehatan Fisik

   Berhubungan dengan kesakitan dan kegelisahan, ketergantungan pada perawatan medis, energi dan kelelahan, mobilitas, tidur dan istirahat, aktivitas kehidupan sehari-hari, dan kapasitas kerja.

2. Kesehatan Psikologis

   Berhubungan dengan pengaruh positif dan negative spiritual, pemikiran pembelajaran, daya ingat dan konsentrasi, gambaran tubuh dan penampilan, serta penghargaan terhadap diri sendiri.

3. Hubungan Sosial

   Terdiri dari hubungan personal, aktivitas seksual, dan hubungan sosial.

4. Lingkungan

Terdiri dari keamanan dan kenyamanan fisik, lingkungan fisik, sumber penghasilan, kesempatan memperoleh informasi, keterampilan baru, partisipasi dan kesempatan untuk rekresi atau aktivitas pada waktu luang. Yang dapat mempengaruhi letak domisili dengan faskes yang mudah di jangkau, transportasi memadai, keamanan fisik yang baik, informasi tentang kesehatan mudah didapat baik di rumah maupun di rumah sakit dan penggunaan fasilitas asuransi kesehaan, sehingga pelayanan kesehatan khususnya pelayanan HD dapat diperoleh untuk meningkatkan kualitas hidupnya (Supriyadi,dkk 2011).

2.1.4.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup

Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup dibagi menjadi dua bagian. Bagian pertama adalah sosio demografi yaitu jenis kelamin, umur, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan. Bagian kedua adalah medic yaitu lama menjalani hemodialisi, stadium penyakit, penatalaksanaan medis(Butar & Siregar,2015) :

1. Faktor Sosio Demografi
   a. Jenis Kelamin

      Komposisi tubuh yang dimiliki perempuan dan laki-laki sangat berbeda, laki-laki lebih banyak memiliki jaringan otot sedangkan perempuan lebih banyak jaringan lemak. Semakin banyak lemak semakin sedikit persentasi air yang ada pada badan dan mengakibatkan persentasi air dalam tubuh juga kecil. Banyaknya air dalam tubuh akan berdampak pada peningkatan berat badan dan mempengaruhi aktivitas dan kegiatan seseorang yang menderita gagal ginjal dengan terapi hemodialisis. Perempuan dan laki-laki mempunyai perbedaan ambang haus, ambang haus laki-laki rendah dibanding dengan perempuan yang menyebabkan laki-laki lebih banyak mengalami peningkatan berat badan diantara dua waktu hemodialisis.

   b. Usia

      Usia berpengaruh terhadap cara pandang seseorang dalam kehidupan, masa depan dan pengambilan keputusan. Penderita gagal ginjal usia 35 tahun dengan 2 orang anak balita dibandingkan dengan penderita lain yang berusia 78 tahun dimana semua anaknya sudah mandiri tentu saja berbeda dalam

menentukan pilihan untuk mendapatkan kesehatan. Penderita yang dalam usia produktif merasa terpacu untuk sembuh mengingat dia masih muda mempunyai harapanhidup yang tinggi, sebagai tulang punggung keluarga, sementara yang tua menyerahkan keputusan pada keluarga atau anak-anaknya.

Tidak sedikit dari mereka merasa sudah tua, capek, hanya menunggu waktu, akibatnya mereka kurang motivasi dalam menjalani terapi hemodialisis. Usia juga erat kaitannya dengan prognose penyakit dan harapan hidup mereka yang berusia diatas 55 tahun kecenderungan untuk terjadi berbagai komplikasi yang memperberat fungsi ginjalsangat besar bila dibandingkan dengan usia dibawah 40 tahun. Peningkatan usia mempengaruhi tingkat kematangan seseorang untuk mengambil keputusan yang terbaik untuk dirinya.

c. Pendidikan

Pendidikan merupakan hal yang sangat penting dalam kehidupan manusia dan sebagai wahana pengembang sumber daya manusia. Melalui pendidikan manusia dapat melepaskan diri dariketerbelakngan. Pendidikan juga mampu menanamkan kapasitas baru bagi manusia dalam mempelajari pengetahuan dan ketrampilan baru, sehingga dapat diperoleh manusia yang produktif. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka dia akan cenderung untukberperilaku positif karena pendidikan yang diperoleh dapat meletakkan dasar-dasar pengertian dalam diri seseorang.

d. Pekerjaan

Memiliki pekerjaan pada usia dewasa muda akan mempengaruhi kualitas hidup serta mempengaruhi kebahagiaan individu. Bekerja sebagai salah satu faktor demografi yang penting mempengaruhi kebahagiaan dibandingkan faktor demografi lain. Pekerjaan menjadi hal yang utama karena pekerjaan memberikan aktivitas yang menghabiskan sepertiga waktu individu (8 jam perhari), dimana waktu ini serta dengan waktu yang dihabiskan individu untuk tidur dan melakukan berbagai aktivitas lainnya. Selain itu, bila dikaitkan denganfenomena pengangguran, berbagai dampak negative dan positif dari kondisi tidak bekerja tentu juga akan berpengaruh terhadap kebahagiaan yang ia rasakandan lebih jauh lagi dapat mempengaruhi kualitas hidupnya.

e. Status perkawinan

Manusia senantiasa hidup, berkembang sesuai dengan pengalaman yang diperoleh melalui proses belajar dalam hidupnya. Manusia tecipta sebagai makhluk individu dan makhluk sosial. Sebagai makhluk sosial manusia senantiasa membutuhkan orang lain, selalu berinteraksi, saling bersosialisasi maupun bertukar pengalaman serta untuk meneruskan keturunan. Meneruskan keturunan dapat ditempuh melalui proses pernikahan, yang kemudian terbentuklah sebuah keluarga. Pada dasarnya manusia terpanggil untuk hidup berpasang-pasangan.Manusia dapat menemukan makna hidupnya dalam pernikahan.Sebagian orang menganggap bahwa pernikahan membatasi kebebasannya, tetapi bagaimanapun juga sebagian besar dari masyarakat mengakui bahwa pernikahan memberikan jaminan ketentraman hidup, meningkatkan kualitas hidup. Bagi mereka yang telah menyandang status nikah ia merasakan hidupnya lebih berarti dan lebih lengkap dibandingkan dengan sebelumnya.

2. Faktor Medik

a. Lama Menjalani Hemodialisis

Semakin lama pasien menjalani hemodialisis adaptasi pasien semakin baik karena pasien telah mendapat pendidikan kesehatan atau informasi yang diperlukan semakin banyak dari petugas kesehatan.Hal ini di dukung oleh pernyataan bahwa semakin lama pasien menjalani hemodialisis, semakin patuh dan pasien yang tidak patuh cenderung merupakan pasien yang belum lama menjalani hemodialisis, karena pasien sudah mencapai tahap menerima dengan adanya pendidikan kesehatan dari petugas kesehatan.Tahap menerima memungkinkan seseorang menjalani program hemodialisis dengan penuh pemahaman pentingnya pembatasan cairan dan dampak dari peningkatan berat badan diantara dua hemodialisa terhadap kesehatan dan kualitas hidupnya.

b. Stadium Penyakit

Pada penderita gagal ginjal stadium 2 dan stadium 3 yang tanpa disertai dengan berbagai komplikasi yang memperburuk fungsi ginjal sehingga jatuh dalam kondisi gagal ginjal terminal tentu saja memiliki angka keberhasilan atau kualitas hidup dan harapan hidup lebih baik dibandingkan yang sudah gagal

ginjal terminal dengan komplikasi yang berat. Terapi hemodialisis akan sangat dirasakan manfaatnya bagi mereka yang dari awal sudah diketahui, ada indikasi dan langsung dirujuk untuk menjalani terapi hemodialisis. Hal ini tentu saja sangat memotivasi penderita terutama yang masih muda untuk berusaha patuh menjalankan terapi sehingga di dapatkan hasil yang optimal.Semakin terlambat perlakuan yang diberikan semakin memperburuk fungsi ginjal, apalagi bila tidak ada motivasi dan dukungan keluarga, niscaya keberhasilan terapi hemodialisis melalui ketaatan pasien untuk menjalaninya secara teratur sulit diupayakan.

c. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan medis terutama pada program diet merupakan faktor penting bagi pasien yang menjalani hemodialisa mengingat danya efek uremia. Apabila ginjal tidak mampu mengekskresikan produk akhir metabolisme, substansi yang bersifat asam ini akan menumpuk dalam serum pasien dan dapat menjadi racun. Gejala yang terjadi akibat penumpukan tersebut secara kolektif dikenal dengan gejala uremik dan akan mempengaruhi setiap sistem tubuh. Lebihbanyak toksin yang menumpuk, lebih berat gejala yang timbul.

Diet rendah protein akan mengurangi penumpukan limbah nitrogen dan dengan demikian meminimalkan gejala. Penumpukan cairan juga dapat terjadi dan dapat mengakibatkan gagal jantung kongesif serta edema paru. Dengan demikian pembatasan cairan juga merupakan bagian dari resep diet untuk pasien ini.Dengan penggunaan hemodialisa yang efektif, asupan makanan pasien dapat diperbaiki meskipun biasanya memerlukan beberapa penyesuaian atau pembatasan pada asupan protein, natrium, kalium, dan cairan.

Kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis sangat dipengaruhi oleh banyaknya masalah yang terjadi sebagai dampak dari terapi hemodialisis dan juga mempengaruhi gaya hidup pasien. Peningkatan berat badan kering (berat badan diantara dua dialisis) akan berdampak terhadap kehidupan sehari-hari pasien gagal ginjal, sehingga berkonstribusi terhadap kualitas hidupnya.

2.1.4.4 Pengukuran Kualitas Hidup

1. Kualitas hidup menurut WHOQOL

Instrumen kualitas hidup (WHOQOL-BREF) ini merupakan rangkuman dari World Healt Organization Quality Of Life (WHOQOL)- 100 yang terdiri dari 26 pertanyaan. WHOQOL-BREF terdiri dari dua bagian yang berasal dari kualitas hidup secara menyeluruh dan kesehatan secara umum, dan satu bagian yang terdiri dari 24 pertanyaan yang berasal dari WHOQOL-100.

Penilaian WHOQOL-BREF ada empat domain yang digabungkan yaitu domain fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungan. Semua pertanyaan berdasarkan pada skala likert lima poin (1- 5) yang fokus pada intensitas, kapasitas, frekuensi dan evaluasi. Skala respon intensitas mengacu kepada tingkatan dimana status atau situasi yang dialami individu. Skala respon kapasitas mengacu pada kapasitas perasaan, situasi atau tingkah laku. Skala respon frekuensi mengacu pada angka frekuensi, atau kecepatan dari situasi atau tingkah laku. Slaka respon evaluasi mengacu pada taksiran situasi dari situasi, kapasitas atau tingkah laku. Pertanyaan nomor 1 dan 2 pada kuesioner mengkaji tentang kualitas hidup secara menyeluruh dan kesehatan secara umum. Domain 1 fisik terdapat pada pertanyaan nomor 3,4,10,15,16,17, dan 18. Domain 2 psikologis ada pada prtanyaan nomor 5,6,7,11,19,dan 26. Domain 3 hubungan sosial ada pada pertanyaan nomor 20,21 dan 22. Domain 4 lingkungan ada pada pertanyaan nomor 8,9,12,13,14,23,24, dan 25.

Instrumen ini juga terdiri atas pertanyaan positif, kecuali pada tiga pertanyaan yaitu nomor, 3,4 dan 26 yang bernilai negatif. Pada penelitian ini skor tiap domain (*raw score*) ditransformasikan dalam skala 0-100 dengan menggunakan rumus baku yang sudah ditetapkan oleh WHO.

Rumus yang dipakai untuk menghitung adalah rumus baku yang sudah ditetapkan WHO, sebagai berikut:

Tabel 2.1 Perhitungan Kualitas Hidup Menurut WHOQOL

Domain	**Perhitungan**	**Raw Skor**	**Transformedscore (0-100)**
Fisik	(6-Q3)+(6-Q4)+(Q10+Q15+Q16+Q17+Q18	(7-35)	
Psikologis	Q5+Q6+Q7+Q11+Q19+(6-Q26)	(6-30)	

Hubungan sosial	Q20+Q21+Q22	(3-15)
Lingkungan	Q8+Q9+Q12+Q13+Q14+Q23+Q24+Q25	(8-40)
		Total Skor (24-120)

Cara pemberian skor dan diinterpretasikan dengan menggunakan kriteria sebagai berikut:

0-20 = sangat buruk
21-40 = buruk
41-60 = sedang
61-80 = baik
81-100 = sangat baik

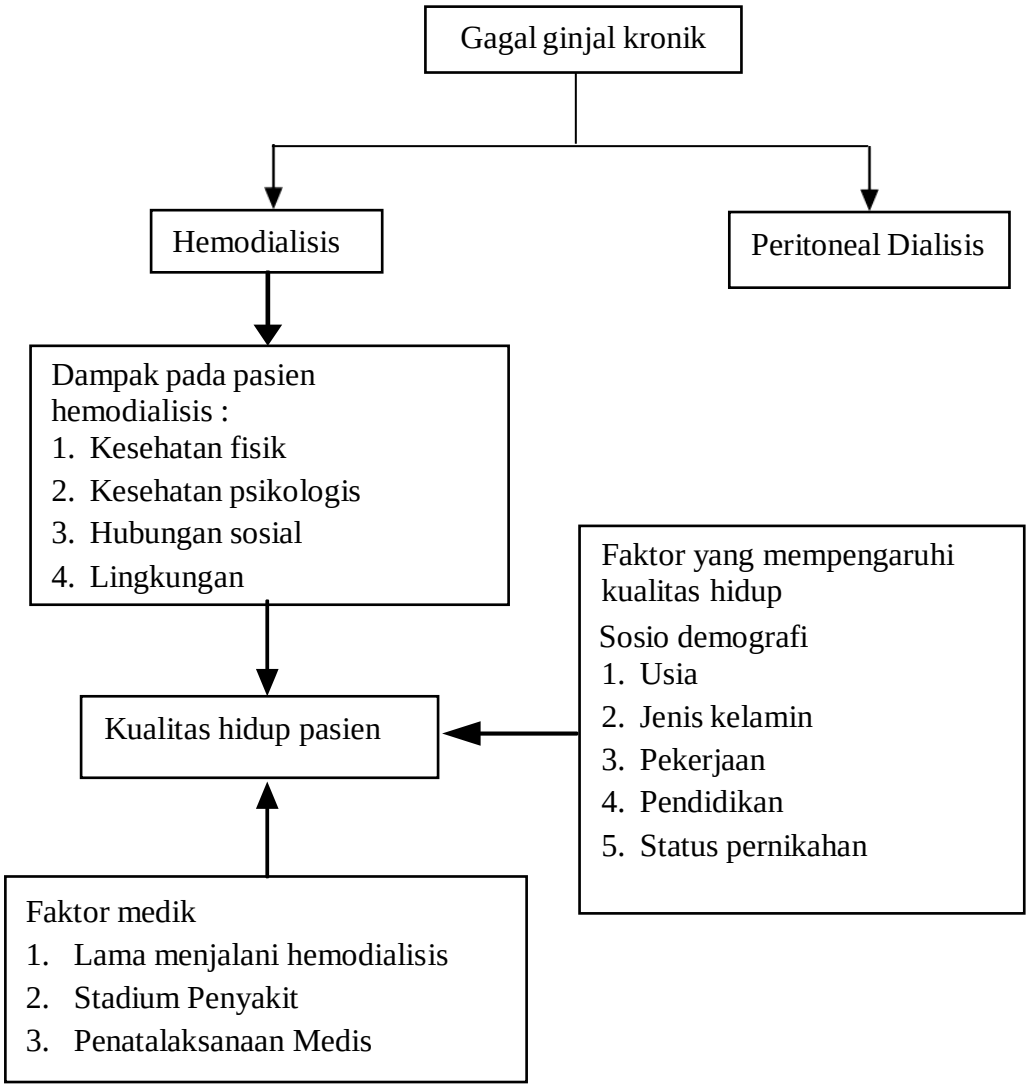
Tabel 2.2 Kelebihan dan Kekurangan Instrumen WHOQOL

Alat Ukur	Kelebihan	Kelemahan
WHOQOL (*World Health Organization Quality of Life*)	1. Mampu menjelaskan variasi dari data yang dikumpulkan sebesar 52,9% sampai 61,4% 2. Memiliki tingkat sensitifitas 74%,spesifitas 96%, dan akurasi 78%. 3. Alat pengukuran kualitas hidup yang digunakan dalam pola tes hidup seseorang yang menderita penyakit kronis, salah satunya gagal ginjal kronis. 4. Mengukur kualtas hidup yang mencakup kesehatan fisik, psikologis, tingkat kebebasan, hubungan sosial, dan hubungan dengan lingkungan mereka.	1. Kuesioner kualitashidup yang tidak secara khusus digunakan untukpasien gagal ginjalkronik.

	5. Instrumen yang sudah dijelaskan dalam terjemahan kedalam berbagai bahasa termasukbahasa indonesia. 6. Memiliki 26 pertanyaan yang mewakili keempat domain.

2.2 Kerangka Teori dan Kerangka Konsep Penelitian

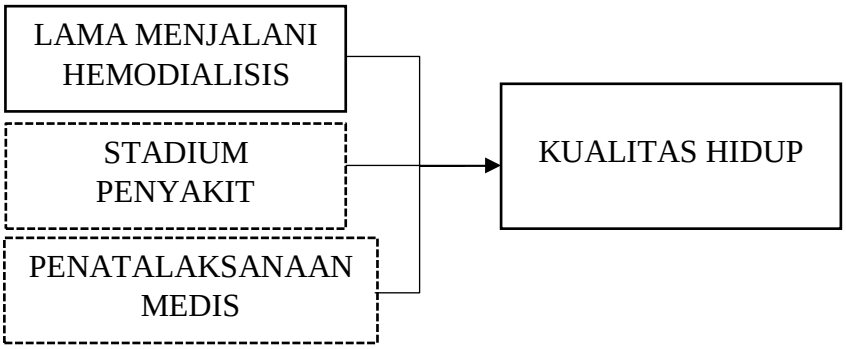
2.2.1 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori Hubungan Lama Menjalani Hemodialisa dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik menurut Nurchayati Sofiana, 2010

Pada penelitian ini menggunakan terapi hemodialisis. Dampak pada pasien hemodialisis diantaranya kesehatan fisik, kesehatan psikologis, hubungan sosial dan lingkungan sehingga di pengaruhi oleh kualitas hidup diantara lain usia, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, status pernikahan dan lama menjalani hemodialisis yang dapat menyebabkan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik.

2.2.1 Kerangka Konsep Penelitian



Gambar 2.2 Kerangka Konsep Hubungan Lama Menjalani Hemodialisa dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik

Keterangan :

: diteliti

: tidak diteliti

: berhubungan

2.3 Hipotesis

Hipotesis penelitian adalah jawaban sementara dari rumusan masalah atau pernyataan penelitian (Nursalam, 2016).

Hipotesis dalam penelitian ini adalah :

H_o : Tidak ada hubungan lama menjalani hemodialisis dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik di RSUD dr. H. Jusuf SK.

H_1 : Ada hubungan lama menjalani hemodialisis dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik di RSUD dr. H. Jusuf SK.

BAB 3
METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuantitatif.Desain penelitian ini adalah korelasi yang bertujuan untuk mengungkapkan hubungan antara variabel independen (lama menjalani hemodialisis) dan variabel dependen (kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik). Sedangkan metodependekatan yang dilakukan menggunakan *cross sectional* yaitu penelitian yang menekankan waktu pengukuran/observasi data variabel independen (lama menjalani hemodialisis) dan variabel dependen (kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik) hanya satu kali pada satu saat (Nursalam, 2016). Pada penelitian ini menganalisis hubungan lama menjalani hemodialisis dengan kualitas hidup pasiengagal ginjal kronik di RSUD dr. H. Jusuf SK.

3.2 Variabel Penelitian, Defenisi Operasional dan Skala Pengukuran

3.2.1 Variabel Penelitian

Adapun variabel-variabel dalam penelitian ini antara lain :

1. Variabel independen yaitu variabel yang mempengaruhi atau sebab perubahan timbulnya variabel terikat atau dependen. Variabel independen dalam penelitian ini adalah lama menjalani hemodialisis.
2. Variabel dependen yaitu variabel yang disebabkan atau dipengaruhi oleh adanya variabel bebas atau independen. Variabel dependen dalam penelitian ini adalah kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik.

3.2.2 Definisi Operasional Variabel

Definisi operasional variabel adalah penjelasan semua variabel dan istilah yang akan digunakan dalam penelitian secara operasional, sehingga mempengaruhi pembaca dalam mengartikan makna penelitian (Nursalam, 2016).

Tabel 3.1 Definisi Operasional Variabel

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	AlatUkur	Skala	Kategori
Variabel Independen Lama menjalani hemodialisis	Lama pasien gagal ginjal kronik dalam menjalani terapi hemodialisis di RSUD dr. H. Jusuf SK	Jumlah tahun dalam menjalani terapi hemodialisis di lihat dari rekam medis pasien	Rekam Medis Dan Kuesioner	Ordinal	1 =<12 bulan 2 =12-24bulan 3 = >24 bulan
Variabel Dependen Kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik	Pemahaman atau persepsi penderita gagal ginjal kronik dalam perannya kehidupan sehari-hari	Kesehatan fisik Kesehatan mental Masalah penyakit ginjal Kepuasan pasien	Kuesioner	Ordinal	1. Sangat buruk =0-20 (kode 1) 2. Buruk = 21-40 (kode 2) 3. Sedang = 41-60 (kode 3) 4. Baik = 61-80 (kode 4) 5. Sangat Baik =81-110 (kode 5)

3.3 Tempat dan Waktu Penelitian

3.3.1 Tempat Penelitian

Tempat penelitian ini dilakukan ruang hemodialisis RSUD dr. H. Jusuf SK.

3.3.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan tanggal 24 Januari sampai 31 Oktober tahun 2022

3.4 Populasi dan Sampel Penelitian

3.4.1 Populasi

Populasi adalah subyek yang memenuhi kriteria yang ditetapkan dalam penelitian misalkan manusia, klien atau yang lainnya (Nursalam, 2016). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis pada bulan Oktober tahun 2022 sebanyak 125 pasien di ruang hemodialisis RSUD dr. H. Jusuf SK.

3.4.2 Sampel

Sampel adalah terdiri atas bagian populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling, dimana sampling tersebut sebagai proses menyeleksi populasi yang dapat mewakili populasi yang ada (Nursalam, 2016). Sampel yang digunakan pada penelitian ini adalah semua pasien gagal ginjal kronik yang sedang menjalani hemodialisis di ruang hemodialisis RSUD dr. H. Jusuf SK.

Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi. Teknik sampling merupakan cara-cara yang ditempuh dalam pengambilan sampel, agar memperoleh sampel yang benar-benar sesuai dengan keseluruhan subjek penelitian (Nursalam, 2016). Teknik sampling yang di gunakan dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan teknik *total sampling*. Menurut Sugiyono (2011) total sampling adalah teknik penentuan sampel bila semua anggota populasi digunakan sebagai sampel. Sampel penelitian ini diambil dari populasi yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut.

1. Kriteria Inklusi :

1) Pasien hemodialisis yang bersedia menjadi responden
2) Pasien mampu berkomunikasi verbal
3) Pasien yang mengalami gagal ginjal kronik
4) Pasien yang melakukan hemodialisis 2x dalam seminggu

2. Kriteria Eksklusi :

1) Pasien mengalami gangguan kesadaran
2) Pasien hemodialisis dengan kondisi cito

3.5 Instrumen Penelitian dan Prosedur Pengumpulan Data

3.5.1 Instrumen Penelitian

Kuesioner merupakan teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara memberi seperangkat pertanyaan atau pernyataan tertulis kepada responden untuk dijawabnya (Sugiyono, 2016). Dalam kuesioner ini, peneliti mengumpulkan data secara normal dari subjek untuk menjawab pernyataan secara tertulis. Jenis kuesioner yang digunakan adalah kuesioner tertutup, yaitu yang sudah disediakan jawabannya sehingga responden hanya tinggal membubuhkan tanda *check-list* (√) pada kolom yang tersedia. Kuesioner kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik berisi 26 pertanyaan. Informasi sosiodemografi termasuk usia, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, dan durasi menjalani hemodialisis menggunakan kuesioner terstruktur (Joshi Utsav, dkk . 2017) dan QOL adalah diukur menggunakan kuesioner WHOQOL-BREF. Penilaian kualitas hidup dilakukan dengan instrumen *World Healt Organization Quality Of Life* (WHOQOL) yang merupakan kuesioner valid untuk mengukur kualitas hidup, di terjemahkan oleh Dr Ratna Mardiati, Satya Joewana, Catholic University Atma Jaya dan dilakukan revisi 2014 dan 2016 oleh Fredrick Dermawan Purba, Padjadjaran University, Jatinangor. Kuesioner ini juga digunakan oleh Yuliani, dkk (2019) menunjukkan hasil uji validitas nilai *cronbach's alpha* kuesioner WHOQOL-BREF yaitu 0,882 sehingga dapat dinyatakan bahwa kuesioner WHOQOL-BREF reliabel.

3.5.2 Proses Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan di ruang hemodialisis RSUD dr. H. Jusuf SK dengan proses sebagai berikut:

1. Mengurus surat permohonan dari Universitas Borneo Tarakan yang ditujukan kepada Direktur Utama RSUD dr. H. Jusuf SK.
2. Peneliti melakukan persamaan persepsi dengan asisten peneliti meliputi tujuan, manfaat, prosedur peneliti.

3. Setelah mendapat persetujuan, peneliti bekerja sama dengan perawat ruangan hemodialisis untuk melakukan penseleksi calon responden.
4. Peneliti melakukan pendekatan dan memberikan penjelasan kepada calon responden yang sesuai kriteria inklusi dan eksklusi untuk menjelaskan tentang tujuan, manfaat, prosedur peneliti.
5. Memberikan *informed concent* kepada calon responden untuk ditandatangani.
6. Peneliti memberikan penjelasan mengenai cara pengisian kuesioner.
7. Memberikan waktu kepada responden untuk mengisi sendiri kuesioner dan mendampingi saat memberikan kuesioner jika ada pertanyaan yang kurangjelas.
8. Setelah seluruh pertanyaan dalam kuesioner dijawab, maka peneliti mengumpulkan dan memeriksa kembali kelengkapan data.
9. Peneliti melakukan pengumpulan, pengolahan, dan analisa data.

3.6 Teknik Pengolahan Data dan Analisa Data

3.6.1 Pengolahan Data

Adapun langkah-langkah pengolahan data meliputi :

1. Editing

Data yang terkumpul dalam daftar pertanyaan perlu di baca sekali lagi dan diperbaiki, jika ada hal-hal yang salah atau diragukan untuk memperbaiki kualitas data.

2. Coding

Coding merupakan kegiatan mengubah data dengan pemberian kode angka atau bilangan. Dalam penelitian ini peneliti melakukan klarifikasi jawaban responden yang memenuhi ketentuan jawaban yaitu sebagai berikut :

a. Jenis kelamin :
   1 = laki-laki
   2 = perempuan
b. Usia :
   1 = 17-25 tahun
   2 = 26-45 tahun
   3 = 46-65 tahun
   4 = ≥ 66 tahun

c. Pendidikan Terakhir :

1 = Tidak Sekolah

2 = SD

3 = SMP

4 = SMA

5 = D3

6 = S1

7 = S2

d. Pekerjaan

1 = Tidak bekerja

2 = PNS

3 = BUMN

4 = Pensiunan

5 = Petani

6 = Nelayan

7 = Swasta

e. Perkawinan

1 = Menikah

2 = Tidak Menikah

3 = Janda

4 = Duda

f. Lama Hemodialisis

1 = < 12 Bulan

2 = 12-24 Bulan

3 = > 24 Bulan

g. Kualitas hidup :

1 = 0-20 sangat buruk

2 = 21-40 buruk

3 = 41-60 sedang

4 = 61-80 baik

5 = 81-110 sangat baik

3. Score

Tabel 3.2 Perhitungan Skor Kualitas Hidup WHOQOL

Domain	**Perhitungan**	***Raw skor***	***Transformed score* (0-100)**
Fisik	(6-P3)+(6-P4)+(P10+P15+P16+P17+P18		(7-35)
Psikologis	P5+P6+P7+P11+P19+(6-P26)		(6-30)
Hubungan sosial	P20+P21+P22		(3-15)
Lingkungan	P8+P9+P12+P13+P14+P23+P24+P25		(8-40)

4. Tabulasi

Tahap tabulasi yang dimasukan yaitu memasukan data ke dalam tabel- tabel, dan mengatur angka-angka sehingga dapat di hitung dalam kasus dalam berbagai kategori.

5. Data *Entry* (memasukan data**)**

Tahap terakhir dalam penelitian ini yaitu memproses data, yang dilakukan oleh peneliti adalah memasukan data dari kuesioner ke dalam paket program komputer.

6. Cleaning

Cleaning adalah memastikan bahwa seluruh data yang dimasukkan kedalam mesin pengolahan data sudah sesuai dengan sebenarnya atau proses pembersih data. Dalam proses ini peneliti melakukan pengecekan ulang untuk memastikan bahwa semua data yang dimasukkan dalam program computer telah sesuai dengan data asli yang didapat di lapangan.

3.6 Analisa Data

Analisa data merupakan bagian yang sangat penting untuk mencapai tujuan pokok penelitian, yaitu menjawab pertanyaan-pertanyaan penelitian mengungkap fenomena (Nursalam, 2016).

3.6.1 Analisa Univariat

Analisa univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendiskripsikan

karakteristik setiap variabel penelitian (Notoatmodjo, 2012). Analisa univariat digunakan untuk melihat distribusi frekuensi karakteristik responden dari data demografi (umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pernikahan, pekerjaan). Analisa univariat juga mendeskripsikan variabel yaitu variabel bebas (lama menjalani hemodialisis) dan variabel terikat (kualitas hidup pasien) dalam bentuk distribusi dan presentase dari tiap variabel.

3.6.2 Analisa Bivariat

Analisa bivariat adalah analisa yang dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Notoatmodjo, 2012). Dalam penelitian ini analisa bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan lama menjalani hemodialisis dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik. Pengolahan analisa data bivariat ini dengan menggunakan bantuan komputerisasi SPSS 16, Uji statistic yang digunakan adalah Uji *Pearson* merupakan korelasi parametrik yang dilakukanpada dua variabel. Statistik ini merupakan suatu asosiasi atau hubungan yang dapatdi gunakan pada kondisi satu atau kedua variabel yang di ukur adalah berskala ordinal (berbentuk rangking/tingkatan).

Jika *p*-value >0,05 maka H_0 diterima, artinya tidak ada hubungan lama menjalani hemodialisis dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik. jika *p*-value ≤0,05 maka H_0 ditolak, artinya ada hubungan lama menjalani hemodialisis dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik.

3.7 Etika Penelitian

Menurut Hidayat (2007) etika penelitian keperawatan sangat penting karena penelitian keperawatan berhubungan langsung dengan manusia, sehingga perlu memperhatikan hal-hal sebagai berikut :

1. *Informed Consent* (Lembar Persetujuan)

Informed Consent merupakan lembar persetujuan yang diberikan kepada responden yang akan di teliti agar subyek mengerti maksud dan tujuan dari penelitian. Bila responden tidak bersedia maka peneliti harus menghormati hak-hak responden.

2. *Anonymity* (Tanpa Nama)

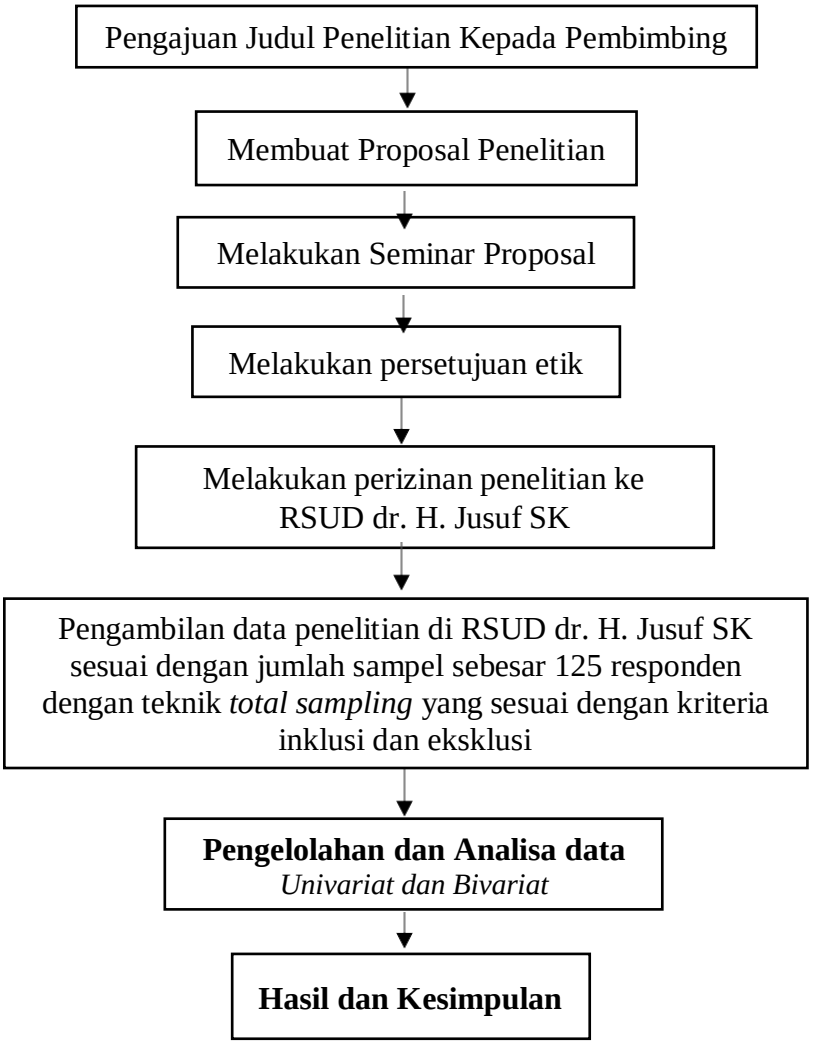
Untuk menjaga kerahasiaan responden, peneliti tidak mencantumkan nama

responden dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data.

3. *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan kepada pihak yang terkait dengan peneliti.

3.8 Alur Penelitian



Gambar 3.1 Kerangka Kerja Penelitian Hubungan Lama Menjalani Hemodialisis dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik

BAB 4

HASIL PENELITIAN

4. 1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

RSUD dr. H. Jusuf SK merupakan Rumah Sakit Pemerintah Provinsi Kalimantan Utara yang terletak di Jalan Pulau Irian No. 1, Kelurahan Kampung 1 SKIP, Kecamatan Tarakan Tengah, Kota Tarakan. Rumah sakit ini menjadi tempat rujukan utama yang ada di Kalimantan Utara dan merupakan Rumah Sakit tipe B Pendidikan yang berdiri di atas lahan seluas 81.458 m^2 dan mempunyai karyawan sebanyak 1.272 orang.

RSUD dr. H. Jusuf SK memberikan pelayanan rawat inap dan rawat jalan. Beberapa ruang perawatan, diantaranya Ruang ICU, Ruang HCU, Ruang ICCU, Ruang HCU, Ruang Bougenvil, Ruang Aster, Ruang NICU, Ruang PICU, Ruang Kemoterapi, Ruang Hemodialisis, Ruang Dahlia, Ruang Anggrek B1 dan B2, Ruang Anggrek A, Ruang Asoka, Ruang Nusa Indah, Ruang Flamboyan, Ruang Teratai dan Ruang Tulip. Pelayanan rawat jalan di RSUD dr. H. Jusuf Sk terdiri dari klinik penyakit dalam, mata, bedah, gigi, syaraf, THT, jantung dan pembukuh darah, tumbuh kembang, kesehatan jiwa, obsteri dan ginekologi, anak, orthopedi, bedah anak, urologi, bedah syaraf, paru, TB terpadu, TB MDR, kulit dan kelamin, hipertensi dan ginjal, PKBRS, IPWL, VCT, MCU, IGD, kemoterapi dan hemodialisa.

Penelitian ini dilakukan di Ruangan Hemodialisa RSUD dr. H. Jusuf SK selama 2 minggu. Saat ini bed yang tersedia sebanyak 19 *bed* dan 19 mesin *hemodialyzer*. Jumlah responden yang terdata per oktober 2022 sebanyak 140 orang menjalani hemodialisis setiap minggu dan 4 orang yang menjalani CAPD. Jumlah petugas yang ada di ruang hemodialisis terdiri dari 1 kepala ruangan dan perawat pelaksana sebanyak 29, dokter umum 4 orang dan dokter spesialis ginjal dan hipertensi 1 orang. Perawat dibagi tiga shift yang bertugas pagi jam 06.30 - 13:30, siang jam 13.30 - 20.30 dan malam jam 20.30-06.30.

4. 2 Data Umum

4.2.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Data Sosiodemografi

Karakteristik responden berdasarkan data sosiodemografi sebagai berikut

Tabel 4.1 Distribusi Karakteristik Frekuensi Berdasarkan Data Sosiodemografi

	Frekuensi	Persentase
USIA		
17-25 Tahun	4	3.2
26-45 Tahun	36	28.8
46-65 Tahun	72	57.6
>=66 Tahun	13	10.4
JENIS KELAMIN		
Laki-Laki	72	57.6
Perempuan	53	42.4
TINGKAT PENDIDIKAN		
D3	2	1.6
S1	22	17.6
S2	1	.8
SD	28	22.4
SMA	38	30.4
SMP	26	20.8
Tidak Sekolah	8	6.4
PEKERJAAN		
Bumn	2	1.6
Nelayan	3	2.4
Pensiunan	9	7.2
Petani	9	7.2
Pns	16	12.8
Swasta	22	17.6

Tidak Bekerja	64	51.2
STATUS PERNIKAHAN		
Duda	4	3.2
Janda	15	12.0
Menikah	99	79.2
Tidak Menikah	7	5.6
Total	125	100.0

Sumber: Data primer kuesioner responden di RSUD dr.H. Jusuf SK

Berdasarkan tabel 4.1 karakteristik responden berdasarkan usia di RSUD dr. H. Jusuf SK sebagian besar berusia 46-65 tahun dengan persentase sebanyak 72 orang (57,6%). Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin di RSUD dr. H. Jusuf SK sebagian besar berjenis kelamin laki-laki dengan persentase sebanyak 72 orang (57,6%). Karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikan di RSUD dr. H. Jusuf SK sebagian besar berpendidikan SMA dengan persentase sebanyak 38 orang (30,4%). Karakteristik responden berdasarkan pekerjaan di RSUD dr. H. Jusuf SK sebagian besar tidak bekerja dengan persentase sebanyak 64 orang (51,2%). Karakteristik responden berdasarkan status perkawinan di RSUD dr. H. Jusuf SK sebagian besar menikah dengan persentase sebanyak 99 orang (79,2%).

4.3 Data Khusus

4.3.1. Lama Menjalani Hemodialisis di RSUD dr.H. Jusuf SK

Tabel 4.2 Lamanya Responden Menjalani HD di RSUD dr. H. Jusuf SK

LAMA MENJALANI HEMODIALISIS

	Frekuensi	Persentase
<12 Bulan	51	40.8
12-24 Bulan	33	26.4
>24 Bulan	41	32.8
Total	125	100.0

Sumber: Data primer kuesioner responden di RSUD dr.H. Jusuf SK

Berdasarkan Tabel 4.6 di atas menunjukkan bahwa sebagian besar responden HD di RSUD dr. H. Jusuf SK menjalani HD selama <12 bulan dengan persentase sebanyak 51 orang (40,8%).

4.3.2. Kualitas Hidup Responden Hemodialisis RSUD dr.H. Jusuf SK

Tabel 4.3 Kualitas Hidup Responden HD di RSUD dr. H. Jusuf SK

KUALITAS HIDUP

	Frekuensi	Presentase
BAIK	85	68.0
SANGAT BAIK	35	28.0
SEDANG	5	4.0
Total	125	100.0

Sumber: Data primer kuesioner responden di RSUD dr.H. Jusuf SK

Berdasarkan table 4.7 di atas menunjukkan bahwa sebagian besar kualitas hidup responden HD di RSUD dr. H. Jusuf SK adalah baik dengan persentase sebesar 85 orang (68%) sedangkan kualitas hidup buruk dan sangat buruk tidak ada.

4.3.3 Hubungan Lama Menjalani Hemodialisis dan Kualitas Hidup Responden di RSUD dr. H. Jusuf SK

Tabel 4.4 Tabulasi Lamanya Responden Menjalani Hemodialisis dengan kualitas hidup di RSUD dr. H. Jusuf SK

Lama Menjalani Hemodialisis dengan Kualitas Hidup Responden Crosstabulation

			KUALITAS HIDUP RESPONDEN			
			SEDANG	BAIK	SANGAT BAIK	Total
LAMA MENJALANI HD	<12 bulan	Frekuensi	0	33	18	51
		Persentase Lama Menjalani HD	0.0%	64.7%	35.3%	100.0%
		Persentase Kualitas Hidup Responden	0.0%	38.8%	51.4%	40.8%
		Total	0.0%	26.4%	14.4%	40.8%
	12-24 bulan	Frekuensi	2	21	10	33
		Persentase Lama Menjalani HD	6.1%	63.6%	30.3%	100.0%
		Persentase Kualitas Hidup Responden	40.0%	24.7%	28.6%	26.4%
		Total	1.6%	16.8%	8.0%	26.4%
	>24 bulan	Frekuensi	3	31	7	41
		Persentase Lama Menjalani HD	7.3%	75.6%	17.1%	100.0%
		Persentase Kualitas Hidup Responden	60.0%	36.5%	20.0%	32.8%
		Total	2.4%	24.8%	5.6%	32.8%
Total		Frekuensi	5	85	35	125
		Persentase Lama Menjalani HD	4.0%	68.0%	28.0%	100.0%
		Persentase Kualitas Hidup Responden	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		Total	4.0%	68.0%	28.0%	100.0%

Sumber: Data primer kuesioner responden di RSUD dr.H. Jusuf SK

Berdasarkan tabel 4.8 menunjukkan bahwa pasien yang menjalani HD <12 bulan dan memiliki kualitas hidup baik 33 orang (64,7%), yang memiliki kualitas hidup sangat baik 18 orang (35,3%) dan memiliki kualitas hidup sedang tidak ada. Pasien yang menjalani HD 12-24 bulan dan memiliki kualitas hidup sedang 2 orang (6,1%), yang memiliki kualitas hidup baik 21 orang (63,6%) dan memiliki kualitas hidup sangat baik 10 orang (30,3%). Pasien yang menjalani HD >24 bulan dan memiliki kualitas hidup sedang 3 orang (7,3%), yang memiliki kualitas hidup baik 31 orang (75,6%) dan memiliki kualitas hidup sangat baik 7 orang (17,1%). Pada hubungan lamamenjalani hemodialisis dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik di RSUD dr.H.Jusuf SK, dapat di ketahui bahwa nilai signifikasi yaitu 0,018 < 0,05 sehingga hipotesisdi terima, maka semakin lama pasien gagal ginjal kronik melakukan terapi hemodialisis maka kualitas hidup pasien tersebut semakin baik, sehingga ada hubungan antara lama menjalani HD dengan kualitas hidup pasien HD di RSUD dr.H. Jusuf SK. Nilai koefisien korelasi -0.212 yang bermakna memiliki tingkat keeratan hubungan kuat.

BAB 5

PEMBAHASAN

5.1 Lama Menjalani Hemodialisis di RSUD dr.H. Jusuf SK

Berdasarkan hasil penelitian, diketahui bahwa pasien HD di RSUD dr.H. Jusuf SK sebagian besar telah menjalani HD selama > 12 bulan yaitu sebanyak 51 orang yang hampir sama dengan pasien yang menjalani hemodialisis selama >24 bulan yaitu 41 orang. Hal ini juga terjadi pada penelitian yang dilakukan oleh Bellasari, Dwi (2020) pasien menjalani hemodialisis kurang dari 2 tahun sebanyak 58,5%. Dalam penelitian yang dilakukan Barzegar, dkk (2017) 165 pasien menjalani dialisis kurang dari 36 bulan sementara 81 memiliki durasi dialisis yang lebih dari 36 bulan. Menurut diskusi dan pengamatan dengan responden yang baru menjalani hemodialisis adalah mereka memiliki kebiasaan kurang minum air putih, berlebihan mengkonsumsi minuman kemasan dan memiliki penyakit penyerta. Distribusi hasil data penelitian usia responden yang menjalani hemodialisis terbanyak di usia 46-65 tahun sebanyak 72 orang. Pada usia 40 sampai 70 tahun, laju filtrasi glomelurus akan menurun secara cepat hingga 50% dari normal dimana terjadi penurunan kemampuan tubulus ginjal untuk menyaring dan pemekatan urin yang mengakibatkan penyakit diabetes melitus pada usia produktif (Firmansyah, Fadraersada, & Rusli, 2017). Beberapa pasien yang telah lama menjalani cuci darah ada yang mengalami perburukan sampai meninggal.

5.2 Kualitas Hidup Pasien Hemodialisis di RSUD dr.H. Jusuf SK

WHO (2020) mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi individu tentang kondisi mereka dalam kehidupan di latar belakangi konteks budaya dan sistem nilai di mana mereka hidup dan dalam kaitannya dengan tujuan, harapan, standar, dan fokus hidup masing-masing orang. Untuk menilai kualitas hidup seseorang dapat dilihat dari domain fisik, lingkungan, sosial dan lingkungan. Berdasarkan penelitian ini, kualitas hidup responden HD di RSUD dr. H. Jusuf SK adalah baik sebanyak 85 orang (68%), sangat baik sebanyak 35 orang (28%) dan sedang sebanyak 5 orang

(4%). Berdasarkan hasil penelitian tidak ditemukan pasien yang mengalami kualitas hidup yang buruk dan sangat buruk. Hal ini menunjukkan bahwa terapi hemodialisis membantu responden untuk membantu meningkatkan kualitas hidupnya

Dengan menggunakan kuesioner WHOQOL, dari keempat domain yang dinilai ditemukan nilai tertinggi berasal dari domain lingkungan yaitu 25,56 sedangkan nilai terendah berada pada domain hubungan sosial 9,69. Hal ini menunjukkan bahwa kualitas hidup pasien hemodialisis di RSUD dr. H.Jusuf SK paling baik adalah domain lingkungan sedangkan kualitas hidup yang paling rendah yaitu domain hubungan sosial.

Pada penelitan yang dilakukan Sathvik (2012) pada pasien hemodialisis, skor QOL tertinggi diamati pada domain lingkungan (60,59 ± 11,73). Menurut Sathvik (2022) lingkungan berperan besar dalam menentukan status kesehatan. Domain lingkungan menilai pengaruh faktor-faktor seperti sumber daya keuangan, lingkungan kerja, akses pelayanan kesehatan dan pelayanan sosial, kebebasan, keamanan, dan keterlibatan serta peluang untuk kegiatan rekreasi. Meskipun pasien gagal ginjal kronik tidak memiliki cukup uang atau keamanan finansial untuk perawatan mereka, skor dalam domain lingkungan tidak secara signifikan (P <0,05). Pasien hemodialisis merasa puas dengan akses mereka ke layanan perawatan kesehatan tidak adanya perbedaan yang signifikan (P>0,05) dalam skor QOL. Ketersediaan faskes untuk hemodialis dan pembayaran biaya hemodialisis di tanggung sepenuhnya oleh BPJS memudahkan pasien untuk menjalani hemodialisis. Menurut Butar & Siregar (2015) lingkungan terdiri dari keamanan dan kenyamanan fisik, lingkungan fisik, sumber penghasilan, kesempatan memperoleh informasi, keterampilan baru, partisipasi dan kesempatan untuk rekresi atau aktivitas pada waktu luang. Responden merasa bahwa keberadaannya di tempat bekerja atau di lingkungan keluarga diterima dengan baik. Responden mengatakan kebutuhan finansial di penuhi dari suami atau istri atau anak dan beberapa usaha yang dapat membantu kebutuhan finansial. Selama menjalani hemodialisis responden mengatakan merasa nyaman dan aman berada dilingkungan rumah sakit. Pasien yang menjalani hemodialisis datang didampingi keluarga dan membawa makanan selama menjalani hemodialisis.

Pada penelitian ini, memiliki nilai terendah domain sosial. Berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Bellasari Dwi (2020) Rata-rata kualitas hidup responden adalah baik dengan jumlah 74 adapun rincian keempat domain dari WHOQOL menunjukkan bahwa domain skor paling tinggi berada pada domain tiga yaitu hubungan sosial, Berdasarkan hasil diskusi dan pengamatan, responden setelah menjalani HD lebih banyak beraktivitas di dalam rumah, melakukan aktivitas ringan dan hanya berfokus pada kesehatannya dan membatasi keikutsertaan dalam aktivitas bersama masyarakat. Dukungan sosial yang baik dapat meningkatkan kepuasan pasien mengenai perawatan dan kualitas hidupsecara umum. Selain itu, dukungan sosial dapat meningkatkan kepatuhan menjalani managemen pengobatan. Di antara terapi modalitas dialisis, dukungan sosial terbukti mampu meningkatkan kualitas hidup pasien.Tingkat dukungan sosial yang lebih rendah meningkatkan risiko kematian dan mengurangi kepatuhan pengobatan (Da Silva, dkk, 2016). Penelitian yang dilakukan Ahrari dkk, menunjukkan hubungan yang signifikan antara dukungan sosial dan kepatuhan terhadap diet dan cairan pembatasan dan menyoroti dukungan keluarga sebagai yang tertinggi tingkat dukungan yang dirasakan. Dalam Kara dkk., mengatakan bahwa dukungan sosial, oleh pasangan, anggota keluarga, teman, sekerja atau komunitas, secara signifikan terkait dengan kualitas hidup yang lebih baik. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kualitas kehidupan berkorelasi juga dengan usia. Hal ini dapat terjadi pada responden yang usia lanjut biasanya mengalami gangguan fisik dan kognitif gangguan positif atau mungkin memiliki harapan yang lebih rendah dibandingkan dengan individu yang lebih muda. Hal ini juga dinyatakan Mandoorah al.,(2018) menunjukkan bahwa pasien yang lebih tua dari 60 tahun memiliki laporan kualitas terburuk hidup.

5.3 Hubungan Lama Menjalani Hemodialisis dengan Kualitas Hidup Pasien

Berdasarkan hasil uji statistik dengan menggunakan uji Pearson menjelaskan bahwa lama menjalani hemodialisis dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik di RSUD dr.H.Jusuf SK, dapat diketahui bahwa nilai signifikasi yaitu 0,018 dimana nilai $p < 0,05$. Berdasarkan tabel tabulasi silang antara lama menjalani HD dan kualitas hidup menunjukan bahwa responden yang menjalani HD < 12 bulan

dan memiliki kualitas hidup baik sebanyak 33 orang (64,7%) dan sangat baik 18 orang (35,3 %), responden yang menjalani HD 12-24 bulan memiliki kualitas hidup sedang 2 orang (6,1%), baik 21 (22,4%) dan sangat baik 10 (30,3%). Untuk responden yang menjalani HD > 24 bulan memiliki kualitas hidup sedang 3 (7,3%), baik 31 (75,6%) dan sangat baik 7 (17,1 %).

Penelitian ini juga sejalan dengan Bellasari Dwi (2020) bahwa nilai signifikasi yaitu 0,000 <0,05 yang menyatakan bahwa memiliki tingkat keeratan hubungan kuat. Sehingga dapat disimpulkan bahwa semakin lama pasien menjalani hemodialisis maka kualitas hidup pasien semakin baik. Pada penelitian ini diperoleh nilai korelasi pearson -0,212 ini menunjukkan bahwa semakin lama menjalani hemodialisis, kualitas hidupnya semakin meningkat dan sebaliknya. Menurut peneliti berdasarkan pengamatan dan diskusi, pasien yang baru menjalani butuh waktu untuk mulai beradaptasi dengan lingkungan yang baru, kondisi tubuh, aktivitas sehari-hari dan penerimaan diri dengan kondisinya saat ini, dan pasien yang telah lama menjalani hemodialisis, mereka telah menerima kondisinya dan mulai beradaptasi. Menurut Azahra (2013) responden yang memiliki konsep diri yang positif maka akan cenderung lebih mampu menerima keadaan dirinya, tidak mudah putus asa, terbuka dengan orang lain baik keluarga maupun lingkungan sosialnya, tetap optimis dan berjuang menjalani kehidupan walaupun kondisi tubuh melemah sehingga akan cenderung jauh dari kecemasan dan perasaan tertekan yang dapat meningkatkan terjadinya depresi. Tingkat adaptasi pasien yang menjalani hemodialisis sebagai system adaptasi dipengaruhi oleh perkembangan individu itu sendiri, dan penggunaan mekanisme koping. Penggunaan mekanisme koping yang maksimal mengembangkan tingkat adaptasi seseorang dan meningkatkan rentang stimulus agar dapat berespon secara positif atau adaptif.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini peneliti akan menyimpulkan dan memberikan saran terkait penelitian tentang hubungan lama menjalani hemodialisis dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik di Ruang Hemodialisa RSUD dr. H. Jusuf SK.

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan data dan hasil penelitian yang telah dilakukan dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pasien gagal ginjal kronik di RSUD dr. H. Jusuf SK sebagian besar telah menjalani hemodialisis selama <12 Bulan
2. Pasien gagal ginjal kronik di RSUD dr. H. Jusuf SK sebagian besar memiliki kualitas hidup baik
3. Ada hubungan antara lama menjalani hemodialisis dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik di RSUD dr. H. Jusuf SK dengan kekuatan hubungan kuat

6.1 Saran

1. Bagi Responden

   Bagi responden agar dapat menjalani hemodialisis secara teratur dan menjaga pola hidup sehat agar dapat meningkatkan kualitas hidup yang lebih baik
2. Bagi Mahasiswa Universitas Borneo

   Menjadikan literatur dan kepustakaan khususnya tentang hubungan lama menjalani hemodialisis dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik
3. Bagi Peneliti Selanjutnya

   Bagi Penelitian Selanjutnya diharapkan dapat meneliti dan mengendalikan faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik seperti faktor usia, jenis kelamin, pekerjaan, status pernikahan, dan faktor lama menjalani hemodialisa.

DAFTAR PUSTAKA

Anita, D. 2015. *Kepatuhan Pembatasan Cairan Terhadap Lama Menjalani Hemodialisa* .http://jurnal.unimus.ac.id/index.php/psn12012010/article/view/ 2280. (diakses 10 Maret 2022).

Ariani, S. 2016. *Stop Gagal Ginjal dan Gangguan-Gangguan Ginjal Lainnya*: *Seputar Ginjal dan Ragam Jenis Lainnya*. Jogjakarta: Wirogunan.

Azahra, M. (2013). Peran Konsep Diri Dan Dukungan Sosial terhadap Depresi Pada Penderita Gagal Ginjal YangMenjalani Terapi Hemodialisis.http://www.jogjapress.com. (diakses tanggal 8 Desember 2022)

Bakris GL, Sowers JR. 2012 *ASH Position Paper: Treatment of Hypertension in Patients With Diabetes - An Update.* J Clin Hypertens. 2012;10(9):707-13. (Diakses tanggal 8 Desember 2022)

Baradero, M. 2008. *Klien Gangguan Ginjal Seri Asuhan Keperawatan*. Jakarta: EGC.

Bellasari, Dwi. 2020. *Hubungan Lama Menjalani Hemodialisis Dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik Di Rsud Kota Madiun*. Madiun.

Butar & Siregar. 2015. *Karakteristik Pasien dan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Terapi Hemodialisa.* http://jurnal.usu.ac.id/index.php/jkk/articel/download/1058/641. (diakses 10 Maret 2022).

Sathvik, B.S, dkk. 2012. *An assessment of the quality of life in hemodialysis patients using the WHOQOL-BREF questionnaire.* Pubmed Central : Indian Journal Nephrology. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2813538/#__ffn_sectitle (diakses tanggal 8 Desember 2022)

Da silva, S. M. dkk. 2016 'Suporte social de adultos e idosos renais crônicos em hemodiálise', Revista Latino-Americana de Enfermagem, 24. doi: 10.1590/1518-8345.0411.2752.

Depner TA. 2005. *Hemodialysis Adequacy: Basic Essentials and Practical Point For The Nephrologist In Training. Hemodialysis International.*

Firmansyah, F., Fadraersada, J., dan Rusli, R. 2017. *Kajian Kualitas Hidup Pasien yang Menjalani Hemodialisa di RSUD. A.W. Sjahranie*. Proceeding of Mulawarman Pharmaceuticals Conferences 201; 7, 51–56. https://doi.org/10.25026/mpc.v7i1.292

Gerasimoula, Kousoula, dkk. 2015. *Quality of Life in Hemodialysis Patients. Pubmed.* https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4639348/ (diakses 19 Juli 2022)

Salmi, Issa Al, dkk. 2021. Kidney Disease-Specific Quality of Life among Patients on Hemodialysis. Hindawi: Journal of Nephrology. https://www.hindawi.com/journals/ijn/2021/8876559/. (diakses tanggal 8 desember 2022

Hidayat, A. 2007. *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah.* Edisi 2.
Jakarta : Salemba Medika.

Hutagaol, E. 2017. *Peningkatan Kualitas Hidup Pada Penderita Gagal GinjalKronik Yang Menjalani Hemodialisa Melalui Psychologikal Intervention DiUnit Hemodialisa RS Royal Prima Medan.* Jurnal Jumantik, Vol. 2 No. 1.
http://jurnal.uinsu.ac.id/index.php/kesmas/article/down;oad/968/775. (diakses 11 Maret 2022).

IHME (The Institute for Health Metrics and Evaluation). 2020. *Chronic kidney disease a 'global killer in plain sight'*. https://www.healthdata.org/news-release/new-study-chronic-kidney-disease-global-killer-ckd. (diakses 9 Juli 2022).

Joshi, Utsav, dkk. 2017. *Assesment Of Quality Of Life In Patients Undergoing Hemodialysis Using WHOQOL-BREF Questionnaire: A Multicenter Study*. International Journal of Nephrology and Renovascular Disease:Dovepress journal. Assessment of quality of life in patients undergoi.pdf diakses 2 Agustus 2022

Teitelbaum, Isaac. 2021. Peritoneal Dialysis. The New England Journal of Medicine. https://www.binasss.sa.cr/novi/30.pdf diakses 12 Agustus 2022

Lismayanur. 2019. *Hubungan Lama Menjalani Hemodialisis dengan Kualitas Hidup Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis di Rumah Sakit Ginjal Rasyida Medan.* Jurnal Online Keperawatan Indonesia, Vol. 2 No. 1. http://e-journal.sari-mutiara.ac.id/index.php/Keperawatan/ articel/download/749/636 .

(diakses 11 Maret 2022).

Lv, Ji-Cheng & Lu-Xia Zhang. 2019. *Prevalence and Disease Burden of Chronic Kidney Disease.* Jurnal PubMed.gov. Vol. 1165:3-15 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31399958/ (diakses 09 Juli 2022).

Mayuda. 2017. *Hubungan Lama Menjalani Hemodialisis dengan Kualitas HidupPasien Ginjal Kronik (Studi di RSUP DR. Kariadi Semarang)*. Jurnal Kedokteran Diponegoro. Vol. 6 No. 2. http://media.neliti.com/media/ publications/106941-ID-hubungan-antara-lama-hemodialisi-dengan.pdf. (diakses 10 Maret 2022).

Muttaqin & Kumala Sari. 2011. *Gambaran Kepatuhan Diet dan Dukungan Keluarga pada Penderita Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisa Rawat Jalan di RSU Haji Medan Tahun 2014*.

Notoatmodjo. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan.* Perpustakaan Nasional RI : Katalog Dalam Terbitan (KDT).

Nursalam. 2016. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan.* Jakarta : Salemba Medika.

Padila. 2018. Buku Ajar :*Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta : NuhaMedika.

Pranoto I. 2010. *Hubungan antara lama menjalani hemodialisa dengan terjadinyaperdarahan intraserebral (skripsi). Surakarta: Universitas Sebelas Maret*. http://digilib.uns.ac.id/dokumen/detail/13579/Hubungan-antara-lama-hemodialisa-dengan-terjadinya-perdarahan-intra-serebral. Diakses tanggal 10 Agustus 2022

Price. 2005. *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Jakarta : EGC Sandijaya. 2018. *Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Masyarakat Karubaga District Sub District Tolikara Propinsi Papua*. Jurnal NasionalIlmu Kesehatan, Vol. 1.Edisi Juni 2018.

Sinuraya, E. 2019.*Hubungan Lama Menjalani Hemodialisis denganKualitas Hidup Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis di Rumah Sakit Ginjal Rasyida Medan.* Jurnal Online Keperawatan Indonesia, Vol. 2 No. 1. http://e-journal.sari-mutiara.ac.id/index.php/Keperawatan/ article/download/749/636.

Suhardjono. 2014. *Hemodialisis; Prinsip Dasar dan Pemakaian Kliniknya. Dalam: Setiati S, Alwi, Sudoyo AW, Simandibrata M, Setyohadi B, penyunting. Buku Ajaran Ilmu Penyakit Dalam. Jakarta: Internal*

Publishing.

Sugiyono. 2016. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R & D.* Bandung : Alfabeta.

Supriyadi, dkk. 2011. *Tingkat Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik Terapi Hemodialis*is. KEMAS:Jurnal Kesehatan Masyarakat. https://journal.unnes.ac.id/nju/index.php/kemas/article/view/1760/1955. Diakses tanggal 12 Agustus 2022

Tjokroprawiro. 2015. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam.* Perpustakaan Nasional RI : Katalog dalam Terbitan (KDT).

Widayati, D. 2015. *Peningkatan Kualitas Hidup Pada Penderita Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Terapi Hemodialisa Melalui Psychological Intervention di Unit Hemodialisa RSUD Gambiran Kediri.* Jurnal Ilmu Keperawatan, Vol. 3 No. 2. http://ejurnaladhkdr.com/index.php/jik/article/download/66/58. Diakses 11 Maret 2022

Wang, Lieng-Jen & Chen Chih-Ken. 2012. *The Psychological impact of hemodyalisis on patients with chronic renal failure.* https://www.researchgate.net/file.PostFileLoader.html?id=599281064048547202563b74&assetKey=AS%3A527484489658368%401501773510074. Diakses 03 Juli 2022

Lampiran

PERMOHONAN KESEDIAAN MENJADI RESPONDEN

Kepada
Yth. Bapak/Ibu Responden

Berkaitan dengan penelitian yang akan saya lakukan, saya mohon bantuan dan kesedian waktu untuk mengisi daftar pernyataan berikut ini dengan sejujur- jujurnya. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan lama menjalani hemodialisis dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik Di RSUD dr. H. Jusuf SK. Jawaban yang Bapak/Ibu berikan akan sangat membantu penelitian ini, dan kuesioner ini hanya dapat digunakan apabila telah terisi.

Perlu peneliti informasikan bahwa seluruh data dan informasi yang diperoleh dari jawaban atas kuesioner ini semata-mata hanya akan digunakan untuk kepentingan penelitian. Semua pernyataan yang Bapak/Ibu jawab dan identitas Bapak/Ibu, saya jamin kerahasiaannya. Namun, apabila Bapak/Ibu tidak bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian ini, maka Bapak/Ibu berhak untuk menolak menjadi responden.

Kesungguhan Bapak/Ibu dalam pengisian kuesioner akan sangat menentukan keberhasilan penelitian ini. Apabila ada pertanyaan silahkan menghubungi no HP. 081347629026. Atas perhatian dan partispasinya saya ucapkan terima kasih.

Hormat saya,
Peneliti

Kornelius Andu

Lembar Persetujuan Menjadi Responden

(Inform Consent)

Yang bertanda tangan di bawah ini saya :

- Nama :
- Umur :
- Alamat :

Setelah mendapat keterangan secukupnya dari penulis serta mengetahui manfaat, tujuan dan prosedur penelitian yang berjudul "Hubungan Lama Menjalani Hemodialisis Dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik Di RSUD dr. H. Jusuf SK menyatakan *BERSEDIA/TIDAK BERSEDIA* diikut sertakan dalam penelitian ini dengan catatan apabila suatu waktu merasa dirugikan dalam bentuk apapun berhak membatalkan persetujuan ini. Saya percaya yang di informasikan dijamin kerahasiaannya oleh penulis.

Tarakan,.....2022

Penulis Responden

(Kornelius Andu, A.Md. Kep) (….....)

NPM. 2040703070 *Inisial dan Paraf

KUESIONER PENELITIAN HUBUNGAN LAMA MENJALANI HEMODIALISIS DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK DI RUANG HEMODIALISA RSUD dr. H. Jusuf SK

A. Data Umum

1. Nomor Pasien :
2. Inisial Responden :
3. Umur Responden :
4. Jenis Kelamin :
   - ᵞ Laki-laki
   - ᵞ Perempuan
5. Tingkat Pendidikan : *Tidak Sekolah/SD/SMP/SMA/S1/S2/S3
6. Pekerjaan :
7. Status Perkawinan : *Menikah/Tidak Menikah/ Janda/ Duda
8. Lama menjalani hemodialisis :
   - ᵞ < 12 bulan
   - ᵞ 12-24 bulan
   - ᵞ > 24 bulan

*Lingkari yang sesuai

Kualitas hidup pada pasien gagal ginjal kronik. Beri tanda **check (√)** pada pernyataan sesuai dengan jawaban anda. Pilihan jawabannya adalah sebagai berikut **BS : Buruk Sekali (1) BU : Buruk (2) BBS : Biasa-biasa saja (3) B: Baik (4) SB : Sangat baik (5)** Kami akan bertanya apa yang anda pikirkan tentang kehidupan anda pada empat minggu terakhir.

No	Pertanyaan	Sangat buruk	Buruk	Biasa-biasa saja	Baik	Sangat Baik
1.	Bagaimana menurut anda kualitas hidup anda?	1	2	3	4	5

No	Pertanyaan	Sangat tidak memuaskan	Tidak memuaskan	Biasa-biasa saja	Memuaskan	Sangat Memuaskan
2.	Seberapa puas anda terhadap kesehatan anda?	1	2	3	4	5

Pertanyaan berikut adalah tentang seberapa sering anda telah mengalami hal-hal berikut ini dalam empat minggu terakhir.

No	Pertanyaan	Tidak sama sekali	Sedikit	Dalam Jumlah sedang	Sangat sering	Dalam jumlah berlebihan
3.	Seberapa puas anda terhadap kesehatan anda?	5	4	3	2	1
4.	Seberapa sering anda membutuhkan terapi medis untuk dpt berfungsi dlm kehidupan sehari-hari anda?	5	4	3	2	1
5.	Seberapa jauh anda menikmati hidup anda?	1	2	3	4	5
6.	Seberapa jauh anda merasa hidup anda berarti?	1	2	3	4	5
7.	Seberapa jauh anda mampu berkonsentrasi?	1	2	3	4	5
No	**Pertanyaan**	**Tidak sama sekali**	**Sedikit**	**Dalam Jumlah sedang**	**Sangat sering**	**Dalam jumlah berlebihan**

8.	Secara umum, seberapa aman anda rasakan dlm kehidupan anda sehari-hari?	1	2	3	4	5
9.	Seberapa sehat lingkungan dimana anda tinggal (berkaitan dgn sarana dan prasarana)	1	2	3	4	5

Pertanyaan berikut ini adalah tentang seberapa penuh anda alami hal-hal berikut ini dalam 4 minggu terakhir?

No.	Pertanyaan	Tidak sama sekali	Sedikit	Sedang	Seringkali	Sepenuhnya dialami
10.	Apakah anda memiliki vitalitas yg cukup untuk beraktivitas sehari2?	1	2	3	4	5
11.	Apakah anda dapat menerima penampilan tubuh anda?	1	2	3	4	5
12.	Apakah anda memiliki cukup uang utk memenuhi kebutuhan anda?	1	2	3	4	5
13.	Seberapa jauh ketersediaan informasi bagi kehidupan anda dari hari ke hari?	1	2	3	4	5
14.	Seberapa sering anda memiliki kesempatan untuk bersenang-senang / rekreasi?	1	2	3	4	5
15.	Seberapa baik kemampuan anda dalam bergaul?	1	2	3	4	5
16.	Seberapa puaskah anda dengan tidur anda?	1	2	3	4	5
17.	Seberapa puaskah anda dengan kemampuan anda untuk menampilkan aktivitas kehidupan anda sehari-hari?	1	2	3	4	5
No.	Pertanyaan	Tidak sama sekali	Sedikit	Sedang	Seringkali	Sepenuhnya dialami
18.	Seberapa puaskah anda dengan kemampuan anda untuk bekerja?	1	2	3	4	5

19.	Seberapa puaskah anda terhadap diri anda?	1	2	3	4	5
20.	Seberapa puaskah anda dengan hubungan personal/ sosial anda?	1	2	3	4	5
21.	Seberapa puaskah anda dengan kehidupan seksual anda?	1	2	3	4	5
22.	Seberapa puaskah anda dengan dukungan yg anda peroleh dr teman anda?	1	2	3	4	5
23.	Seberapa puaskah anda dengan kondisi tempat anda tinggal saat ini?	1	2	3	4	5
24.	Seberapa puaskah anda dgn akses anda pd layanan kesehatan?	1	2	3	4	5
25.	Seberapa puaskah anda dengan transportasi yg hrs anda jalani?	1	2	3	4	5

Pertanyaan berikut merujuk pada seberapa sering anda merasakan atau mengalami hal-hal berikut dalam empat minggu terakhir

No.	Pertanyaan	Tdk sering	Jarang	Cukup sering	Sangat sering	Selalu
26.	Seberapa sering anda memiliki perasaan negatif seperti ‘feeling blue’ (kesepian), putus asa, cemas dan depresi?	5	4	3	2	1

PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN UTARA
DINAS KESEHATAN
RSUD dr. H. JUSUF SK
Jalan Pulau Irian No. 01 Kode Pos. 77113
Telp. (0551) 21166, 21720
Email : rsudtarakan@kaltaraprov.go.id ; Website : rsudtarakan.kaltaraprov.go.id
TARAKAN

Tarakan, 17 Oktober 2022

Nomor : 892.2/4.2-8471 /RSUD JSK/2022
Sifat : Penting
Lampiran : -
Hal : **Izin / Rekomendasi Penelitian**

Kepada
Yth. Rektor Universitas Borneo Tarakan
Cq. Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan
di –
Tarakan

Menindak lanjuti surat permohonan dari Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Borneo Tarakan, Nomor : 313/UN51.8/TU/2022, Tanggal 15 September 2022, Perihal : Permohonan Penelitian dan Pengambilan Data, dan Keterangan Layak Etik Nomor : 072/KEPK-RSUD KALTARA/X/2022 pada prinsipnya kami dapat **menyetujui** kegiatan yang dimaksud dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Mahasiswa yang akan melaksanakan pengambilan data/penelitian adalah :
   Nama : Kornelius Andu, A.Md.,Kep
   NPM : 2040703070
   Prodi : Ilmu Keperawatan
   Judul : "Hubungan Lama Menjalani Hemodialisa Dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal ginjal Kronik di RSUD dr. H. Jusuf SK".
2. Selama melaksanakan penelitian yang bersangkutan harus mentaati segala peraturan yang berlaku di RSUD dr. H. Jusuf SK.
3. Sebagai Pembimbing Lahan dalam kegiatan penelitian tersebut adalah :
   Nama : Ramla, S.Kep.Ns
   NIP : 199102122018022002
   Jabatan : Perawat Ahli Pertama
4. Surat izin/ rekomendasi akan dicabut kembali dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata pemegang surat izin ini tidak mentaati ketentuan tersebut diatas.

Demikian disampaikan, atas kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Direktur,

dr. Rustan Samsuddin, MM
Pembina Utama Muda, IV/c
NIP. 196711012001121003

Tembusan :
1. Pembimbing Lahan

PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN UTARA
DINAS KESEHATAN
UPTD. RUMAH SAKIT UMUM DAERAH TARAKAN
Jl. Pulau Irian No. 01 Kotak Pos 180 Telp. (0551) 21166, 21720 Fax. 21720
Website : rsudtarakan.kaltaraprov.go.id, Email : rsudtarakan.kaltara@gmail.com
T ARAKAN 77131

KETERANGAN LAYAK ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL EXEMPTION
"ETHICAL EXEMPTION"

No.072/KEPK-RSUD KALTARA/X/2022

Protokol penelitian versi 1 yang diusulkan oleh :
The research protocol proposed by

Peneliti utama : Kornelius Andu
Principal In Investigator

Nama Institusi : Universitas Borneo
Name of the Institution

Dengan judul:
Title

"HUBUNGAN LAMA MENJALANI HEMODIALISIS DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK DI RSUD H. dr. JUSUF SK"

"THE LONG RELATIONSHIP OF HEMODIALYSIS WITH THE QUALITY OF LIFE OF CHRONIC RENAL FAILURE PATIENTS IN RSUD H. dr. JUSUF SK"

Dinyatakan layak etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Ilmiah, 3) Pemerataan Beban dan Manfaat, 4) Risiko, 5) Bujukan/Eksploitasi, 6) Kerahasiaan dan Privacy, dan 7) Persetujuan Setelah Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator setiap standar.

Declared to be ethically appropriate in accordance to 7 (seven) WHO 2011 Standards, 1) Social Values, 2) Scientific Values, 3) Equitable Assessment and Benefits, 4) Risks, 5) Persuasion/Exploitation, 6) Confidentiality and Privacy, and 7) Informed Concent, referring to the 2016 CIOMS Guidelines. This is as indicated by the fulfillment of the indicators of each standard.

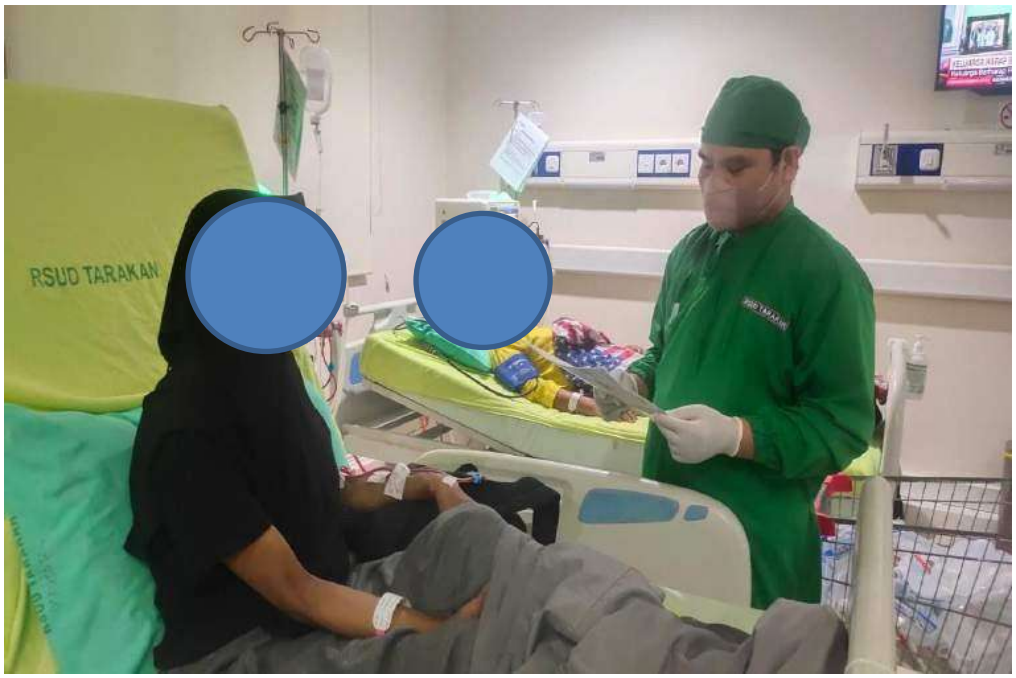
Pernyataan Laik Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 18 Oktober 2022 sampai dengan tanggal 18 Oktober 2023.

This declaration of ethics applies during the period October 18, 2022 until October 18, 2023.

October 17, 2022
Professor and Chairperson,

dr.Jerry Kurnia Wahyudi,Sp.KFR


2


RSUD TARAKAN

RESPONDEN	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24	P25	P26
1	4	2	3	2	3	2	3	3	5	3	2	2	5	3	3	2	3	3	3	4	3	3	3	3
2	2	2	2	3	2	2	3	2	3	3	2	1	3	2	2	2	3	3	2	4	3	3	3	2
3	3	4	3	3	2	3	3	2	3	3	2	2	3	3	3	2	3	3	1	4	3	3	3	3
4	2	2	5	5	5	5	5	3	3	2	3	2	5	1	4	4	5	3	3	5	3	5	2	2
5	3	3	4	4	3	3	4	3	3	3	3	3	4	2	3	3	3	3	1	4	4	4	4	5
6	3	5	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	4	4	3	2	3	3	3	4	4	5	4	4
7	3	4	3	4	3	3	3	3	3	2	3	2	3	4	3	3	3	3	4	5	4	4	3	3
8	4	3	4	4	3	2	3	4	2	3	3	2	4	4	3	2	3	3	3	4	4	4	3	3
9	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	2	3	4	3	3	3	3	3	4	4	3	3	4
10	3	3	3	4	3	3	4	3	3	3	3	2	4	3	3	2	3	4	2	4	4	4	4	3
11	2	4	2	4	4	2	3	1	1	1	2	1	3	2	3	2	4	4	3	4	4	4	1	2
12	5	3	4	5	4	4	3	4	4	3	3	2	4	4	4	3	4	3	1	4	4	4	4	4
13	3	2	4	4	4	4	4	3	4	3	3	2	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3
14	4	3	3	4	3	4	3	2	2	2	3	2	3	2	2	2	4	4	1	4	2	4	2	2
15	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	1	3	2	3	3	3	3	3	4	2	4	3	2
16	3	2	4	4	3	4	4	4	3	3	3	2	3	3	3	3	3	4	4	3	4	5	5	3
17	4	5	5	5	4	3	2	2	1	1	3	2	3	2	3	2	3	4	4	5	4	4	4	4
18	3	3	3	4	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
19	3	2	4	4	4	3	4	3	1	4	4	4	5	4	4	5	5	5	4	5	5	4	5	3
20	3	3	2	3	3	3	4	3	3	3	3	2	4	3	3	3	3	4	3	4	4	4	3	4
21	3	3	4	4	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	4	4	3	3	3
22	4	5	3	4	3	3	5	5	5	3	4	1	5	2	2	4	4	5	1	5	5	5	4	3
23	3	3	3	3	3	3	4	2	4	3	3	1	4	2	3	3	3	3	1	4	3	3	3	3
24	2	2	2	2	2	2	3	2	3	3	2	1	3	2	2	2	3	3	1	4	4	3	3	2
25	3	3	4	4	3	3	4	3	3	3	4	1	4	4	3	3	3	5	4	4	4	4	3	3
26	2	2	4	5	3	4	4	3	3	4	4	3	5	3	3	3	4	5	4	5	5	4	4	3
27	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	2	4	3	3	3	3	3	3	4	4	4	2	4
28	2	2	2	3	2	2	4	2	3	4	4	1	3	2	2	2	3	3	1	4	4	4	4	3
29	2	2	2	3	2	3	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	3	3	4	4	4	3	3
30	2	2	2	2	2	2	3	2	2	3	2	1	3	2	2	2	2	2	1	4	4	3	3	3
31	2	2	2	2	2	2	3	2	2	3	2	1	2	2	2	2	2	2	1	3	4	3	4	3
32	3	2	4	4	4	4	4	3	3	4	3	2	4	3	3	3	3	4	3	4	4	4	4	4

33	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	2	2	3	2	3	2	3	3	3	3	3
34	2	2	1	1	1	1	3	1	2	3	2	1	3	2	2	1	2	3	1	3	3	4	3	4
35	2	2	3	3	2	2	4	2	3	3	2	1	3	2	2	2	2	3	1	4	4	4	4	3
36	3	3	3	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	4	4	3	4	4	4	3	4
37	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	2	1	3	2	2	2	3	3	1	4	3	4	3	3
38	3	3	3	4	3	3	3	2	3	3	3	2	3	4	3	3	4	3	3	3	3	4	4	5
39	2	2	2	2	2	2	4	2	2	3	2	1	2	2	2	2	2	3	1	4	4	4	4	3
40	2	2	2	2	2	2	3	2	2	3	2	1	2	2	2	2	2	3	1	4	4	4	4	3
41	2	2	2	2	2	2	4	2	2	3	2	1	2	2	2	2	2	2	1	4	4	4	4	3
42	2	2	3	3	2	3	4	2	3	3	3	1	3	2	2	2	3	3	2	4	4	4	4	4
43	2	2	2	2	2	2	4	2	2	3	2	1	2	2	2	2	2	2	1	3	3	4	4	3
44	2	5	4	4	3	5	4	2	5	5	5	4	5	1	5	1	5	4	3	5	5	5	4	4
45	4	3	3	3	4	3	3	2	3	3	2	2	4	4	2	4	4	5	3	3	3	4	3	5
46	2	2	4	5	4	4	3	3	5	3	4	2	5	2	3	3	3	3	3	5	4	5	3	3
47	4	2	3	3	3	2	3	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	3	2	3	3	4	4	3
48	3	2	3	5	2	1	3	5	5	2	3	2	4	4	3	3	2	3	3	5	2	5	2	3
49	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	4	3	4	4	3
50	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	2	4	3	4	3	3
51	5	2	3	5	3	3	3	2	5	2	3	3	3	2	2	2	3	3	3	4	4	4	4	2
52	2	2	3	3	3	3	4	3	4	3	2	1	4	2	2	2	3	3	1	4	3	4	3	4
53	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	2	4	4	4	4	3
54	2	2	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	2	3	3	3	3	1	3	3	2	2	3
55	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	4	3	4	4	3	3	3
56	3	3	3	3	4	3	3	3	2	2	4	2	3	1	3	3	3	3	3	3	4	3	4	3
57	2	2	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	5	5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4
58	2	2	4	4	2	4	4	2	4	3	3	2	4	2	3	1	2	3	3	4	4	4	4	1
59	4	3	4	4	4	4	4	3	3	2	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
60	3	2	3	4	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	4	4	2
61	4	4	2	4	3	4	3	3	3	3	2	2	4	3	3	4	3	4	3	3	4	4	3	4
62	2	2	2	2	3	2	4	2	2	2	4	1	3	3	2	2	2	3	1	5	4	4	4	2
63	4	3	4	4	4	4	4	3	4	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
64	2	2	3	4	4	2	4	3	2	2	4	4	4	2	3	3	2	4	4	4	4	4	4	2
65	2	3	4	4	4	4	4	2	5	5	4	3	5	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	3
66	4	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	4	3	3	3	5	3	3	3	3	4	3	4

67	2	2	3	5	4	5	5	3	1	3	5	2	4	2	2	2	2	4	3	5	4	4	4	4
68	3	3	4	4	4	4	4	3	4	3	3	2	4	3	3	3	4	4	4	3	4	3	3	4
69	2	2	4	4	3	3	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	2	3	2	4	4	4	4	4
70	2	2	3	3	4	4	4	2	1	2	3	2	3	1	3	4	3	3	4	4	3	3	3	3
71	2	2	2	2	2	2	4	2	3	4	4	1	3	2	2	2	3	3	1	4	4	4	4	3
72	4	2	5	5	4	5	4	3	5	3	3	2	3	5	4	3	4	3	5	4	5	4	5	3
73	2	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	2	2	2	4	4	3	4	4	3	4	3
74	3	1	3	5	4	2	3	2	1	3	3	2	5	3	2	2	3	3	3	5	5	3	3	2
75	3	2	4	4	1	3	3	1	3	3	3	1	3	2	2	2	1	3	3	3	3	3	3	3
76	4	2	3	4	2	4	3	3	4	4	2	1	4	2	2	4	4	4	1	4	4	3	4	4
77	3	2	4	5	4	4	3	3	4	1	4	3	3	2	2	3	3	3	2	4	3	4	4	3
78	2	2	2	2	2	2	4	2	2	3	2	1	3	2	2	2	2	3	2	4	4	4	3	3
79	4	4	4	4	4	3	3	3	4	3	3	3	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
80	3	2	3	4	2	4	3	2	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	2	3	3	5	3	4
81	4	3	4	4	4	4	5	4	5	5	4	5	5	4	4	4	5	5	4	5	5	4	5	5
82	4	5	4	4	3	3	2	2	4	2	3	3	3	3	3	3	4	3	3	5	2	5	3	4
83	4	2	3	4	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	3	4	4	1	4	4	4	4	4
84	4	3	3	4	4	3	3	3	3	3	4	3	4	2	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4
85	2	2	3	3	3	3	4	2	4	2	2	2	3	2	3	3	3	3	1	3	3	2	1	4
86	2	2	3	3	3	2	3	2	3	2	2	1	3	2	2	2	2	3	1	3	3	4	2	3
87	4	2	4	4	4	4	4	2	4	3	3	1	4	4	3	2	4	4	1	5	5	5	4	3
88	2	2	3	4	3	3	3	3	3	2	2	1	4	2	2	1	3	4	2	4	3	4	2	4
89	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	2	3	2
90	4	2	3	5	4	3	3	3	4	4	4	4	3	4	4	3	4	2	4	4	4	4	4	3
91	3	2	4	4	3	3	3	3	4	2	4	1	4	3	3	3	4	4	2	3	4	4	2	3
92	4	5	4	3	3	3	3	2	3	3	3	2	4	3	2	2	2	4	2	5	5	5	4	3
93	3	5	3	3	3	3	3	2	3	2	2	1	3	3	3	2	2	3	1	4	3	3	3	1
94	3	2	3	3	3	4	3	3	3	4	4	3	2	3	3	2	2	2	2	3	3	4	4	3
95	3	4	3	3	3	3	4	3	3	4	4	3	4	3	3	2	3	4	1	4	4	4	4	4
96	3	2	4	4	3	3	4	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
97	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	4
98	3	4	3	4	4	4	4	3	5	3	5	4	5	4	4	4	3	3	5	3	5	4	5	4
99	4	2	3	3	2	3	4	2	3	2	3	2	4	3	3	2	3	4	1	4	4	4	3	3
100	4	2	3	4	3	3	4	4	3	3	2	3	5	5	3	4	3	2	1	4	4	5	4	3

101	4	2	3	3	3	3	2	2	3	2	3	1	4	3	3	2	2	3	1	4	4	4	2	3
102	4	2	4	4	4	2	4	2	2	2	3	2	4	2	2	2	3	4	3	4	4	4	3	5
103	3	2	3	3	4	4	3	2	3	3	4	3	4	1	3	3	4	4	2	3	3	4	3	3
104	4	4	3	4	3	2	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	4
105	3	3	4	5	2	3	3	2	5	3	3	1	4	4	3	3	5	5	4	5	5	5	5	3
106	3	2	3	5	4	4	2	3	1	2	3	3	3	2	3	2	3	3	1	4	3	4	3	4
107	3	3	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	3
108	4	2	5	5	4	4	4	4	3	2	2	1	5	2	2	2	2	3	1	4	3	4	3	5
109	3	3	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	3	4	3	4	3	4
110	3	2	5	5	3	2	4	4	4	5	4	3	3	4	3	3	5	3	5	3	5	4	4	3
111	2	3	4	4	2	4	5	2	5	2	3	2	4	2	3	3	3	2	3	4	5	3	4	2
112	1	4	3	5	3	4	4	3	5	3	4	4	4	3	5	2	3	4	5	4	2	5	4	3
113	3	2	2	4	3	4	4	4	2	4	5	3	4	3	4	4	2	5	5	5	5	5	5	3
114	4	2	3	4	3	4	5	3	5	5	3	2	3	3	3	3	5	4	4	3	5	3	3	4
115	3	2	3	4	3	3	3	2	3	3	3	3	4	2	3	2	2	3	2	3	3	4	3	3
116	3	3	3	3	3	3	3	3	5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	5
117	2	3	4	4	3	5	3	3	3	3	5	2	3	2	2	3	2	2	2	3	4	4	3	3
118	3	4	3	3	3	3	3	4	4	4	3	3	4	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4
119	3	3	3	3	3	2	3	3	2	2	3	3	4	4	3	2	3	3	2	4	3	4	2	4
120	3	2	5	5	5	5	3	5	5	5	5	4	5	4	4	3	5	5	4	4	2	5	3	3
121	3	2	2	4	3	2	4	3	4	3	3	2	4	3	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4
122	3	2	3	4	4	4	4	3	3	4	4	3	3	3	3	3	4	4	2	4	4	4	4	5
123	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	1	3	2	2	2	2	3	2	4	3	3	3	3
124	2	2	2	2	2	2	3	2	3	1	2	1	3	2	2	2	3	3	1	4	4	3	3	2
125	4	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	2	2	2	3	3	2	4	3	3	3	2

NO RESPONDEN	NAMA RESPONDEN	JENIS KELAMIN	USIA	PENDIDIKAN	PEKERJAAN	PERNIKAHAN	LAMA HD	LAMA HD	SKOR	KUALITAS HIDUP
1	Tn. H	LAKI-LAKI	22	SMA	SWASTA	TIDAK MENIKAH	1	<12 Bulan	72	BAIK
2	Tn. MID	LAKI-LAKI	79	SD	PENSIUNAN	DUDA	3	> 24 Bulan	65	BAIK
3	Ny. TKA	PEREMPUAN	54	SD	TIDAK BEKERJA	JANDA	3	> 24 Bulan	65	BAIK
4	Ny. HEN	PEREMPUAN	52	SD	IRT	MENIKAH	1	<12 Bulan	90	SANGAT BAIK
5	Ny. EV	PEREMPUAN	46	S1	PNS	JANDA	1	<12 Bulan	75	BAIK
6	Tn. LAP	LAKI-LAKI	46	SD	TIDAK BEKERJA	MENIKAH	1	<12 Bulan	73	BAIK
7	Ny. ERM	PEREMPUAN	44	SMA	IRT	MENIKAH	3	> 24 Bulan	76	BAIK
8	Tn. HAB	LAKI-LAKI	44	SMA	PNS	MENIKAH	1	<12 Bulan	75	BAIK
9	Tn. MT	LAKI-LAKI	36	SMA	SWASTA	MENIKAH	2	12-24 Bulan	74	BAIK
10	Ny. SAL	PEREMPUAN	47	SMA	IRT	MENIKAH	1	<12 Bulan	77	BAIK
11	Tn. YT	LAKI-LAKI	49	SMA	TIDAK BEKERJA	MENIKAH	1	<12 Bulan	65	BAIK
12	Tn. SY	LAKI-LAKI	62	SD	TIDAK BEKERJA	MENIKAH	1	<12 Bulan	81	SANGAT BAIK
13	Tn. ASW	LAKI-LAKI	45	SMA	PNS	DUDA	1	<12 Bulan	87	SANGAT BAIK
14	Tn. AGA	LAKI-LAKI	50	SMA	TIDAK BEKERJA	MENIKAH	1	<12 Bulan	67	BAIK
15	Ny. KIS	PEREMPUAN	38	SD	IRT	MENIKAH	1	<12 Bulan	72	BAIK
16	Tn. RAM	LAKI-LAKI	38	SD	PETANI	TIDAK MENIKAH	1	<12 Bulan	84	SANGAT BAIK
17	Ny. GR	PEREMPUAN	39	SMP	IRT	MENIKAH	2	12-24 Bulan	71	BAIK

18	Tn. JE	LAKI-LAKI	56	S1	SWASTA	MENIKAH	1	<12 Bulan	72	BAIK
19	Tn. AWS	LAKI-LAKI	29	S1	SWASTA	MENIKAH	1	<12 Bulan	96	SANGAT BAIK
20	Tn. AM	LAKI-LAKI	45	S1	PNS	MENIKAH	2	12-24 Bulan	75	BAIK
21	Tn. MAR	LAKI-LAKI	58	SMP	PETANI	MENIKAH	3	> 24 Bulan	73	BAIK
22	Ny. TW	PEREMPUAN	48	S1	PNS	JANDA	3	> 24 Bulan	84	SANGAT BAIK
23	Tn. YS	LAKI-LAKI	64	SMP	TIDAK BEKERJA	MENIKAH	3	> 24 Bulan	70	BAIK
24	Ny. NW	PEREMPUAN	57	TIDAK SEKOLAH	IRT	MENIKAH	3	> 24 Bulan	64	BAIK
25	Ny. SM	PEREMPUAN	43	SMP	IRT	MENIKAH	1	<12 Bulan	82	SANGAT BAIK
26	Tn. MS	LAKI-LAKI	38	S1	BUMN	MENIKAH	3	> 24 Bulan	93	SANGAT BAIK
27	Tn. EF	LAKI-LAKI	40	SMA	SWASTA	MENIKAH	2	12-24 Bulan	74	BAIK
28	Ny. EP	PEREMPUAN	56	SD	TIDAK BEKERJA	JANDA	1	<12 Bulan	70	BAIK
29	Tn. AGS	LAKI-LAKI	44	SMP	SWASTA	MENIKAH	3	> 24 Bulan	70	BAIK
30	Ny. LK	PEREMPUAN		SMP	TIDAK BEKERJA	JANDA	3	> 24 Bulan	60	SEDANG
31	Ny. MD	PEREMPUAN	62	SD	IRT	MENIKAH	3	12-24 Bulan	59	SEDANG
32	Tn. GRH	LAKI-LAKI	61	SMA	PENSIUNAN	MENIKAH	2	12-24 Bulan	83	SANGAT BAIK
33	Tn. ASN	LAKI-LAKI	43	SD	TIDAK BEKERJA	MENIKAH	3	> 24 Bulan	66	BAIK
34	Ny. MSH	PEREMPUAN	61	TIDAK SEKOLAH	PETANI	JANDA	2	12-24 Bulan	53	SEDANG
35	Tn. ADJ	LAKI-LAKI	71	SD	TIDAK BEKERJA	MENIKAH	3	> 24 Bulan	67	BAIK
36	Ny. MSA	PEREMPUAN	46	SD	IRT	MENIKAH	1	<12 Bulan	82	SANGAT BAIK

37	Ny.SYH	PEREMPUAN	65	TIDAK SEKOLAH	TIDAK BEKERJA	JANDA	2	12-24 Bulan	65	BAIK
38	Tn. ISH	LAKI-LAKI	71	SMA	TIDAK BEKERJA	MENIKAH	1	<12 Bulan	73	BAIK
39	Tn. RD	LAKI-LAKI	72	SD	TIDAK BEKERJA	MENIKAH	2	12-24 Bulan	63	BAIK
40	Tn. HER	LAKI-LAKI	57	D3	GURU	JANDA	2	12-24 Bulan	62	BAIK
41	Ny. TH	PEREMPUAN	62	SMA	PENSIUNAN	MENIKAH	3	> 24 Bulan	62	BAIK
42	Tn. AN	LAKI-LAKI	75	SMP	TIDAK BEKERJA	MENIKAH	2	12-24 Bulan	70	BAIK
43	Tn. MD	LAKI-LAKI	60	SD	NELAYAN	MENIKAH	3	> 24 Bulan	60	SEDANG
44	Ny. SW	PEREMPUAN	53	SMP	TIDAK BEKERJA	JANDA	1	<12 Bulan	91	SANGAT BAIK
45	Tn. RJ	LAKI-LAKI	37	S1	GURU	MENIKAH	1	<12 Bulan	73	BAIK
46	Tn. SI	LAKI-LAKI	39	SMA	SWASTA	MENIKAH	1	<12 Bulan	87	SANGAT BAIK
47	Ny. MY	PEREMPUAN	39	SMP	IRT	MENIKAH	1	<12 Bulan	64	BAIK
48	Tn. DY	LAKI-LAKI	20	SD	TIDAK BEKERJA	TIDAK MENIKAH	3	> 24 Bulan	77	BAIK
49	Tn. CH	LAKI-LAKI	66	SD	PENSIUNAN	MENIKAH	2	12-24 Bulan	73	BAIK
50	Tn. ZA	LAKI-LAKI	46	SMA	SWASTA	MENIKAH	2	12-24 Bulan	72	BAIK
51	Tn. SP	LAKI-LAKI	55	SMA	GURU	MENIKAH	2	12-24 Bulan	75	BAIK
52	Ny. KT	PEREMPUAN	58	SD	IRT	JANDA	3	> 24 Bulan	70	BAIK
53	Tn. SK	LAKI-LAKI	52	SMP	TIDAK BEKERJA	MENIKAH	1	<12 Bulan	74	BAIK
54	Ny. SR	PEREMPUAN	33	TIDAK SEKOLAH	IRT	MENIKAH	1	<12 Bulan	66	BAIK
55	Tn. Y	LAKI-LAKI	40	SD	PETANI	MENIKAH	1	<12 Bulan	74	BAIK

56	Ny. J	PEREMPUAN	40	SMP	IRT	MENIKAH	3	> 24 Bulan	71	BAIK
57	Tn. ED	LAKI-LAKI	45	SMP	NELAYAN	MENIKAH	1	<12 Bulan	84	SANGAT BAIK
58	Ny. ES	PEREMPUAN	67	SMP	IRT	MENIKAH	1	<12 Bulan	79	BAIK
59	Tn. AS	LAKI-LAKI	56	S1	PNS	MENIKAH	1	<12 Bulan	86	SANGAT BAIK
60	Ny. STI	PEREMPUAN	40	SMA	IRT	MENIKAH	3	> 24 Bulan	75	BAIK
61	Tn. HM	LAKI-LAKI	56	S2	PNS	MENIKAH	1	<12 Bulan	73	BAIK
62	Tn. MR	LAKI-LAKI	23	SMA	BUMN	TIDAK MENIKAH	2	12-24 Bulan	69	BAIK
63	Ny. LN	PEREMPUAN	57	SMP	IRT	MENIKAH	3	> 24 Bulan	88	SANGAT BAIK
64	Ny. ER	PEREMPUAN	31	S1	PNS	MENIKAH	2	12-24 Bulan	82	SANGAT BAIK
65	Tn. S	LAKI-LAKI	58	SMA	PENSIUNAN	DUDA	1	<12 Bulan	101	SANGAT BAIK
66	TN. SO	LAKI-LAKI	66	SMA	PENSIUNAN	MENIKAH	1	<12 Bulan	72	BAIK
67	Ny. DT	PEREMPUAN	53	S1	PENDETA	MENIKAH	1	<12 Bulan	82	SANGAT BAIK
68	Tn. ER	LAKI-LAKI	37	SMA	SWASTA	MENIKAH	3	> 24 Bulan	81	SANGAT BAIK
69	Tn. R	LAKI-LAKI	68	SMA	PENSIUNAN	MENIKAH	3	> 24 Bulan	72	BAIK
70	Ny. SU	PEREMPUAN	49	SMP	PNS	MENIKAH	1	<12 Bulan	73	BAIK
71	Tn. MRA	LAKI-LAKI	69	D3	TIDAK BEKERJA	MENIKAH	2	12-24 Bulan	69	BAIK
72	Ny. MA	PEREMPUAN	63	SD	IRT	JANDA	1	<12 Bulan	93	SANGAT BAIK
73	Ny. LL	PEREMPUAN	54	SMP	IRT	MENIKAH	3	> 24 Bulan	74	BAIK
74	Tn. ZAN	LAKI-LAKI	24	SMP	TIDAK BEKERJA	TIDAK MENIKAH	3	> 24 Bulan	77	BAIK

75	Tn. BA	LAKI-LAKI	65	TIDAK SEKOLAH	NELAYAN	MENIKAH	3	> 24 Bulan	64	BAIK
76	Tn. YL	LAKI-LAKI	62	S1	PENDETA	MENIKAH	2	12-24 Bulan	74	BAIK
77	Tn. AS	LAKI-LAKI	49	S1	TIDAK BEKERJA	MENIKAH	3	> 24 Bulan	78	BAIK
78	Tn. ATS	LAKI-LAKI	45	SD	PETANI	MENIKAH	3	> 24 Bulan	64	BAIK
79	Tn. DT	LAKI-LAKI	36	S1	PNS	MENIKAH	2	12-24 Bulan	85	SANGAT BAIK
80	Tn. JS	LAKI-LAKI	52	S1	SWASTA	MENIKAH	3	> 24 Bulan	70	BAIK
81	Ny. MT	PEREMPUAN	47	S1	PENDETA	MENIKAH	1	<12 Bulan	100	SANGAT BAIK
82	Ny. SM	PEREMPUAN	55	SMP	IRT	MENIKAH	1	<12 Bulan	72	BAIK
83	Ny. MI	PEREMPUAN	50	SMA	IRT	MENIKAH	2	12-24 Bulan	84	SANGAT BAIK
84	Ny. AD	PEREMPUAN	36	S1	IRT	MENIKAH	3	> 24 Bulan	77	BAIK
85	Tn. JK	LAKI-LAKI	48	SD	PETANI	TIDAK MENIKAH	2	12-24 Bulan	65	BAIK
86	Tn. SW	LAKI-LAKI	61	TIDAK SEKOLAH	PENSIUNAN	MENIKAH	2	12-24 Bulan	62	BAIK
87	Ny. AP	PEREMPUAN	54	SMP	IRT	MENIKAH	1	<12 Bulan	83	SANGAT BAIK
88	Tn. SO	LAKI-LAKI	54	SMA	TIDAK BEKERJA	MENIKAH	3	> 24 Bulan	68	BAIK
89	Tn. AM	LAKI-LAKI	57	SMA	PETANI	MENIKAH	3	> 24 Bulan	70	BAIK
90	Tn. OS	PEREMPUAN	39	SMP	IRT	MENIKAH	2	12-24 Bulan	86	SANGAT BAIK
91	Tn. LY	LAKI-LAKI	45	SMP	IRT	MENIKAH	2	12-24 Bulan	77	BAIK
92	Ny. HU	PEREMPUAN	54	SMA	PNS	MENIKAH	1	<12 Bulan	73	BAIK
93	Tn. SP	LAKI-LAKI	58	SMA	PENSIUNAN	MENIKAH	1	<12 Bulan	64	BAIK

94	Tn. SY	LAKI-LAKI	61	SMA	SWASTA	MENIKAH	2	12-24 Bulan	73	BAIK
95	Tn. MS	LAKI-LAKI	69	SMA	IRT	JANDA	3	> 24 Bulan	76	BAIK
96	Ny. SU	PEREMPUAN	57	SMA	IRT	MENIKAH	3	> 24 Bulan	77	BAIK
97	Tn. LS	LAKI-LAKI	53	TIDAK SEKOLAH	PETANI	MENIKAH	3	> 24 Bulan	48	SEDANG
98	Tn. KA	LAKI-LAKI	29	S1	SWASTA	MENIKAH	2	12-24 Bulan	91	SANGAT BAIK
99	Ny. HD	PEREMPUAN	57	SD	IRT	MENIKAH	1	<12 Bulan	71	BAIK
100	Tn. SR	LAKI-LAKI	40	SMP	SWASTA	TIDAK MENIKAH	2	12-24 Bulan	81	SANGAT BAIK
101	Tn. DD	LAKI-LAKI	47	SD	PETANI	MENIKAH	1	<12 Bulan	66	BAIK
102	Ny. JH	PEREMPUAN	52	SMA	SWASTA	MENIKAH	1	<12 Bulan	71	BAIK
103	Ny. YL	PEREMPUAN	33	SMA	IRT	MENIKAH	1	<12 Bulan	76	BAIK
104	Ny. AS	PEREMPUAN	51	SMA	IRT	MENIKAH	3	> 24 Bulan	65	BAIK
105	Tn. MA	LAKI-LAKI	65	SMP	TIDAK BEKERJA	MENIKAH	2	12-24 Bulan	88	SANGAT BAIK
106	Ny. MWH	PEREMPUAN	47	SD	IRT	JANDA	1	<12 Bulan	70	BAIK
107	Ny. MZ	PEREMPUAN	54	SD	IRT	JANDA	1	<12 Bulan	80	BAIK
108	Tn. RAS	LAKI-LAKI	52	SMA	SWASTA	MENIKAH	1	<12 Bulan	72	BAIK
109	Ny. NS	PEREMPUAN	47	SD	IRT	MENIKAH	3	> 24 Bulan	81	SANGAT BAIK
110	Ny. EF	PEREMPUAN	31	S1	IRT	MENIKAH	2	12-24 Bulan	91	SANGAT BAIK
111	Ny. DH	PEREMPUAN	67	SMP	IRT	JANDA	2	12-24 Bulan	80	BAIK
112	Ny. MI	PEREMPUAN	52	SMA	IRT	MENIKAH	2	12-24 Bulan	89	SANGAT BAIK

113	Ny. IN	PEREMPUAN	28	S1	PNS	MENIKAH	3	> 24 Bulan	92	SANGAT BAIK
114	Tn. REH	LAKI-LAKI	77	S1	TIDAK BEKERJA	MENIKAH	1	<12 Bulan	84	SANGAT BAIK
115	Tn. SG	LAKI-LAKI	60	SMA	SWASTA	MENIKAH	3	> 24 Bulan	71	BAIK
116	Tn. SRE	LAKI-LAKI	52	SMA	SWASTA	MENIKAH	1	<12 Bulan	72	BAIK
117	Tn. SFR	LAKI-LAKI	50	SMP	TIDAK BEKERJA	MENIKAH	3	> 24 Bulan	75	BAIK
118	Ny. DR	PEREMPUAN	52	SD	IRT	MENIKAH	1	<12 Bulan	78	BAIK
119	Tn. AX	LAKI-LAKI	62	S1	SWASTA	MENIKAH	1	<12 Bulan	69	BAIK
120	Tn. AF	LAKI-LAKI	39	S1	TIDAK BEKERJA	MENIKAH	3	> 24 Bulan	101	SANGAT BAIK
121	Ny. MI	PEREMPUAN	38	SMA	IRT	MENIKAH	2	12-24 Bulan	76	BAIK
122	Ny. LS	PEREMPUAN	59	SD	IRT	MENIKAH	1	<12 Bulan	82	SANGAT BAIK
123	Ny. PL	PEREMPUAN	47	TIDAK SEKOLAH	TIDAK BEKERJA	MENIKAH	2	12-24 Bulan	62	BAIK
124	Tn. AH	LAKI-LAKI	53	SMA	GURU	DUDA	1	<12 Bulan	62	BAIK
125	Tn. MK	LAKI-LAKI	62	SMP	SWASTA	MENIKAH	3	> 24 Bulan	68	BAIK

JENIS KELAMIN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	LAKI-LAKI	72	57.6	57.6	57.6
	PEREMPUAN	53	42.4	42.4	100.0
	Total	125	100.0	100.0	

USIA RESPONDEN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	4	3.2	3.2	3.2
	2	36	28.8	28.8	32.0
	3	72	57.6	57.6	89.6
	4	13	10.4	10.4	100.0
	Total	125	100.0	100.0	

TINGKAT PENDIDIKAN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	D3	2	1.6	1.6	1.6
	S1	22	17.6	17.6	19.2
	S2	1	.8	.8	20.0
	SD	28	22.4	22.4	42.4
	SMA	38	30.4	30.4	72.8
	SMP	26	20.8	20.8	93.6
	TIDAK SEKOLAH	8	6.4	6.4	100.0
	Total	125	100.0	100.0	

PEKERJAAN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	BUMN	2	1.6	1.6	1.6
	NELAYAN	3	2.4	2.4	4.0
	PENSIUNAN	9	7.2	7.2	11.2
	PETANI	9	7.2	7.2	18.4
	PNS	16	12.8	12.8	31.2
	SWASTA	22	17.6	17.6	48.8
	TIDAK BEKERJA	64	51.2	51.2	100.0

	Total	125	100.0	100.0	

STATUS PERNIKAHAN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	DUDA	4	3.2	3.2	3.2
	JANDA	15	12.0	12.0	15.2
	MENIKAH	99	79.2	79.2	94.4
	TIDAK MENIKAH	7	5.6	5.6	100.0
	Total	125	100.0	100.0	

KUALITAS HIDUP

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	BAIK	85	68.0	68.0	68.0
	SANGAT BAIK	35	28.0	28.0	96.0
	SEDANG	5	4.0	4.0	100.0
	Total	125	100.0	100.0	

LAMA MENJALANI HD

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	>12 BULAN	51	40.8	40.8	40.8
	12-24 BULAN	33	26.4	26.4	67.2
	>24 BULAN	41	32.8	32.8	100.0
	Total	125	100.0	100.0	

LAMA MENJALANI HD * KUALITAS HIDUP RESPONDEN Crosstabulation

			KUALITAS HIDUP RESPONDEN			
			SEDANG	BAIK	SANGAT BAIK	Total
LAMAMENJALANIHD	1	Count	0	33	18	51
		Expected Count	2.0	34.7	14.3	51.0
		% within LAMAMENJALANIHD	0.0%	64.7%	35.3%	100.0%
		% within KUALITAS HIDUP RESPONDEN	0.0%	38.8%	51.4%	40.8%
		% of Total	0.0%	26.4%	14.4%	40.8%
	2	Count	2	21	10	33

		Expected Count	1.3	22.4	9.2	33.0
		% within LAMAMENJALANIHD	6.1%	63.6%	30.3%	100.0%
		% within KUALITAS HIDUP RESPONDEN	40.0%	24.7%	28.6%	26.4%
		% of Total	1.6%	16.8%	8.0%	26.4%
	3	Count	3	31	7	41
		Expected Count	1.6	27.9	11.5	41.0
		% within LAMAMENJALANIHD	7.3%	75.6%	17.1%	100.0%
		% within KUALITAS HIDUP RESPONDEN	60.0%	36.5%	20.0%	32.8%
		% of Total	2.4%	24.8%	5.6%	32.8%
Total		Count	5	85	35	125
		Expected Count	5.0	85.0	35.0	125.0
		% within LAMAMENJALANIHD	4.0%	68.0%	28.0%	100.0%
		% within KUALITAS HIDUP RESPONDEN	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	4.0%	68.0%	28.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	6.821[a]	4	.146
Likelihood Ratio	8.789	4	.067
Linear-by-Linear Association	5.578	1	.018
N of Valid Cases	125		

a. 3 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.32.

Correlations

		LAMAMENJALANIHD	KUALITAS HIDUP RESPONDEN
LAMAMENJALANIHD	Pearson Correlation	1	-.212*
	Sig. (2-tailed)		.018
	N	125	125
KUALITAS HIDUP RESPONDEN	Pearson Correlation	-.212*	1
	Sig. (2-tailed)	.018	
	N	125	125

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Statistics Pearson

		DOMAIN_1	DOMAIN_2	DOMAIN_3	DOMAIN_4
N	Valid	125	125	125	125
	Missing	0	0	0	0
Mean		20.88	18.82	9.69	25.56
Std. Error of Mean		.240	.280	.172	.355
Median		21.00	19.00	9.00	25.00
Mode		20	18	9	24
Std. Deviation		2.678	3.130	1.919	3.972
Variance		7.171	9.797	3.684	15.781
Range		13	19	10	22
Minimum		15	9	5	15
Maximum		28	28	15	37
Sum		2610	2352	1211	3195

DOMAIN_1 FISIK

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	15	1	.8	.8	.8
	16	4	3.2	3.2	4.0
	17	8	6.4	6.4	10.4
	18	9	7.2	7.2	17.6
	19	13	10.4	10.4	28.0
	20	24	19.2	19.2	47.2
	21	22	17.6	17.6	64.8
	22	15	12.0	12.0	76.8
	23	9	7.2	7.2	84.0
	24	8	6.4	6.4	90.4
	25	4	3.2	3.2	93.6
	26	4	3.2	3.2	96.8
	27	1	.8	.8	97.6
	28	3	2.4	2.4	100.0
	Total	125	100.0	100.0	

DOMAIN_2 PSIKOLOGIS

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	9	1	.8	.8	.8
	11	1	.8	.8	1.6

	13	7	5.6	5.6	7.2
	15	2	1.6	1.6	8.8
	16	13	10.4	10.4	19.2
	17	15	12.0	12.0	31.2
	18	21	16.8	16.8	48.0
	19	20	16.0	16.0	64.0
	20	12	9.6	9.6	73.6
	21	9	7.2	7.2	80.8
	22	9	7.2	7.2	88.0
	23	8	6.4	6.4	94.4
	24	2	1.6	1.6	96.0
	25	2	1.6	1.6	97.6
	26	1	.8	.8	98.4
	27	1	.8	.8	99.2
	28	1	.8	.8	100.0
	Total	125	100.0	100.0	

DOMAIN_3 HUBUNGAN SOSIAL

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	5	1	.8	.8	.8
	6	2	1.6	1.6	2.4
	7	10	8.0	8.0	10.4
	8	22	17.6	17.6	28.0
	9	29	23.2	23.2	51.2
	10	20	16.0	16.0	67.2
	11	23	18.4	18.4	85.6
	12	8	6.4	6.4	92.0
	13	4	3.2	3.2	95.2
	14	4	3.2	3.2	98.4
	15	2	1.6	1.6	100.0
	Total	125	100.0	100.0	

DOMAIN_4 LINGKUNGAN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	15	1	.8	.8	.8
	18	1	.8	.8	1.6
	19	4	3.2	3.2	4.8

	20	6	4.8	4.8	9.6
	21	4	3.2	3.2	12.8
	22	9	7.2	7.2	20.0
	23	13	10.4	10.4	30.4
	24	18	14.4	14.4	44.8
	25	11	8.8	8.8	53.6
	26	11	8.8	8.8	62.4
	27	10	8.0	8.0	70.4
	28	12	9.6	9.6	80.0
	29	5	4.0	4.0	84.0
	30	7	5.6	5.6	89.6
	31	4	3.2	3.2	92.8
	32	3	2.4	2.4	95.2
	33	1	.8	.8	96.0
	34	1	.8	.8	96.8
	35	2	1.6	1.6	98.4
	37	2	1.6	1.6	100.0
	Total	125	100.0	100.0	

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Unstandardized Residual
N		125
Normal Parameters[a,b]	Mean	.0000000
	Std. Deviation	9.53035521
Most Extreme Differences	Absolute	.092
	Positive	.092
	Negative	-.040
Test Statistic		.092
Asymp. Sig. (2-tailed)		.011[c]
Exact Sig. (2-tailed)		.222
Point Probability		.000

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

c. Lilliefors Significance Correction.

RIWAYAT HIDUP

Penulis dilahirkan di Lembang Garassik, Kecamatan Gandangbatu Sillanan, Kabupaten Tana Toraja, Propinsi Sulawesi Selatan pada tanggal 19 September 1987. Ayah Alm. Simon Sonda dan Ibu Debora Sampe.Tahun 2023 penulis lulus dari Program Studi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Borneo Tarakan (UBT).

Selama mengikuti perkuliahan penulis merupakan seorang perawat yang bertugas sebagai perawat pelaksana di Ruang *HD* di RSUD dr. H. Jusuf SK Tarakan selama 5 tahun. Penulis juga aktif sebagai anggota dalam organisasi profesi DPW PPNI Kota Tarakan.