

**GAMBARAN KUALITAS HIDUP PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK
YANG MENJALANI HEMODIALISIS DI RSUD PROVINSI NTB TAHUN**

2019

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Kepada Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Mataram
Sebagai Syarat Memperoleh Gelar Ahli Madya Farmasi



**PROGRAM STUDI D3 FARMASI
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MATARAM**

2019

HALAMAN PERSETUJUAN
GAMBARAN KUALITAS HIDUP PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK
YANG MENJALANI HEMODIALISIS DI RSUD PROVINSI NTB TAHUN
2019

Disusun Oleh :

RIKA YULIANTI

516020055

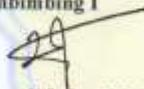
Telah memenuhi persyaratan dan Disetujui Untuk Mengikuti Ujian
Hasil Penelitian pada Program Studi DIII Fakultas Ilmu
Kesehatan Universitas Muhammadiyah Mataram

Hari/Tanggal : Jum'at, 23 Agustus 2019

Menyetujui

Pembimbing I

Pembimbing II


(Dzun Harvadi Itiqo, M. Sc., Apt)


(Alvy Kusuma Wardani, M.Farm., Apt)

NIDN.0822088101

NIDN. 0326089001

Mengetahui,

Ketua Program Studi DIII Farmasi
Universitas Muhammadiyah Mataram


(Baiq Leny Nopitasari, M.Farm., Apt)

NIDN : 0807119001

HALAMAN PENGESAHAN

GAMBARAN KUALITAS HIDUP PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK
YANG MENJALANI HEMODIALISIS DI RSUD PROVINSI NTB TAHUN
2019

Disusun Oleh:

RIKA YULIANTI

NIM: 516020055

Telah Dipertahankan Di Depan Dewan Penguji Dan Dinyatakan Memenuhi Syarat,

Hari/Tanggal: Jum'at, 23 Agustus 2019

Dewan Penguji:

Tanda Tangan

1. Dzun Haryadi Ittifo, M. Sc., Apt (.....)
Ketua Tim Penelitian
2. Baiq Nurbaety, M.Sc., Apt (.....)
Penguji I
3. Alvi Kusuma Wardani, M.Farm., Apt (.....)
Penguji II

Mengesahkan
Universitas Muhammadiyah Matararam
Fakultas Ilmu Kesehatan
Nurul Chyza, M.Farm.Klin., Apt
NIDN. 0827108402

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Rika Yulianti

NIM : 516020055

Program Studi : DIII-Farmasi

Fakultas : Ilmu Kesehatan

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan belum diajukan dalam bentuk apapun kepada perguruan tinggi manapun. Sumber informasi yang berasal atau dikutip dari karya yang diterbitkan maupun tidak diterbitkan dari penulis lain telah disebutkan dalam teks dan tercantum dalamDaftar Pustaka dibagian akhir Karya Tulis Ilmiah ini.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut

Mataram, 23 Agustus 2019

Yang membuat pernyataan



Rika Yulianti

516020055

MOTTO

- Tidak ada kata menyerah sebelum bertanding
- Lebih baik mencoba daripada tidak samasekali
- Kesempatan hanya datang satu kali, begitu juga kepercayaan
- Ikhtiar menuju tawakal, dan berakhir keterharuan atas kesabaran
- Keberhasilan tidak datang secara tiba-tiba, tapi karena usaha dan kerja keras



KATA PERSEMBAHAN

Assalamualaikum Warahmatullahi wabarakatuh, Sujud Syukurku kusembahkan kepadamu ya Allah, Tuhan yang maha agung dan maha Tinggi. Atas takdirmu saya bisa menjadi pribadi yang bepikir, berilmu, beriman dan bersabar. Semoga keberhasilan ini menjadi satu langkah awal untuk masa depanku, dalam meraih cita-cita saya.

Dengan ini saya persembahkan karya ini untuk...

- Ayahanda dan ibunda tercinta
Apa yang saya dapatkan hari ini, belum mampu membayar semua kebaikan, keringat, dan juga air mata bagi saya. Terima kasih atas segala doa dan dukungan kalian yang tak berkesudahan.
- Kakak dan adik tercinta
Untuk kakaku Aden dan adikku Desti, tiada waktu yang paling berharga dalam hidup selain menghabiskan waktu dengan kalian. Walaupun saat dekat kita sering bertengkar, tapi saat jauh kita saling merindukan. Terimakasih atas bantuan semangat dari kalian.
- Untuk yang kusayangi dan yang kuhormati para dosenku, dosen pembimbingku. Untuk pak dzun haryadi ittiqo, M.Sc., Apt dan ibu Alvi Kusuma Wardani M.farm., Apt terimakasih banyak atas bimbingan, saran dan motivasi yang telah diberikan kepada saya, maaf sudah banyak merepotkan. Serta dosen yang kuhormati terimakasih sudah selalu mendukung mahasiswanya. Tetap semangat pengabdianya akan terus menyala hingga ujung usia.
- Sahabat dan seluruh teman di kampus tercinta
Tanpa kalian mungkin masa-masa kuliah saya akan menjadi biasa-biasa saja, maaf jika banyak salah dengan maaf yang tak terucap. Terimakasih untuk support yang luar biasa.

**GAMBARAN KUALITAS HIDUP PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK
YANG MENJALANI HEMODIALISIS DI RSUD PROVINSI NTB TAHUN
2019**

Rika yulianti¹, Dzun Haryadi Ittiqo², Alvi Kusuma Wardani²

Program Studi DIII Farmasi, Universitas Muhammadiyah Mataram

Email: Rikayulianti210797@gmail.com

Abstrak

Gagal ginjal kronis (GGK) adalah gangguan fungsi ginjal yang progresif dan tidak dapat pulih kembali, dimana tubuh tidak mampu memelihara metabolisme dan gagal memelihara keseimbangan dan elektrolit yang berakibat pada peningkatan ureum. Salah satu tindakan yang dilakukan pada pasien dengan penyakit gagal ginjal kronik adalah hemodialisis. Terapi hemodialisis cukup berdampak pada kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis di RSUD Provinsi NTB. Penelitian ini termasuk penelitian deskriptif dengan pendekatan *cross sectional*. Besar sampel pasien sebanyak 30 responden dengan teknik sampling menggunakan *Non Probability Sampling* yaitu *Consecutive* sampling. Pengukuran kualitas hidup menggunakan kuesioner KDQOL SF 36. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis sebagian besar memiliki kualitas hidup sedang sebanyak 11 orang (36,67%) dan 19 orang (63,33%).

Kata Kunci: gagal ginjal kronik, hemodialisis, kualitas hidup.

The Description of Life Quality of Patients With Chronic Renal Failure And Under Hemodialysis Treatment in General Hospital of Provinsi NTB

Rika yulianti¹, Dzun Haryadi Ittiqo², Alvi Kusuma Wardani²

Program Studi DIII Farmasi, Universitas Muhammadiyah Mataram

Email: Rikayulianti210797@gmail.com

ABSTRACT

Chronic kidney failure (GGK) is a progressive disruption of kidney function and cannot be recovered, where the body is unable to maintain metabolism and fails to maintain balance and electrolytes which result in increased urea. One of the actions taken in patients with chronic kidney failure is hemodialysis. Hemodialysis therapy has quite an impact on the quality of life of patients with chronic kidney failure. This study aims to analyze the quality of life of chronic renal failure patients undergoing hemodialysis in the NTB Provincial Hospital. This research is a descriptive study with a cross sectional approach. The sample size of patients was 30 respondents with a sampling technique using Non-Probability Sampling, namely Consecutive sampling. Measurement of quality of life using the KDQOL SF 36 questionnaire. The results of this study indicate that patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis mostly have a moderate quality of life of 11 people (36.67%) and 19 people (63.33%).

Keywords : Chronic Renal Failure, Hemodialysis, Life Quality.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT atas segala rahmat dan hidayahnya, proposal dengan judul “Gambaran Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang menjalani Hemodialisis Di RSUD Provinsi NTB tahun 2019” dapat terselesaikan Karya Tulis Ilmiah ini berkat bantuan, bimbingan, dan dorongan dari berbagai pihak. Untuk itu, penulis menyampaikan ucapan terimakasih kepada :

1. Nurul Qiyaam, M.Farm Klin., Apt, selaku dekan fakultas ilmu kesehatan universitas muhammadiyah mataram atas izin yang diberikan kepada program studi diploma III farmasi untuk melaksanakan penelitian karya tulis ilmiah.
2. Dzun Haryadi Ittiqo, M.Sc., Apt, selaku wakil dekan I fakultas ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Mataram. Sekaligus pembimbing I penyusunan proposal penelitian yang dengan sepenuh hati telah mendukung, membimbing dan mengarah kanpenulis mulai dari perencanaan penulisan sampai penyelesaian laporan hasil penelitian.
3. Baiq Leny Nopitasari, M.Farm, Apt, selaku Ketua Program Studi Diploma III Farmasi Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Mataram.
4. Alvi Kusuma Wardani, M. Farm., Apt, selaku pembimbing II penyusunan proposal penelitian yang dengan sepenuh hati telah mendukung, membimbing dan mengarahkan penulis mulai dari perencanaan penulisan sampai penyelesaian proposal hasil penelitian.

5. Baiq Nurbaety, M.Sc., Apt, selaku penguji yang telah banyak meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan dan masukan kepada penulis.
6. Orang tua yang selalu mendukung dan memberikan motivasi kepada saya.
7. Teman-teman Farmasi yang telah membantu dalam pelaksanaan dan penyusunan proposal ini

Penulis menyadari bahwa penulisan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh sebab itu penulis berharap kritik dan saran untuk kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Akhirnya penulis berharap semoga Karya Tulis Ilmiah yang sederhana ini dapat bermanfaat bagi penulis khususnya pembaca pada umumnya. Aamiin YaRobbalAlamin.. Taqabbalallahu MinnaWaminkumTaqabbal YaKarim.

Mataram, Agustus 2019

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGASAHAN.....	iii
MOTTO	iv
KATA PENGATAR.....	v
KATA PERSEMBAHAN	vi
ABSTRAK	vii
ABSTRACT	viii
KATA PENGANTAR.....	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xiv
DAFTAR GAMBAR.....	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.4 Manfaat Penelitian	4
1.5 Keaslian Penelitian.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1 Anatomi Ginjal.....	7
2.2 Fisiologi Ginjal.....	8
2.3 Penyakit Pada Ginjal	10
2.3.1 Definisi Gagal Ginjal	10
2.3.2 Klasifikasi.....	11
2.3.3 Etiologi	12
2.3.4 Faktor Resiko.....	12
2.3.5 Patofisiologi.....	14
2.4 Hemodialisis.....	17
2.4.1 Definisi.....	17

2.4.2	Tujuan Dan Prinsip Kerja Hemodialisis	17
2.4.3	Komplikasi Hemodialisis	29
2.4.4	Proses Hemodialisis	20
2.5	Kualitas Hidup	21
2.5.1	Definisi Kualitas Hidup.....	21
2.5.2	Penilaian Kualitas Hidup.....	21
2.5.3	Validitas dan Reliabilitas	22
2.5.4	Aspek-aspek Kualitas Hidup.....	23
2.6	Kerangka Teori.....	25
BAB III METODE PENELITIAN		26
3.1	Desain Penelitian.....	26
3.2	Tempat dan Waktu Penelitian	26
3.3	Populasi Dan Sampel Penelitian	26
3.5.1	Populasi Penelitian.....	26
3.5.2	Sampel Penelitian.....	26
3.4	Kriteria Inklusi dan Eksklusi.....	27
3.6.1	Kriterian Inklusi.....	27
3.6.2	Kriteria Eksklusi	27
3.6.3	Teknik pengambilan sampel	27
3.5	Defenisi Operasional	28
3.6	Instrumen Penelitian.....	38
3.7	Teknik pengumpulan data	29
3.8	Jenis Dan Sumber Data	29
3.9	Pengelolaan Data.....	29
3.10	Metode Analisis Data.....	30
3.11	Alur Penelitian	31
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....		32
4.1	karakteristik Pasien	32
4.1.1	Jenis Kelamin	33
4.1.2	Usia.....	33

4.2 Kualitas Hidup Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisis Di RSUD Provinsi NTB Tahun 2019	34
4.4 Keterbatasan Penelitian.....	40
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	41
5.1 Kesimpulan	41
5.2 Saran	41

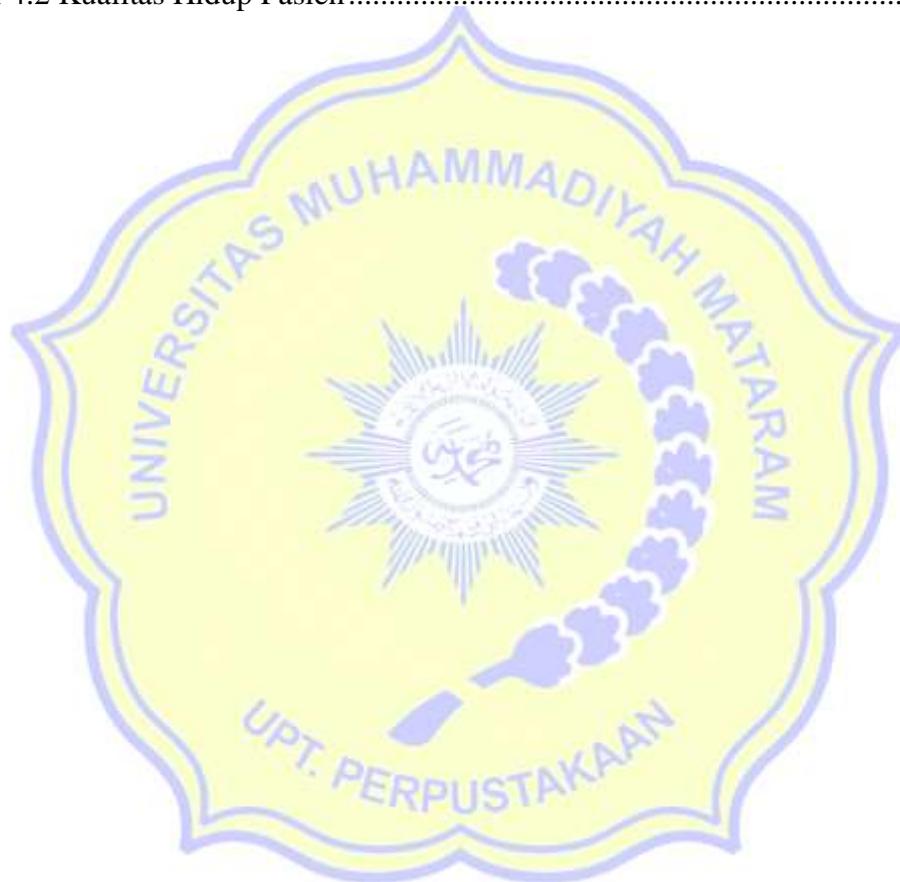
DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN-LAMPIRAN



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Klasifikasi Gagal Ginjal Kronik	12
Tabel 3.1 Definisi Operasional	29
Tabel 3.2 skor dari kuisioner SF-36	40
Tabel 3.3 jumlah rata-rata dari delapan subvariabel	41
Tabel 4.1 karakteristik pasien	32
Tabel 4.2 Kualitas Hidup Pasien	35



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Ginjal.....	7
Gambar 2.2 Proses Hemodialisis	18
Gambar 2.3 Kerangka Teori.....	25
Gambar 3.1 Alur Penelitian.....	31



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Mohon data dan Informasi Penelitian

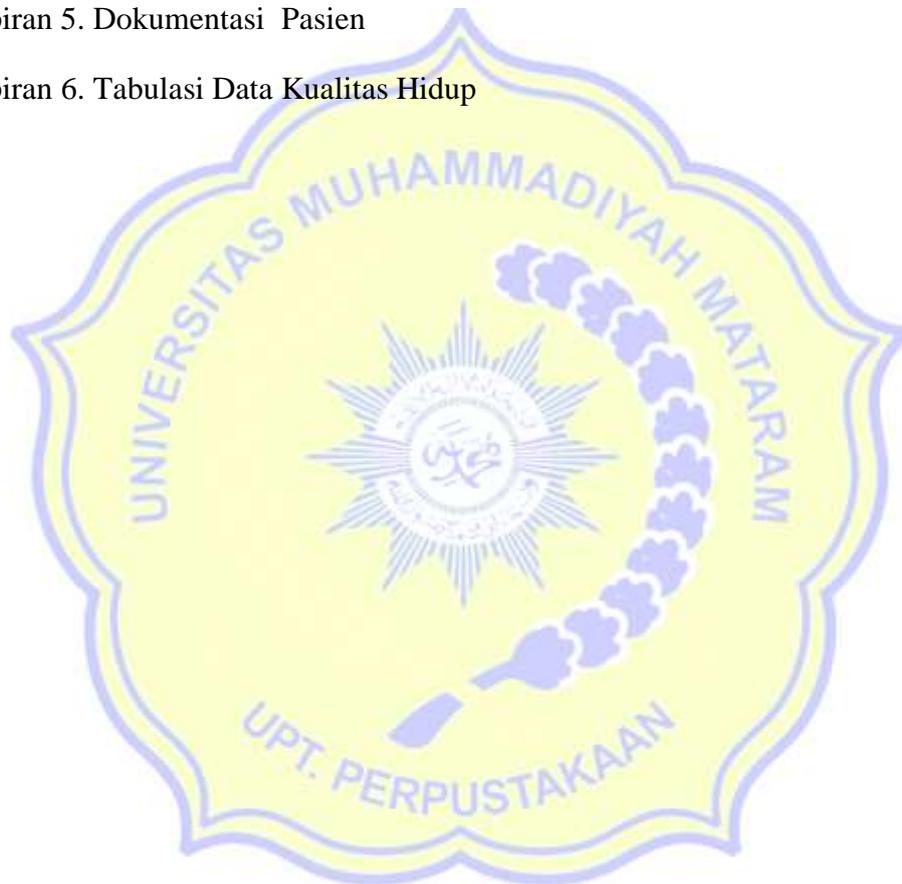
Lampiran 2. Izin Pengambilan Data

Lampiran 3. *Infomed Consen*

Lampiran 4. Kuisisioner Kualitas Hidup SF-36

Lampiran 5. Dokumentasi Pasien

Lampiran 6. Tabulasi Data Kualitas Hidup



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gagal ginjal kronis (GGK) adalah gangguan fungsi ginjal yang progresif dan tidak dapat pulih kembali, dimana tubuh tidak mampu memelihara metabolisme dan gagal memelihara keseimbangan dan elektrolit yang berakibat pada peningkatan ureum. Pada pasien gagal ginjal kronik mempunyai karakteristik bersifat menetap, tidak bisa disembuhkan dan memerlukan pengobatan berupa transplantasi ginjal, dialisis peritoneal, hemodialisis dan rawat jalan dalam jangka waktu yang lama (Black, 2014)

Kasus gagal ginjal kronik laporan *The United State Renal Data System* (USRDS 2013) menunjukkan prevalensi penderita gagal ginjal kronik di Amerika Serikat pada tahun 2011 sebesar 1.901 per 1 juta penduduk. Badan Kesehatan Dunia (WHO) secara global mengatakan lebih dari 500 juta orang mengalami penyakit gagal ginjal kronik, sedangkan menurut WHO di Indonesia terjadi peningkatan pasien dengan penyakit ginjal sebesar 41,4% antara tahun 1995-2025. Prevalensi penyakit gagal ginjal kronik berdasarkan yang pernah didiagnosis dokter di Indonesia sebesar 0,2% (Kemenkes RI, 2013). Jumlah pasien yang mengalami gagal ginjal kronik dengan terapi hemodialisis pada Rumah Sakit Umum Provinsi NTB pada tahun 2018 yaitu 4.522 orang yang rawat jalan.

Hemodialisis adalah suatu bentuk tindakan pertolongan dengan menggunakan alat dialyzer yang bertujuan untuk menyaring dan membuang sisa produk metabolisme toksik yang seharusnya dibuang oleh ginjal .

hemodialisis merupakan terapi utama selain transplantasi ginjal pada orang-orang dengan gagal ginjal kronik (Rahman 2013). Hemodialisis dapat menurunkan risiko kerusakan organ-organ vital lainnya dan akumulasi zat toksik dalam sirkulasi darah, tetapi hemodialisis tidak dapat mengembalikan fungsi ginjal secara permanen (Muttaqin & Sari, 2011).

Supriyadi (2011) dan Rizky (2013), menyatakan proses hemodialisis yang lama pada pasien gagal ginjal kronik akan menimbulkan stress fisik, pasien akan mengalami kelelahan, sakit kepala, dan keluar dingin akibat tekanan darah yang menurun. Selain itu gagal ginjal kronik juga mengakibatkan terjadinya penurunan fungsi ginjal dalam proses eritropoesis yang dapat menyebabkan anemia, terjadinya hipertensi, dan edema sehingga hal tersebut juga akan mempengaruhi keadaan psikologis, gangguan proses berfikir dan konsentrasi serta gangguan dalam hubungan sosial yang berdampak pada segi fisik, mental, dan sosial. Terapi hemodialisis cukup berdampak pada kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik.

Kualitas hidup merupakan keadaan dimana seseorang mendapatkan kepuasan atau kenikmatan dalam kehidupan sehari-hari. Kualitas hidup tersebut menyangkut kesehatan fisik, nyeri pada tubuh, dan persepsi tentang kesehatan. Kesehatan mental itu sendiri dapat dinilai dari fungsi sosial, dan keterbatasan peran emosional (WHO 2012).

Kualitas hidup gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisa masih merupakan masalah yang menarik perhatian para profesional kesehatan. Hasil penelitian Ibrahim (2019) menunjukkan bahwa 57,2% pasien

yang menjalani hemodialisa mempersepsikan kualitas hidupnya pada tingkat rendah dengan kondisi fisik merasa kelelahan, kesakitan dan sering gelisa, pada kondisi psikologis pasien tidak memiliki motivasi untuk sembuh, secara hubungan sosial dan lingkungan pasien menarik diri dari aktifitas di masyarakat dan 42,9% pada tingkat tinggi. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa kualitas hidup penderita GGK dalam tingkat rendah akan tetapi ada hampir dari setengah dari penderita yang tetap mempunyai kualitas hidup dalam kategori tinggi walaupun sedang menjalani terapi hemodialisa.

Pengukuran kualitas hidup dapat digunakan sebagai dasar perencanaan suatu program penatalaksanaan, monitoring kemajuan klinis dan hasil atau beban bagi pasien, keluarga dan lingkungan sekitar. Penelitian mengenai kualitas hidup belum banyak dilakukan. Hal ini menarik peneliti untuk melakukan penelitian lebih lanjut mengenai masalah tersebut.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah tersebut, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah: “ Bagaimana kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis di RSUD Provinsi NTB.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini dilakukan bertujuan untuk menganalisis kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis di RSUD Provinsi NTB.

1.3.2 Tujuan Khusus

Menganalisa Kualitas Hidup pasien dilihat dari dimensi

1.4 Manfaat penelitian

a. Bagi institusi pendidikan

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi institusi pendidikan khususnya bagi Program Diploma 3 Farmasi Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Mataram sebagai referensi untuk penelitian-penelitian selanjutnya.

b. Bagi Responden

Diharapkan penelitian ini bisa menambah pengetahuan masyarakat terhadap kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis.

1.5 Keaslian Penelitian

Terdapat beberapa penelitian yang membahas topik yang hampir sama yaitu:

Berdasarkan penelitian Dewi Sari Mulia dengan judul “ Kualitas Hidup Gagal Ginjal Kronis Yang Menjalani Hemodialisis Di RSUD Dr. Doris Sylvanus Palangka Raya. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui kualitas hidup pasien GJK yang menjalani terapi hemodialisis di RSUD dr. Doris Sylvanus Palangka Raya. Penelitian ini menggunakan

metode kuantitatif univariat dengan pendekatan deskriptif. Data dikumpulkan dengan menggunakan kuesioner yang diadopsi dari *World Health Organization Quality of Life (WHOQoL)-BREF* yang berisi 26 item pertanyaan yang meliputi empat dimensi yaitu fisik, psikologis, lingkungan dan sosial. Sampel yang digunakan dalam penelitian ini sebanyak 30 orang. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kualitas hidup pasien untuk domain fisik dan psikologis termasuk dalam kategori sedang, sedangkan domain lingkungan dan sosial termasuk kategori baik.

Berdasarkan penelitian Abdul Wakhid dengan judul “Hubungan Antara Lamanya Hemodialisis Dengan Kualitas Hidup Pasien Penyakit Ginjal Kronik Di RSUD Cut Meutia”. Tujuan dari Penelitian ini untuk menganalisis hubungan antara lamanya HD dengan kualitas hidup. Jenis penelitian ini adalah observasi analitik dengan pendekatan *cross sectional* sampel dalam penelitian ini yaitu pasien PGK yang menjalani HD di RSUD Cut Meutia Kabupaten Aceh Utara tahun 2015 dengan teknik pengambilan sampel *total sampling* dan pengumpulan data berdasarkan hasil wawancara menggunakan kuisisioner WHOQOL BREF.).

Berdasarkan penelitian Suwanti Dengan judul “Gambaran Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronis Yang Menjalani Terapi Hemodial. Tujuan penelitian untuk mengetahui gambaran kualitas hidup pada pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa di RSUD Ambarawa. Metode penelitian menggunakan metode deskriptif dengan populasi 81 respondendan jumlah sampel 41 responden diambil

menggunakan metode *accidental sampling*. Alat pengambilan data menggunakan skala kualitas hidup dari WHOQOL-BREF. Analisa data menggunakan analisis univariat.

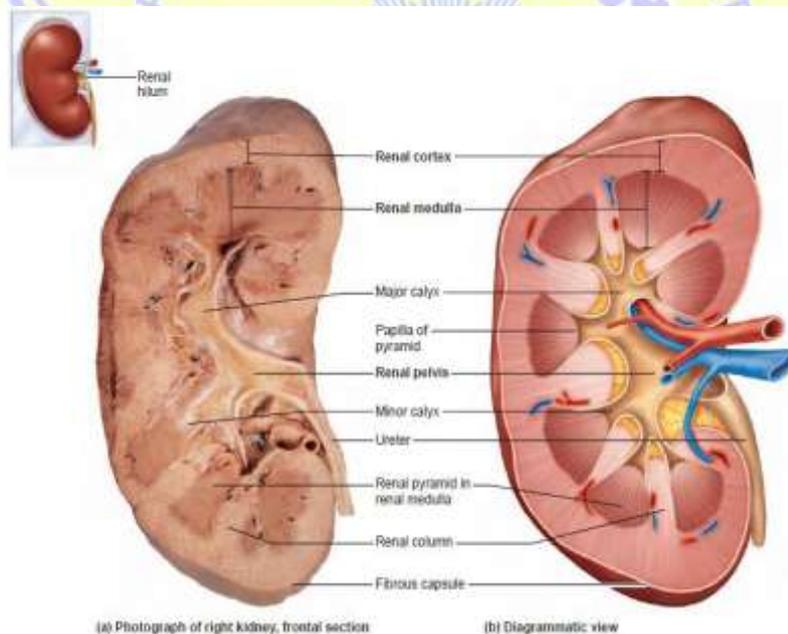


BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Anatomi Ginjal

Posisi retroperitoneal (diantara dinding dorsal tubuh dan parietal peritonium) di bagian atas dari *lumbar*, menjangkau sekitar T12 ke L3. Ginjal dilindungi oleh bagian bawah tulang rusuk. Ginjal orang dewasa memiliki massa sekitar 150 g (5 ons) dan rata-rata panjangnya 12 cm, lebar 6 cm, dan tebal 3 cm. Permukaan lateral cembung sedangkan permukaan medial cekung dan memiliki celah vertikal yang disebut hilus ginjal. Hilus ginjal mengarah ke dalam ruang internal dalam ginjal yang disebut sinus ginjal (Marieb dan Hoehn, 2012). Organ ginjal memiliki bentuk seperti kacang dan berada pada



Gambar 2.1 Anatomi ginjal (Marieb dan Hoehn, 2012)

Ginjal terdiri atas 2 bagian yaitu bagian luar yang disebut korteks dan bagian dalam yang disebut medulla. Korteks berwarna merah kecoklatan dan

memiliki granula. Semua glomeruli, tubulus, saluran pengumpul terletak pada korteks. Medulla memiliki warna yang terang dan terlihat memiliki lurik yang dihasilkan dari susunan parallel lengkung henle, medula saluran pengumpul, dan pembuluh darah medula. Medulla dibagi menjadi 2 bagian yaitu medula luar yang terletak dekat dengan korteks, dan medulla dalam yang terletak jauh dari korteks. Ginjal manusia memiliki 8-10 lobus, masing-masing lobus terbentuk dari piramida jaringan medulla dan jaringan korteks yang menutupi sisi-sisinya. Ujung piramida medulla membentuk papilla ginjal (Rhoades dan Bell, 2009). Tubulus ginjal dan glomerulus terdiri atas unit terkecil yang disebut nefron. Ginjal memiliki ukuran yang bervariasi begitu juga jumlah nefron yang ada didalamnya. Ginjal manusia memiliki sekitar 1,3 juta nefron (Barret *et al.*, 2010).

2.2 Fisiologi Ginjal

Ginjal menjalankan fungsi yang vital sebagai pengatur volume dan komposisi kimia darah dan lingkungan dalam tubuh dengan mengekskresikan zat terlarut dan air secara selektif. Fungsi vital ginjal dicapai dengan filtrasi plasma darah melalui glomerulus dengan reabsorpsi sejumlah zat terlarut dan air dalam jumlah yang sesuai di sepanjang tubulus ginjal. Kelebihan zat terlarut dan air di ekskresikan keluar tubuh dalam urin melalui sistem pengumpulan urin (Price dan Wilson, 2012).

Menurut Sherwood (2011), ginjal memiliki fungsi yaitu:

- a. Mempertahankan keseimbangan H₂O dalam tubuh.
- b. Memelihara volume plasma yang sesuai sehingga sangat berperan dalam pengaturan jangka panjang tekanan darah arteri.

- c. Membantu memelihara asam basa dalam tubuh
- d. Mengekskresikan produk-produk sisa metabolisme tubuh
- e. Mengekskresikan senyawa asing seperti obat-obatan.
- f. Mengeluarkan (mengekskresikan) produk-produk akhir (sisa) metabolisme tubuh misalnya ureum, kreatinin dan asam urat. Jika dibiarkan menumpuk maka bahan-bahan sisa ini menjadi racun, terutama bagi otak.
- g. Mengeluarkan banyak senyawa asing, misalnya obat, aditif makanan, pestisida, dan bahan eksogen non-nutritif lain yang masuk ke tubuh.
- h. Menghasilkan eritropoietin, suatu hormon yang merangsang produksi sel darah merah (Sherwood, 2012)

Ginjal mendapatkan darah yang harus disaring dari arteri. Ginjal kemudian akan mengambil zat-zat yang berbahaya dari darah. Zat-zat yang diambil dari darah pun diubah menjadi urin. Urin lalu akan dikumpulkan dan dialirkan ke ureter. Setelah ureter, urin akan ditampung terlebih dahulu di kandung kemih. Bila orang tersebut merasakan keinginan berkemih dan keadaan memungkinkan, maka urin yang ditampung dikandung kemih akan di keluarkan lewat uretra (Sherwood, 2011).

Tiga proses utama akan terjadi di nefron dalam pembentukan urin, yaitu filtrasi, reabsorpsi, dan sekresi. Pembentukan urin dimulai dengan filtrasi sejumlah besar cairan yang hampir bebas protein dari kapiler glomerulus ke kapsula Bowman. Kebanyakan zat dalam plasma, kecuali protein, di filtrasi secara bebas sehingga konsentrasinya pada filtrat glomerulus dalam kapsula bowman hampir sama dengan plasma. Awalnya zat akan difiltrasi secara

bebas oleh kapiler glomerulus tetapi tidak difiltrasi, kemudian di reabsorpsi parsial, reabsorpsi lengkap dan kemudian akan dieksresi (Sherwood, 2011).

2.3 Penyakit pada ginjal

2.3.1 Definisi

Gagal ginjal merupakan suatu keadaan klinis yang ditandai dengan penurunan fungsi ginjal yang ireversibel pada suatu derajat dimana memerlukan terapi pengganti ginjal yang tetap, berupa dialisis atau transplantasi ginjal. Salah satu sindrom klinik yang terjadi pada gagal ginjal adalah uremia. Hal ini disebabkan karena menurunnya fungsi ginjal (Sudoyo, 2009).

Gagal ginjal dibagi menjadi 2 golongan, yaitu:

- a. Penyakit Ginjal Kronik (PGK) adalah suatu proses patofisiologi dengan etiologi yang beragam, mengakibatkan penurunan fungsi ginjal yang progresif dan pada umumnya berakhir dengan gagal ginjal. Selanjutnya gagal ginjal adalah suatu keadaan klinis yang ditandai dengan penurunan fungsi ginjal yang *ireversibel* pada suatu saat yang memerlukan terapi pengganti ginjal yang tetap berupa dialisis atau transplantasi ginjal (Suwitra, 2009). Dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit, menyebabkan uremia (Sartika, R. W. 2014).
- b. Penyakit Ginjal Akut (PGA) adalah suatu keadaan klinis yang ditandai dengan penurunan fungsi ginjal secara mendadak dengan akibat terjadinya peningkatan hasil metabolit. (Sartika, R. W. 2014).

2.3.2 Klasifikasi

Menurut Harrison (2012), berikut ini adalah klasifikasi dari GGK berdasarkan GFR, yaitu:

Tabel 2.1 Klasifikasi GGK (Harrison, 2012)

Stage	Penjelasan	GFR (mL/menit/1,73m ²)
0	Memiliki faktor risiko	≥ 90 dengan faktor risiko
1	Kerusakan ginjal dengan GFR normal atau meningkat	≥ 90
2	Kerusakan ginjal dengan GFR Ringan	60 -89
3	Kerusakan ginjal dengan GFR Sedang	30 – 59
4	Kerusakan ginjal dengan GFR Berat	15 – 29
5	Gagal ginjal	< 15

2.3.3 Etiologi

Etiologi dari GGK berbeda-beda antara satu negara dengan negara lain. Menurut Pernefri (2011), penyebab GGK paling banyak di Indonesia adalah hipertensi (34 %), nefropati diabetika (27 %), dan glomerulopati primer (14 %).

2.3.4 Faktor Resiko

Karena berkembangnya Gagal Ginjal Kronik merupakan fenomena yang kompleks, maka KDOQI merekomendasikan kategori faktor resiko yang berkaitan dengan terjadinya GGK antara lain:

a. *Susceptibility*

Merupakan faktor yang meningkatkan resiko terjadinya GGK. Contoh: peningkatan umur, penurunan masa ginjal, berat badan saat lahir rendah, riwayat keluarga, pendidikan dan pendapatan yang rendah, inflamasi sistemik dan dislipidemia.

b. Initiation

Merupakan faktor atau keadaan yang secara langsung menyebabkan kerusakan ginjal. Faktor ini dapat dimodifikasi dengan terapi farmakologi. Contoh: Diabetes, hipertensi, glomerulonefritis, autoimun, penyakit ginjal polikistik, infeksi saluran kemih, batu ginjal, dan toksisitas obat.

c. Progression

Merupakan faktor resiko yang memperburuk kerusakan ginjal. Contoh: glikemia, peningkatan tekanan darah, anemia, proteinuria, obesitas dan merokok (Joy *et al.*, 2008 dalam Puguh, 2016).

Selain itu, karakteristik individu juga mempengaruhi pola kehidupan dan keseriusan individu dalam menjaga kesehatan demi kelangsungan dan kualitas hidup. Karakteristik individu berdasarkan usia sangat signifikan, dari yang muda hingga lansia. Penderita GGK berusia muda lebih banyak dipengaruhi oleh gaya hidup, stress, kelelahan, kebiasaan minum dan sumber air minumnya, konsumsi minuman suplemen, makanan mengandung formalin dan borax, serta kurangnya minum air putih menjadi faktor pemicu.

Penurunan fungsi ginjal dalam skala kecil merupakan proses normal bagi setiap manusia seiring dengan bertambahnya usia. Usia merupakan faktor risiko terjadinya gagal ginjal kronis. Semakin bertambah usia seseorang maka semakin berkurang fungsi ginjal. Secara normal penurunan fungsi ginjal ini telah terjadi pada usia diatas 40 tahun (Sidharta, 2008 dalam Hartini, 2016).

Faktor pemicu gagal ginjal pada usia muda atau tua adalah kurangnya minum air putih. Hampir 80% seseorang yang mengkonsumsi air minimal 8 gelas sehari dapat melarutkan batu kristal pada saluran urin, ureter, dan ginjal. Ginjal membutuhkan cairan yang cukup untuk membersihkan atau membuang apa yang tidak dibutuhkan dalam tubuh. Dengan minum banyak tentu akan menyebabkan sering buang air kecil. Selanjutnya dapat membuang banyak kotoran atau sampah dan racun dari ginjal. Selain itu, kualitas air yang diminum harus bersih dan sehat. Kekurangan cairan atau yang sering disebut dengan kurang minum dapat memicu terjadinya kerusakan organ dan penumpukan racun dalam darah sehingga ginjal tidak dapat berfungsi dengan baik. Ginjal memproses 200 liter darah setiap hari, menyaring keluar limbah, dan mengangkut urin ke kandung kemih (Alam dan Hadibroto, 2007 dalam Hartini, 2016).

2.3.5 Patofisiologi

Patofisiologi GGK pada awalnya tergantung dari penyakit yang mendasarinya. Namun, setelah itu proses yang terjadi adalah sama.

Pada diabetes melitus, terjadi hambatan aliran pembuluh darah sehingga terjadi nefropati diabetik, dimana terjadi peningkatan tekanan glomerular sehingga terjadi ekspansi mesangial, hipertrofi glomerular. Semua itu akan menyebabkan berkurangnya area filtrasi yang mengarah pada glomerulosklerosis (Sudoyo, 2009). Tingginya tekanan darah juga menyebabkan terjadi GJK. Tekanan darah yang tinggi menyebabkan perlukaan pada arteriol aferen ginjal sehingga dapat terjadi penurunan filtrasi (NIDDK, 2014).

Pada glomerulonefritis, saat antigen dari luar memicu antibodi spesifik dan membentuk kompleks imun yang terdiri dari antigen, antibodi, dan sistem komplemen. Endapan kompleks imun akan memicu proses inflamasi dalam glomerulus. Endapan kompleks imun akan mengaktifasi jalur klasik dan menghasilkan *membrane attack complex* yang menyebabkan lisisnya sel epitel glomerulus (Sudoyo, 2009).

Terdapat mekanisme progresif berupa hiperfiltrasi dan hipertrofi pada nefron yang masih sehat sebagai kompensasi ginjal akibat pengurangan nefron. Namun, proses kompensasi ini berlangsung singkat, yang akhirnya diikuti oleh proses maladaptif berupa nekrosis nefron yang tersisa (Harrison, 2012). Proses tersebut akan menyebabkan penurunan fungsi nefron secara progresif. Selain itu, aktivitas dari renin-angiotensin- aldosteron juga berkontribusi terjadinya hiperfiltrasi, sklerosis, dan progresivitas dari nefron (Sudoyo,

2009). Hal ini disebabkan karena aktivitas renin-angiotensin-aldosteron menyebabkan peningkatan tekanan darah dan vasokonstriksi dari arteriol aferen (Tortora, 2011).

Pada pasien GGK, terjadi peningkatan kadar air dan natrium dalam tubuh. Hal ini disebabkan karena gangguan ginjal dapat mengganggu keseimbangan glomerulotubular sehingga terjadi peningkatan *intake* natrium yang akan menyebabkan retensi natrium dan meningkatkan volume cairan ekstrasel (Harrison, 2012). Reabsorpsi natrium akan menstimulasi osmosis air dari lumen tubulus menuju kapiler peritubular sehingga dapat terjadi hipertensi (Tortora, 2011). Hipertensi akan menyebabkan kerja jantung meningkat dan merusak pembuluh darah ginjal. Rusaknya pembuluh darah ginjal mengakibatkan gangguan filtrasi dan meningkatkan keparahan dari hipertensi (Saad, 2014).

Gangguan proses filtrasi menyebabkan banyak substansi dapat melewati glomerulus dan keluar bersamaan dengan urin, contohnya seperti eritrosit, leukosit, dan protein (Harrison, 2012). Penurunan kadar protein dalam tubuh mengakibatkan edema karena terjadi penurunan tekanan osmotik plasma sehingga cairan dapat berpindah dari intravaskular menuju interstitial (*Kidney Failure*, 2013). Sistem renin-angiotensin-aldosteron juga memiliki peranan dalam hal ini. Perpindahan cairan dari intravaskular menuju interstitial menyebabkan penurunan aliran darah ke ginjal. Turunnya aliran

darah ke ginjal akan mengaktifasi sistem renin-angiotensin-aldosteron sehingga terjadi peningkatan aliran darah (Tortora, 2011)

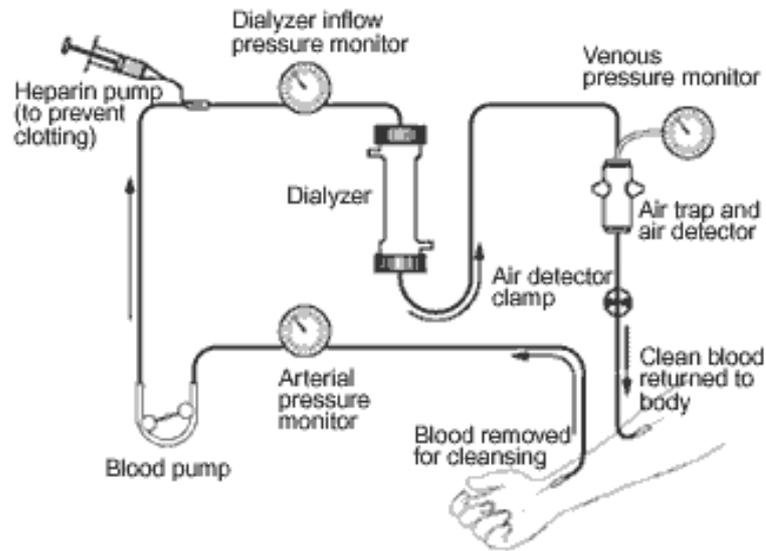
2.4 Hemodialisis

2.4.1 Definisi Hemodialisis

Hemodialisa adalah prosedur pembersihan darah melalui suatu ginjal buatan dan dibantu pelaksanaannya oleh semacam mesin. Hemodialisa sebagai terapi yang dapat meningkatkan kualitas hidup dan memperpanjang usia. Hemodialisa merupakan metode pengobatan yang sudah dipakai secara luas dan rutin dalam program penanggulangan gagal ginjal akut maupun gagal ginjal kronik. Hemodialisa akan mencegah kematian. Namun demikian hemodialisa tidak menyembuhkan atau memulihkan penyakit ginjal (Smeltzer & Bare, 2010).

2.4.2 Tujuan dan Prinsip Kerja Hemodialisa

Tujuan hemodialisa adalah untuk mengambil zat-zat nitrogen yang toksik dari dalam darah dan mengeluarkan air yang berlebihan. Pada hemodialisa, aliran darah yang penuh dengan toksik dan limbah nitrogen diarahkan dari tubuh pasien ke dialiser tempat darah tersebut dibersihkan dan dikembalikan lagi ke dalam tubuh pasien (Smeltzer & Bare, 2010).



Gambar 2.2. Proses Hemodialisis (Sumber :*Treatment Methods for Kidney Failure, National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse, 2006*)

Terdapat 3 prinsip yang mendasari kerja hemodialisis, yaitu difusi, osmosis, ultrafiltrasi. Toksin dan zat limbah di dalam darah dikeluarkan melalui proses difusi dengan cara bergerak dari darah yang memiliki konsentrasi tinggi, ke cairan dialisat dengan konsentrasi yang lebih rendah. Air yang berlebihan di keluarkan dari dalam tubuh melalui proses osmosis. Pengeluaran air dapat dikendalikan dengan menciptakan gradien tekanan dengan kata lain air bergerak dari daerah dengan tekanan yang lebih tinggi (tubuh pasien) ke tekanan yang lebih rendah (cairan dialisat). Gradient ini dapat ditingkatkan melalui penambahan tekanan negatif yang dikenal dengan ultrafiltrasi pada mesin dialisis. Tekanan negatif diterapkan pada alat ini sebagai kekuatan pengisap pada membrane dan memfasilitasi pengeluaran air. Karena pasien tidak dapat mengekskresikan air, kekuatan ini diperlukan untuk mengeluarkan cairan

hingga tercapai isovolemia (keseimbangan cairan) (Smeltzer & Bare,2010).

2.4.3 Komplikasi Hemodialisis

Komplikasi terapi hemodialisis sendiri dapat mencakup hal-hal berikut:

1. Hipotensi dapat terjadi selama terapi hemodialisis ketika cairan dikeluarkan.
2. Berkurangnya elektrolit dalam tubuh dapat menyebabkan dehidrasi.
3. Hipoglikemia juga dapat terjadi akibat kurangnya glukosa dalam darah.
4. Emboli udara merupakan komplikasi yang jarang tetapi dapat terjadi jika udaramemasuki sistem vaskuler pasien.
5. Nyeri dada dapat terjadi karena pCO₂ menurun bersamaan dengan terjadinyasirkulasi darah diluar tubuh.
6. Pruritus dapat terjadi selama terapi hemodialisis ketika produk akhir metabolisme meninggalkan kulit.
7. Gangguan keseimbangan dialisis terjadi karena perpindahan cairan serebral danmuncul sebagai serangan kejang. Komplikasi ini kemungkinan terjadi lebih besarjika terdapat gejala uremia yang berat.
8. Spasme otot yang disertai nyeri terjadi ketika cairan dan elektrolit dengan cepatmeninggalkan ruang ekstrasel.

2.4.4 Proses Hemodialisis

Hemodialisis dilakukan dengan mengalirkan darah ke dalam suatu tabung ginjal buatan (*dializer*) yang terdiri dari dua kompartemen. Kompartemen tersebut terdiri dari kompartemen darah dan kompartemen dialisat yang dibatasi oleh selaput semipermeabel buatan. Kompartemen dialisat dialiri oleh cairan dialisat yang berisi larutan dengan komposisi elektrolit mirip serum normal dan tidak mengandung sisa metabolisme nitrogen. Darah pasien dipompa dan dialirkan menuju kompartemen darah. Selanjutnya, akan terjadi perbedaan konsentrasi antara cairan dialisis dan darah karena adanya perpindahan zat terlarut dari konsentrasi tinggi ke konsentrasi rendah (Sudoyo, 2009).

Pasien akan terpajan dengan cairan dialisat sebanyak 120-150 liter setiap dialisis. Zat dengan berat molekul ringan yang terdapat dalam cairan dialisat dapat berdifusi ke dalam darah. Untuk itu, diperlukan *reverse osmosis*. Air akan melewati pori-pori membran semi-permeabel sehingga dapat menahan zat dengan berat molekul ringan. Terdapat dua jenis cairan dialisat, yaitu asetat dan bikarbonat. Cairan asetat bersifat asam dan dapat mengurangi kemampuan tubuh untuk vasokonstriksi yang diperlukan tubuh untuk memperbaiki gangguan hemodinamik yang terjadi setelah hemodialisis. Sementara cairan bikarbonat bersifat basa, sehingga dapat menetralkan asidosis yang biasa terdapat pada pasien GJK. Cairan bikarbonat juga tidak menyebabkan vasokonstriksi (Sudoyo, 2009).

2.5 Kualitas Hidup

2.5.1 Definisi Kualitas Hidup

Menurut WHO, kualitas hidup merupakan persepsi individu mengenai posisi mereka dalam kehidupan dilihat dari konteks budaya dan sistem nilai dimana mereka tinggal serta hubungannya dengan tujuan, harapan, standar, dan hal-hal lain. Kualitas hidup merupakan konsep yang luas karena dipengaruhi oleh berbagai hal seperti kesehatan fisik, psikologis, tingkat kemandirian, hubungan sosial, keyakinan pribadi, dan lingkungan (Nofitri, 2009).

2.5.2 Penilaian Kualitas Hidup

Kualitas hidup merupakan suatu parameter yang perlu dipertimbangkan bila hendak mengevaluasi pasien yang sedang menjalani perawatan terutama pada pasien dengan penyakit kronik. Hal ini disebabkan karena pasien dengan penyakit kronik kebanyakan tidak dapat sembuh (Hacker, 2014). Kualitas hidup sangat dipengaruhi oleh dimensi yang akan dinilai, terdiri dari kesehatan fisik, kesejahteraan psikologis, tingkat kemandirian, hubungan sosial, hubungan dengan lingkungan, dan keadaan spiritual.

Kualitas hidup memiliki banyak dimensi yang perlu diperhatikan dalam penilaian. Saat ini sudah terdapat bermacam-macam kuesioner baku untuk menilai kualitas hidup seseorang, salah satunya adalah *Short Form- 36* (SF-36) (Ware, 2000). SF-36 merupakan suatu kuesioner yang terdiri dari 36 pertanyaan dan telah mencakup delapan dimensi kualitas

hidup, yaitu terdiri dari fisik, keterbatasan peran karena kesehatan fisik, tubuh sakit, persepsi kesehatan secara umum, vitalitas, fungsi sosial, peran keterbatasan karena masalah emosional, dan kesehatan psikis. Pengukuran ini menghasilkan nilai skala untuk masing-masing delapan domain dan dua ukuran ringkasan kesehatan fisik dan psikis. Nilai skor kualitas hidup rata-rata adalah 60, dibawah skor tersebut kualitas hidup dinilai kurang baik dan nilai skor 100 merupakan tingkat kualitas hidup yang sangat baik (Ware, 2000).

Rating Nilai Kualitas Hidup

1. Sempurna 100
2. Tinggi 80-90
3. Sedang 56-79
4. Rendah 1-55

2.5.3 Validitas dan Reliabilitas

Penelitian ini menggunakan instrument penelitian yaitu kuisisioner *Kidney Disease Quality of life-short form* (KDQOL SF) yang telah divalidasi secara *Validity of content* yang disahkan oleh dr. Elmeida Efefendy, Sp. KJ (Adhyatma, 2011).

2.5.4 Aspek-aspek Kualitas Hidup

- a. Fungsi Fisik (*Physical Functioning*)

Berhubungan dengan seberapa banyak batasan dari kesehatan fisik yang dapat dilakukan setiap hari, seperti berjalan dan menaiki anak tangga.

b. Peran Fisik (*Role Physical*)

Berhubungan dengan tingkat kesulitan yang dialami individu ketika melakukan aktifitas sehari-hari di rumah dan ketika jauh dari rumah dalam ruang lingkup kesehatan fisik.

c. Tubuh Nyeri (*Bodily Pain*)

Berhubungan dengan seberapa parah sakit yang dialami oleh tubuh pada masing-masing individu terkait penyakit yang dideritanya

d. Kesehatan Umum (*General Health*)

Sebuah penilaian secara menyeluruh mengenai kesehatan yang dimiliki oleh masing-masing individu.

e. Vitality (*Vitality*)

Berhubungan dengan jumlah dari energi dan rasa lelah yang dimiliki oleh masing-masing individu.

f. Fungsi Sosial (*Social Functioning*)

Berhubungan dengan seberapa jauh kesehatan fisik dan masalah emosional membatasi interaksi dan aktifitas sosial yang biasa dilakukan.

g. Peran Emosional (*Role Emotional*)

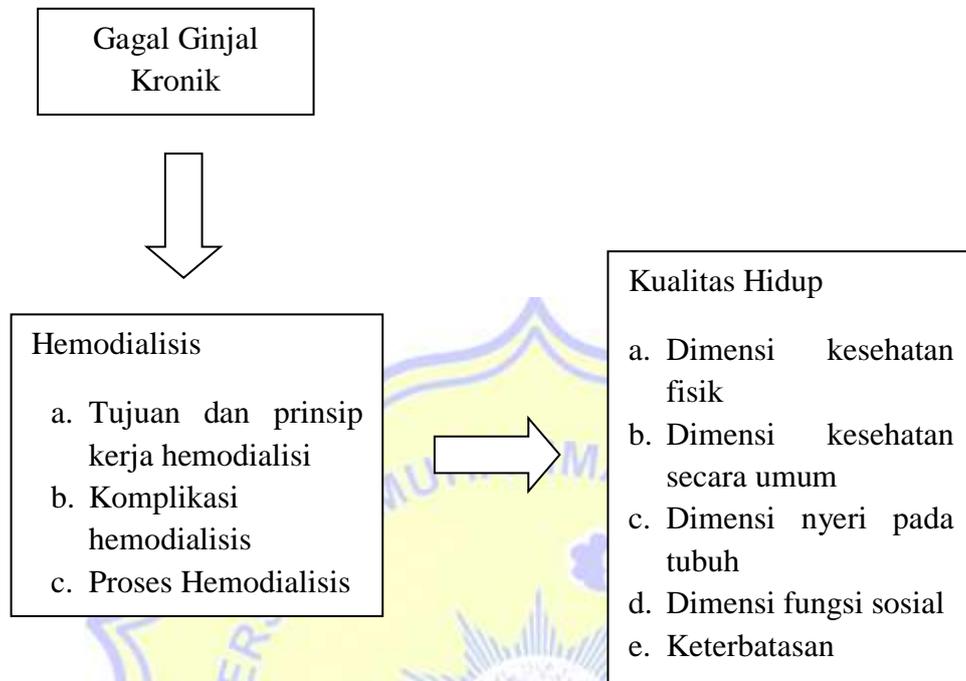
Berhubungan dengan seberapa banyak masalah pribadi atau emosional yang dialami berdampak pada pekerjaan sehari-hari di rumah maupun jauh dari rumah.

h. Kesehatan Mental (*Mental Health*)

Berhubungan dengan sejauh mana keadaan responden dipengaruhi oleh masalah emosional seperti rasa cemas, depresi atau mudah tersinggung.



3.6 Kerangka Teori



Gambar 2.3 Kerangka Teori

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Penelitian ini dilakukan menggunakan desain penelitian deskriptif dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian deskriptif bertujuan untuk mendeskripsikan (peristiwa-peristiwa penting yang terjadi pada masa kini). Menurut Asep Hermawan 2006 *cross sectional* adalah penelitian yang mengumpulkan datanya dilakukan di suatu titik tertentu.

3.2 Tempat dan waktu penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di RSUD Provinsi NTB yang beralamatkan di Jl. Prabu Rangkasari, Dasan Cermen, Sandubaya, Kota Mataram pada bulan juli 2019

3.3 Populasi dan Sampel

3.3.1 Populasi Penelitian

Populasi adalah keseluruhan objek yang diteliti. (Notoadmodjo, 2012). Populasi dalam penelitian ini adalah pasien gagal ginjal kronik yang telah menjalani hemodialisis di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat.

3.3.2 Sampel Penelitian

Sampel penelitian ini merupakan sebagian dari populasi yang memenuhi kriteria inklusi dan tidak sedang memiliki kondisi pada kriteria eksklusi dalam kurun waktu tertentu.

3.4 Kriteria Inklusi dan Eksklusi

3.4.1 Kriteria Inklusi

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

- a. Pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis di rawat jalan RSUD provinsi.
- b. Pasien menjalani hemodialisis minimal seminggu 2 kali.
- c. Pasien menjalani hemodialisis minimal seminggu 1 kali
- d. Bersedia menjadi responden dan mengisi kuisisioner.

3.4.2 Kriteria Eksklusi

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

- a. Pasien mengalami gangguan kesadaran.
- b. Pasien mengalami gangguan dalam berkomunikasi.
- c. Pasien yang tidak bersedia menjadi responden.

3.4.3 Teknik pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan *Non Probability Sampling* yaitu *Consecutive* sampling. Pengambilan sampel dengan *consecutive sampling* adalah teknik pengambilan sampel dimana semua subyek yang datang dan memenuhi kriteria pemilihan

dimasukkan dalam penelitian sampai jumlah yang diperlukan selama kurun waktu tertentu terpenuhi.

3.5 Defenisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara pengukuran	Klasifikasi	Skala Ukur
1.	Pasien	Seseorang yang didiagnosa penyakit penderita gagal ginjal yang menjalani hemodialisis	Rekam medic		Nominal
2.	Kualitas Hidup	Gambaran kondisi kualitas hidup pasien yang diukur dengan kuisisioner KDQOL SF-36 Kuisisioner tersusun atas 36 item yang terdiri atas: 1. Kesehatan fisik 2. Nyeri pada tubuh 3. Kesehatan secara umum 4. Dimensi sosial 5. Keterbatasan emosional	Wawancara menggunakan instrument KDQOL rentang nilai adalah 0-100	Penilaian kualitas hidup dibedakan menjadi kategori: 5. Sempurna 100 6. Tinggi 80-90 7. Sedang 56-79 8. Rendah 1-55	Rasio

3.6 Instrumen Penelitian

Instrumen dalam penelitian ini adalah: kuesioner *Kidney Disease Quality of Life Short Form 36 (KDQOL-SF 36)* Kuisisioner ini merupakan alat ukur khusus yang digunakan untuk menilai kualitas hidup pasien GGK dan pasien yang menjalani dialisis dengan 36 pertanyaan (Adhyatma,

2011). Hal-hal yang dinilai pada KDQOL-SF 36 meliputi fungsi fisik, keterbatasan fisik, nyeri tubuh, kesehatan secara umum, vitalitas, fungsi sosial, keterbatasan emosional, kesehatan mental. Instrumen ini menggunakan skala likert dengan rentang nilai dari 0-100. Dengan nilai median sebagai *cut of point* menentukan kualitas hidup subjek apakah baik atau buruk. Dimana nilai yang lebih dari sama dengan median dikatakan kategori baik dan nilai yang dibawah median dikatakan buruk.

3.7 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan data primer yang diperoleh dengan cara melakukan wawancara secara langsung kepada responden . dengan menggunakan alat pengumpulan data yaitu kuesioner KDQOL SF 36 untuk mengukur kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis.

3.8 Jenis Dan Sumber Data

Data primer

Pada penelitian ini menggunakan data primer yaitu data yang diperoleh dengan cara melakukan wawancara secara langsung kepada responden menggunakan kuisisioner.

3.9 Pengelolaan Data

a. pemeriksaan data (*editing*)

peneliti meneliti kembali kuisisioner yang telah terkumpul dengan memeriksa kelengkapan, apakah ada kekeliruan atau tidak, yang meliputi apakah isian dari lembar kuisisioner lengkap atau tidak.

b. Pengkodean Data (*coding*)

Coding (pemberian kode) pada penilain ini bertujuan untuk meringkas data yang memudahkan untuk analisa data. Pada kategori masing-masing variabel diberi code 1,2 dan 3 untuk masing-masing kategori: baik = 1; Cukup = 2; Kurang 3

c. Tabulasi data (*tabuling*)

Peneliti mengelompokkan responden berdasarkan kategori yang telah di buat untuk variabel yang diukur dan ditampilkan kedalam bentuk tabel.

1.10. Analisis Data

Analisis Univariat

Analisis univariat adalah suatu prosedur pengolahan data dengan menggambarkan atau meringkas data secara ilmiah dalam bentuk tabel atau grafik (Hidayat 2007). Pada penelitian ini, analisa yang digunakan dalam mendeskripsikan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis

1.11. Alur penelitian

