

**HUBUNGAN KUALITAS HIDUP TERKAIT KESEHATAN
DENGAN DERAJAT PENYAKIT GINJAL KRONIK (PGK)
DI RUMAH SAKIT MUHAMMADIYAH
PALEMBANG**

SKRIPSI

**Sebagai salah satu syarat memperoleh gelar
Sarjana Kedokteran (S. Ked)**

Oleh :

**DELSY APRIDA
NIM : 702013004**



**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG
2017**

HALAMAN PENGESAHAN

HUBUNGAN KUALITAS HIDUP TERKAIT KESEHATAN DENGAN DERAJAT PENYAKIT GINJAL KRONIK (PGK) DI RUMAH SAKIT MUHAMMADIYAH PALEMBANG

Dipersiapkan dan disusun oleh
Delsy Aprida
NIM : 702013004

Sebagai salah satu syarat memperoleh gelar
Sarjana Kedokteran (S. Ked)

Pada tanggal 10 Februari 2017

Menyetujui :


dr. Adhi Permana, Sp. PD
Pembimbing Pertama


dr. Putri Rizki Amalia Badri
Pembimbing Kedua



PERNYATAAN

Dengan ini Saya menerangkan bahwa:

1. Karya Tulis Saya, skripsi ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik, baik di Universitas Muhammadiyah Palembang, maupun Perguruan Tinggi lainnya.
2. Karya Tulis ini murni gagasan, rumusan, dan penelitian Saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain, kecuali arahan Tim Pembimbing.
3. Dalam Karya Tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini Saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka Saya bersedia menerima sanksi akademik atau sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di Perguruan Tinggi ini.

Palembang, Januari 2017

Yang membuat pernyataan



(Delsy Aprida)
NIM. 70 2013 004

HALAMAN PERSEMBAHAN DAN MOTTO

Praise be to ALLAH, his majesty for his uncountable blessings, and best prayers and peace be unto his best messenger Muhammad SAW his pure descendant, and his family and his noble companions.

First, I would like to thank my family. Without their love and support over the years none of this would have been possible. They have always been there for me and I am thankful for everything they have helped me achieve.

Next, I would like to thank my crazy partners “PDL Squad” (Chandra, Gillien) for their kind endless help, generous advice and support during the mini thesis.

I would also like to express my thanks to all my beloved friends “Biu, PRDIAC, Princess, Besties and my classmates Genome Hexa” who had helped and giving me the strength to finish this mini thesis.

Lastly, special thanks to my brother from another mother “Kak Ejak”, this mini thesis would not have been completed without the support and helped me to finish the last revision.

Success seems to be connected with action. Successful people keep moving.

They make mistakes but don't quit.

- Conrad Hilton -

Referensi : 46 (2000-2015)
Kata Kunci : Penyakit Gimjal Kronik, Kualitas Hidup Terkait Kesehatan,
Kualitas Hidup.

Penyakit gimjal kronik (PGK) adalah suatu keadaan klinis yang ditandai denganan memerlukan terapi penggantian yang irreversible, sehingga pada derajat tertentu akan menurunkan fungsi ginjal yang irreversibel. Penyakit PGK merupakan penyakit kronik (PGK) di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang. Hubungan kualitas hidup terkait kesehatan denganan derajat penyakit ginjal transplantesi ginjal. Tujuan penelitian ini adalah mengelahi hubungan kualitas hidup terkait kesehatan denganan derajat PGK. Jenis penelitian ini adalah observasional analitik denganan desain cross sectional. Sampel pada penelitian ini adalah semua penyakit ginjal rawat jalan dan rawat inap di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang periode Oktober - Desember 2016 dengan jumlah 23 sampel. Instrumen penelitian menggunakan kuesioner KDQOL-SF 36. Analisa mendapatkan hasil yaitu terdapat hubungan korelasii positif kuat ($r=0,630$) antara data penelitian menggunaakan metode uji χ^2 uji Korelasi Pearson. Penelitian ini mendapatkan tingkat kualitas hidup denganan derajat PGK, dengan nilai $p=0,001$.

ABSTRAK

xiii + 65 Halaman + 18 Table + 3 Gambar + 5 Lampiran

Hubungan kualitas hidup terkait kesehatan denganan derajat penyakit ginjal kronik (PGK) di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang.

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG
 FAKULTAS KEDOKTERAN
 SKRIPSI, JANUARI 2017
 DELSY APRIDA

Quality Of Life.

Keywords : *Chronic Kidney Disease, Health Related Quality Of Life,*
Reference : *46 (2000-2015)*

Chronic Kidney Disease (CKD) is a clinical condition characterized by an irreversible decline in kidney function, to a degree that requires the permanent renal replacement therapy, in the form of dialysis or kidney transplantation. This research aim to determine relation between *Health Related Quality Of Life (HRQOL)* with grade of CKD. This research is an observational analytic with cross sectional design. Sample in this research were all patients with CKD outpatient and inpatient at Muhammadiyah Hospital Palembang with CKD correlation and impact of CKD. This research is an observational analytic with HRQOL with grade of CKD. Between *Health Related Quality Of Life* and *HRQOL* there is a positive correlation ($r = 0.630$) between HRQOL with grade of CKD with a value of $p = 0.001$.

ABSTRACT

xiii + 65 pages + 18 tables + 3 picture + 5 attachment

*Correlation between *Health Related Quality Of Life (HRQOL)* with grade of Chronic Kidney Disease (CKD) at Muhammadiyah Hospital Palembang.*

SKRIPSI, JANUARY 2017
 DEPSY APRIDA

UNIVERSITY OF MUHAMMADIYAH PALEMBANG
 MEDICAL FACULTY

Delsy Apriida

Palembang, Januari 2017

Wassalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh,

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh,
 Wassalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh,
 KATAPENGANTAR
 Bismillahirrahmanirrahim
 Segala puji syukur kepada Allah SWT karena dengannya limpahan rahmat dan
 RidhoNya, skripsi ini dapat diselasaikan dengan jidu penelitian Hubungan
 Kulitasi Hidup Terkait Kesehatan dengan Deejat Penyakti Gimjal Kronik (PGK)
 di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang. Penelitian ini dilaksanakan sebagaimana
 Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang.
 Terimakasih kepada dr. Adhi Permana, Sp. PD selaku pembimbing I dan dr.
 Putri Rizki Amalia Badi selaku pembimbing II dan dr. Hibisah Ridwan, M.Sc
 sebagai pengaji, atas kesabaran, perhatian dan masukan-masukan berharga selama
 penyelesaian skripsi ini. Terimakasih kepada seluruh dosen, staf penjasar di
 Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang, keluarga, dan teman-
 teman sejawat yang selalu memberikan bantuan dan semangat kepada penulis.
 Penulis juga mengucapkan terimakasih kepada Rumah Sakit
 Muhammadiyah Palembang, staf pegawai serta pasien dalam penelitian ini, atas
 perhatian, bantuan dan kerjasamanya.
 Penulis menyadari ketidaksempurnaan dan ketebatasan dalam penyusunan
 skripsi ini. Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan
 oleh penulis. Penulis berharap penelitian ini dapat bermanfaat dalam tatalaksana
 pasien penyakit gimjal kronik.

HALAMAN JUDUL	
HALAMAN PENGESETAHAN	
HALAMAN PERNYATAAN	
HAK PUBLIKASI	
HALAMAN PERSEMBAHAN DAN MOTO	
ABSTRAK	
ABSTRACT	
KATA PENGAJUAN	
DATAR ISI	
DATAR TABLE	
DATAR GAMBAR	
DATAR LAMPIRAN	
DATAR TUSJUAN PENELITIAN	
1.1. Latar Belakang	
1.1.1. Definisi Penyakti Gimjal Kronik	6
1.1.2. Etiologi	9
1.1.3. Klasifikasi	8
1.1.4. Faktor Resiko	10
1.1.5. Manifestasi Klinis	10
1.1.6. Patofisiologi	11
1.1.7. Penegakkan Diagnosis	12
1.1.8. Terapi	13
1.1.9. Defisi Kualitas Hidup	16
1.1.10. Penilaian Kualitas Hidup	17
1.1.11. Short Form-36 (SF-36)	19
1.1.12. Cara Pengukuran	21
1.1.13. Faktor-Faktor yang Memengaruhi Kualitas Hidup PGK	23
2.2. Kerangka Teori	24
2.3. Hipotesis	25
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	
2.1. Landasan Teori	6
2.1.1. Definisi Penyakti Gimjal Kronik	9
2.1.2. Etiologi	9
2.1.3. Klasifikasi	8
2.1.4. Faktor Resiko	10
2.1.5. Manifestasi Klinis	10
2.1.6. Patofisiologi	11
2.1.7. Penegakkan Diagnosis	12
2.1.8. Terapi	13
2.1.9. Defisi Kualitas Hidup	16
2.1.10. Penilaian Kualitas Hidup	17
2.1.11. Short Form-36 (SF-36)	19
2.1.12. Cara Pengukuran	21
2.1.13. Faktor-Faktor yang Memengaruhi Kualitas Hidup PGK	23
3.1. Jenis Penelitian	26
3.2. Waktu dan Tempat Penelitian	26
3.2.1. Waktu Penelitian	26
BAB III. METODE PENELITIAN	
3.1.1. Waktu Penelitian	26

DATAR ISI

BAB IV. HASIL DAN PEMBAHASAN	
3.2.2 Tempat Penelitian	26
3.3.1. Populasi Target	26
3.3.2. Populasi Terjangkau	26
3.3.3. Sampel dan Besar Sampel	27
3.3.4. Kriteria Inklusi dan Eksklusi	27
3.4. Vanabel Penelitian	27
3.5. Definisi Operasional	28
3.6. Cara Pengumpulan Data	29
3.7. Cara Penyelehan dan Analisis Data	29
3.7.1. Cara Pengolahan data	29
3.7.2. Analisis data	29
4.1. Hasil Penelitian	34
4.2. Pembahasan	38
BAB V. KESIMPULAN DAN SARAN	
5.1. Kesimpulan	42
5.2. Saran	43
DATAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	44
RIVAYAT HIDUP	48
	65

Halaman	Table
6	2.1 Kriteria untuk Penyakiti Gingsal Kronik
7	2.2 Penyebab Gagal Gingsal yang Mengalami Hemodialisa di Indonesia
7	2.3 Penyebab Utama Penyakiti Gingsal Kronik di Amerika Serikat
8	2.4 Pembaikan Penyakiti Gingsal Kronik berdasarkan LFG
14	2.5 Tatalaksana Penyakiti Gingsal Kronik Berdasar Derasamya
20	2.6 Pembaikan Skala dan Dimensi SF-36
21	2.7 Skor Kuesioner SF-36
23	2.8 Peranayaan yang mewakili 8 skala kuesioner SF-36
28	3.1 Definisi Operasional
32	3.2 Jadiwal Kegiatan Penelitian
33	3.3 Anggaran Kegiatan Penelitian
34	4.1 Karakteristik Responden
35	4.2 Distribusi Pasien berdasarkan Kualitas Hidup
36	4.3 Distribusi Pasien berdasarkan Derajat PGK
36	4.4 Distribusi Pasien berdasarkan Derajat PGK dan Kualitas Hidup
37	4.5 Distribusi Pasien berdasarkan Hemodialisa
37	4.6 Uji Normalitas data
37	4.7 Uji Korelasi Pearson

DAFTAR TABLE

Gambar	
2.1 Klasifikasi Perangkaan SF-36	18
2.2 Kerangka Teori	24
3.1 Skema Alur Penelitian	31
Halaman	

DATAR GAMBAR

Lampiran	Halaman
1. Distribusi data penelitian	48
2. Lembar penjelasan kepada calon subjek penelitian	52
3. Formulir pertemuan searah penjelasan (informed consent)	54
4. Kuesioner penelitian (SF-36)	56
5. Skor dari kuesioner SF-36	63

DAFTAR LAMPIRAN

PGK	: Penyakit Kronik	CKD	: Chronic Kidney Disease	HRQOL	: Health Related Quality Of Life	NHANES III	: Third National Health and Nutrition Examination Survey	RRT	: Renal Replacement Therapy	LFG	: Lasj Filterasi Glomerulus	AER	: Albumin Excretion Rate	ACR	: Albumin/Creatinin Ratio	BUN	: Blood Urea Nitrogen	ESRD	: Endstage Renal Disease	(TGF-β)	: Growth Factor Transforming Growth Factor β	CT	: Computed Tomography	MRI	: Magnetic Resonance Imaging	CKD-EPI	: CKD Epidemiology Collaboration	ACE-I	: Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor	SCr	: Serum Creatinine	SF-36	: Short Form-36	KDQOL	: Kidney Disease Quality of Life Instrument
-----	-------------------	-----	--------------------------	-------	----------------------------------	------------	--	-----	-----------------------------	-----	-----------------------------	-----	--------------------------	-----	---------------------------	-----	-----------------------	------	--------------------------	---------	--	----	-----------------------	-----	------------------------------	---------	----------------------------------	-------	---	-----	--------------------	-------	-----------------	-------	---

DAFTAR SINGKATAN

Berdasarkan penelitian Hasyim (2011), jumlah pasien PGK yang menjalani hemodialisis pada tahun 2007 sampai tahun 2009. Prevalensi pasien PGK yang menjalani hemodialisis pada tahun 2007 adalah 47,6% dari 733 pasien, pada tahun 2008 prevalensi pasien PGK yang menjalani hemodialisis di Kota Palembang terus meningkat dari tahun 2007 sampai tahun 2009. Berdasarkan penelitian Hasyim (2011), jumlah pasien PGK yang menjalani hemodialisis atau transplantesi ginjal tidak kurang dari 3000 pasien (Pranoto, 2010).

Jumlah pendekta penyakit ginjal kronik yang mencapai tahap gagal ginjal di Indonesia sendiri dipercirakan mencapai 150.000 pasien. Dari jumlah pasien tersebut yang benar-benar membutuhkan renal replacement therapy (RRT) berupa dialisis atau transplantesi ginjal tidak kurang dari 3000 pasien (Pranoto, 2010).

Filtrasi glomerulus <60 ml/mnt (NHANES, 2012). Secara umum prevalensi PGK stadium I-IV meningkat dari 10% pada tahun 1988-1994 menjadi 13,1% pada tahun 1999-2004. Data NHANES 2005-2009 menunjukkan, hampir 28% pasien dengan penyakit kardiovaskular memiliki laju glomerulus (LFG) <60 ml/mnt. NHANES III juga memperkirakan bahwa di Amerika Serikat prevalensi PGK pada orang dewasa sekitar 11% (19,2 juta) nilai serum kreatinin di atas 1,5 mg/dl dan 8 juta orang memiliki laju filtrasi orang (3% total populasi Amerika Serikat) dengan usia di atas 12 tahun memiliki nilai serum kreatinin di atas 1,5 mg/dl. Berdasarkan data dari Third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III), dipercirakan 6,2 juta denagan biaya pengobatan yang amat mahal. Berdasarkan data dari Third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III), dipercirakan 6,2 juta denagan penyebutan bahwa gagal ginjal terminal telah terjadi di seluruh dunia sumber menyebutkan bahwa gagal ginjal terminal telah terjadi di seluruh dunia PGK merupakan permasalahan kesehatan masyarakat dunia. Berbagai transplantesi ginjal (Suwitra, 2009).

Penyakit ginjal kronik (PGK) adalah suatu keadaan klinis yang ditandai dengan penurunan fungsi ginjal yang irreversible, sehingga pada derajat tertentu akan memerlukan terapi penggantian fungsi ginjal yang berupa hemodialisis atau透析 atau hemodialisis atau transplantasi ginjal yang berupa hemodialisis atau透析.

1.1 Latar Belakang

PENDAHULUAN

BAB I

PGK sangat mempengaruhi seluruh aspek kehidupan. Pasien akan mengalami gangguan fisioterapi, psikologis, dan sosial ekonomi yang juga akan berdampak pada keluarga dan masyarakat (Son, Y.J., Choi, K.S., Park, Y.R., Bae, J.S., & Lee, J.B., 2009). Kualitas hidup terkait kesehatan (Health Related Quality of Life/HRQOL) difinisikan sebagai tingkat optimum dari peran fisik dan fungsi sosial, termasuk hubungan dengan orang lain dan perspektif seorang tenang kesehatan, kebugaran, kewaspadaan, dan kesabahan. Selain itu juga menekankan kesehatan, kewaspadaan, dan kesabahan pada pasien PGK dengarkan peningkatan sesuai dengan keparahan stadium pasien PGK. Penilaian terhadap proporsi sesuai dengan keparahan stadium pasien PGK. Penilaian terhadap kualitas hidup merupakan faktor penting karena kualitas hidup berhubungan dengan morbiditas dan mortalitas pasien gagal ginjal (Al-Jumah *et al*, 2011). Penilaian tentang kualitas hidup merupakan indikator penting untuk menilai efektivitas terapi yang dibenarkan, sehingga kualitas hidup juga menjadi penting dalam pengobatan penyakit ginjal (Zadeh, 2001). Oleh karena belum ada data penelitian yang sama di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang dan ticus menyingkatnya kasus PGK di Indonesia maka perlu diketahui apakah ada hubungan antara peningkatan yang diperlukan dengan penyakit ginjal (Zadeh, 2001).

Pengukuran HRQOL ditentukan menurun pada pasien pasien PGK dengarkan (Phillips, 2006). Penilaian tentang kualitas hidup merupakan faktor penting karrena kualitas hidup berhubungan dengan kesabahan, kewaspadaan hidup, dan kesabahan. Selain itu juga menekankan kesabahan, kewaspadaan hidup, dan kesabahan pasien PGK dengarkan tingkat kepuasan terhadap tinjakan medis dan status kesehatan pasien yang juga menurun pada pasien PGK dengarkan (Phillips, 2006).

Hasil penelitian Suryadi (2012), didapatkan Prevalensi PGK di RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang sebesar 61% dengan 8,7% derajat 3a, 4,7% derajat 3b, 6,3% derajat 4, dan 41,3% derajat 5. Rekapitulasi laporan kasus baru penyakit tidak menular tingkat puskesmas di Palembang bulan Januari, didapatkan 18 kasus baru penyakit ginjal kronik yang terdiri dari 8 laki-laki dan 10 perempuan. Sedangkan pada bulan Februari didapatkan 21 kasus baru yang terdiri dari 11 laki-laki dan 10 perempuan yang berdampak pada keluarga dan masyarakat (Son, Y.J., Choi, K.S., Park, Y.R., Bae, J.S., & Lee, J.B., 2009).

Mohamad Hoesin Palembang sebesar 61% dengan 8,7% derajat 3a, 4,7% derajat 3b: 6,3% derajat 4, dan 41,3% derajat 5.

2009 prevalensi pasien PGK yang menjalani hemodialisis adalah 50,43% dari 1152 pasien.

- Penelitian ini dapat menjadikan refleksi dan tolak ukur untuk kualitas hidup pasien PGK yang lebih baik. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk mengelihui hubungan kualitas hidup terkait kesehatan dengan (PGK) di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang.
1. Bagaimana karakteristik pasien yang mendekati PGK di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang?
2. Berapa prevalensi kejadian PGK berdasarkan derajat PGK di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang?
3. Bagaimana kualitas hidup pasien yang mendekati PGK di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang?
4. Bagaimana hubungan kualitas hidup terkait kesehatan dengan derajat PGK di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang?
- 1.3 Tujuan Penelitian**
1. Mengelihui karakteristik pada pasien yang mendekati PGK di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang.
2. Mengelihui prevalensi kejadian PGK berdasarkan derajat penyakit di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang.
3. Mengelihui kualitas hidup pasien PGK di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang.
4. Mengelihui hubungan antara kualitas hidup terkait kesehatan dengan derajat PGK di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang.
- 1.3.2 Tujuan Khusus**
1. Mengelihui hubungan kualitas hidup terkait kesehatan dengan derajat penyakit ginal kronik (PGK) di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang.
- 1.3.1 Tujuan Umum**
1. Mengelihui hubungan kualitas hidup terkait kesehatan dengan derajat penyakit ginal kronik (PGK) di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang.

1. Salim K, Mujais et al, <i>Health-related Quality of Life in CKD Patients: Correlates of Quality of Life in CKD</i> diemukam menurun pada pasien CKD dengan proporsi fisk menurun secara progresif lebih lanjut pula memiliki unitik peran fisk. Jenis
2009. <i>Penelitian Penilaian berasilian HRQOL</i> Niali fungsi stadium CKD. Niali fungsi and Evolution over selesai dengan keparaahan Time

Table I.1. Keaslian Penelitian

penelitian yang hamper serupa yang sudah pernah dilakukan yaitu : hidup terkait kesehatan dengan derajat penyakit ginal kronik (PGK). Namun, masih belum pernah dilakukan penelitian tentang hubungan kualitas hidup terkait kesehatan dengan derajat penyakit ginal kronik (PGK). Namun, masih belum pernah dilakukan penelitian tentang hubungan kualitas

1.5 Keaslian Penelitian

5. Sebagai kerangka berpikir penelitian selanjutnya.
4. Sebagai informasi untuk memberikan terapi dan edukasi terhadap terjadinya PGK.
3. Sebagai informasi agar masyarakat nantinya dapat menghindari risiko kejadiannya PGK.
2. Sebagai bahan penyuluhan bagi tenaga kesehatan.
1. Sebagai informasi kepada pemenuhan setempat dalam pengambilan hasil penelitian ini diharapkan dapat menyediakan data untuk penelitian masarakat mengenai hubungan kualitas hidup dengan derajat PGK.

1.4.2 Aspek Praktis

1. Memberikan informasi tentang faktor yang berhubungan dengan terjadinya lanjutan.
2. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengertian peneliti dan PGK.
3. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menyediakan data untuk penelitian masarakat mengenai hubungan kualitas hidup dengan derajat PGK.

1.4.1 Aspek Teoritis

1.4 Manfaat Penelitian

<p>kelamin perempuan dan adanya diabetes dan tiwayat komorbid kardiovaskular juga berhubungan dengan komposit risiko laki-laki: 41,0 \pm 10,2; perempuan: 37,7 \pm 10,8; $P < 0,0001$; diabetik: 37,3 \pm 10,6; nondiabetik: 41,6 \pm 10,2; $P < 0,0001$; tiwayat gagal jantung kongestif, ya: 35,4 \pm 9,7; tidak: 40,3 \pm 10,6; $p < 0,0001$; tiwayat infark tidak: 40,2 \pm 10,6; $P < 0,0001$; Amemia dan penggunaan beta bloker juga berhubungan dengan HRQOL menunjukkan populasi ini. Korelasi utama penutunan seting waktu pada pasien penyakit ginjal usia terbatas 50-59 tahun (33,3%), jenis kelamin (33,3%), yang sedang mengalami hemodialisis terhadap skor kualitas hidup (68,3%), tidak amnesia 13 orang (45,0%), 15 orang (25,0%) amnesia sedang dan sisanya 5 orang (8%) amnesia (22%), amnesia ringan 27 orang (22%), amnesia ringan (p=0,000).</p>
<p>2. Cimdy R. Senduk dkk, Hubungan amnesia Hasil dari penelitian ini 2016.</p>

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Definisi Penyakit Ginjal Kronik

Penyakit ginjal kronik dapat didefinisikan sebagai suatu abnormalitas dari struktur ataupun fungsi ginjal yang berlangsung selama lebih dari 3 bulan dengan adanya gangguan fisiologis pada tubuh. (KDIGO/ *Kidney Disease Improving Global Outcomes*, 2013)

Tabel 2.1 Kriteria untuk Penyakit Ginjal Kronik (Kerusakan fungsi atau struktur ginjal yang berlangsung lebih dari 3 bulan)

Kriteria untuk Penyakit Ginjal Kronik	
Indikator adanya kerusakan ginjal	Albuminuria (AER \geq 30mg/24jam ; ACR \geq 30mg/g [\geq 3mg/mmol])
	Kelainan pada sedimen urine
	Kelainan pada elektrolit dan kelainan lainnya pada gangguan tubular
	Kelainan struktur pada jaringan/ histology
	Kelainan struktur yang terlihat pada imaging
	Riwayat transplantasi ginjal
Berkurangnya LFG	LFG < 60 ml/min/ 1.73m ² (Kategori LFG G3a-G5)

Sumber: KDIGO, 2013

2.1.2 Etiologi

Etiologi penyakit ginjal kronik sangat bervariasi antara satu negara dengan negara lain. Perkiraan prevalensi penyakit ginjal kronik akibat

kasus gagal ginjal. Hal ini menunjukkan bahwa diagnosis penyakit ginjal akibat hipertensi tergantung pada penyingkiran penyebab lain (Rubenstein, 2005).

Tabel 2.2 Penyebab Gagal Ginjal yang Menjalani Hemodialisa di Indonesia

Penyebab	Insiden (%)
Glomerulonefritis	46,39
Diabetes mellitus	18,65
Obstruksi dan infeksi	12,85
Hipertensi	8,46
Sebab lain	13,65

Sumber: Suwitra, 2006

Tabel 2.3 Penyebab Utama Penyakit Ginjal Kronik di Amerika Serikat

Penyebab	Insiden (%)
Diabetes mellitus	44
- Tipe 1 (7%)	
- Tipe 2 (37%)	
Hipertensi dan penyakit pembuluh darah besar	27
Glomerulonefritis	10
Nefritis intertisialis	4
Kista dan penyakit bawaan lain	3
Penyakit sistemik (misal; lupus, vaskulitis)	2
Neoplama	2
Tidak diketahui	4
Penyakit lain	4

Sumber: Suwitra, 2006

Penyakit ginjal kronik umumnya disebabkan penyakit ginjal intrinsik difus dan menahun, misal nefropati obstruktif. Hampir semua nefropati bilateral dan progresif akan berakhir dengan penyakit ginjal kronik. Glomerulonefritis, hipertensi esensial dan pielonefritis merupakan penyebab paling sering dari penyakit ginjal kronik kira-kira 60%. Penyakit ginjal kronik yang berhubungan dengan penyakit ginjal polikistik dan nefropati obstruktif hanya 15–20%. Glomerulonefritis kronik merupakan penyakit parenkim ginjal progresif dan difus, sering kali berakhir dengan penyakit ginjal kronik. Laki-laki lebih sering daripada wanita, umur antara 20 – 40 tahun. Sebagian besar pasien relatif muda dan merupakan calon utama untuk transplantasi ginjal (Sukandar, 2000).

2.1.3 Klasifikasi

KDIGO (2013) membagikan penyakit ginjal kronik menjadi beberapa stadium berdasarkan laju filtrasi glomelurus (LFG).

Tabel 2.4 Pembagian penyakit ginjal kronik berdasarkan LFG

Kategori LFG	LFG (ml/min/1.73m ²)	Batasan
G1	90	Normal atau tinggi
G2	60-89	Penurunan ringan
G3a	45-49	Penurunan ringan sampai sedang
G3b	30-44	Penurunan sedang sampai berat
G4	15-29	Penurunan berat
G5	<15	Gagal ginjal

Sumber: KDIGO, 2013

Nilai LFG menunjukkan seberapa besar fungsi ginjal yang dimiliki oleh pasien sekaligus sebagai dasar penentuan terapi oleh dokter. Semakin parah PGK yang dialami, maka nilai LFGnya akan semakin kecil (National Kidney Foundation, 2010).

Penyakit Ginjal Kronik stadium 5 disebut dengan gagal ginjal. Perjalanan klinisnya dapat ditinjau dengan melihat hubungan antara bersihan kreatinin dengan LFG sebagai persentase dari keadaan normal, terhadap kreatinin serum dan kadar *blood urea nitrogen* (BUN) (Wilson, 2005).

Perjalanan klinis gagal ginjal dibagi menjadi tiga stadium. Stadium pertama merupakan stadium penurunan cadangan ginjal dimana pasien tidak menunjukkan gejala dan kreatinin serum serta kadar BUN normal. Gangguan pada fungsi ginjal baru dapat terdeteksi dengan pemberian beban kerja yang berat seperti tes pemekatan urin yang lama atau melakukan tes LFG yang teliti. Stadium kedua disebut dengan insufisiensi ginjal. Pada stadium ini, ginjal sudah mengalami kehilangan fungsinya sebesar 75%. Kadar BUN dan kreatinin serum mulai meningkat melebihi nilai normal, namun masih ringan. Pasien dengan insufisiensi ginjal ini menunjukkan beberapa gejala seperti nokturia dan poliuria akibat gangguan kemampuan pemekatan (Wilson, 2005).

Biasanya pasien tidak menyadari dan memperhatikan gejala ini, sehingga diperlukan pertanyaan-pertanyaan yang teliti (Wilson, 2005). Stadium akhir dari gagal ginjal disebut juga dengan *endstage renal disease* (ESRD). Stadium ini terjadi apabila sekitar 90% masa nefron telah hancur, atau hanya tinggal 200.000 nefron yang masih utuh. Peningkatan kadar BUN dan kreatinin serum sangat mencolok. Bersihan kreatinin mungkin sebesar 5-10 mL per menit atau bahkan kurang. Pasien merasakan gejala yang cukup berat dikarenakan ginjal yang sudah tidak dapat lagi bekerja mempertahankan homeostasis cairan dan elektrolit. Pada berat jenis yang tetap sebesar 1,010, urin menjadi isoosmotis dengan plasma. Pasien biasanya mengalami oligouria (pengeluaran urin <500mL/hari). Sindrom

uremik yang terjadi akan mempengaruhi setiap sistem dalam tubuh dan dapat menyebabkan kematian bila tidak dilakukan RRT (Wilson, 2005).

2.1.4 Faktor Resiko

American Kidney Foundation (2012) menyebutkan beberapa faktor resiko dari penyakit ginjal adalah :

1. Diabetes
2. Hipertensi/ tekanan darah tinggi
3. Penyakit jantung
4. Riwayat keluarga yang memiliki penyakit ginjal
5. Berusia di atas 60 tahun
6. Merupakan ras Afrika-Amerika, penduduk asli Amerika atau Asia

2.1.5 Manifestasi Klinis

Gambaran klinis pasien PGK meliputi gambaran yang sesuai dengan penyakit yang mendasari, sindrom uremia dan gejala komplikasi. Pada stadium dini, terjadi kehilangan daya cadang ginjal dimana LFG masih normal atau justru meningkat. Kemudian terjadi penurunan fungsi nefron yang progresif yang ditandai dengan peningkatan kadar urea dan kreatinin serum. Sampai pada LFG sebesar 60%, pasien masih belum merasakan keluhan. Ketika LFG sebesar 30%, barulah terasa keluhan seperti nokturia, badan lemah, mual, nafsu makan kurang, dan penurunan berat badan. Sampai pada LFG di bawah 30%, pasien menunjukkan gejala uremia yang nyata seperti anemia, peningkatan tekanan darah, gangguan metabolisme fosfor dan kalsium, pruritus, mual, muntah dan lain sebagainya. Pasien juga mudah terserang infeksi, terjadi gangguan keseimbangan elektrolit dan air. Pada LFG di bawah 15%, maka timbul gejala dan komplikasi serius dan pasien membutuhkan RRT (Suwitra, 2009).

Pasien PGK stadium 1 sampai 3 (dengan LFG ≥ 30 mL/menit/1,73 m²) biasanya memiliki gejala asimptomatis. Pada stadium-stadium ini masih belum ditemukan gangguan elektrolit dan metabolismik. Sebaliknya, gejala-gejala tersebut dapat ditemukan pada PGK stadium 4 dan 5 (dengan LFG < 30 mL/menit/1,73 m²) bersamaan dengan poliuria, hematuria, dan edema. Selain itu, ditemukan juga uremia yang ditandai dengan peningkatan limbah nitrogen di dalam darah, gangguan keseimbangan cairan elektrolit dan asam basa dalam tubuh yang pada keadaan lanjut akan menyebabkan gangguan fungsi pada semua sistem organ tubuh (Arora, 2014).

2.1.6 Patofisiologi

Patofisiologi awalnya tergantung dari penyakit yang mendasari dan pada perkembangan lebih lanjut proses yang terjadi hampir sama. Adanya pengurangan massa ginjal mengakibatkan hipertrofi struktural dan fungsional nefron yang masih tersisa sebagai upaya kompensasi, yang diperantarai oleh molekul vasoaktif seperti sitokin dan *growth factor* sehingga menyebabkan terjadinya hiperfiltrasi yang diikuti oleh peningkatan tekanan kapiler dan aliran darah glomerulus. Keadaan ini diikuti oleh proses maladaptasi berupa sklerosis nefron yang masih tersisa dan pada akhirnya akan terjadi penurunan fungsi nefron secara progresif. Adanya peningkatan aktivitas aksis renin-angiotensin-aldosteron intrarenal yang dipengaruhi oleh *growth factor Transforming Growth Factor β* (TGF-β) menyebabkan hiperfiltrasi, sklerosis dan progresifitas. Selain itu progresifitas penyakit ginjal kronik juga dipengaruhi oleh albuminuria, hipertensi, hiperglikemia, dislipidemia (Price & Wilson, 2006)

Stadium awal penyakit ginjal kronik mengalami kehilangan daya cadangan ginjal (*renal reverse*) dimana basal LFG masih normal atau malah meningkat dan dengan perlahan akan terjadi penurunan fungsi nefron yang progresif ditandai adanya peningkatan kadar urea dan kreatinin serum. Pada LFG sebesar 60%, masih belum ada keluhan atau asimptomatis

tetapi sudah terjadi peningkatan kadar urea dan kreatinin serum pada pasien. Pada LFG sebesar 30% mulai timbul keluhan seperti nokturia, lemah, mual, nafsu makan kurang dan penurunan berat badan dan setelah terjadi penurunan LFG dibawah 30% terjadi gejala dan tanda uremia yang nyata seperti anemia, peningkatan tekanan darah, gangguan metabolisme fosfor dan kalsium, pruritus, mual, muntah dan juga mudah terjadi infeksi pada saluran perkemihan, pencernaan dan pernafasan, terjadi gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit yaitu hipovolemia, hipervolemia, natrium dan kalium. Pada LFG kurang dari 15% merupakan stadium gagal ginjal yang sudah terjadi gejala dan komplikasi yang lebih berat dan memerlukan terapi pengganti ginjal (*renal replacement therapy*) antara lain dialisis atau transplantasi ginjal (Suwitra, 2010).

2.1.7 Penegakkan Diagnosis

Kerusakan ginjal dapat dideteksi secara langsung maupun tidak langsung. Bukti langsung kerusakan ginjal dapat ditemukan pada pencitraan atau pemeriksaan histopatologi biopsi ginjal. Pencitraan meliputi ultrasonografi, *computed tomography* (CT), *magnetic resonance imaging* (MRI), dan *isotope scanning* dapat mendeteksi beberapa kelainan struktural pada ginjal. Histopatologi biopsi renal sangat berguna untuk menentukan penyakit glomerular yang mendasari (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2008). Bukti tidak langsung pada kerusakan ginjal dapat disimpulkan dari urinalisis. Inflamasi atau abnormalitas fungsi glomerulus menyebabkan kebocoran sel darah merah atau protein. Hal ini dideteksi dengan adanya hematuria atau proteinuria (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2008).

Penurunan fungsi ginjal ditandai dengan peningkatan kadar ureum dan kreatinin serum. Penurunan LFG dapat dihitung dengan mempergunakan rumus Cockcroft-Gault (Suwitra, 2009). Penggunaan rumus ini dibedakan berdasarkan jenis kelamin (Willems *et al.*, 2013).

$$\text{♀} = \frac{(140 - usia) \times \text{berat badan}}{\text{kreatinin serum}} \times 0,85$$

$$\text{♂} = \frac{(140 - usia) \times \text{berat badan}}{\text{kreatinin serum}}$$

Pengukuran LFG dapat juga dilakukan dengan menggunakan rumus lain, salah satunya adalah CKD-EPI *creatinine equation* (National Kidney Foundation, 2015).

$$\text{LFG} = 141 \times \min\left(\frac{\text{Scr}}{\kappa}, 1\right)^\alpha \times \max\left(\frac{\text{Scr}}{\kappa}, 1\right)^{-1,209} \times 0,993^{usia} \times 1,018 \text{ (jika wanita)} \times 1,159 \text{ (jika ras hitam)}$$

Keterangan :

κ wanita = 0,7

κ pria = 0,9

α wanita = - 0,329

α pria = - 0,441

Scr = kreatinin serum (mg/dL)

2.1.8 Terapi

Terapi untuk penyakit penyebab tentu sesuai dengan patofisiologi masing-masing penyakit. Pencegahan progresivitas penyakit ginjal kronik bisa dilakukan dengan beberapa cara, antara lain restriksi protein, kontrol glukosa, kontrol tekanan darah dan proteinuria, penyesuaian dosis obat-obatan dan edukasi. Pada pasien yang sudah mengalami penyakit ginjal dan terdapat gejala uremia, hemodialisis atau terapi pengganti lain bisa dilakukan (Brenner & Lazarus, 2012).

Tabel 2.5 Tatalaksana Penyakit Ginjal Kronik Berdasar Derajatnya

Derajat	LFG (ml/mnt/1,73m²)	Rencana tatalaksana
1	≥ 90	Terapi penyakit dasar, kondisi komorbid, evaluasi pemburukan (<i>progression</i>) fungsi ginjal, memperkecil risiko kardiovaskular
2	60-89	Menghambat pemburukan (<i>progression</i>) fungsi ginjal
3	30-59	Evaluasi dan terapi komplikasi
4	15-29	Persiapan untuk terapi pengganti ginjal
5	< 15	Terapi pengganti ginjal

Sumber: Suwitra, 2014

Terapi pengganti ginjal dilakukan pada penyakit ginjal kronik stadium 5, yaitu pasien dengan LFG kurang dari 15 ml/menit. Terapi tersebut dapat berupa hemodialisis, dialisis peritoneal atau transplantasi ginjal (Suwitra, 2014).

Penatalaksanaan penyakit ginjal kronik meliputi (Sudoyo, 2010) :

1. Terapi Spesifik Penyakit Dasarnya

Waktu yang paling tepat untuk terapi penyakit dasarnya adalah sebelum terjadinya penurunan LFG, sehingga perburukan fungsi ginjal tidak terjadi.

2. Pencegahan dan Terapi Terhadap Kondisi Komorbid

Penting sekali untuk mengikuti dan mencatat kecepatan penurunan LFG pada pasien PGK. Hal ini untuk mengetahui kondisi komorbid yang dapat memperburuk keadaan pasien. Faktor-faktor komorbid antara lain, gangguan keseimbangan cairan, hipertensi yang tidak terkontrol, infeksi traktus urinarius, obstruksi traktus urinarius, obat-obat nefrotoksik, bahan radiokontras, atau peningkatan aktivitas penyakit dasarnya.

3. Memperlambat Perburukan Fungsi Ginjal

Faktor utama penyebab perburukan fungsi ginjal adalah terjadinya hiperfiltrasi glomerulus. Dua cara penting untuk mengurangi hiperfiltrasi glomerulus yaitu pembatasan asupan protein dan terapi farmakologis. Protein diberikan 0,6-0,8/kg berat badan/hari, yang 0,35-0,50 gr diantaranya merupakan protein nilai biologi tinggi. Jumlah kalori yang diberikan sebesar 30-35 kkal/kg berat badan/hari. Terapi farmakologis untuk mengurangi hipertensi intraglomerulus. Pemakaian obat anti hipertensi, selain bermanfaat untuk memperkecil resiko kardiovaskular juga sangat penting untuk memperlambat perburukan kerusakan nefron dengan mengurangi hipertensi intraglomerulus dan hipertrofi glomerulus. Beberapa obat anti hipertensi, terutama penghambat enzim konverting angiotensin (*angiotensin converting enzyme inhibitor/ ACE inhibitor*), melalui berbagai studi terbukti dapat memperlambat proses perburukan fungsi ginjal.

4. Pencegahan dan Terapi Terhadap Penyakit Kardiovaskular

Pencegahan dan terapi terhadap penyakit kardiovaskular penting karena 40-45% kematian pada penyakit ginjal kronik disebabkan oleh penyakit kardiovaskular. Pencegahan dan terapi penyakit kardiovaskular seperti pengendalian diabetes, hipertensi, dislipidemia, anemia, hiperfosfatemia, dan terapi terhadap kelebihan cairan serta gangguan keseimbangan elektrolit.

5. Pencegahan dan Terapi Terhadap Komplikasi

Penyakit ginjal kronik mengakibatkan berbagai komplikasi yang manifestasinya sesuai dengan derajat penurunan fungsi ginjal. Anemia terjadi pada 80-90% pasien PGK, terutama disebabkan defisiensi eritropoietin. Pemberian eritropoietin merupakan hal yang dianjurkan dan status besi harus diperhatikan karena eritropoietin memerlukan besi dalam mekanisme kerjanya. Pemberian transfuse pada pasien PGK harus dilakukan secara hati-

hati, berdasarkan indikasi yang tepat dan pemantauan yang cermat. Transfusi darah yang dilakukan secara tidak cermat dapat mengakibatkan kelebihan cairan tubuh, hiperkalemia dan perburukan fungsi ginjal. Osteodistrofi renal juga merupakan komplikasi PGK yang sering terjadi. Penatalaksanaannya dengan cara mengatasi hipofosfatemia dan pemberian hormon kalsitriol. Penatalaksanaan hipofosfatemia meliputi pembatasan asupan fosfat 600-800mg/hari, pemberian pengikat fosfat (seperti garam kalsium, aluminium hidroksida, garam magnesium), pemberian bahan kalsium mimetik.

6. Terapi Pengganti Ginjal Berupa Dialisis atau Transplantasi Ginjal
Terapi pengganti ginjal dilakukan pada penyakit ginjal stadium 5, yaitu pada LFG <15 ml/menit/1,73m². Terapi pengganti ginjal tersebut dapat berupa hemodialisis, peritoneal dialisis atau transplantasi ginjal.

2.1.9 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).

Menurut WHOQOL (2012), kualitas hidup terdiri dari enam dimensi yaitu kesehatan fisik, kesejahteraan psikologis, tingkat kemandirian, hubungan sosial, hubungan dengan lingkungan, dan keadaan spiritual. Dalam hal ini, dimensi fisik terdiri dari aktivitas sehari-hari, energi dan kelelahan, serta tidur dan istirahat. Sementara pada dimensi psikologis terdapat penampilan tubuh, perasaan negatif, dan perasaan positif. Aspek kemandirian meliputi mobilitas, aspek sosial meliputi

dukungan sosial dan aktivitas seksual. Kemudian aspek lingkungan meliputi sumber finansial, kebebasan, keselamatan fisik, dan yang terakhir dimensi spiritual terdiri dari kepercayaan spiritual (WHOQOL, 2012).

Definisi kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan atau *health-related quality of life* (HRQoL) dapat diartikan sebagai respon emosi dari penderita terhadap aktivitas sosial, emosional, pekerjaan dan hubungan antar keluarga, rasa senang atau bahagia, adanya kesesuaian antara harapan dan kenyataan yang ada, adanya kepuasan dalam melakukan fungsi fisik, sosial dan emosional serta kemampuan mengadakan sosialisasi dengan orang lain (Hermann BP, 1993).

Kualitas hidup seringkali diartikan sebagai komponen kebahagiaan dan kepuasan terhadap kehidupan. Akan tetapi pengertian kualitas hidup tersebut seringkali bermakna berbeda pada setiap orang karena mempunyai banyak sekali faktor yang mempengaruhi seperti keuangan, keamanan, atau kesehatan. Untuk itulah digunakan sebuah istilah Kualitas Hidup Terkait Kesehatan dalam bidang kesehatan (Fayers and Machin, 2007).

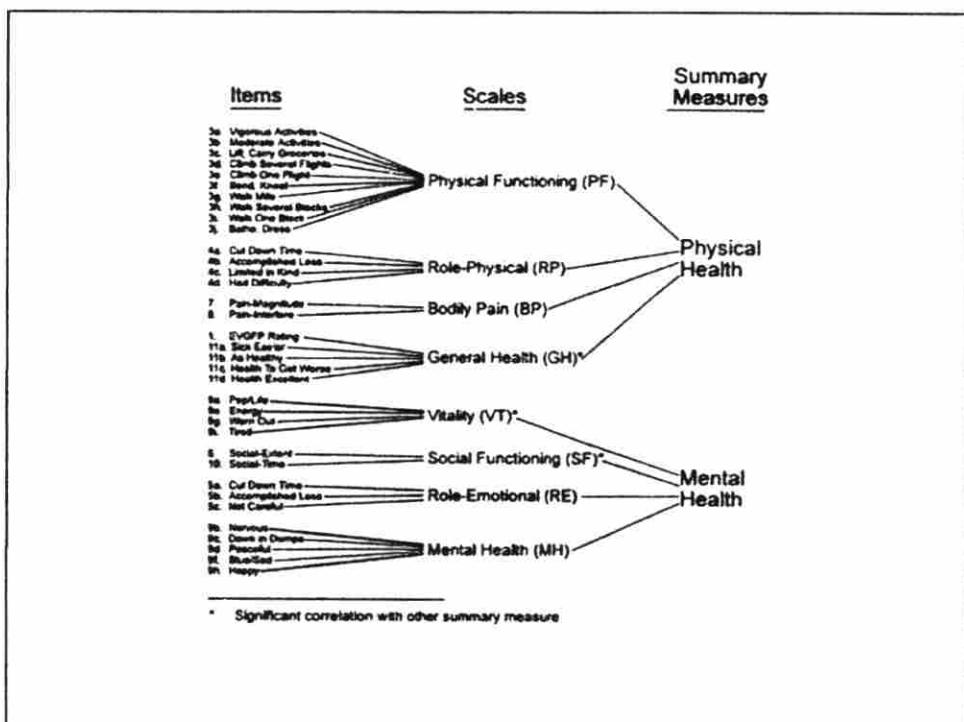
Pengertian kualitas hidup terkait kesehatan juga sangat bervariasi antar banyak peneliti. Dalam definisi WHO, sehat bukan hanya terbebas dari penyakit, akan tetapi juga berarti sehat secara fisik, mental, maupun sosial. Seseorang yang sehat akan mempunyai kualitas hidup yang baik, begitu pula kualitas hidup yang baik tentu saja akan menunjang kesehatan (Harmaini, 2006).

2.1.10 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. Para ilmuwan telah banyak mengembangkan alat ukur yang digunakan untuk menilai kualitas hidup, salah satu kuesioner yang telah digunakan secara luas dan telah tervalidasi adalah SF-36. SF-36 adalah instrumen berupa kuesioner yang digunakan untuk mengevaluasi kualitas hidup pasien-pasien yang menderita penyakit kronik secara umum (Chen *et al*, 2000). Penggunaannya telah terbukti bermanfaat dalam memantau kesehatan, hasil praktik klinis, dan mengevaluasi hasil pengobatan (Wang *et al*, 2008).



Gambar 2.1 Klasifikasi Pertanyaan SF-36
(diunduh dari <http://www.sf-36.org/>)

2.1.11 Short Form-36 (SF-36)

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).

Delapan dimensi dalam SF-36 terbagi lagi menjadi dua, yaitu *Physical Component Summary* yang terdiri dari kesehatan fisik, tubuh sakit, persepsi kesehatan secara umum, dan vitalitas. Selain itu terdapat *Mental Component Summary* yang terdiri dari fungsi sosial, peran keterbatasan karena masalah emosional, dan kesehatan psikis (Ware, 2000).

Tabel 2.6. Pembagian Skala dan Dimensi SF-36

Pertanyaan	Skala	Dimensi
3. Aktivitas berat		
4. Aktivitas sedang		
5. Mengangkat/membawa belanjaan		
6. Menaiki anak tangga beberapa lantai		
7. Menaiki anak tangga satu lantai	Fungsi fisik	
8. Membungkuk, berlutut, atau jongkok		
9. Berjalan lebih dari satu km		
10. Berjalan beberapa ratus meter		
11. Berjalan seratus meter		
12. Mandi dan berpakaian sendiri		
13. Mengurangi waktu dalam melakukan pekerjaan	Keterbatasan akibat masalah fisik	
14. Tidak dapat menyelesaikan pekerjaan dengan sempurna		
15. Hanya dapat melakukan pekerjaan/aktivitas tertentu		
16. Sulit melaksanakan pekerjaan		
21. Tingkatan rasa nyeri yang dirasakan	Perasaan sakit/nyeri	
22. Rasa nyeri yang mengganggu		
1. Kondisi kesehatan secara umum		
36. Kesehatan baik luar biasa		
34. Sama sehatnya seperti orang lain	Kesehatan umum	
33. Lebih mudah sakit		
35. Kesehatan memburuk		
23. Semangat	Vitalitas	
27. Energi		
29. Lelah atau loyo		
31. Capek		
32. Seberapa lama keterbatasan fisik/emosi mengganggu aktifitas sosial	Fungsi sosial	
20. Seberapa besar keterbatasan fisik/emosi mengganggu aktifitas sosial		

17. Mengurangi waktu dalam melakukan pekerjaan	Keterbatasan akibat masalah emosional		
18. Tidak dapat menyelesaikan pekerjaan dengan sempurna			
19. Tidak cermat dalam melakukan pekerjaan			
24. Ragu-ragu	Kesehatan mental		
25. Tertekan			
26. Tenteram			
28. Kecewa atau sedih			
30. Bahagia			
2. Perubahan kondisi kesehatan			

Sumber: Kalantar-Zadeh *et al*, 2001

2.1.12 Cara Pengukuran

Sistem penilaian SF-36, skala diniilai secara kuantitatif, masing-masing skala terdiri dari 2-10 pertanyaan pilihan berganda, dengan skor antara 0-100, skor yang tinggi menunjukkan kualitas hidup yang baik terkait kondisi kesehatan pasien (Diaz-Buxo *et al*, McHorney *et al* dalam Kalantar-Zadeh *et al*, 2001). Skor 50 ± 10 diartikan kualitas hidup menyerupai populasi normal (Yani, 2010).

Tabel 2.7. Skor Kuesioner SF-36

Nomor dari tiap pertanyaan	Kategori respon	Skor
1, 2, 20, 22, 34, 36	1	100
	2	75
	3	50
	4	25
	5	0
3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12	1	0

	2	50
	3	100
13, 14, 15, 16, 17, 18, 19	1	0
	2	100
21, 23, 25, 27, 30	1	100
	2	80
	3	60
	4	40
	5	20
	6	0
24, 25, 28, 29, 31	1	0
	2	20
	3	40
	4	60
	5	80
	6	100
32, 33, 35	1	0
	2	25
	3	50
	4	75
	5	100

Sumber: RAND, 2014

Tabel 2.8. Pertanyaan yang mewakili 8 skala kuesioner SF-36

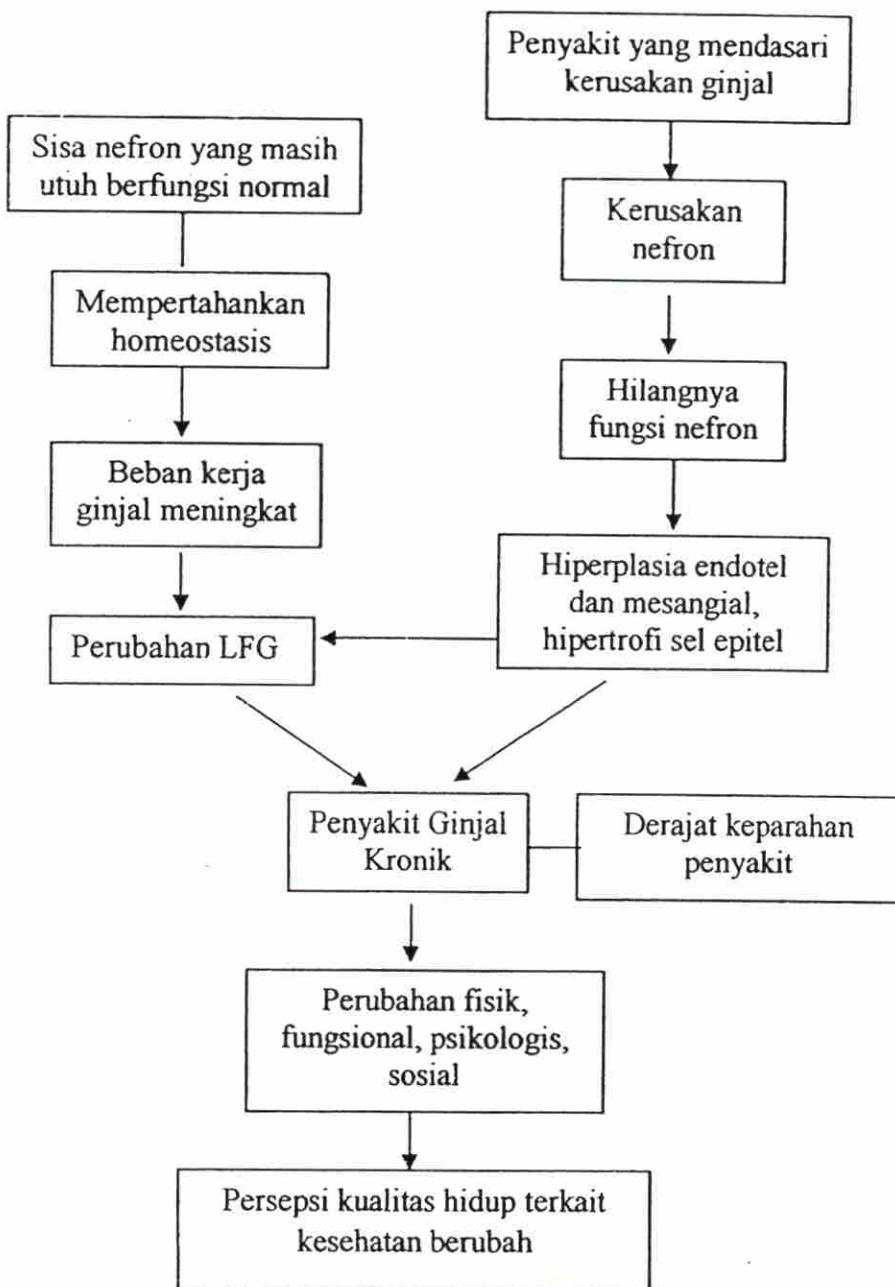
Skala	Jumlah pertanyaan	Nomor pertanyaan
Fungsi fisik	10	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12
Keterbatasan fisik	4	13, 14, 15, 16
Nyeri tubuh	2	21, 22
Kesehatan secara umum	6	1, 2, 33, 34, 35, 36
Vitalitas	4	23, 27, 29, 31
Fungsi sosial	2	20, 32
Keterbatasan emosional	3	17, 18, 19
Kesehatan mental	5	24, 25, 26, 28, 30

Sumber: RAND, 2014

2.1.13 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronis

Avis (2005, dalam Desita, 2010) menyatakan bahwa ada beberapa faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien dimana faktor ini dapat dibagi menjadi dua bagian. Bagian yang pertama adalah sosio demografi yaitu jenis kelamin, umur, suku/ etnik, pendidikan, pekerjaan dan status perkawinan. Bagian kedua adalah medis yaitu lama menjalani hemodialisa, stadium penyakit, dan penatalaksanaan medis yang dijalani. Penelitian Yuliaw (2010) menemukan bahwa karakteristik individu yang terdiri dari terdiri dari pendidikan, pengetahuan, umur dan jenis kelamin merupakan faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien penyakit ginjal kronik. Yuwono (2000) dalam penelitiannya mengatakan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien gagal ginjal adalah umur, jenis kelamin, etiologi gagal ginjal, cara terapi pengganti, status nutrisi dan kondisi komorbid.

2.2 Kerangka Teori



Gambar 2.2. Kerangka Teori

(Sumber: Price, 2006 dan Hoffbrand, 2005)

2.3 Hipotesis

H_0 : Tidak ada hubungan kualitas hidup terkait kesehatan dengan derajat penyakit ginjal kronik.

H_1 : Ada hubungan kualitas hidup terkait kesehatan dengan derajat penyakit ginjal kronik.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang dilakukan adalah studi observasional dengan desain *cross sectional*, yaitu penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor-faktor risiko dengan efek, dengan cara pendekatan, observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu waktu (Notoatmojo, 2010). Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode survey dengan menggunakan kuesioner, untuk menggambarkan tingkat kualitas hidup pasien penyakit ginjal kronik di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang.

3.2. Waktu dan Tempat Penelitian

3.2.1. Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan dari Oktober – Desember 2016.

3.2.2. Tempat Penelitian

Penelitian dilaksanakan di bangsal dan poliklinik penyakit dalam Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang.

3.3. Populasi dan Sampel

3.3.1. Populasi Target

Populasi target penelitian ini adalah semua pasien penyakit ginjal kronik di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang.

3.3.2. Populasi Terjangkau

Populasi terjangkau penelitian ini adalah semua pasien penyakit ginjal kronik yang rawat jalan dan rawat inap di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang.

3.3.3. Sampel dan Cara Pemilihan Sampel

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah total sampling. Total sampling adalah teknik pengambilan sampel dimana jumlah sampel sama dengan populasi (Sugiyono, 2013).

Sampel pada penelitian ini adalah semua penderita PGK rawat jalan dan rawat inap di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang Periode Oktober - Desember 2016.

3.3.4. Kriteria Inklusi dan Eksklusi

A. Kriteria Inklusi

1. Pasien yang di diagnosis dokter dengan penyakit ginjal kronik di bangsal dan poliklinik penyakit dalam Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang.
2. Pasien yang bersedia menjadi responden.

B. Kriteria Eksklusi

1. Terdapat gangguan psikiatri.
2. Terdapat penyakit lain yang tidak berhubungan dengan penyakit ginjal kronik seperti asma, PPOK, dan TB paru.

3.4. Variabel Penelitian

3.4.1. Variabel dependent

Kualitas hidup terkait kesehatan

3.4.2. Variabel independent

Derajat penyakit ginjal kronik (PGK)

3.5. Definisi Operasional

Tabel 3.1. Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi	Alat dan Cara Ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
1.	Kualitas hidup terkait kesehatan	Respon emosi dari penderita terhadap aktivitas sosial, emosional, pekerjaan dan hubungan antar keluarga, rasa senang atau bahagia, adanya kesesuaian antara harapan dan kenyataan yang ada, adanya kepuasan dalam melakukan fungsi fisik, sosial dan emosional serta kemampuan mengadakan sosialisasi dengan orang lain pada pasien penyakit ginjal kronik di RSMP.	Mengisi kuesioner/me wawancara responden tentang kualitas hidup dengan menggunakan instrumen KDQOL-SF 36.	Numerik	1. Kualitas hidup baik (>60) 2. Kualitas hidup buruk (<60)
2.	Derajat penyakit ginjal kronik (PGK)	Pembagian penyakit ginjal kronik menjadi beberapa stadium berdasarkan laju filtrasi glomelurus (LFG).	Melihat laju filtrasi glomerulus (ml/menit/1,73m2) berdasarkan hasil rekam medik mengukur derajat berdasarkan CKD-EPI.	Numerik	G1 (90) G2 (60-89) G3 (30-59) G4 (15-29) G5 (<15)

3.6. Cara Pengumpulan Data

Pengumpulan data dalam penelitian ini meliputi data primer, data primer diperoleh dari populasi secara langsung saat penelitian yaitu dengan cara membagikan kuesioner kepada responden yang terdiri lembar dataan isian yang berisi karakteristik demografi dan kuesioner KDQOL-SF versi 1.3. Kuesioner ini berisi sejumlah pertanyaan untuk mendapatkan data mengenai kualitas hidup pasien penyakit ginjal kronik yang rawat jalan dan rawat inap atau dikumpulkan peneliti dengan memberikan penjelasan singkat tentang tujuan peneliti, bila responden sejutu untuk berpartisipasi dalam kegiatan penelitian selanjutnya diberikan lembar persetujuan untuk menanda tangani. Peneliti membagi dan menjelaskan pengisian kuesioner. Data lainnya yaitu diperoleh peneliti dari data dari Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang yang diperlukan dalam menunjang penelitian ini pencatatan dan laporan para pasien yang menderita penyakit ginjal kronik di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang.

3.7. Cara Pengolahan dan Analisis Data

3.7.1. Cara Pengolahan Data

1. Memeriksa data yang telah dikumpulkan.
2. Pemberian kode pada data.
3. Memasukkan data ke dalam program SPSS.
4. Melakukan pengecekan kembali data untuk melihat adanya kesalahan-kesalahan dalam pemberian kode, ketidaklengkapan data dan lainnya.

3.7.2. Analisis Data

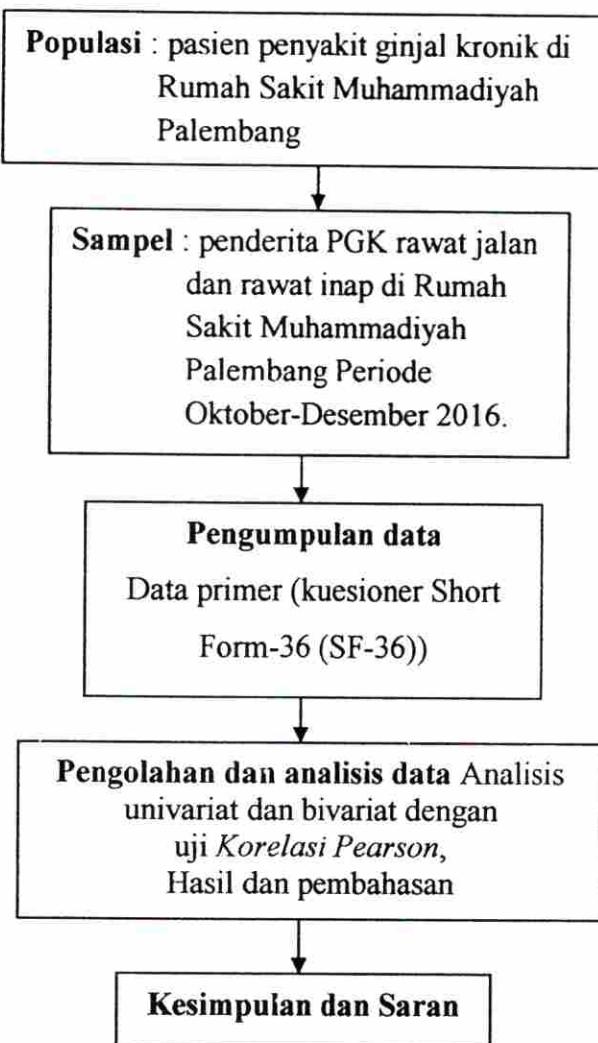
1. Analisis Univariat Kualitas Hidup dan Derajat PGK

Analisis univariat pada penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan karakteristik responden yaitu kualitas hidup pada pasien penyakit ginjal kronik. Analisis univariat mendeskripsikan kualitas hidup. Pada variabel kualitas hidup dikatakan baik jika nilai >60 dan dikatakan rendah jika nilai <60 .

2. Analisis Bivariat Kualitas Hidup dan Derajat PGK

Analisis bivariat berfungsi untuk mengetahui hubungan antara variabel dependen kualitas hidup dilihat dari dimensi fisik dengan variabel independen yaitu derajat penyakit ginjal kronik. Pengujian hipotesis pada penelitian ini dilakukan dengan menggunakan *uji Korelasi Pearson* karena data variabel adalah numerik. Hasil uji dikatakan terdapat hubungan jika nilai nilai $p \leq \alpha (0,05)$.

3.8. Alur Penelitian



Gambar 3.1. Skema Alur Penelitian

3.9. Rencana/Jadwal Kegiatan

Tabel 3.2. Jadwal Kegiatan Peneliti

3.10. Anggaran

Penelitian ini akan membutuhkan sejumlah biaya demi kelancaran prosesnya. Berikut ini perkiraan anggaran biaya yang akan dikeluarkan selama penelitian ini berlangsung.

Tabel 3.3. Anggaran Kegiatan Penelitian

a. Pembuatan Proposal	Kertas HVS A4 70 gram x 1 rim Pencetakan: Tinta hitam x1 botol Tinta warna x 1 botol Biaya Internet	Rp. 33.000,00 Rp. 20.000,00 Rp. 20.000,00 Rp. 100.000,00
b. Seminar Proposal	Kertas HVS A4 70 gram x 1 rim Pencetakan: Tinta hitam x1 botol Tinta warna x 1 botol Map Kertas 4 x Rp 3.000,00 Jilid 7 x Rp 3.000,00	Rp. 33.000,00 Rp. 20.000,00 Rp. 20.000,00 Rp. 12.000,00 Rp 3.000,00 Rp. 21.000,00
c. Penyusunan Laporan	Kertas HVS A4 80 gram 1 rim x Rp 40.000,00 Pencetakan: Tinta hitam x1 botol Tinta warna x 1 botol Map Kertas 7 x Rp 3.000,00 Jilid 7 x Rp 50.000,00 Transportasi Souvenir responden	Rp. 40.000,00 Rp. 20.000,00 Rp. 20.000,00 Rp. 21.000,00 Rp 3.000,00 Rp. 350.000,00 Rp. 100.000,00 Rp. 600.000,00
Total Pengeluaran		Rp. 1.430.000,00

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

4.1.1 Karakteristik Responden

Penelitian ini merupakan penelitian analitik observasional dengan menggunakan rancangan *cross sectional* yang bertujuan untuk mengetahui hubungan tingkat kualitas hidup pasien penyakit ginjal kronik di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang. Teknik pengambilan sampel adalah *Total Sampling* dengan pasien didapatkan berjumlah 23 subjek. Data yang diperoleh pada penelitian ini adalah data primer pasien yang terdiagnosa Penyakit Ginjal Kronik (PGK) di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang.

Tabel 4.1 Karakteristik Responden

Variabel	Kategori	Frekuensi (n)	Percentase (%)
Usia	<20-40 tahun	1	4,3
	41-60 tahun	7	30,4
	61-80 tahun	15	65,2
	>81 tahun	0	0
Jenis Kelamin	Laki-laki	8	34,8
	Perempuan	15	65,2
Penyakit Penyerta	Hipertensi	16	69,6
	Diabetes Melitus	4	17,4
	Nefrolithiasis	2	8,7
	Dislipidemia	1	4,3
Pendidikan	SD	17	73,9
	SMP	4	17,4
	SMA	0	0
	PT	2	8,7

Karakteristik responden berdasarkan tabel 4.1 kelompok usia terbanyak adalah 61-80 tahun yaitu sebanyak 15 orang (65,2%), 41-60 tahun 7 orang (30,4%), <20-40 tahun 1 orang (4,3%) dan pada usia >80 tahun yaitu tidak ditemukan pasien yang menderita PGK. Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin didapatkan pasien perempuan lebih banyak yaitu 15 orang (65,2%) dibanding pada laki-laki sebanyak 8 orang (34,8%). Penyakit penyerta terbanyak yang didapatkan adalah riwayat hipertensi yaitu, 16 orang (69,6 %), diabetes melitus sebanyak 4 orang (17,4%), nefrolithiasis 2 orang (8,7%), dan dislipidemia 1 orang (4,3%). Berdasarkan tingkat pendidikan, sebagian besar responden berpendidikan SD yaitu 17 orang (73,9 %), berpendidikan SMP 4 orang (17,4%), sedangkan 2 orang (8,7%) berpendidikan PT.

4.1.1 Analisis Univariat Kualitas Hidup dan Derajat Penyakit Ginjal Kronik

A. Kualitas Hidup Terkait Kesehatan

Kualitas hidup terkait kesehatan pada penelitian ini ditentuan berdasarkan instrumen KDQOL-SF 36. Dikategorikan menjadi 2 kelompok yaitu baik dengan skor >60 dan buruk skor <60.

Tabel 4.2 Distribusi Pasien PGK berdasarkan Kualitas Hidup

No	Kualitas Hidup	Frekuensi (n)	Persentase (%)
1	Baik (>60)	11	47,8
2	Buruk (<60)	12	52,2
Total		23	100,0

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan didapatkan pasien PGK dengan kualitas hidup baik berjumlah 11 pasien (47,8%) dan kualitas hidup yang buruk terdapat 12 pasien (52,2%).

B. Derajat Penyakit Ginjal Kronik

Derajat Penyakit Ginjal Kronik (PGK) pada penelitian ini berdasarkan melihat laju filtrasi glomerulus ($\text{ml menit}/1,73\text{m}^2$) dan dikategorikan menjadi derajat 1 sampai 5.

Tabel 4.3 Distribusi Pasien berdasarkan Derajat PGK

No	Derajat PGK	Frekuensi (n)	Percentase (%)
1	Derajat 1	6	26,1
2	Derajat 2	4	17,4
3	Derajat 3	6	26,1
4	Derajat 4	3	13,0
5	Derajat 5	4	17,4
Total		23	100,0

Pada penelitian ini pasien PGK yang menderita derajat terbanyak yaitu derajat 1 yaitu 6 orang (26,1%) dan derajat 3 ada 6 orang (26,1%), derajat 2 terdapat 4 orang (17,4%), derajat 4 ada 3 orang (13,0%) dan derajat 5 ada 4 orang (17,4%).

C. Kualitas Hidup dan Derajat Penyakit Ginjal Kronik

Tabel 4.4 Distribusi Pasien berdasarkan Derajat PGK dan Kualitas Hidup

Kualitas Hidup	Derajat PGK				
	Derajat 1	Derajat 2	Derajat 3	Derajat 4	Derajat 5
Baik	5 (41,7%)	3 (25,0%)	2 (16,7%)	1 (8,3%)	1 (8,3%)
Buruk	1 (9,1%)	1 (9,1%)	4 (36,4%)	2 (18,2%)	2 (27,3%)

Pada penelitian ini pasien PGK yang mengalami kualitas hidup baik yang paling banyak dengan derajat 1 yaitu 5 orang (41,7%), sedangkan pada kualitas hidup buruk yang paling banyak dengan derajat 3 yaitu 4 orang (36,4%).

D. Pasien Penyakit Ginjal Kronik dengan Hemodialisa

Tabel 4.5 Distribusi Pasien berdasarkan Hemodialisa

Hemodialisa pada pasien PGK	Kualitas Hidup		Total
	Baik	Buruk	
Ya	3 (75%)	1 (25%)	4
Tidak	8 (42,1%)	11 (57,9%)	19

Pada penelitian dengan pasien PGK yang menjalani hemodialisa terdapat 3 pasien (75%) dengan kualitas hidup baik dan 1 pasien (25%) dengan kualitas hidup buruk, sedangkan pada pasien PGK yang tidak menjalani hemodialisa ada 8 pasien (42,1%) dengan kualitas hidup baik dan 11 pasien (57,9%) dengan kualitas hidup buruk.

4.1.2 Analisis Bivariat Kualitas Hidup dan Derajat Penyakit Ginjal Kronik

Uji normalitas data dalam penelitian ini dilakukan untuk mengetahui apakah populasi rata-ratanya berdistribusi normal atau tidak. Hasil pengujian normalitas menggunakan uji *Kolmogorov-Smirnov*. Semua data berdistribusi normal yaitu $>0,05$ sehingga diuji dengan menggunakan *uji Korelasi Pearson*.

Tabel 4.6 Uji Normalitas Data.

Variabel	N	p-value
Kualitas Hidup	23	0,761
Derajat PGK	23	0,386

Tabel 4.7 Uji Korelasi Pearson

Variabel	N	p_value	r
Kualitas Hidup	23	0,001	0,630

Dari hasil penelitian yang dilakukan dengan menggunakan *uji Korelasi Pearson* dan mendapatkan nilai signifikansi 0,001 yang menunjukan bahwa korelasi antara kualitas hidup dan derajat PGK adalah bermakna dengan nilai korelasinya 0,630. Nilai korelasi menunjukan bahwa arah korelasi positif dengan kekuatan kuat.

4.2 Pembahasan

A. Karakteristik Reponden

Penelitian ini melibatkan 23 pasien yang menderita PGK di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang. Setelah dilakukan penelitian didapatkan hasil pada kelompok usia terbanyak adalah 61-80 tahun yaitu sebanyak 15 orang (65,2%). Hal ini sesuai dengan teori bahwa secara klinik pasien usia >60 tahun mempunyai risiko 2,2 kali lebih besar mengalami PGK. Hal ini disebabkan karena semakin bertambah usia, semakin berkurang fungsi ginjal dan berhubungan dengan penurunan kecepatan eksresi glomerulus dan memburuknya fungsi tubulus, McClellan dan Flanders (2003) membuktikan bahwa faktor risiko gagal ginjal salah satunya adalah umur yang semakin bertambah. Setelah usia >50 tahun, ginjal akan mengalami atropi dan ketebalan korteks ginjal akan berkurang sekitar 20% setiap dekade. Perubahan lain yang akan terjadi seiring dengan bertambahnya usia berupa penebalan membrane basal glomerulus, ekspansi masangium glomerular dan terjadinya deposit protein matriks ekstraseluler sehingga menyebabkan glomerulosklerosis (Hsieh, 2009)

Subjek peneliti yang berjenis kelamin perempuan lebih banyak yaitu 15 orang (65,2%). Hal ini tidak sesuai dengan teori bahwa laki-laki lebih sering menderita gagal ginjal dibanding wanita (Sukandar,2000). Penelitian yang dilakukan oleh Triyati dkk, di RS Cipto Mangunkusumo terhadap 1238 pasien baru terdiagnosis gagal ginjal mendapatkan hasil tidak terdapat hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan PGK. Hal lain yang diungkapkan oleh Ganong (2013) laki-laki lebih banyak penderita gagal ginjal dibanding perempuan karena perempuan mempunyai hormon estrogen lebih banyak. Hormon estrogen

berfungsi untuk menghambat pembentukan *cytokine* tertentu untuk menghambat osteoklas agar tidak berlebihan menyerap tulang, sehingga kadar kalsium seimbang. Kalsium memiliki efek protektif dengan mencegah oksalat yang bisa membentuk batu ginjal sebagai salah satu penyebab terjadinya PGK.

Pada penelitian ini didapatkan pasien PGK yang memiliki riwayat hipertensi adalah 16 orang (69,6 %), diabetes melitus sebanyak 4 orang (17,4%), nefrolithiasis (8,7%), dan dislipidemia 1 orang (4,3%). Dari hasil yang didapatkan terlihat bahwa hipertensi dan diabetes melitus merupakan faktor resiko atau penyakit penyerta terbanyak. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Chang dkk (2008) di Rumah Sakit Umum Cathay Taiwan, *US Renal Data System* tahun 2006 juga melaporkan penyebab utama PGK di Amerika Serikat adalah diabetes mellitus (44,9%) dan hipertensi (27,2%). Berdasarkan *Indonesian Society of Nephrology* (InaSN) tahun 2000, diabetes dan hipertensi merupakan penyebab kedua dan ketiga PGK di Indonesia tidak hanya penyakit infeksi. Hipertensi yang berlangsung lama akan menyebabkan perubahan resistensi arteriol aferen akan terjadi penyempitan arteriol eferen akibat perubahan struktur mikrovaskuler. Kondisi ini akan menyebabkan iskemik glomerular dan mengaktifkan respon inflamasi, endotelin dan aktivasi angiotensin II intrarenal. Kondisi ini akan menyebabkan terjadi apoptosis, meningkatkan produksi matriks dan deposit pada mikrovaskuler glomerulus dan terjadinya sclerosis glomerulus (Firmansyah, 2013). Sedangkan pada pasien diabetes melitus ialah terjadi hiperglikemia yang lama akan berakibat buruk pada ginjal dan dapat menyebabkan terjadinya fibrosis dan inflamasi pada glomerulus dan tubulus. Kondisi ini menyebabkan percepatan kerusakan fungsi ginjal (Amato, 2005). Obstruksi yang diakibatkan oleh batu saluran kemih dapat menyebabkan peningkatan tekanan intratubular yang diikuti oleh vasokonstriksi pembuluh darah hingga menyebabkan iskemik ginjal. Iskemik pada waktu yang lama dapat menyebabkan glomerulosklerosis, atrofia tubulus, dan fibrosis intestisial. Obstruksi komplit pada ginjal selama 24 jam akan mengakibatkan kehilangan fungsi nefron secara permanen sebanyak 15% (Rule, 2011)

Subjek peneliti yang berpendidikan SD lebih banyak yaitu yaitu 17 orang (73,9 %). Hal ini sesuai dengan Yuliaw (2009) dalam penelitiannya mengatakan bahwa pada penderita yang memiliki pendidikan lebih tinggi akan mempunyai pengetahuan yang lebih luas juga memungkinkan pasien itu dapat mengontrol dirinya dalam mengatasi masalah yang dihadapi, mempunyai rasa percaya diri yang tinggi, berpengalaman, dan mempunyai perkiraan yang tepat bagaimana mengatasi kejadian, mudah mengerti tentang apa yang dianjurkan oleh petugas kesehatan.

B. Analisis Univariat Kualitas Hidup dan Derajat Penyaki Ginjal Kronik

Pada penelitian didapatkan bahwa yang paling banyak pasien PGK dengan kualitas hidup yang buruk yaitu 12 orang (52,2%). Hal ini sesuai dengan teori bahwa penderita PGK yang mengalami depresi menunjukkan skor kualitas hidup yang rendah. Penelitian sebelumnya menunjukkan tingkat depresi yang tinggi di kalangan pasien PGK yang menjalani hemodialisa. Ketidakmampuan, ketergantungan pada orang lain, perubahan cara hidup, biaya pengobatan dimana akan mengganggu aktifitas normal yang biasa dilakukan. Masalah-masalah ini akan mempengaruhi aspek spiritual, psikologis, sosial dan keluarga dan seterusnya akan mempengaruhi fisik, kognitif dan emosi pasien. Menurut Drayer, Piraino dan Reynolds (2006) pasien yang mengalami depresi mengalami penurunan dalam kualitas hidup dan menghadapi resiko kematian yang lebih tinggi dibandingkan dengan pasien yang tidak mengalami depresi.

Pada penelitian didapatkan bahwa derajat PGK paling banyak pada derajat 1 dan 3 yaitu sebanyak 6 orang (26,1%). Hal ini sesuai dengan teori bahwa pada derajat awal, penyakit gagal ginjal belum menimbulkan gejala, bahkan laju filtrasi glomerulus sebesar 60% pasien masih asimptomatis tapi sudah terjadi peningkatan kadar urea dan kreatinin serum. Keluhan yang timbul pada fase ini berasal dari penyakit yang mendasari kerusakan ginjal, seperti edema pada sistem nefrotik atau hipertensi sekunder. Pada derajat 3 dan 4 saat laju filtrasi glomerulus sebesar 30%, keluhan nokturia, badan lemah, mual, nafsu makan berkurang dan

penurunan berat badan mulai dirasakan. Pasien mulai merasakan gejala dan tanda uremia yang nyata saat laju filtrasi glomerulus kurang dari 30% (Sudoyo, 2009).

Berdasarkan penelitian didapatkan bahwa pasien PGK yang menjalani hemodialisa terdapat 3 pasien (75%) dengan kualitas hidup baik dan 1 pasien (25%) dengan kualitas hidup buruk. Hal ini sesuai dengan penelitian Septiwi (2010) dalam penelitiannya didapatkan hasil 53,5 % kualitas hidup responden adalah baik. Dalam hal ini yang dimaksud dengan kualitas hidup baik berarti bahwa responden merasa puas dan sebagian besar kebutuhan sehari-hari dapat terpenuhi, yang meliputi fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungan pasien.

C. Analisis Bivariat Kualitas Hidup dan Derajat Penyakit Ginjal Kronik

Berdasarkan penelitian ini didapatkan antara hubungan tingkat kualitas hidup pasien penyakit ginjal kronik dengan menggunakan *uji Korelasi Pearson* dan mendapatkan nilai signifikansi 0,001 yang menunjukkan bahwa korelasi antara kualitas hidup dan derajat PGK adalah bermakna dengan nilai korelasinya 0,630. Nilai korelasi menunjukkan bahwa arah korelasi positif dengan kekuatan kuat.

Hal ini sesuai dengan teori bahwa faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup pada pasien PGK adalah stadium penyakit. Stadium penyakit pada pasien PGK diawali dengan gangguan fungsi ginjal yang dapat diketahui dengan tes pemekatan dan tes LFG. Pada stadium akhir, terjadi kerusakan massa nefron sebesar 90% dan peningkatan kretinin serum dan BUN. Gejala yang timbul pada stadium akhir penyakit ginjal yaitu oliguria karena kegagalan glomerulus dan sindrom uremia dikarenakan ginjal gagal dalam mempertahankan homeostasis cairan dan elektrolit dalam tubuh (Suharyanto dan Madjid, 2009).

Penelitian yang dilakukan oleh Reiz (2014 menyatakan bahwa kualitas hidup pasien sangat dipengaruhi oleh dimensi fisik, psikologis, sosial, lingkungan terutama aspek sosial dan psikologis dengan persentase (67,66%) dibanding dengan dimensi fisik dan lingkungan. Selama responden mengetahui pentingnya kesehatan maka angka kualitas hidup responden akan semakin meningkat.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian mengenai hubungan tingkat kualitas hidup pasien Penyakit Ginjal Kronik di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang, dapat disimpulkan bahwa :

1. Karakteristik pada pasien PGK berdasarkan usia paling banyak adalah kelompok usia 61-80 tahun yaitu 15 orang (65,2%). Berdasarkan jenis kelamin perempuan 15 orang (65,2%) dan laki-laki 8 orang (34,8%). Berdasarkan penyakit penyerta yang didapatkan paling banyak adalah riwayat hipertensi yaitu, 16 orang (69,6 %), diabetes melitus sebanyak 4 orang (17,4%), nefrolithiasis (8,7%), dan dislipidemia 1 orang (4,3%). Dan berdasarkan tingkat pendidikan, sebagian besar responden berpendidikan SD yaitu 17 orang (73,9 %), berpendidikan SMP 4 orang (17,4%), sedangkan 2 orang (8,7%) berpendidikan PT.
2. Derajat ginjal pada pasien yang menderita PGK derajat 1 yaitu 6 orang (26,1%), derajat 2 terdapat 4 orang (17,4%), derajat 3 ada 6 orang (26,1%), derajat 4 ada 3 orang (13,0%) dan derajat 5 ada 4 orang (17,4%).
3. Pasien PGK yang mengalami kualitas hidup baik yang paling banyak dengan derajat 1 yaitu 5 orang (41,7%), sedangkan pada kualitas hidup buruk yang paling banyak dengan derajat 3 yaitu 4 orang (36,4%).
4. Terdapat hubungan korelasi positif kuat ($r= 0,630$) antara hubungan tingkat kualitas hidup dengan derajat PGK, dengan nilai $p=0,001$. Semakin rendah derajat PGK maka semakin tinggi derajat kualitas hidup.

5.2 Saran

Adapun saran pada penelitian ini adalah :

1. Dapat dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai hubungan tingkat kualitas hidup dengan derajat gagal ginjal dengan menggunakan metode penelitian yang lain seperti *cohort study* sehingga validitas akan lebih tinggi.
2. Penelitian ini dapat dikembangkan dengan meneliti hubungan penggunaan hemodialisa pada pasien gagal ginjal dengan kualitas hidupnya.
3. Sosialisasi mengenai penyakit gagal ginjal sehingga masyarakat dapat mengurangi faktor risiko.

DAFTAR PUSTAKA

- Amato, D. et al. 2005. Prevalence of Chronic Kidney Disease in Urban Mexican Population. *Kidney International*, Vol.68. Supplement 97, pp.S11-S17
- American Kidney Foundation. 2012. Chronic Kidney Disease (CKD). (<http://www.kidneyfund.org/kidney-health/kidney-problems/chronic-kidney-disease.html>, diakses 2 Agustus 2016).
- Anusavice, K.J. 2003. Phillips' science of Dental Materials. ed.10. Elsevier Science, St Louis.
- Arora, P. 2014. Chronic Kidney Disease. (<http://emedicine.medscape.com/article/238798-overview#showall>, diakses 4 Agustus 2016)
- Avis, N. 2005. Assessing Quality of Life in Adult Cancer Survivors (QLACS). (<http://www.wfubmc.edu>), diakses 2 Agustus 2016.
- Brenner, B. M, dan Lazarus, J. M. 2012. Gagal Ginjal Kronik dalam Prinsip-Prinsip Ilmu Penyakit Dalam Harrison. Edisi 13. EGC. Jakarta.
- Chen, et all. 2000. Relationship Between Dialysis Adequacy and Quality of Life in Long-Term Peritoneal Dialysis Patients. *Peritoneal Dialysis International* 20: 534-540.
- Desita, Saragih A. 2010. Pengaruh Dukungan Keluarga Terhadap Peningkatan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisa di RSUP HAM Medan.
- DINKES Palembang. 2013. Laporan Bulanan Februari 2013. Dinas Kesehatan Kota Palembang.
- Fayers, P, Machin, D. 2007. Quality of Life: The Assessment, Analysis and Interpretation of Patient-reported Outcomes, 2nd edition, John Wiley & Sons Ltd, Hoboken.
- Firmansyah, M.A. 2013. Diagnosis dan Tata Laksana Nefrosklerosis Hipertensif. HALDS Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Vol.40 No.2, Hal. 107-111.
- Ganong, W. F. 2005. Buku Ajar Fisiologi Kedokteran. Edisi 22. Jakarta: EGC.
- Hacker ED, Zimmerman S, Burgener SC. 2014. Measurement of Quality of Life Outcomes. *State of The Science Commentary*. 7(1):7-12.

- Harmaini, F. 2006. Uji Keandalan dan Kesahihan Formulir European Quality of Life – 5 Dimensions (EQ-5D) untuk Mengukur Kualitas Hidup Terkait Kesehatan pada Usia Lanjut di RSUPNCM. Univesitas Indonesia. Jakarta.
- Hermann, BP. 1993. Developing a model of quality of life in epilepsy : the contribution of neuropsychology. *Epilepsia* 34 (suppl), 1993: 14-21
- Hoffbrand, Pettit, Moss. 2005. Essential Haematology, 4th Edition. Terjemahan oleh: Setiawan, Lyana. EGC. Jakarta.
- Hsieh, M. and D.A. Power. 2009. Abnormal Renal Function and Electrolyte Disturbance in Older people. *Journal of Pharmacy Practice and Research*. 39 (3): 230-234
- Jangkup, Jhoni, YK. Elim, C. Kandou, Lisbeth, FJ. (2015) Tingkat Kecemasan Pada Pasien Penyakit Ginjal Kronik (Pgk) Yang Menjalani Hemodialisis Di Blu Rsup Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. (<http://www.Ejournal.unsrat.ac.id/index.php/eclinic/article/view/7822>, diakses 12 januari 2017)
- KDIGO. 2013. KDIGO Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Official Jounal of the International Society of Nephrology, Vol. 3: Issue 1.
- McClellan, W.M., dan Flanders, W.D. 2003. Risk Factor for progresive chronic kidney disease. *J Am Soc Nephrol*. 14 : 65-70
- NHANES. 2012. Survey Content Highlights from the National Heath And Nutrition Examination Survey (NHANES) 2007-2010. National Center for Health Statistics
- Nofitri. 2009. Gambaran Kualitas Hidup Orang Dewasa pada Lima Wilayah di Jakarta. Skripsi, Jurusan Psikologi Universitas Indonesia.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. Metodologi Penelitian Kesehatan. Rineka Cipta. Jakarta.
- Price, Wilson. 2006. Patofisiologi: Konsep Klinis Proses – Proses Penyakit. Terjemahan oleh: Hartanto, Huriawati. EGC, Jakarta, Indonesia.
- Pranoto, Imam. 2010. Hubungan Antara Lama Hemodialisa dengan Terjadinya Perdarahan Intra Serebral. (<http://eprints.uns.ac.id/7886/1/135790908201012051.pdf>, Diakses 3 November 2013).
- Prodjosudjadi, W & A. Suhardjono. 2009. End-Stage Renal Disease In Indonesia: Treatment Development. Ethnicity & Disease. Volume 19.

(<http://www.ishib.org/journal/19-1s1/ethn-19-01s1-33.pdf>, Diakses 7 Agustus 2016)

- RAND, 2014. Medical Outcomes Study: 36-Item Short Form Survey Scoring Instructions.
(http://www.rand.org/health-surveys-tools/mos/mos-core_36item_scoring.html, Diakses 2 Agustus 2016).
- Reis, B. M. et all. 2014. Quality of Life in Patients with Chronic renal Failure on Hemodialysis Treatment, DOI:10.5585/ConsSaude.v13n4.5268.
- Rubenstein, Wayne, Bradley. 2005. Lecture Notes on Clinical Medicine, 6th Edition. Terjemahan oleh: Rahmalia, Annisa. EMS. Jakarta. Indonesia.
- Rule, A.D., A.E. Krambeck and J.C. Lieke. 2011. Chronic Kidney Disease in Kidney Stone Formers. Clin J Am Soc Nephrol. 6:2069-2075
- Septiwi, Cahyu. 2010. Hubungan Antara Adekuasi Hemodialisa dengan Kualitas Hidup Pasien Hemodialisa Di Unit Hemodialisis Rs Prof. Dr.Margono Soekarjon Purworketo.
(<http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/1372631%20cahyui%20Septiwi.pdf>, diakses 10 februari 2017).
- Sudoyo, Aru. 2010. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Interna Publishing. Jakarta.
- Sugiyono. 2013. Metodologi Penelitian Pendidikan (Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D). Alfabeta. Bandung
- Sukandar E. Nefrologi Klinik. Edisi IV. Bandung: IPEDE; 2013.h. 802-6.
- Suwitra. 2006. Penyakit Ginjal Kronik. Balai Penerbit FKUI. Jakarta.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. 2008. Diagnosis and management of chronic kidney disease: a national clinical guideline.
(<http://www.sign.ac.uk/pdf/sign103.pdf>, diakses 2 Agustus 2016).
- Sukandar, Enday. 2000. Nefrologi Klinik. ITB. Bandung.
- USRDS. 2013. Annual Data Report, CKD in the General Population, vol 1. United State.
- Wang, R. et al. 2008. Health Related Quality of Life Measured by SF-36: A Population-Based Study in Shanghai, China. BMC Public Health 8: 292.
- Ware, J.E. 2004. SF-36 Health Survey Update. Lawrence Erlbaum Associates 3: 693-718.

- WHO. 2012. Programme on Mental Health WHOQOL User Manual. Switzerland: Department of Mental Health, World Health Organization.
- Yani, F.I.A. 2010. Perbedaan Skor Kualitas Hidup Terkait Kesehatan antara Pasien Stroke Iskemik Serangan Pertama dan Berulang. Skripsi, Universitas Sebelas Maret.
- Yuliaw, Anny 2009. Hubungan Karakteristik Individu dengan Kualitas Hidup Dimensi Fisik pasien Gagal Ginjal Kronik di RS Dr. Kariadi Semarang. (digilib.unimus.ac.id/files/disk1/106/jtpunimus-gdlannyyuliaw-5289-2-bab2.pdf, diakses 2 Agustus 2016)
- Yuwono. 2010. Kualitas Hidup Menurut Spitzer pada Penderita Gagal Ginjal Terminal yang Menjalani Hemodialisa di Unit Hemodialisis RSUP Dr. Kariadi Semarang. Semarang.
- Zadeh, K.K. 2001. Association among SF-36 Quality of Life Measures and Nutrition, Hospitalization, and Mortality in Hemodialysis, Journal of the American Society of Nephrology, 12: 2797–2806.

Lampiran 1

DISTRIBUSI DATA PENELITIAN

Usia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<20-40	1	4.3	4.3	4.3
	41-60	7	30.4	30.4	34.8
	61-80	15	65.2	65.2	100.0
	Total	23	100.0	100.0	

Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	laki-laki	8	34.8	34.8	34.8
	perempuan	15	65.2	65.2	100.0
	Total	23	100.0	100.0	

Penyakit Penyerta

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Hipertensi	16	69.6	69.6	69.6
	Diabetes Melitus	4	17.4	17.4	87.0
	Nefrolithiasis	2	8.7	8.7	95.7
	Dislipidemia	1	4.3	4.3	100.0
	Total	23	100.0	100.0	

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	17	73.9	73.9	73.9
	SMP	4	17.4	17.4	91.3
	PT	2	8.7	8.7	
	Total	23	100.0	100.0	100.0

Kualitas Hidup

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	baik	11	47.8	47.8	47.8
	buruk	12	52.2	52.2	
	Total	23	100.0	100.0	100.0

Derajat PGK

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	G1	6	26.1	26.1	26.1
	G2	4	17.4	17.4	43.5
	G3	6	26.1	26.1	69.6
	G4	3	13.0	13.0	82.6
	G5	4	17.4	17.4	
	Total	23	100.0	100.0	100.0

Kualitas Hidup dan Derajat PGK

			Derajat PGK					Total
			1	2	3	4	5	
Kulitas Hidup	baik	Count	5	3	2	1	1	1
		Expected Count	3.1	2.1	3.1	1.6	2.1	12.1
		% within kulitas2	41.7%	25.0%	16.7%	8.3%	8.3%	100.0%
		% within derajat2	83.3%	75.0%	33.3%	33.3%	25.0%	52.2%
	buruk	Count	1	1	4	2	3	1
		Expected Count	2.9	1.9	2.9	1.4	1.9	11.1
		% within kulitas2	9.1%	9.1%	36.4%	18.2%	27.3%	100.0%
		% within derajat2	16.7%	25.0%	66.7%	66.7%	75.0%	47.8%
Total		Count	6	4	6	3	4	21
		Expected Count	6.0	4.0	6.0	3.0	4.0	23.0
		% within kulitas2	26.1%	17.4%	26.1%	13.0%	17.4%	100.0%
		% within derajat2	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Pasien PGK dengan hemodialisa

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ya	4	17.4	17.4	17.4
	Tidak	19	82.6	82.6	100.0
	Total	23	100.0	100.0	

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		kualitas_hidup	Derajat_PGK
N		23	23
Normal Parameters ^a	Mean	58.8000	51.00
	Std. Deviation	24.34804	32.061
Most Extreme Differences	Absolute	.140	.189
	Positive	.116	.147
	Negative	-.140	-.189
Kolmogorov-Smirnov Z		.669	.905
Asymp. Sig. (2-tailed)		.761	.386

a. Test distribution is Normal.

Correlations

		kualitas_hidup	Derajat_PGK
kualitas_hidup	Pearson Correlation	1	.630**
	Sig. (2-tailed)		.001
N		23	23
Derajat_GG	Pearson Correlation	.630**	1
	Sig. (2-tailed)	.001	
N		23	23

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Lampiran 2

**HUBUNGAN KUALITAS HIDUP TERKAIT KESEHATAN
DENGAN DERAJAT PENYAKIT GINJAL KRONIK (PGK)
DI RUMAH SAKIT MUHAMMADIYAH PALEMBANG**

**LEMBAR PENJELASAN KEPADA
CALON SUBJEK PENELITIAN**

Saya yang bernama Delsy Aprida / 702013004 adalah mahasiswi Program Studi Ilmu Kedokteran, Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang. Saat ini saya sedang melakukan penelitian tentang “Hubungan Kualitas Hidup Terkait Kesehatan dengan Derajat Penyakit Ginjal Kronik (PGK) di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang”. Penelitian ini merupakan salah satu kegiatan dalam menyelesaikan tugas akhir di Program Studi Ilmu Kedokteran, Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang.

Untuk keperluan tersebut, saya mengharapkan kesediaan Bapak / Ibu untuk berpartisipasi dalam penelitian ini dimana penelitian ini tidak akan memberi dampak yang membahayakan. Jika Bapak/Ibu bersedia, saya mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk mengisi kuesioner dengan jujur dan apa adanya dan silahkan menandatangani lembar persetujuan ini sebagai bukti kesukarelaan Bapak/Ibu.

Partisipasi Bapak/ Ibu dalam penelitian ini bersifat sukarela, sehingga Bapak/Ibu bebas untuk mengundurkan diri setiap saat tanpa ada sanksi apapun. Semua informasi yang Bapak/Ibu berikan akan diolah dan hanya akan dipergunakan dalam penelitian ini.

Terima kasih atas partisipasi Bapak/Ibu dalam penelitian ini.

Palembang, Oktober 2016

Peneliti

(Delsy Aprida)

Lampiran 3**FORMULIR PERSETUJUAN SETELAH
PENJELASAN
(INFORMED CONSENT)**

Yth.

Pasien yang menjalani rawat jalan dan
rawat inap di Rumah Sakit
Muhammadiyah Palembang.

Dengan hormat, saya yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama : Delsy Aprida
NIM : 702013004
Instansi : Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas
Muhammadiyah Palembang
Judul Penelitian : “Hubungan Kualitas Hidup Terkait Kesehatan dengan Derajat
Penyakit Ginjal Kronik (PGK) di Rumah Sakit
Muhammadiyah Palembang”.

Menyatakan penelitian yang saya lakukan ini tidak menimbulkan akibat yang
merugikan bagi responden, kerahasiaan semua informasi yang diberikan akan dijaga
dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

Apabila Bapak/ Ibu menyetujui, saya mohon kesedian Bapak/ Ibu untuk menandatangani persetujuan, menjawab pertanyaan dan mengisi ceklis kuesioner yang telah dilampirkan. Atas perhatian dan kesedian Ibu untuk menjadi responden, saya ucapkan terimakasih.

Palembang, Oktober 2016

Peneliti,

Delsy Aprida

Responden

Lampiran 4**KUESIONER PENELITIAN****Bagian I. Kuesioner Data Demografi****Petunjuk Pengisian:**

Semua pertanyaan di bawah ini harus dijawab dengan memberi tanda *Checklist* (✓) pada kotak yang tersedia dan isilah titik-titik jika ada pertanyaan yang harus dijawab selain jawaban yang telah tersedia. Setiap pertanyaan yang sesuai menurut anda bila ada yang kurang dimengerti dapat ditanyakan pada peneliti.

1. Umur :

2. Jenis Kelamin :

1. Pria
 2. Wanita

3. Suku :

1. Batak
 2. Jawa
 3. Melayu
 4. Lain- lain (sebutkan).....

4. Agama :

1. Islam
 2. Kristen

3. Buddha

4. Hindu

5. Pendidikan

- 1. SD
- 2. SMP
- 3. SMU
- 4. Perguruan Tinggi

6. Pekerjaan Sebelumnya :

- 1. PNS
- 2. Pegawai Swasta
- 3. Wiraswasta
- 4. Lain-lain (sebutkan).....

7. Penghasilan keluarga perbulan :

- 1. <Rp. 700.000
- 2. Rp.700.000 – 1.000.000
- 3. >Rp.1.000.000

8. Penyakit kronis yang diderita :

- 1. Hipertensi
- 2. DM
- 3. Jantung
- 4. Lain-lain (sebutkan)

9. Lama menderita penyakit kronis mulai dari didiagnosa secara medik sampai saat ini : Tahun

10. Terapi pengobatan yang pernah dijalani (sebutkan).....

11. Berapa lama terapi tersebut digunakan

Bagian II. Kuesioner Kualitas Hidup

Petunjuk : Jawablah pertanyaan dibawah ini dengan cara memilih satu jawaban yang anda anggap benar sesuai dengan kondisi yang anda rasakan

1. Bagaimana anda mengatakan kondisi kesehatan anda saat ini ?

- Sangat baik sekali = 1
- Sangat baik = 2
- Baik = 3
- Cukup baik = 4
- Buruk = 5

2. Bagaimana kesehatan anda saat ini dibandingkan satu tahun yang lalu ?

- Sangat lebih baik = 1
- Lebih baik = 2
- Sama saja = 3
- Lebih buruk = 4
- Sangat Buruk = 5

Dalam 4 minggu terakhir apakah keadaan kesehatan anda sangat membatasi aktifitas yang anda lakukan dibawah ini ?

Keterangan :

SM = Sangat Membatasi

SdM = Sedikit Membatasi

TM = Tidak Membatasi

No.	Pertanyaan	SM	SdM	TM
3	Aktifitas yang membutuhkan banyak energi, mengangkat benda berat, melakukan olah raga berat.			
4	Aktifitas ringan seperti memindahkan meja, menyapu, jogging/jalan santai.			
5	Mengangkat atau membawa barang ringan (misalnya belanjaan, tas)			
6	Menaiki beberapa anak tangga			
7	Menaiki satu tangga			
8	Menekuk leher/tangan/kaki, bersujud atau membungkuk			
9	Berjalan lebih dari 1,5 km			
10	Berjalan melewati beberapa gang/1km			
11	Berjalan melewati satu gang/0,5 km			
12	Mandi atau memakai baju sendiri.			

Selama 4 minggu terakhir apakah anda mengalami masalah-masalah berikut dibawah ini dengan pekerjaan anda atau aktifitas anda sehari-hari sebagai akibat dari masalah anda ?

No.	Pertanyaan	Ya	Tidak
13.	Menghabiskan seluruh waktu anda untuk melakukan pekerjaan atau aktifitas lain.		
14.	Menyelesaikan pekerjaan tidak tepat pada waktunya.		
15.	Terbatas pada beberapa pekerjaan atau aktifitas lain.		
16.	Mengalami kesulitan dalam melakukan pekerjaan atau aktifitas-aktifitas lain (misalnya yang membutuhkan energi extra seperti mendongkrak/bertukang, mencuci).		

Selama 4 minggu terakhir apakah pekerjaan atau aktifitas sehari-hari anda mengalami beberapa masalah dibawah ini sebagai akibat dari masalah emosi anda (seperti merasa sedih/tertekan atau cemas).

No.	Pertanyaan	Ya	Tidak
17.	Menghabiskan seluruh waktu anda untuk melakukan pekerjaan atau aktifitas lain.		
18.	Menyelesaikan pekerjaan tidak lama dari biasanya.		
19.	Dalam melakukan pekerjaan atau kegiatan lain tidak berhati-hati sebagaimana biasanya.		

20. Dalam 4 minggu terakhir seberapa besar kesehatan fisik anda atau masalah emosional menganggu aktifitas sosial anda seperti biasa dengan keluarga, teman, tetangga atau perkumpulan anda ?

- Tidak menganggu = 1
- Sedikit menganggu = 2
- Cukup menganggu = 3
- Menganggu sekali = 4
- Sangat menganggu sekali = 5

21. Seberapa besar anda merasakan nyeri pada tubuh anda selama 4 minggu terakhir

- Tidak ada nyeri = 1
- Nyeri sangat ringan = 2
- Nyeri ringan = 3
- Nyeri sedang = 4
- Nyeri sekali = 5
- Sangat nyeri sekali = 6

22. Dalam 4 minggu terakhir, seberapa besar rasa sakit/nyeri menganggu pekerjaan anda sehari-hari (termasuk pekerjaan diluar rumah dan pekerjaan didalam rumah) ?

- Tidak menganggu sedikitpun = 1
- Sedikit menganggu = 2
- Cukup menganggu = 3
- Sangat Menganggu = 4
- Sangat menganggu sekali = 5

Pertanyaan-pertanyaan dibawah ini adalah tentang bagaimana perasaan anda dalam 4 minggu terakhir, untuk setiap pertanyaan silahkan beri 1 jawaban yang paling sesuai dengan perasaan anda.

Keterangan :

S = Selalu

HS = Hampir Selalu

CS = Cukup Sering

KK = Kadang-kadang

J = Jarang

TP = Tidak Pernah

No	Pertanyaan	S	HS	CS	KK	J	TP
23.	Apakah anda merasa penuh semangat ?						
24.	Apakah anda orang yang sangat gugup ?						
25.	Apakah anda merasa sangat tertekan dan tak ada yang menggembirakan anda ?						
26.	Apakah anda merasa tenang dan damai ?						
27.	Apakah anda memiliki banyak tenaga?						
28.	Apakah anda merasa putus asa & sedih ?						
29.	Apakah anda merasa bosan ?						
30.	Apakah anda seorang yang periang ?						
31.	Apakah anda merasa cepat lelah ?						

32. Dalam 4 minggu terakhir seberapa sering kesehatan fisik anda atau masalah emosi mempengaruhi kegiatan sosial anda (seperti mengunjungi teman, saudara dan lain-lain) ?

- Selalu = 1
- Hampir selalu = 2
- Kadang-kadang = 3
- Jarang = 4
- Tidak pernah = 5

Petunjuk berikut dimaksud untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan no.33-36.

Menurut anda, sejauh mana kebenaran pernyataan berikut menggambarkan keadaan kesehatan anda.

Keterangan :

B = Benar

BS = Benar Sekali

TT = Tidak Tahu

S = Salah

SS = Salah Sekali

No.	Pertanyaan	B	BS	TT	S	SS
33.	Saya merasa sepertinya sedikit mudah menderita sakit.					
34.	Saya sama sehatnya seperti orang lain.					
35.	Saya merasa kesehatan saya makin memburuk.					
36.	Kesehatan saya sangat baik.					

Lampiran 5**SKOR DARI KUESIONER SF – 36**

Tabel 1: Skor dari tiap-tiap pertanyaan

Nomor dari tiap pertanyaan	Jumlah jawaban Asli	Nilai yang telah ditentukan
1, 2, 20, 22, 34, 36	1	100
	2	75
	3	50
	4	25
	5	0
3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12	1	0
	2	50
	3	100
13, 14, 15, 16, 17, 18, 19	1	0
	2	100
21, 23, 26, 27, 30	1	100
	2	80
	3	60
	4	40
	5	20
	6	0
24, 25, 28, 29, 31	1	0
	2	20
	3	40
	4	60

	5	80
	6	100
32, 33, 35	1	0
	2	25
	3	50
	4	75
	5	100

Tabel 2. Jumlah rata-rata dari delapan subvariabel

Subvariabel	Jumlah pertanyaan	Nomor pertanyaan yang dilihat dari tabel 1
Fungsi fisik	10	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12
Keterbatasan fisik	4	13, 14, 15, 16
Nyeri tubuh	2	21, 22
Kesehatan secara umum	6	1, 2, 33, 34, 35, 36
Vitalitas	4	23, 27, 29, 31
Fungsi sosial	2	20, 32
Keterbatasan emosional	3	17, 18, 19
Kesehatan mental	5	24, 25, 26, 28, 30

RUMAH SAKIT MUHAMMADIYAH PALEMBANG

"Melayani Sebagai Ibadah dan Dakwah"



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

No : 106 /D-5/RSMP/I/2017
Lamp :-
Hal : Izin Pengambilan Data

Palembang, 25 Rabiul Akhir 1438H
24 Januari 2016M

Kepada Yth,
Dekan Fakultas Kedokteran Univ. Muhammadiyah
Di Palembang

Assalamu'alaikum Wr.Wb

Menindaklanjuti surat Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang tanggal 20 Oktober 2016 Nomor : 1379/I-13/FK-UMP/X/2016 tentang izin Pengambilan Data bagi Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang di RS.Muhammadiyah Palembang yang bernama : **Delsy Aprida, NIM : 702013004** dengan ini kami sampaikan bahwa kami mengizinkan kegiatan dimaksud dengan ketentuan sbb :

1. Mahasiswa yang bersangkutan mematuhi peraturan dan ketentuan yang berlaku di RS Muhammadiyah Palembang
2. Data yang diperoleh hanya kepentingan ilmiah dan tidak akan dipublikasikan/disebarluaskan tanpa izin dari RS.Muhammadiyah Palembang
3. Hal-hal lain dapat berkoordinasi langsung ke Bagian Diklat RS.Muhammadiyah Palembang

Demikian hal ini kami sampaikan ,atas perhatian diucapkan terima kasih

Nashrun minallah Wafathun Qarib
Wassalamu'alaikum Wr.Wb.

Direktur,

dr. Pangestu Widodo.,MARS
NBP. 08.67.0307



بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِيْمِ

SURAT KETERANGAN

No: ۱۲۴ /KET/D-5/RSMP/I/2017

Direktur Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang dengan ini menerangkan bahwa :

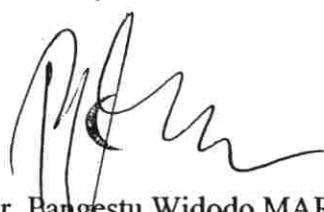
Nama : Delsy Aprida
NIM : 702013004
Jurusan : Ilmu Kedokteran
Institusi : Universitas Muhammadiyah Palembang

Adalah benar telah melakukan penelitian di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang dari bulan Oktober - Desember 2016 dengan judul penelitian "Hubungan Kualitas Hidup Terkait Kesehatan Dengan Derajat Penyakit Ginjal Kronik (PGK) di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang."

Demikianlah surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya

Palembang, 25 Rabiul Akhir 1438H
24 Januari 2017M

Direktur,


dr. Pangestu Widodo, MARS
NBP. 08.67.0307



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

KARTU AKTIVITAS BIMBINGAN SKRIPSI

NAMA MAHASISWA : Delsy Aprida
NIM : 902013009

PEMBIMBING I : dr. Adhi Permana, Sp.PD

PEMBIMBING II : dr. Putri Rizki Amala Badri

JUDUL SKRIPSI

: Hubungan Kualitas Hidup Terkait Kesehatan dengan Derajat Penyakit Ginjal Kronik (PGK) di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang

NO	TGL/BLN/THN KONSULTASI	MATERI YANG DIBAHAS	PARAF PEMBIMBING		KETERANGAN
			I	II	
1	10 - Januari - 17	Bimbingan Bab IV & V	<i>[Signature]</i>		
2	14 - Januari - 17	Bimbingan Bab IV & V	<i>[Signature]</i>		
3	16 - Januari - 17	Bimbingan / Revisi Bab IV & V	<i>[Signature]</i>		
4	17 - Januari - 17	Revisi Bab IV & V	<i>[Signature]</i>		
5	18 - Januari - 17	Revisi Bab IV & V	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	Pust
6	19 - Januari - 17	ACC	<i>[Signature]</i>		
7	23 - Januari - 17	Revisi Bab IV & V			Pust.
8	24 - Januari	ACC			Pust
9	24 - Januari	Abstrak			acc
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					

CATATAN :

Dikeluarkan di : Palembang
Pada Tanggal : 1 / 1

a.n. Dekan
Ketua Jurusan

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG

Zalika, MPd (Head)

BIODATA

Nama : Delsy Aprida
Tempat, Tanggal Lahir : Palembang, 26 April 1994
Alamat : Jl. Mayor Zen Kapling 2 No. 024 Kelurahan. Sei-Selayur Kecamatan. Kalidoni
Telp/Hp : 0711-714982/08117872604
Email : nengs_delsy@yahoo.co.id
Agama : Islam
Nama Orang Tua
Ayah : Hadimi, S.Ip
Ibu : Hj. Ida Romlah. Am.Keb
Jumlah Saudara : 3
Anak Ke : 4
Riwayat Pendidikan :
1. TK Dharma Wanita Palembang 1999
2. SD Negeri 204 Palembang tahun 1999-2006
3. SMP Negeri 8 Palembang tahun 2006-2009
4. SMA Negeri 5 Palembang tahun 2009-2012
5. Fakultas Kedokteran UMP tahun 2013-sekarang



Palembang, Januari 2017


(Delsy Aprida)