

Salma Maulida

PERBEDAAN KUALITAS HIDUP PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK ANTARA KOMORBID HIPERTENSI DENGAN DIABETE...

 Quick Submit

 Quick Submit

 Psychology

Document Details

Submission ID

trn:oid::1:3004819928

Submission Date

Sep 11, 2024, 4:51 PM GMT+4:30

Download Date

Sep 11, 2024, 4:58 PM GMT+4:30

File Name

SALMA_MAULIDA_TURNITIN_-_Salma_Maulida.docx

File Size

535.4 KB

67 Pages




12,123 Words

87,331 Characters

11% Overall Similarity

The combined total of all matches, including overlapping sources, for each database.

Top Sources

- 9%  Internet sources
- 5%  Publications
- 3%  Submitted works (Student Papers)

Integrity Flags

0 Integrity Flags for Review

No suspicious text manipulations found.

Our system's algorithms look deeply at a document for any inconsistencies that would set it apart from a normal submission. If we notice something strange, we flag it for you to review.

A Flag is not necessarily an indicator of a problem. However, we'd recommend you focus your attention there for further review.

Top Sources

- 9% Internet sources
- 5% Publications
- 3% Submitted works (Student Papers)

Top Sources

The sources with the highest number of matches within the submission. Overlapping sources will not be displayed.

1	Internet	eprints.umm.ac.id	1%
2	Publication	Baiq Leny Nopitasari, Anna Pradiningsih, Riskika Putri Suci Dinianty. "Perbedaan ...	1%
3	Internet	docobook.com	1%
4	Internet	repo.stikesicme-jbg.ac.id	1%
5	Student papers	Charles Darwin University	1%
6	Internet	repository.unhas.ac.id	1%
7	Internet	www.scribd.com	1%
8	Student papers	UM Surabaya	0%
9	Student papers	GIFT University	0%
10	Internet	repository.itskesicme.ac.id	0%
11	Student papers	IAIN Purwokerto	0%

12	Internet	stikes-nhm.e-journal.id	0%
13	Publication	Dini Pahira Sinaga, Melda T Simanjuntak, Faduhusi Ndruru, Eva Latifa Nurhayati. ...	0%
14	Internet	repository.stikes-bhm.ac.id	0%
15	Internet	repository.umi.ac.id	0%
16	Internet	repository.stikesbcm.ac.id	0%
17	Publication	Arshy Prodyanatasari, Mely Purnadianti. "Evaluation of Hemoglobin and Creatini...	0%
18	Publication	Irman Irman, Dhea Natashaia, Dewi Gayatri. "Stimulasi Auditori Menggunakan Mu...	0%
19	Internet	repository.stikstellamarismks.ac.id	0%
20	Internet	e-journal.unair.ac.id	0%
21	Internet	www.scilit.net	0%
22	Internet	ecampus.poltekkes-medan.ac.id	0%
23	Internet	riset.unisma.ac.id	0%
24	Student papers	Universitas Muhammadiyah Purwokerto	0%
25	Publication	Refsi Eriyana, Djunizar Djamaludin, Andoko Andoko. "Perbandingan Kualitas Tid...	0%

26	Publication	Wijonarko Wijonarko, Ferry Ferry. "Identification and management of chronic kid...	0%
27	Internet	ejournal.unklab.ac.id	0%
28	Publication	Joey Anung Aninditya Widodo, Azizah Khoiriyati. "Interventions for treatment of ...	0%
29	Internet	ojs.unud.ac.id	0%
30	Internet	eprints.undip.ac.id	0%
31	Internet	id.123dok.com	0%
32	Internet	repository.urecol.org	0%
33	Publication	Windi Ismatul Hasanah, Ike Wuri Winahyu Sari. "Hubungan antara Kesejahteraan...	0%
34	Internet	eprints.ukh.ac.id	0%
35	Internet	perpusnwu.web.id	0%
36	Internet	text-id.123dok.com	0%
37	Publication	Qurrata A'yunnin Fitra Nurfajri, Murtaqib Murtaqib, Nur Widayati. "Literature Re...	0%
38	Internet	gudangjurnal.com	0%
39	Internet	repository.upnvj.ac.id	0%

40	Internet	123dok.com	0%
41	Publication	Wiwik Agustina, Erlina Kusuma Wardani. "Penurunan Hemoglobin pada Penyakit ...	0%
42	Internet	journal.univetbantara.ac.id	0%
43	Internet	petruskabal.wordpress.com	0%
44	Internet	repository.unjaya.ac.id	0%
45	Publication	Johan Budhiana, Rosliana Dewi, Nurul Novtiana Sabilah, Nurvita Trianasari, Abdu...	0%

SKRIPSI**PERBEDAAN KUALITAS HIDUP PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK
ANTARA KOMORBID HIPERTENSI DENGAN DIABETES MELITUS
YANG MENJALANI HEMODIALISA
(Di Ruang Hemodialisa RSUD Jombang)****SALMA MAULIDA****203210060****PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN FAKULTAS KESEHATAN
INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA JOMBANG
TAHUN 2024**

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gagal ginjal kronik umumnya disebabkan oleh penyakit yang merusak ginjal. Kerusakan ini biasanya memburuk dalam jangka waktu beberapa bulan atau beberapa tahun. Penyebab gagal ginjal kronik terbanyak di Indonesia adalah diabetes yang tidak terkontrol dan hipertensi (Ihsan, 2020). Semakin memburuknya kondisi ginjal atau semakin tinggi stadium gagal ginjal maka pasien harus melakukan hemodialisa dan hal ini akan mempengaruhi kualitas hidup pasien secara fisik maupun psikologis. Kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa masih menjadi perhatian para tenaga Kesehatan. Kualitas hidup merupakan indikator untuk mengevaluasi hasil hemodialisa pada pasien gagal ginjal kronik (Welly & Rahmi, 2021). Beberapa pasien yang menjalani terapi hemodialisa memberikan pernyataan tentang mereka yang memiliki kualitas hidup buruk, tidak adanya anggota yang memberikan *support*, menurunnya kepatuhan pasien terhadap terapi cuci darah, dan pasien tampak mengalami gangguan mental serta kecenderungan terlepas dari kebutuhannya untuk menarik diri dari penyakit (Idarahyuni dkk., 2019).

Menurut data Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), pada tahun 2019, pasien gagal ginjal kronik menyumbang 15% dari populasi dunia dan menyebabkan 1,2 juta kematian. Berdasarkan data terdapat kematian gagal ginjal kronik pada tahun 2020-2021 berjumlah 843,6 juta orang dan diperkirakan akan terus meningkat menjadi 41,5% pada tahun 2040. Angka yang tinggi tersebut menunjukkan bahwa gagal ginjal kronik menempati urutan ke-12 dari seluruh penyebab kematian (Dewi dkk., 2022).

Indonesia Renal Registry (IRR) melaporkan jumlah penderita GJK di Indonesia pada tahun 2020 tercatat 22.304 dengan 68,8% kasus baru (Rahma dkk., 2023). Berdasarkan data riset Kesehatan dasar (Riskesdas) pada tahun 2020 jumlah pasien yang terdiagnosa gagal ginjal kronik (GGK) di Indonesia sejumlah 18.613 pasien, sedangkan di Jawa Timur sendiri sebesar 0,3%, hal tersebut menunjukkan bahwa di Jawa Timur masih relatif tinggi untuk penderita penyakit ginjal kronis (Ngara dkk., 2022). Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien yang menjalani pengobatan hemodialisa untuk hipertensi memiliki kualitas hidup yang lebih baik dibandingkan dengan penderita diabetes melitus. dengan nilai p sebesar $0,001 < p < 0,05$ (Rahman dkk., 2022). Hasil penelitian lain didapatkan rata-rata kualitas hidup pada pasien Hemodialisa dengan komorbid DM 55.25 sedangkan pada pasien hemodialisa dengan komorbid hipertensi lebih tinggi yaitu 57.69 untuk hasil uji independent t test didapatkan nilai p-value $0.479 > 0.05$ yang menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan kualitas hidup pada pasien Gagal ginjal Kronik dengan komorbid DM dan hipertensi (Rantepadang, 2021). Berdasarkan studi pendahuluan yang saya lakukan di RSUD Jombang pada bulan April tahun 2024 didapatkan hasil sejumlah 200 pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa. Pasien gagal ginjal kronik dengan komorbid hipertensi sebanyak 43 pasien dan pasien gagal ginjal kronik dengan komorbid diabetes melitus ada sebanyak 34 pasien. Pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di RSUD Jombang melakukan hemodialisa sebanyak dua kali dalam satu minggu dan rata-rata pasien hemodialisa di RSUD Jombang menyatakan mengalami penurunan kualitas hidup. Hasil wawancara menunjukan bahwa empat dari lima pasien menyatakan kurang puas dengan kondisi kesehatannya sekarang. Empat dari lima pasien menyatakan sedih dan tidak

27

21

semangat lagi saat mengetahui dirinya terkena gagal ginjal kronis. Tiga dari lima pasien berusia lebih dari empat puluh tahun, empat dari lima pasien pendidikan terakhir SMA, empat dari lima pasien mengatakan memiliki penyakit komorbid berupa hipertensi dan diabetes melitus, serta tiga dari empat pasien mengatakan dirinya telah mengikuti HD lebih dari satu tahun.

Gagal ginjal kronik (Chronic Kidney Disease/CKD) adalah penyakit yang disebabkan oleh kelainan pada struktur atau fungsi ginjal yang muncul dalam keadaan progresif dan ireversibel selama minimal tiga bulan. Penyebab gagal ginjal kronik terbanyak di Indonesia adalah diabetes yang tidak terkontrol dan hipertensi (RIZKIK, 2023). Ketika kadar gula dan tekanan darah tidak terkontrol, kedua penyakit ini berkembang lebih cepat sehingga menyebabkan komplikasi seperti gagal ginjal. Saat pasien menjalani hemodialisa, mereka kemungkinan mengalami berbagai kondisi yang dapat mempengaruhi kualitas hidup mereka termasuk dampak fisik dan psikologis, seperti mengalami penurunan tekanan darah, mual, muntah, sakit kepala atau kram. Terapi hemodialisa berlangsung selama 4 sampai 5 jam dan kemungkinan pasien akan mengalami kejenuhan saat terapi ataupun kurangnya motivasi dari diri sendiri. Menurunnya kualitas hidup ini dapat berdampak buruk pada kesehatan pasien secara keseluruhan yang dipengaruhi oleh perubahan kondisi fisik dan psikologis khususnya pada pasien gagal ginjal kronik dengan komorbid hipertensi dan diabetes melitus sehingga dapat memperparah kondisi pasien (Suciana & Hidayati, 2020).

Upaya meningkatkan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani pengobatan hemodialisis antara lain dengan melakukan aktivitas fisik yang dapat memberikan tambahan energi untuk beraktivitas sehari-hari, namun aktivitas

fisik juga sebaiknya dikonsultasikan dengan dokter sebelum memulai aktivitas fisik yang akan dipilih. Manajemen emosional juga harus dipertimbangkan pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis. Kondisi kesehatan mental yang buruk, seperti depresi dan tekanan psikologis, menjadi faktor penyebab menurunnya kualitas hidup (Wahyuni dkk., 2018). Untuk menjaga emosi tetap baik adalah dengan memperbanyak berdoa dan beribadah sesuai dengan kepercayaan yang dianut. Solusi lainnya adalah dengan mencari dukungan dari orang-orang terdekat dan berusaha berpikir positif dengan fokus pada hal-hal yang membuat perasaan lebih baik. Intervensi yang mengutamakan pendekatan psikologis berperan penting dalam meningkatkan motivasi pasien, memungkinkan pasien membangun mekanisme koping dalam dirinya secara efektif dan meningkatkan kualitas hidup mereka dari buruk menjadi lebih baik (Wahyuni dkk., 2018). Peneliti melihat adanya perbedaan hasil di beberapa penelitian kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik berdasarkan komorbidnya. Oleh karena itu peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Analisis Kualitas Hidup Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Dengan Komorbid Hipertensi Dan Diabetes Melitus Diruang Hemodialisa RSUD Jombang”.

1.2 Rumusan Masalah

Apakah ada perbedaan kualitas hidup antara pasien gagal ginjal kronik komorbid hipertensi dengan diabetes melitus yang menjalani hemodialisa di RSUD Jombang?.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis perbedaan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik komorbid hipertensi dengan diabetes melitus.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik dengan komorbid hipertensi di RSUD Jombang.
2. Mengidentifikasi kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik dengan komorbid diabetes melitus di RSUD Jombang.
3. Menganalisis perbandingan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik dengan komorbid hipertensi dan diabetes melitus di RSUD Jombang.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat teoritis

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai pembelajaran dalam mengembangkan pengetahuan dan ilmu keperawatan medikal bedah tentang kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik berdasarkan komorbidnya. Penelitian ini juga bisa dijadikan sebagai referensi untuk peneliti selanjutnya. Studi ini membantu kita lebih memahami bagaimana gagal ginjal kronis mempengaruhi kualitas hidup. Memahami faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup agar dapat membantu mengembangkan strategi perawatan atau pengobatan yang lebih efektif.

1.4.2 Manfaat praktis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan agar lebih waspada dalam menjaga kesehatan dengan cara menerapkan pola hidup yang sehat, mengubah atau menjaga pola makan dan rutin berolahraga agar resiko yang ada pada penyakit tidak terjadi, untuk pasien yang sudah menderita hipertensi dan diabetes juga bisa lebih menjaga kesehatannya dan tetap menjaga kualitas hidupnya agar tidak sampai terkena penyakit ginjal kronik. Bagi masyarakat umum penelitian ini dapat memberikan tambahan wawasan mengenai terjadinya gagal ginjal kronis dan seperti

apa dampaknya bagi kesehatan fisik maupun psikologis dan seberapa pentingnya untuk tetap menjaga kualitas hidup. Bagi rumah sakit dan tenaga kesehatan, informasi dan hasil dari penelitian ini dapat dijadikan pandangan dasar atau rujukan dalam upaya untuk meningkatkan asuhan keperawatan dan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik dengan masing-masing komorbid yang mendapat pengobatan hemodialisa dengan cara menentukan kualitas jasa layanan keperawatan yang terbaik yang nantinya juga akan meningkatkan kualitas hidup pasien.



BAB 2**TINJAUAN TEORI****2.1 Konsep Gagal Ginjal Kronik****2.1.1 Definisi gagal ginjal kronik**

Penyakit gagal ginjal kronik (GGK) merupakan suatu kondisi dimana fungsi ginjal mengalami penurunan sehingga tidak mampu menyaring darah dan mengeluarkan limbah dari tubuh secara efektif. Gangguan ini menyebabkan ginjal tidak mampu menjaga sistem metabolisme tubuh serta menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit. Gagal ginjal kronik sendiri terjadi akibat menurunnya fungsi ginjal secara bertahap akibat rusaknya jaringan ginjal dan dapat memburuk dengan cepat jika kondisinya tidak ditangani dengan cepat dan tepat (Gliselda, 2021).

2.1.2 Etiologi gagal ginjal kronik

Secara etiologi gagal ginjal kronik bisa disebabkan oleh:

1. Penyakit sistemik seperti darah tinggi dan diabetes.
2. Peradangan pada struktur ginjal yang menyaring darah dan membuang limbah pada tubuh yang disebut glomerulonephritis juga dapat menyebabkan gagal ginjal kronik.
3. Penyumbatan saluran kemih pada saluran diuretik, dimana urin akan masuk ke kandung kemih namun justru tetap berada di ginjal sehingga akhirnya menyebabkan pembengkakan pada ginjal (hidronefrosis).
4. Penyalahgunaan analgesik yang tidak tepat atau berkepanjangan.
5. Penyakit genetik atau bawaan (Apriandini & Bahri, 2017).

2.1.3 Faktor resiko gagal ginjal kronik

Terdapat beberapa faktor risiko penyebab penyakit ginjal kronik seperti: hipertensi, diabetes, penuaan, riwayat penyakit ginjal kronis dalam keluarga, obesitas, penyakit kardiovaskular, berat badan lahir rendah, penyakit autoimun seperti lupus eritematosus sistemik, kecanduan obat-obatan, infeksi sistemik, dan penyakit saluran kemih, infeksi saluran kemih, batu saluran kemih, penyakit ginjal bawaan. Selain itu, faktor gaya hidup seperti merokok, konsumsi alkohol, dan penurunan aktivitas fisik juga menjadi faktor utama yang berhubungan dengan gagal ginjal kronis.

2.1.4 Patofisiologi Gagal Ginjal Kronik

Patofisiologi gagal ginjal kronik bervariasi tergantung etiologi yang mendasarinya, dan pada stadium selanjutnya prosesnya hampir sama. Gagal ginjal kronis menyebabkan penurunan massa dan fungsi ginjal. Hilangnya massa ginjal menyebabkan hipertrofi struktural dan fungsional nefron yang tersisa dalam upaya mengkompensasi nefron yang rusak melalui molekul vasoaktif seperti sitokin dan faktor pertumbuhan serta mempertahankan laju filtrasi glomerulus, yang disebut nefron kelangsungan hidup. Keadaan tersebut menyebabkan terjadinya hiperfiltrasi pada glomerulus yang diikuti dengan peningkatan tekanan kapiler serta aliran darah glomerulus (Oktavia, 2022).

Proses adaptif hanya terjadi dalam jangka waktu singkat, yang dilanjutkan dengan proses maladaptif berupa pengerasan nefron yang tersisa. Tahap akhir dari proses ini terjadi setelah penurunan fungsi nefron secara progresif, namun penyakit yang mendasarinya sudah tidak aktif lagi. Pada gagal ginjal kronik stadium awal, cadangan ginjal (*renal Reserve*) saat keadaan *glomerulo filtration rate* (GFR) masih

normal atau meningkat. Setelah itu, perlahan-lahan mulai terjadi penurunan fungsi pada nefron secara progresif yang ditandai dengan meningkatnya kadar urea dan kreatinin serum. Ketika laju filter glomerulus mencapai sekitar 60%, penderita masih belum merasa adanya keluhan akan tetapi telah terjadi peningkatan pada kadar urea dan kreatinin serum (Oktavia, 2022).

Ketika laju filtrasi glomerulus mencapai sekitar 30%, gejalanya meliputi nokturia, kelemahan dan mual, kehilangan nafsu makan, dan penurunan berat badan. *glomerulo filtration rate* (GFR) semakin menurun hingga <30% penderita semakin menampakkan gejala dan tanda uremia yang nyata, seperti mual, tekanan darah meningkat, anemia dan lain sebagainya. Saat GFR mencapai 15% akan mengakibatkan gejala dan komplikasi yang parah pada ginjal. Pada tahap ini pasien sudah harus menjalani terapi dialisis atau transplantasi ginjal. Tahap ini merupakan gagal ginjal tahap akhir atau stadium 5 gagal ginjal kronik (Oktavia, 2022).

2.1.5 Patofisiologi gagal ginjal kronik yang disebabkan oleh hipertensi

Tekanan darah tinggi pada dasarnya merusak pembuluh darah ketika pembuluh darah di ginjal rusak. Tentu saja salah satu tugas ginjal adalah memproduksi hormon angiotensin. Ini diubah menjadi angiotensin II, yang menyebabkan pembuluh darah menyempit dan mengeras. Inilah saat tekanan darah tinggi terjadi. Ada lingkaran setan antara tekanan darah tinggi dan gagal ginjal. Tekanan darah tinggi dapat menyebabkan gagal ginjal (Giena, 2018).

Hipertensi adalah penyebab paling umum dari gagal ginjal kronis. Tekanan darah tinggi dapat merusak pembuluh darah di ginjal dan mengurangi kemampuan ginjal dalam menyaring produk limbah dari darah. Gagal ginjal juga bisa menyebabkan tekanan darah tinggi, karena peningkatan tekanan darah pada ginjal

dapat mempengaruhi tekanan darah ke seluruh tubuh. Kondisi ini dapat memperburuk kerusakan pembuluh darah dan mempercepat perkembangan penyakit menjadi nefropati diabetik.

Penyakit ginjal yang berhubungan dengan tekanan darah tinggi mengukur tekanan yang digunakan jantung dalam memompa darah ke arteri pada setiap denyut. Tekanan darah sering dikaitkan dengan penyakit ginjal karena tekanan darah tinggi dapat merusak organ tubuh. Tekanan darah tinggi mengganggu proses filtrasi ginjal. Kondisi ini memberi tekanan pada pembuluh darah kecil di organ tersebut sehingga merusak ginjal. Meskipun 9 dari 10 penyebab tekanan darah tinggi tidak diketahui, terdapat hubungan antara kondisi ini dan kesehatan seseorang secara keseluruhan, termasuk pola makan dan gaya hidup. Orang dengan kebiasaan tertentu berisiko terkena penyakit ini, seperti gaya hidup yang tidak aktif, kebiasaan merokok, stres, obesitas, konsumsi alkohol berlebihan, kelebihan garam dan lemak dalam makanan, kekurangan kalium dan vitamin D akan lebih tinggi (RIZKIKA, 2023).

2.1.6 Patofisiologi gagal ginjal kronik yang disebabkan oleh diabetes

Diabetes melitus (DM) adalah suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik penyakit hiperglikemi yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, gangguan kerja insulin atau keduanya, yang menimbulkan berbagai komplikasi kronik pada mata, ginjal, saraf dan pembuluh darah. Ada beberapa jenis diabetes melitus yaitu diabetes melitus tipe 1, diabetes melitus tipe 2, diabetes melitus tipe lain dan diabetes melitus gestasional (kehamilan). Kelainan yang terjadi pada ginjal penyandang diabetes melitus dimulai dengan adanya mikroalbuminuria. Mikroalbuminuria umumnya didefinisikan sebagai ekskresi albumin lebih dari 30 mg per hari dan dianggap penting untuk timbulnya nefropati diabetik yang jika tidak

3

terkontrol kemudian akan berkembang menjadi proteinuria secara klinis dan berlanjut dengan penurunan fungsi laju filtrasi glomerular dan berakhir dengan keadaan gagal ginjal. Diperkirakan 30-40% penderita DM tipe 1 dan 20-30% penderita DM tipe 2 akan menderita nefropati diabetik suatu saat yang dapat berakhir dengan keadaan gagal ginjal (Rivandi & Yonata, 2019). Nefropati diabetik adalah kelainan degeneratif vaskuler ginjal, mempunyai hubungan dengan gangguan metabolisme karbohidrat atau intoleransi gula atau Diabetes Melitus. Didefinisikan sebagai sindrom klinis pada pasien DM yang ditandai dengan albuminuria menetap yaitu: >300 mg/24 jam atau >200 mikrogram/menit pada minimal dua kali pemeriksaan dalam kurun waktu 3 sampai 6 bulan (Rivandi & Yonata, 2019).

Proses Terjadinya Nefropati Diabetik:

1. Mikroalbuminuria: Kerusakan pada ginjal penyandang diabetes melitus dimulai dengan adanya mikroalbuminuria. Mikroalbuminuria umumnya didefinisikan sebagai ekskresi albumin lebih dari 30 mg per hari. Ini adalah tanda awal nefropati diabetik.
2. Proteinuria: Jika mikroalbuminuria tidak terkontrol, maka akan berkembang menjadi proteinuria secara klinis. Proteinuria adalah keadaan ketika albumin dan protein lainnya bocor ke dalam urin.
3. Penurunan Fungsi Ginjal: Selanjutnya, terjadi penurunan fungsi laju filtrasi glomerular (GFR). GFR mengukur seberapa baik ginjal menyaring darah. Penurunan ini dapat mengarah pada gagal ginjal.
4. Gagal Ginjal: Akhirnya, nefropati diabetik yang tidak terkontrol dapat berakhir dengan keadaan gagal ginjal. Diperkirakan 30-40% penderita DM

tipe 1 dan 20-30% penderita DM tipe 2 akan menderita nefropati diabetik suatu saat yang dapat berakhir dengan keadaan gagal ginjal.

Faktor-faktor nefropati diabetik etiologis adalah timbulnya:

1. Kurang terkontrolnya kadar gula darah (gula darah puasa >140-160 mg/dL (7,7-8,8 mmol/l); AIC >7-8%).
2. Genetik.
3. Kelainan hemodinamik (peningkatan aliran darah ginjal dan laju filtrasi glomerulus, peningkatan tekanan intraglomerulus).
4. Hipertensi sistemik.
5. Sindrom resistensi insulin (sindrom metabolik).
6. Peradangan.
7. Perubahan permeabilitas pembuluh darah.
8. Asupan protein berlebih.
9. Gangguan metabolik (kelainan metabolisme polyol, pembentukan *advance glycation end product*, peningkatan produksi sitokin (Rivandi & Yonata, 2019).

Salah satu penyebab penyakit ginjal kronis adalah komplikasi akibat diabetes yang tidak terkontrol sehingga menimbulkan komplikasi mikrovaskuler dan makrovaskuler. Komplikasi mikrovaskuler yang dapat terjadi pada pasien diabetes antara lain retinopati dan nefropati diabetik, sedangkan komplikasi makrovaskular biasanya berupa trombosis serebral, penyakit arteri koroner, dan gangren. Penyakit ginjal kronik yang disebabkan oleh nefropati diabetik dipengaruhi oleh faktor yang dapat dimodifikasi dan tidak dapat dimodifikasi. Faktor yang dapat dimodifikasi termasuk hiperalbuminuria, peningkatan kadar gula darah, tekanan darah tinggi,

dislipidemia, obesitas, merokok, stres oksidatif, dan peradangan. Untuk faktor yang tidak dapat dimodifikasi seperti genetika, ras, filtrasi glomerulus, usia, jenis kelamin, dan durasi diabetes (Shabrina dkk., 2023).

Kadar gula darah yang tinggi dalam jangka waktu lama dapat merusak pembuluh darah di seluruh tubuh, termasuk ginjal. Gagal ginjal akibat diabetes disebut nefropati diabetik dan dapat menyebabkan kerusakan fungsi ginjal. Awalnya, ginjal mampu mengkompensasi kerusakan dengan meningkatkan laju filtrasi glomerulus (GFR), namun seiring berjalannya waktu, kemampuan ginjal untuk mempertahankan fungsi normal menurun dan berkembang menjadi gagal ginjal kronis (Shabrina dkk., 2023).

2.1.7 Klasifikasi gagal ginjal kronik

1. Stadium 1: penurunan fungsi ginjal. Kadar kreatinin serum normal dan pasien tidak menunjukkan gejala.
2. Stadium 2: ginjal kehilangan kemampuannya untuk menyaring limbah di tubuh dan menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit, kerusakan nitrogen darah terjadi pada lebih dari 75% jaringan dan kreatinin serum meningkat.
3. Stadium 3: stadium akhir atau penyakit uremik, kadar urea dalam tubuh sangat tinggi dan menjadi racun bagi tubuh.

Tabel 2.1 Klasifikasi gagal ginjal kronik (GGK).

Derajat	Nilai GFR (ml/menit)	Penjelasan
1	> 90	Kerusakan ginjal dengan LFC normal atau meningkat
2	60-89	Kerusakan ginjal dengan LFC menurun ringan
3	30-59	Kerusakan ginjal dengan LFC menurun sedang
4	15-29	Kerusakan ginjal dengan LFC berat
5	<15 atau dialisis	Kerusakan ginjal tanpa akhir

2.1.8 Manifestasi klinis gagal ginjal kronik

Tanda dan gejala gagal ginjal kronis merupakan penyakit sistemik. Karena ginjal mempunyai banyak fungsi sebagai organ pengatur (organ multifungsi), secara fisiologis kerusakan ginjal kronis menyebabkan gangguan aliran darah dan vasomotor yang tidak diketahui penyebabnya. Di bawah ini adalah tanda dan gejala gagal ginjal kronis (RIZKIKA, 2023) :

1. Hiponatremia ginjal dan gastrointestinal menyebabkan tekanan darah rendah, mulut kering, penurunan pembengkakan kulit, kelemahan, kelelahan, dan mual. Hal ini diikuti dengan hilangnya kesadaran (mengantuk) dan sakit kepala parah. Efek dari peningkatan kadar kalium adalah peningkatan peradangan otot, yang pada akhirnya menyebabkan kelemahan otot. Kelebihan cairan yang tidak terkompensasi menyebabkan asidosis metabolik. Tanda-tanda yang paling khas adalah penurunan keluaran urin dan sedimentasi yang parah.
2. Hipertensi kardiovaskular, aritmia, kardiomiopati, perikarditis uremik, dan efusi perikardial (kemungkinan tamponade jantung, gagal jantung, dan edema periorbital dan perifer) sering terjadi.

3. Sering terjadi edema pernafasan, nyeri pleura, gesekan dan efusi pleura, ronki, sputum kental, uremia dan pleuritis paru-paru, dispnea.
4. Pada saluran cerna, peradangan dan tukak pada mukosa cerna sering terjadi akibat stomatitis, tukak lambung, gusi berdarah, dan lain-lain, serta parotitis, esofagitis, maag, tukak duodenum, lesi usus halus/kolon, kolitis, dan pankreatitis. Gejala sekunder biasanya menyusul, seperti kehilangan nafsu makan, mual, dan muntah.
5. Permukaan kulit pucat, kekuningan, kering dan bersisik. Selain itu, purpura, memar, petechiae, dan penumpukan urea dapat terlihat pada kulit.
6. Gejala neurologis biasanya bermanifestasi sebagai neuropati perifer, nyeri gatal pada lengan dan kaki. Selain itu, terjadi kejang otot dan refleks kedutan, kehilangan ingatan, apatis, peningkatan rasa kantuk, mudah tersinggung, pusing, koma, dan kejang. Hasil EEG menunjukkan perubahan ensefalopati metabolik.
7. Nyeri muskuloskeletal pada sendi dan tulang, demineralisasi tulang, fraktur patologis dan kalsifikasi (otak, mata, gusi, sendi, otot jantung).

2.1.9 Komplikasi gagal ginjal kronik

Penyakit ginjal kronik progresif mempunyai prevalensi dan intensitas yang tinggi disertai penurunan fungsi ginjal serta dapat menimbulkan berbagai komplikasi. Komplikasi yang mungkin terjadi antara lain penyakit kardiovaskular, hipertensi, anemia, gangguan mineral tulang, gangguan elektrolit, diabetes, dan asidosis metabolik. Komplikasi ini mengakibatkan tingginya angka kesakitan dan kematian serta mengganggu kualitas hidup (Utami dkk., 2020).

2.1.10 Dampak gagal ginjal kronik

Dampak dari gagal ginjal sendiri antara lain menurunnya kekuatan fisik, demam, nyeri di kepala dan seluruh tubuh, gangguan kulit, dan gangguan jiwa. Gagal ginjal kronis dapat menimbulkan dampak buruk bagi kesehatan seseorang, antara lain kelelahan, kehilangan nafsu makan, dan kram kaki. Masalah umum lainnya yang disebabkan oleh gagal ginjal antara lain gatal-gatal, sulit tidur, kaki gelisah, tulang lemah, masalah persendian, dan depresi (Utami dkk., 2020).

2. 2 Konsep Komorbid

2.2.1 Definisi komorbid

Komorbid adalah sebuah kondisi dimana seseorang mengidap dua atau lebih masalah kesehatan secara bersamaan. Penyakit komorbid adalah masalah kesehatan yang bersifat kronis dan terjadi karena kombinasi dari beberapa kondisi medis, seperti penyakit fisik, masalah mental, ataupun kombinasi keduanya secara sekaligus (Koesnoe & Maria, 2021). Komorbid adalah adanya dua penyakit atau lebih pada orang yang sama. Komorbid pasien gagal ginjal kronik diantaranya terkait dengan kondisi pasien yang dapat meningkatkan kerusakan ginjal, komorbid yang paling banyak dari penyakit ginjal kronik adalah diabetes dan hipertensi. Prevalensi hipertensi pada pasien hemodialisa sebanyak 26,8%. Prevalensi hipertensi yang tinggi pada pasien hemodialisa akan memunculkan banyak komorbid dan memperburuk kualitas hidup. Tumpang tindih kondisi ini berdampak negatif pada kelangsungan hidup pasien. Selain itu, dengan adanya berbagai macam komorbiditas akan memperparah kondisi kesehatan yang dialami pasien. Adanya komorbiditas pada pasien dapat berdampak secara langsung terkait beban fisiologis dan juga secara

tidak langsung yang mana dengan adanya komorbiditas akan berdampak pada kualitas hidup (Koesnoe & Maria, 2021).

Diabetes melitus (DM) adalah kondisi dimana gula darah seseorang meningkat (hiperglikemia) akibat adanya kerusakan pankreas sehingga tidak dapat memproduksi insulin atau adanya resistensi insulin. Apabila menderita diabetes melitus dalam kurun waktu lama dan tidak mendapatkan tatalaksana yang memadai diabetes melitus dimana penyakit ini merupakan faktor risiko utama terjadinya penyakit gagal ginjal kronik pada penderita diabetes (RIZKIK, 2023)

Hipertensi dapat menjadi faktor risiko gagal ginjal kronik karena banyaknya sejumlah besar fungsi nefron yang hilang secara bertahap dan *irreversible*. Glomerulosklerosis yang dikenal sebagai sklerosis pembuluh darah disebabkan oleh tekanan darah tinggi serta peningkatan regangan pada arterioli dan glomerulus. Perubahan fungsi ginjal dalam jangka Panjang akan menyebabkan perburukan yang lebih lanjut pada nefron. Hal ini dapat mengakibatkan terjadinya pembentukan lesi sklerotik yang semakin banyak, kemudian dapat mengakibatkan obliterasi glomerulus hingga kerusakan lebih lanjut dari fungsi ginjal dan menjadi penyakit ginjal kronik (RIZKIK, 2023)

2.3 Konsep Hemodialisa

2.3.1 Definisi hemodialisa

Hemodialisa merupakan salah satu prosedur medis untuk membersihkan darah dari limbah dan kelebihan cairan ketika ginjal tidak mampu berfungsi dengan baik, dengan cara kerjanya yaitu memompa darah dari tubuh melalui mesin dialisis untuk menyaringnya dan kemudian mengembalikannya lagi kedalam tubuh. Pada

prosedur cuci darah ini dimana terdapat 3 proses meliputi difusi, osmosis dan ultra filtrasi (Zasra dkk., 2018).

2.3.2 Tujuan hemodialisa

41 Tujuan dari hemodialisa adalah menggantikan fungsi ginjal dalam fungsi ekskresi, yaitu membuang sisa-sisa metabolisme dalam tubuh, seperti ureum, kreatinin, dan sisa metabolisme yang lain. Menggantikan fungsi ginjal dalam mengeluarkan cairan tubuh yang tidak dibutuhkan dan yang seharusnya dikeluarkan sebagai urin saat ginjal masih sehat (Lolowang dkk., 2020).

2.3.3 Prinsip mendasari kerja hemodialisa

1. Proses Difusi

Proses difusi terjadi ketika partikel-partikel suatu zat bergerak secara acak melintasi membran sel dari daerah dengan konsentrasi tinggi ke daerah dengan konsentrasi rendah, sehingga terjadi pelarutan suatu zat karena adanya perbedaan konsentrasi dalam darah dan dialisat tempat zat tersebut larut. Pada hemodialisis, semakin besar perbedaan konsentrasi darah maka semakin banyak zat yang ditransfer ke dialisat melalui proses difusi.

Proses difusi dapat dipengaruhi oleh:

- a) konsentrasi yang berbeda.
- b) BM atau berat molekul. Semakin tinggi berat molekul, semakin lambat difusinya.
- c) Suhu, Semakin tinggi suhu, semakin cepat proses difusi terjadi.
- d) Luas permukaan membrane.
- e) Fluiditas dan medium dalam proses difusi.
- f) Jarak dan luas tempat berlangsungnya proses difusi.

g) Ukuran molekul selama proses difusi jam.

h) Ketebalan membrane.

2. Proses Ultrafiltrasi

Suatu proses dimana air dan zat terlarut dipindahkan oleh tekanan hidrostatik di dalam darah dan dialisat. Tekanan hidrostatik ini memindahkan air dari satu bagian darah ke bagian lain dialisat. Yang menentukan apakah tekanan diterapkan pada darah atau dialisat adalah tekanan positif dan tekanan negatif darah atau dialisat, tekanan negatif dan tekanan positif, yang juga dikenal sebagai TMP (*transmembrane pressure*) dalam mmHg.

3. Proses Osmosis

Osmosis merupakan proses keluarnya suatu pelarut dari suatu larutan, dan proses ini memerlukan gaya konsentrasi yang relatif rendah dan hanya pelarut murni karena adanya dorongan energi kimia, sehingga terjadi tekanan osmotik antara darah dan tekanan darah. Adanya perbedaan cairan dialisis ditemukan bahwa lebih banyak proses osmotik terjadi selama dialisis peritoneal (Jiménez dkk., 2019).

2.3.4 Penatalaksanaan pasien yang menjalani hemodialisa

Pasien hemodialisis harus memantau makanan, cairan, dan asupan lainnya. Asupan nutrisi yang baik melalui pola makan yang disesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi diharapkan dapat menunjang proses hemodialisis. Di sisi lain, malnutrisi berkontribusi terhadap tingginya angka kegagalan proses hemodialisis, karena malnutrisi dapat mengganggu proses pengobatan. Selama pengobatan, diperlukan asupan protein 1-1,2 g/kgKG/hari dengan takaran 50%. Selain protein, diperlukan asupan kalium sebanyak 40-70 mEq per hari. Selama pengobatan, tidak dianjurkan mengonsumsi makanan dengan kandungan kalium tinggi, seperti buah-buahan dan

umbi-umbian dengan kandungan air tinggi. Asupan cairan yang dibutuhkan pasien hemodialisis disesuaikan dengan keluaran cairan untuk menghindari retensi cairan yang dapat mengakibatkan komplikasi serius. Perkembangan hipertensi dan edema selama pengobatan dikendalikan dengan membatasi asupan natrium hingga 40 hingga 20 mEq/hari. Mengonsumsi terlalu banyak garam dapat menyebabkan rasa haus yang berlebihan, menyebabkan pasien minum lebih banyak dari yang ditentukan dokter. Jika asupan cairan harian pasien tidak terkontrol, penambahan berat badan bisa meningkat. Berbagai obat harus disaring seluruhnya atau hanya sebagian oleh ginjal. Pasien yang memakai berbagai jenis obat, seperti sediaan glikosida jantung, antibiotik, obat antiaritmia, dan obat antihipertensi, dapat memastikan kadar obat tersebut dalam darah dan jaringan tanpa menyebabkan akumulasi toksik. Harus dipantau secara teratur dan terjadwal untuk memastikan pengendalian, namun dapat menimbulkan risiko. Perkembangan efek toksik obat harus terus dikendalikan (Anjarwati & Hidayat, 2018).

2.3.5 Indikasi hemodialisa

Hemodialisis diindikasikan pada pasien dalam keadaan yang parah dan harus dilakukan terapi hemodialisis dalam jangka pendek ataupun panjang. Hemodialisis yang diindikasikan pada penderita gagal ginjal seperti: laju filtrasi glomerulus kurang dari 15ml/menit, hiperkalemia, kegagalan terapi konservatif, ketidakseimbangan cairan dan elektrolit yang parah dan berlebihan, kadar urea melebihi 200mg/dl, kram otot yang parah, malnutrisi akibat anoreksia, dan, penyakit neurologis seperti neuropati, ensefalopati, radang selaput dada, dan perikarditis dengan diatesis hemoragik diindikasikan untuk hemodialisis segera untuk menghindari komplikasi yang serius (Faridah dkk., 2021).

2.3.6 Komplikasi hemodialisa

Hemodialisis merupakan pengobatan yang umum digunakan pada pasien gagal ginjal kronik, namun pengobatan ini juga dapat menimbulkan berbagai komplikasi terkait seperti emboli udara, hemolisis, hipotensi, hipertensi, nyeri dada, dan kram otot. Komplikasi ini bisa bersifat akut atau jangka panjang, tergantung kondisi pasien dan kepatuhan selama menjalani pengobatan. Hipotensi dapat terjadi bila cairan ditarik, dan penggunaan dialisat asam asetat dapat menyebabkan tekanan darah rendah. Emboli udara sendiri terjadi ketika udara mulai masuk ke sistem pembuluh darah sehingga menimbulkan nyeri pada dada pasien, menyebabkan penurunan kadar PCO_2 dan peredaran darah ke luar tubuh, serta pergerakan cairan serebrospinal selama proses pembersihan darah. Uremia dapat memperparah komplikasi yang dialami pasien saat menjalani hemodialisis rutin (Adhiatma dkk., 2017).

2.4 Konsep Kualitas Hidup

2.4.1 Definisi kualitas hidup

Menurut WHO, kualitas hidup merupakan persepsi individu terhadap hidupnya, disesuaikan dengan budaya dan nilai-nilai yang berlaku di tempat ia tinggal, serta merupakan persepsi individu terhadap kehidupan, tujuan, dan harapannya. Kualitas hidup mencakup banyak faktor yang luas dan kompleks, termasuk keterbatasan fungsi fisiologis dan psikologis, hubungan sosial dan lingkungan hidup (Jacob & Sandjaya, 2018). Kualitas hidup merupakan sistem evaluasi individu, dan kualitas hidup dalam menghadapi permasalahan yang muncul dalam kehidupan pasien berbeda-beda tergantung kepribadian masing-masing individu. Ketika pasien secara positif mengatasi masalah, kualitas hidup cenderung

baik, namun ketika pasien mendekati masalah secara negatif, kualitas hidup menurun (Giawa dkk, 2019).

2.4.2 Faktor yang mempengaruhi kualitas hidup

1. Jenis Kelamin

Gender atau jenis kelamin mempunyai perspektif yang berbeda ketika menghadapi sesuatu. Lelaki memiliki kualitas hidup yang lebih baik dikarenakan laki-laki cenderung tidak mudah sensitive, berbeda dengan perempuan yang lebih sensitive jika menghadapi sesuatu.

2. Usia

Usia juga merupakan factor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup. Seseorang dengan umur yang matang cenderung bisa konsiten dalam pemikiran daripada seorang yang masih remaja dengan pemikiran yang masih berubah-ubah atau masih mencari jati diri dalam hidupnya.

3. Pendidikan

Pendidikan suatu individu dapat menjadi salah satu factor yang mempengaruhi kualitas hidup seseorang dikarenakan tingkat pengetahuan yang dimilikinya.

4. Pekerjaan

Orang yang bekerja dengan orang yang tidak bekerja pastinya memberikan perbedaan yang signifikan dalam mempengaruhi kualitas hidup. Pekerjaan sendiri menjadi salah satu tolak ukur dalam penilaian aspek kesejahteraan.

5. Status pernikahan

Antara orang yang belum menikah, sudah menikah atau bahkan sudah bercerai pasti memiliki perbedaan dalam kualitas hidupnya.

6. Penghasilan

Ekonomi menjadi aspek yang penting bagi setiap individu. Penghasilan yang tinggi atau rendahnya seseorang akan mempengaruhi tingkat kesejahteraan hidup dan bahkan mampu mempengaruhi kualitas hidup.

7. Hubungan dengan orang lain

Manusia merupakan makhluk sosial yang membutuhkan bantuan dan pertolongan orang lain, dengan memiliki interaksi atau hubungan sosial yang baik dan positif maka tingkat penurunan kualitas hidup dapat diminimalisir.

8. Kesehatan fisik

Beberapa masalah Kesehatan fisik dapat memberikan dampak yang negative pada masing-masing individu. Kesehatan merupakan suatu hal penting dalam perkembangan kualitas hidup dan diharapkan setiap individu peduli akan kesehatannya (Budiman, 2020).

2.4.3 Pengukuran kualitas hidup

Kualitas hidup adalah tolak ukur yang patut diperhitungkan apabila akan menilai pasien program pengobatan khusus pasien penyakit kronik. kualitas hidup mempunyai multiaspek yang harus dipertimbangkan dalam penilaian. Sekarang ini ada berbagai jenis kuesioner baku guna menilai kualitas hidup seseorang, diantaranya adalah KDQOL-SF 36 (*Kidney Disease Quality Of Life-Short Form 36*).

KDQOL-SF 36 adalah kuesioner yang terdapat 36 sub pertanyaan dan 8 dimensi kualitas hidup, meliputi fisik, terbatasnya fungsi sebab Kesehatan fisik, tidak sehat, pemikiran kesehatan, vitality, peran sosial, keterbatasan karena masalah mental serta kesehatan mental. Kuesioner KDQOL merupakan instrument untuk mengukur kualitas hidup dengan penyakit gagal ginjal kronik yang sudah diuji

validitas dan reabilitasnya. Nilai kuesioner KDQOL-SF 36 berkisar 0-100 dengan nilai 100 termasuk kualitas hidup paling baik.

Tabel 2.2 Dimensi isi kuesioner KDQOL-SF 36

No	Dimensi	Jumlah pertanyaan	No pertanyaan
1	Fungsi fisik	10	3,4,5,6,7,8,9,10,11,12
2	Keterbatasan fisik	4	13,14,15,16
3	Nyeri tubuh	2	21,22
4	Kesehatan secara umum	6	1,2,33,34,35,36
5	Fungsi sosial	2	20,32
6	Keterbatasan emosional	3	17,18,19
7	Vitalitas	4	23,27,29,31
8	Kesehatan mental	5	24,25,26,28,30
Jumlah		36	

Cara menghitung kuesioner :

Jumlah pertanyaan : 36 soal

Nilai maksimal : $36 \times 100 = 3.600$

Nilai minimal : $36 \times 0 = 0$

Jumlah nilai akhir seluruh pertanyaan \div jumlah pertanyaan = nilai kualitas hidup

Contoh : $3.600 \div 36 = 100$

Kriteria skor kuesioner KDQOL :

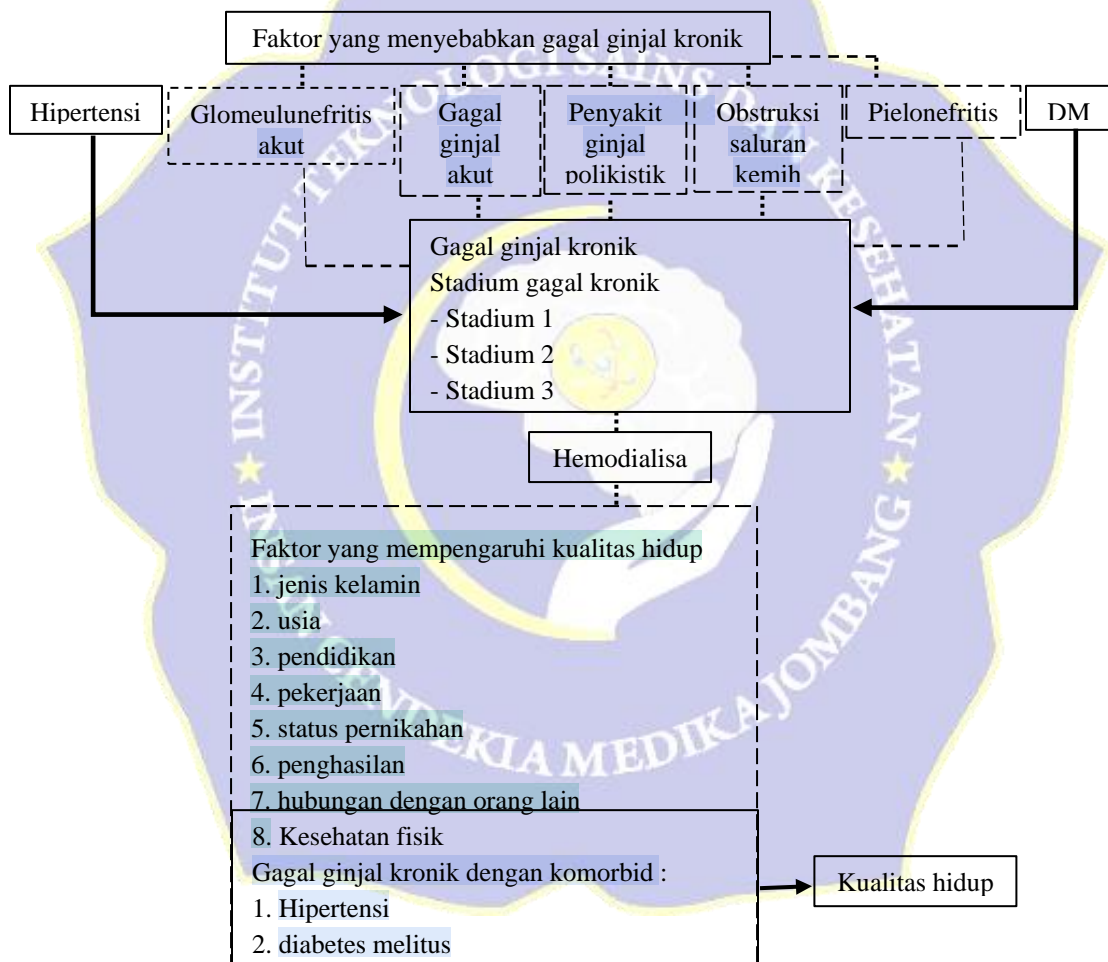
1. Kualitas hidup pasien buruk : 0-24
2. Kualitas hidup pasien sedang : 25-60
3. Kualitas hidup pasien baik : 61-83
4. Kualitas hidup pasien sangat baik : 84-99
5. Kualitas hidup pasien excellent : 100

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konseptual

Kerangka konseptual penelitian adalah kaitan atau hubungan antara konsep satu dengan konsep yang lainnya dari masalah yang ingin diteliti. Kerangka konsep didapatkan dari konsep ilmu/teori yang dipakai sebagai landasan penelitian (Nursalam, 2020.)



Gambar 3.1 Kerangka konseptual perbedaan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik antara komorbid hipertensi dengan diabetes melitus yang menjalani hemodialisa (di ruang hemodialisa RSUD Jombang)

Penjelasan kerangka konseptual :

Gambar 3.1 menjelaskan tentang kerangka konsep kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik dengan komorbid hipertensi dan diabetes melitus. Kerangka konseptual ini menjelaskan tentang beberapa faktor yang menyebabkan gagal ginjal kronik yang diantaranya adalah hipertensi dan diabetes melitus. Gagal ginjal kronik ini ada beberapa stadium yang harus menjalani Hemodialisa. Hemodialisa dilakukan dengan tujuan menggantikan fungsi ginjal dalam fungsi ekskresi, yaitu membuang sisa-sisa metabolisme tubuh, namun pengobatan ini juga dapat menimbulkan berbagai komplikasi terkait seperti hipotensi, nyeri dada, dan kram otot. Beberapa faktor tersebut dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien yang menderita gagal ginjal kronik yang salah satu pengaruhnya yaitu pada kesehatan fisik. Kesehatan fisik pasien gagal ginjal kronik dengan komorbid hipertensi dan diabetes melitus memiliki kualitas hidup yang berbeda.

3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis penelitian merupakan dugaan sementara dari pernyataan penelitian (Nursalam, 2020.).

Hipoteses penelitian ini yaitu :

H1: Ada perbedaan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik dengan komorbid diabetes melitus dan hipertensi yang menjalani hemodialisa.

BAB 4

METODE PENELITIAN

Metode penelitian merupakan cara yang digunakan untuk menentukan beberapa topik serta penentuan judul dalam suatu penelitian. Metode penelitian menjelaskan mengenai desain, populasi, sampel, Teknik sampling, definisi operasional, alat pengumpulan data, lokasi dan waktu penelitian, serta etika penelitian (Nursalam, 2020.).

4.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif. Penelitian kuantitatif adalah metode pengukuran data kuantitatif dan statistika objektif melalui perhitungan ilmiah berasal dari sampel orang-orang atau penduduk yang diminta menjawab sejumlah pertanyaan tentang survei untuk menentukan frekuensi dan persentase tanggapan mereka (Nursalam, 2020.).

4.2 Rancangan Penelitian

Desain penelitian ini adalah observasional dengan menggunakan metode cross-sectional. Tujuan penggunaan desain studi cross-sectional karena desain studi ini dapat mencari penyebab dengan akibat dalam waktu yang bersamaan dimana dalam penelitian ini ialah untuk mengetahui kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik dengan komorbid faktor hipertensi dan diabetes melitus di RSUD Jombang. Pemilihan desain studi *cross-sectional* karena hasil dari studi ini dapat diperoleh dengan cepat.

4.3 Waktu Dan Tempat Penelitian

Waktu penelitian ini dimulai dari penyusunan proposal pada bulan maret dan memulai penelitian pada bulan juni 2024. Tempat penelitian ini dilakukan di ruang hemodialisa RSUD Kabupaten Jombang.

4.4 Populasi /Sampel/Sampling

4.4.1 Populasi

Populasi dalam penelitian merupakan semua objek penelitian (seperti : manusia, pasien, perawat) yang telah di tetapkan (Nursalam, 2020.). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien gagal ginjal kronik antara komorbid hipertensi dan diabetes melitus yang menjalani hemodialisa di ruang hemodialisa RSUD Jombang. Rata-rata pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di RSUD Jombang dengan komorbid hipertensi dan komorbid diabetes melitus berkisar antara 25-35 pasien dalam satu bulan.

4.4.2 Sampel

Dalam penelitian ini sampel yang akan digunakan adalah pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa dengan komorbid hipertensi dan diabetes melitus.

1. kriteria inklusi :

- 1) Pasien dengan komorbid hipertensi dan diabetes melitus.
- 2) Pasien yang menjalani hemodialisa.
- 3) Bersedia menjadi responden.
- 4) Pasien hemodialisa >12 bulan.

2. kriteria eksklusi :

- 1) Pasien yang tidak kooperatif.

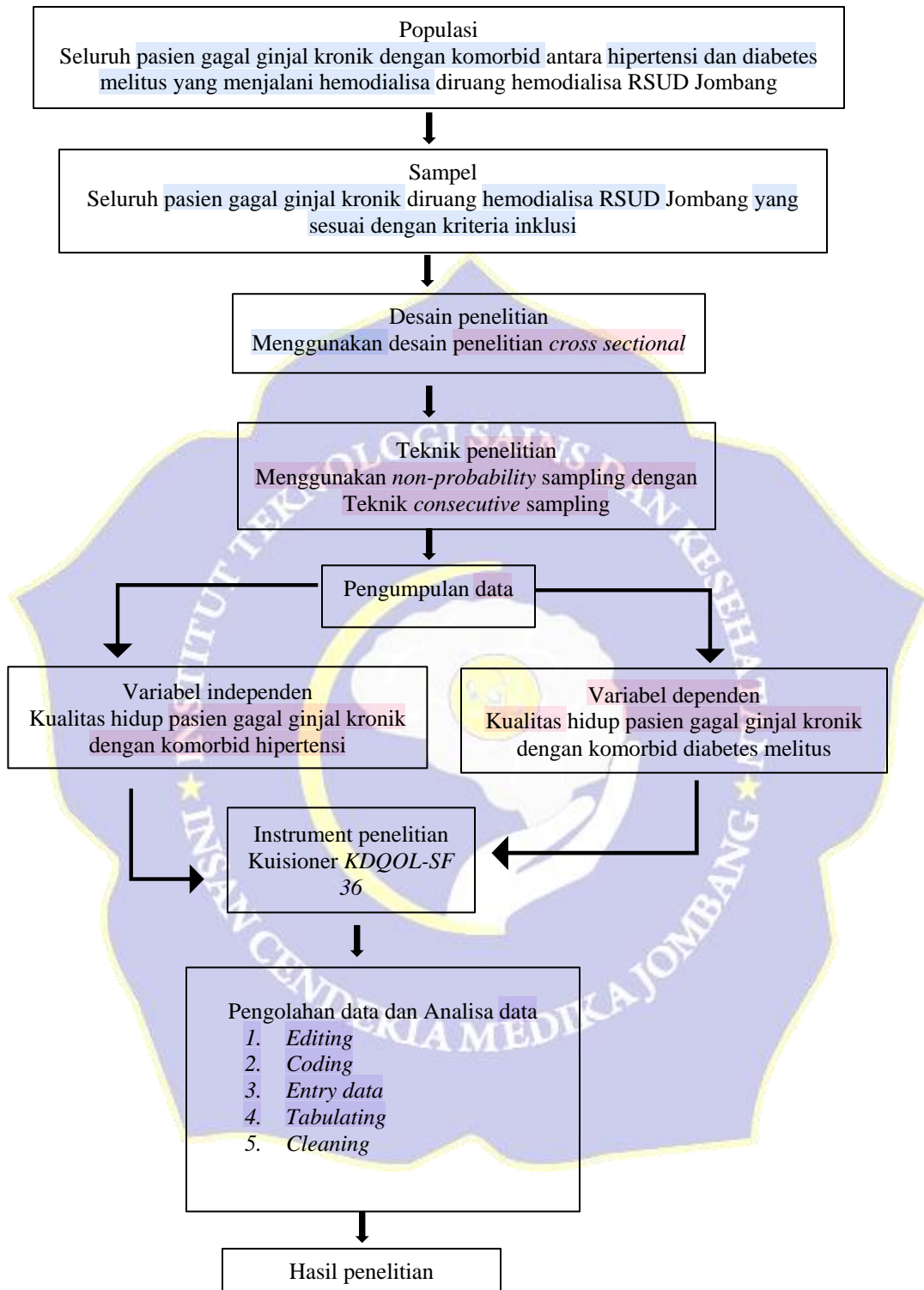
2) Pasien yang tidak sadar

4.4.3 Sampling

Sampling merupakan porsi menyeleksi porsi dari populasi sehingga dapat mewakili populasi (Nursalam, 2020.). Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini yaitu *consecutive sampling* dimana pemilihan sampel dengan menetapkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi dan dimasukkan dalam penelitian sampai kurun waktu tertentu. Peneliti mengambil kurun waktu selama 1 bulan dalam melakukan penelitian.



4.5 Jalannya Penelitian (kerangka kerja)



Gambar 4.1 kerangka kerja penelitian analisis kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik dengan komorbid hipertensi dan diabetes melitus.

4.6 Identifikasi Variabel

Variabel memiliki pengertian ukuran atau ciri yang dimiliki oleh anggota-anggota suatu kelompok yang berbeda dengan yang dimiliki oleh kelompok lain, penelitian semua variabel harus diidentifikasi, mana yang termasuk variabel independent (variabel bebas) dan variabel dependent (Variabel tergantung) (Nursalam, 2020.).

4.6.1 Variabel independent

Variabel independent (bebas) adalah variabel yang mempengaruhi atau yang menjadi sebab perubahan atau timbulnya variabel dependen (terikat) (Nursalam, 2020.). Variabel independen penelitian ini adalah kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik dengan komorbid hipertensi.

4.6.2 Variabel dependen

Variabel dependen (terikat) adalah variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat karena adanya variabel bebas (Nursalam, 2020.). Variabel dependen penelitian ini adalah kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik dengan komorbid diabetes melitus.

4.7 Definisi Operasional

Definisi operasional merupakan spesifikasi kegiatan peneliti dalam mengukur atau memanipulasi suatu variabel. Definisi operasional memberi batasan atau arti suatu variabel dengan merinci hal yang harus dikerjakan oleh peneliti untuk mengukur variabel tersebut (Nursalam, 2020.).

Tabel 4.1 Definisi operasional penelitian

Variabel	Definsi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor/Kriteria
Variabel	Kualitas hidup	1. Fungsi fisik	Kueisioner	Ordinal	Skor :
Kualitas	merupakan	2. Keterbatasan	KDQOL-		- sangat baik
hidup pasien	sebuah konsep	fisik	SF 36		sekali/sangat lebih
gagal ginjal	yang bertujuan	3. Nyeri tubuh			baik/tidak
kronik	untuk	4. Kesehatan			menggangu/tidak
antara	menangkap	secara			menggangu
komorbid	kesejahteraan,	umum			sedikitpun/benar/ sangat
hipertensi	baik dari segi	5. Fungsi sosial			membatasi /ya/tidak
dengan	positif maupun	6. Keterbatasan			nyeri/selalu =1
diabetes	negatif,	emosional			
melitus	menunjukkan	7. Vitalitas			- sangat baik/lebih
	reaksi pribadi	8. Kesehatan			baik/sedikit
	terhadap	mental			menggangu/benar
	penyakit yang				sekali/sedikit
	mempengaruhi				membatasi/tidak/nyeri
	tingkat				sangat ringan/hampir
	kepuasan				selalu = 2
	pribadi dalam				
	kondisi hidup,				
	kondisi fisik,				

44

mental dan sosial, efek kehidupan sehari-hari.

- baik/sama saja/cukup mengganggu/tidak tau/tidak membatasi/nyeri ringan/cukup sering = 3
 - cukup baik/lebih buruk/mengganggu sekali/sangat mengganggu/salah/nyeri sedang/kadang-kadang/jarang = 4
 - buruk/sangat buruk/sangat mengganggu sekali/sangat salah/nyeri sekali/jarang/ = 5
 - sangat nyeri sekali/tidak pernah = 6



Kategori :

1. Kualitas hidup pasien buruk : 0-24
2. Kualitas hidup pasien sedang : 25-60

3. Kualitas hidup pasien

baik : 61-83

4. Kualitas hidup pasien

sangat baik : 84-99

5. Kualitas hidup pasien

excellent : 100 (winson,

2016)

4.8 Pengumpulan Dan Analisis Data

4.8.1 Instrumen

Instrumen pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner *Kidney Disease Quality Of Life-Short Form 36 (KDQOL-SF 36)* merupakan alat ukur tertentu dipakai guna mengevaluasi kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik dan pasien program hemodialisis dengan 36 pertanyaan yang terdiri dari 8 dimensi yaitu dimensi fungsi fisik (10 butir pertanyaan), keterbatasan fisik (4 butir pertanyaan), nyeri tubuh (2 butir), Kesehatan secara umum (6 butir), fungsi sosial (2 butir) keterbatasan emosional (3 butir), vitalitas (4 butir), dan kesehatan mental (5 butir). Nilai kuesioner KDQOL-SF 36 berkisar 0-100 dengan nilai 100 termasuk kualitas hidup paling baik.

Tabel 4.2 Dimensi isi kuesioner KDQOL-SF 36

No	Dimensi	Jumlah pertanyaan	No pertanyaan
1	Fungsi fisik	10	3,4,5,6,7,8,9,10,11,12
2	Keterbatasan fisik	4	13,14,15,16
3	Nyeri tubuh	2	21,22
4	Kesehatan secara umum	6	1,2,33,34,35,36
5	Fungsi sosial	2	20,32
6	Keterbatasan emosional	3	17,18,19
7	Vitalitas	4	23,27,29,31
8	Kesehatan mental	5	24,25,26,28,30
	Jumlah	36	

Cara menghitung kuesioner :

Jumlah pertanyaan : 36 soal

Nilai maksimal : $36 \times 100 = 3.600$

Nilai minimal : $36 \times 0 = 0$

Jumlah nilai akhir seluruh pertanyaan \div jumlah pertanyaan = nilai kualitas hidup

Contoh : $3.600 \div 36 = 100$

Tabel 4.3 nomor kode dan skoring kuesioner KDQOL-SF 36

Nomer pertanyaan	kode	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
21,23,26,27,30	1	100
	2	80
	3	60
	4	40
	5	20
	6	0
24,25,28,31	1	0
	2	20
	3	40
	4	60
	5	80
	6	100
33,34,35	1	0
	2	25
	3	50
	4	75
	5	100

4.4 Tabel kuesioner KDQOL-SF 36

Variabel	Parameter	No. Item	
		Favorable	Unfavorable
KDQOL-SF 36	Fungsi fisik	3,4,5,6,7,8,9,10,11,12	
	Keterbatasan fisik	13	14,15,16
	Nyeri tubuh		21,22
	Kesehatan secara umum	1,2,34,36	33,35
	Fungsi sosial		20,32
	Keterbatasan emosional	17	18,19
	Vitalitas	23,27	29,31
	Kesehatan mental	26,30	24,25,28

Intepretasi skor :

1. Kualitas hidup pasien buruk : 0-24
2. Kualitas hidup pasien sedang : 25-60
3. Kualitas hidup pasien baik : 61-83
4. Kualitas hidup pasien sangat baik : 84-99
5. Kualitas hidup pasien excellent : 100 (Winson, 2016)

4.8.2 Analisis data

Analisis data pada penelitian ini menggunakan analisis bivariat. Analisis bivariat dilakukan untuk melihat hubungan variabel dependen dan variabel independen.

1. Analisa Bivariat

Dalam penelitian ini analisa bivariat dilakukan untuk mengetahui perbedaan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik dengan komorbid diabetes melitus dan

hipertensi yang menjalani hemodialisa. Pengolahan analisa data bivariat ini dengan menggunakan bantuan SPSS 16.0, dengan menggunakan uji independent T-tes. Dilakukan uji normalitas terlebih dahulu jika data terdistribusi normal maka menggunakan uji independent T-tes dan apabila data tidak terdistribusi normal maka menggunakan uji mann whitney.

14 1. Jika p-value $>0,05$ maka H_0 diterima, artinya tidak ada perbedaan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik dengan komorbid diabetes melitus dan hipertensi yang menjalani hemodialisa.

4 2. jika p-value $\leq 0,05$ maka H_0 ditolak, artinya ada perbedaan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik dengan komorbid diabetes melitus dan hipertensi yang menjalani hemodialisa.

4.8.3 Metode pengolahan data

Adapun Langkah – Langkah dalam pengolahan data meliputi :

1. Editing

Editing adalah upaya untuk memeriksa kembali kebenaran informasi yang didapatkan. Pada tahap ini analis melakukan perbaikan informasi untuk melihat ketepatan pengisian tanggapan responden.

2. Coding

Coding adalah mengubah informasi dengan mengkode angka atau bilangan. Pengkodean dalam penelitian ini Ubah data dengan memasukkan nomor kode atau angka. Bertujuan untuk memudahkan saat menganalisa data. Pemberian kode pada penelitian ini antara lain :

a. Jenis kelamin

4 Laki – laki = 1

Perempuan = 2

b. Pendidikan terakhir

SD = 1

SMP = 2

SMA = 3

Perguruan Tinggi = 4

c. Pekerjaan

Tidak bekerja = 1

PNS = 2

Petani = 3

Guru = 4

Swata = 5

d. Usia

17- 25 tahun = 1

26- 35 tahun = 2

36- 45 tahun = 3

46 – 55 tahun = 4

56 – 65 tahun = 5

> 65 tahun = 6

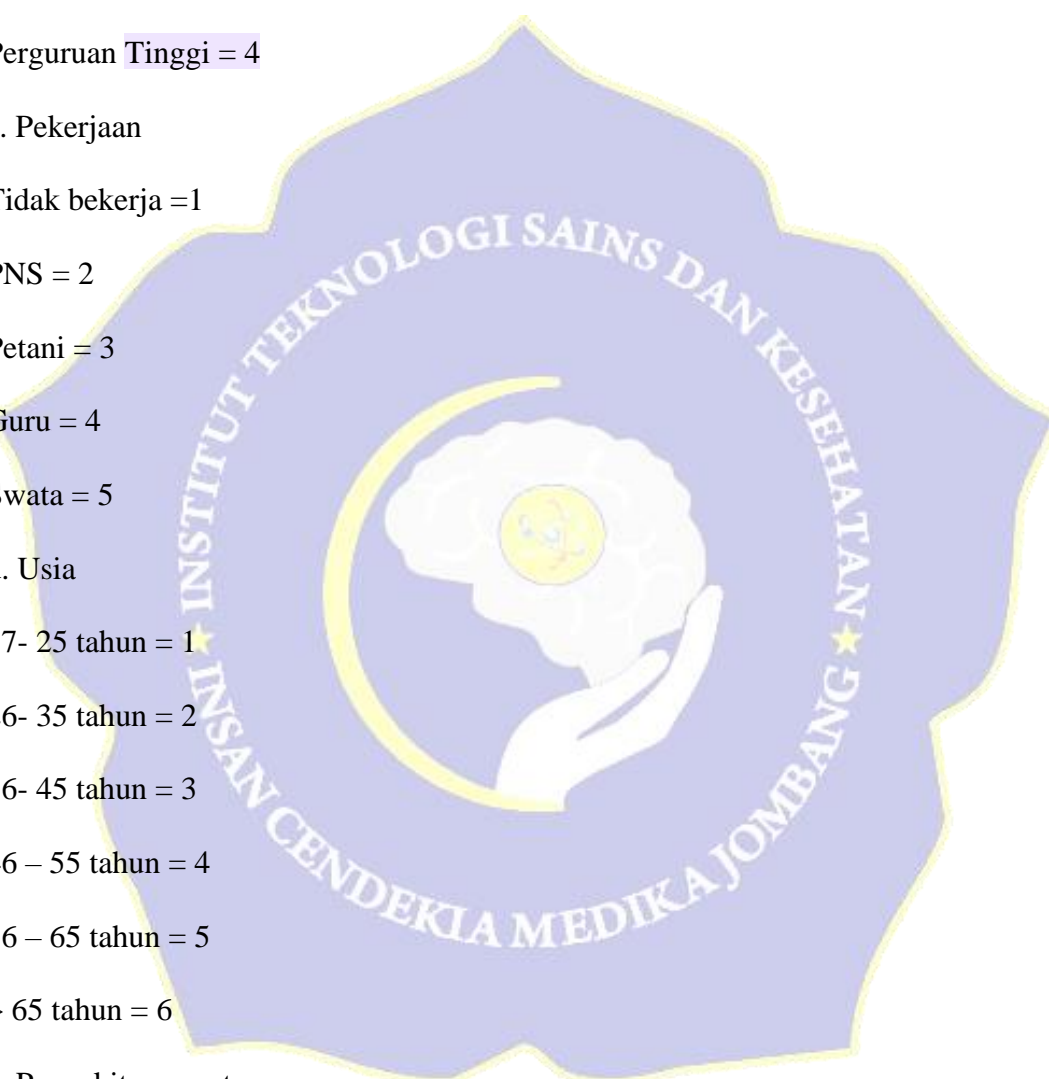
e. Penyakit penyerta

Hipertensi = 1

Diabetes Mellitus = 2

f. Kualitas hidup

0 - 24 sangat buruk = 1



25 - 60 buruk = 2

61 - 83 sedang = 3

84 - 99 sangat baik = 4

100 sempurna = 5

g. Lama hemodialisis

< 12 bulan = 1

> 12 bulan = 2

h. Frekuensi HD dalam seminggu

1 minggu 1x = 1

1 minggu 2x = 2

3. Tabulating

Tabulasi adalah Masukkan data ke dalam tabel dan atur angkanya sehingga dihitung di kategori yang telah di tentukan oleh peneliti.

4. Entry/Processing

Proses memasukkan data yang dilakukan oleh peneliti, yang sudah di beri kode pada kuesioner kedalam SPSS untuk mempermudah penyajian dan pengolahan data oleh peneliti.

5. Cleaning

Cleaning adalah semua informasi yang masuk ke mesin penanganan informasi sesuai dengan proses pembersihan asli atau informasi. Dalam siklus ini, spesialis memeriksa dua kali untuk memastikan bahwa semua informasi yang diinput untuk SPSS sesuai dengan data pertama yang diterima di lapangan.

4.9 Etika Penelitian

1. *Ethical Clearance*

Etika dalam penelitian merupakan hal yang sangat penting dalam pelaksanaan sebuah penelitian mengingat penelitian keperawatan akan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika penelitian harus diperhatikan karena manusia mempunyai hak asasi dalam kegiatan penelitian.

2. *Informed Consent*

Responden diberikan informed consent sebelum penelitian dilakukan. Selanjutnya dibagikan lembar persetujuan kepada responden

3. *Anonymity*

Demi melindungi hak responden maka identitas asli responden tidak ditulis atau disamarkan, namun akan diganti menggunakan inisial nama responden atau menggunakan kode tertentu dihasil penelitian yang ditampilkan serta lembar kuesioner.

4. *Confidentially*

Kerahasiaan/privasi responden dijamin peneliti baik data ataupun masalah-masalah yang didapatkan dari responden dan hanya kelompok tertentu yang akan mengetahuinya.

4

BAB 5**HASIL DAN PEMBAHASAN****5.1 Hasil Penelitian****5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian**

Penelitian ini dilakukan di RSUD Jombang. RSUD Jombang merupakan Rumah Sakit tipe B sebagai Rumah Sakit Pendidikan (KMK.HK02.02/I/4603/2017) tanggal 12 Oktober 2017. RSUD ini terletak di JL. KH Wahid Hasyim 52 Jombang, Jawa Timur, Indonesia. 61416 Telp (0321) 8492555. E-mail rsudjombang@yahoo.co.id.



5.1.2 Data Umum

1. Karakteristik responden gagal ginjal kronik komorbid hipertensi dan komorbid diabetes melitus berdasarkan umur

Tabel 5.1 Distribusi frekuensi pasien gagal ginjal kronik komorbid hipertensi dan komorbid diabetes melitus berdasarkan umur responden di ruang hemodialisa RSUD Jombang bulan Juni 2024

No	Umur (Tahun)	Frekuensi HT	Persentase (%) HT	Frekuensi DM	Persentase (%) DM
1	26-35	2	6,7	-	-
2	36-45	10	33,3	6	20,0
3	46-55	9	30,0	9	30,0
4	56-65	9	30,0	10	33,0
5	>65	-	-	5	16,7
	Total	30	100,0	30	100,0

Berdasarkan tabel 5.1 menunjukkan bahwa hampir setengah responden gagal ginjal kronik komorbid hipertensi berusia 36-45 tahun dan komorbid diabetes berusia 56-65 tahun masing-masing dengan persentase (33,0%).

2. Karakteristik responden gagal ginjal kronik dengan komorbid hipertensi dan komorbid diabetis melitus berdasarkan jenis kelamin

Tabel 5.2 Distribusi frekuensi pasien gagal ginjal kronik komorbid hipertensi dan komorbid diabetes melitus berdasarkan Jenis kelamin responden di ruang hemodialisa RSUD Jombang bulan Juni 2024

No	Jenis kelamin	Frekuensi (f)HT	Persentase (%)HT	Frekuensi (f)DM	Persentase (%)DM
1	Laki-laki	13	43,3	13	43,3
2	Perempuan	17	56,7	17	56,7
	Total	30	100.0	30	100.0

Berdasarkan tabel 5.2 menunjukkan bahwa sebagian besar responden gagal ginjal kronik komorbid hipertensi dan komorbid diabetes melitus berjenis kelamin perempuan dengan persentase (56,7%).

3. Karakteristik responden gagal ginjal kronik komorbid hipertensi dan komorbid diabetes melitus berdasarkan status perkawinan

Tabel 5.3 Distribusi frekuensi pasien gagal ginjal kronik komorbid hipertensi dan komorbid diabetes melitus Berdasarkan status perkawinan Responden di ruang hemodialisa RSUD Jombang bulan Juni 2024.

No	Status perkawinan	Frekuensi (f) HT	Persentase (%) HT	Frekuensi (f) DM	Persentase (%) DM
1	Menikah	30	100,0	28	93,3
2	Janda/duda	-	-	2	6,7
	Total	30	100,0	30	100,0

Berdasarkan tabel 5.3 menunjukkan bahwa pasien gagal ginjal kronik komorbid hipertensi dan komorbid diabetes melitus hampir semuanya menikah dengan persentase komorbid hipertensi (100,0%) dan persentase komorbid diabetes melitus (93,3%)

4. Karakteristik responden gagal ginjal kronik komorbid hipertensi dan komorbid diabetes melitus berdasarkan pendidikan

Tabel 5.4 Distribusi frekuensi pasien gagal ginjal kronik komorbid hipertensi dan komorbid diabetes melitus Berdasarkan pendidikan responden di ruang hemodialisa RSUD Jombang.

No	Pendidikan	Frekuensi (f) HT	Persentase (%) HT	Frekuensi (f) DM	Persentase (%) DM
1	SD	4	13,3	6	20,0
2	SMP	12	40,0	7	23,0
3	SMA	10	33,3	12	40,0
4	Perguruan Tinggi	4	13,3	5	16,7
	Total	30	100,0	30	100,0

Berdasarkan tabel 5.4 menunjukkan bahwa hampir setengah responden berpendidikan SMP untuk komorbid hipertensi dan berpendidikan SMA untuk komorbid diabetes melitus dengan masing-masing persentase (40,0%)

5. Karakteristik responden gagal ginjal kronik komorbid hipertensi dan komorbid diabetes melitus berdasarkan pekerjaan

Tabel 5.5 Distribusi frekuensi pasien gagal ginjal kronik komorbid hipertensi dan komorbid diabetes melitus berdasarkan pekerjaan responden di ruang hemodialisa RSUD Jombang.

No	Pekerjaan	Frekuensi (f) HT	Presentase (%) HT	Frekuensi (f) DM	Persentase (%) DM
1	Tidak bekerja/IRT	14	46,7	16	53,3
2	PNS	1	3,3	1	3,3
3	Petani	5	16,7	1	3,3
4	Guru	3	10,0	4	13,3
5	Wiraswasta	7	23,3	8	26,7
	Total	30	100,0	30	100,0

Berdasarkan tabel 5.5 menunjukkan bahwa hampir setengah responden gagal ginjal kronik komorbid hipertensi dan komorbid diabetes melitus menjadi IRT(Ibu rumah tangga)/tidak bekerja dengan persentase (46,7%) untuk komorbid hipertensi dan (53,3%) untuk komorbid diabetes melitus.

5.1.3 Data Khusus

1. Karakteristik responden komorbid hipertensi dan komorbid diabetes melitus berdasarkan KDQOL SF-36

Tabel 5.6 Distribusi frekuensi berdasarkan KDQOL-SF 36 responden gagal ginjal kronik komorbid hipertensi di ruang hemodialisa RSUD Jombang bulan Juni 2024.

No	Hipertensi	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1	Buruk	16	53,3
2	Sedang	14	46,7
	Total	30	100,0

Berdasarkan tabel 5.6 menunjukkan bahwa sebagian besar responden komorbid hipertensi mempunyai kualitas hidup buruk sebanyak 16 pasien dengan persentase (53,3%).

2. Karakteristik responden komorbid diabetes melitus berdasarkan KDQOL SF-36

Tabel 5.7 Distribusi frekuensi berdasarkan KDQOL-SF 36 responden gagal ginjal kronik komorbid diabetes melitus di ruang hemodialisa RSUD Jombang bulan Juni 2024.

No	Diabetes melitus	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1	Buruk	27	90,0
2	Sedang	3	10,0
	Total	30	100,0

Berdasarkan tabel 5.9 menunjukkan bahwa hampir seluruh responden komorbid diabetes melitus mempunyai kualitas hidup buruk sebanyak 27 pasien dengan persentase (90,0%).

3. Perbedaan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik antara komorbid hipertensi dengan komorbid diabetes melitus yang menjalani hemodialisa berdasarkan KDQOL SF-36

Tabel 5.8 Distribusi frekuensi berdasarkan KDQOL-SF 36 responden gagal ginjal kronik komorbid hipertensi dan komorbid diabetes melitus di ruang hemodialisa RSUD Jombang bulan Juni 2024.

No	Komorbid	Buruk	Persentase (%)	Sedang	Persentase (%)	Total	Persentase (%)
1	Hipertensi	16	53,3	14	46,7	30	100,0
2	Diabetes melitus	27	90,0	3	10,0	30	100,0
	Uji man whitney	$\alpha =$	0,05			P =	0,002

Berdasarkan tabel 5.8 menunjukkan bahwa hasil dari frekuensi karakteristik KDQOL-SF 36, pasien gagal ginjal kronik berdasarkan komorbid diabetes melitus hampir seluruhnya mempunyai kualitas hidup yang buruk, dibandingkan dengan pasien gagal ginjal kronik dengan komorbid hipertensi yang hanya setengahnya memiliki kualitas hidup buruk.

Berdasarkan hasil dari uji man whitney didapatkan p-value 0,002 : $\alpha \leq 0,05$ maka diketahui bahwa H_1 diterima dan menunjukkan bahwa ada perbedaan kualitas hidup

19

pasien gagal ginjal kronik antara komorbid hipertensi dan diabetes melitus yang menjalani hemodialisa (diruang hemodialisa RSUD Jombang).

5.1 Pembahasan

5.2.1 Kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik dengan komorbid hipertensi

Hasil penelitian yang sudah dilakukan pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa dengan komorbid hipertensi di Ruang hemodialisa RSUD Jombang hampir sebagian besar responden memiliki kualitas hidup yang buruk. Sebanyak 30 responden yang sudah diwawancarai dan melalui kuesioner KDQOL-SF 36, responden mengalami gangguan konsentrasi, proses berpikir hingga gangguan dalam hubungan sosial. Berdasarkan hasil penelitian kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik komorbid hipertensi dari kuesioner kualitas hidup yang paling dominan adalah kesehatan mental yang meliputi beban penyakit ginjal, kualitas interaksi sosial, dukungan sosial, kesejahteraan emosional dan peran emosional.

Berdasarkan hasil, peneliti berpendapat hal tersebut dikarenakan pasien yang mengalami penyakit gagal ginjal kronik komorbid hipertensi membutuhkan dukungan, kesejahteraan dan peran emosional dalam menjalani terapi hemodialisa sehingga pasien akan mampu dalam menurunkan kecemasan dan perasaan yang gelisah termasuk dengan gangguan fisik yang dialami oleh pasien dan akan menumbuhkan motivasi kualitas hidup yang semakin baik, dikarenakan beragamnya efek samping dari hemodialisis dan prosedur pengobatan yang dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa. Kesehatan mental merupakan masalah yang sering terjadi pada pasien gagal ginjal kronik dikarenakan rentan terhadap stress terutama karena paparan stressor hemodialisis dan berbagai aturan yang harus diikuti. Penurunan kualitas hidup juga dapat terjadi akibat

pasien merasa bosan dan merasa sedih karena meninggalkan banyak minat atau kesenangan dan berkurangnya kegiatan. Pendapat peneliti dikuatkan oleh pendapat dari (Nurfajri dkk., 2022) yang mengatakan bahwa hemodialisa yang dijalani seumur hidup pada pasien gagal ginjal kronik dapat menjadi stressor kronik bagi pasien. Hal tersebut dapat menjadi permasalahan dalam menurunnya kualitas hidup. Menurut pendapat (Primasari & Dara, 2022) hal yang dapat meningkatkan kualitas hidup pasien yakni dapat berupa dukungan informatif seperti mendengar segala keluhannya, bersimpati dan empati terhadap persoalan yang dihadapinya agar pasien tidak merasa menanggung bebannya sendiri. Dukungan penilaian atau harga diri juga sangat penting untuk pasien gagal ginjal kronik, agar mereka sangat terbantu dan bahagia dengan adanya dukungan keluarga atau lingkungan sekitar yang didapatkan sehingga pasien termotivasi dan semangat untuk meningkatkan kualitas hidup. Dukungan emosional juga tidak kalah penting yang mempunyai fungsi sebagai pelabuhan istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan emosional yang kaitannya dapat membantu mengontrol asupan cairan dan makanan, serta mengelola hemodialisa sehingga dapat meningkatkan kualitas hidupnya. Jika hal tersebut tidak terpenuhi maka dampak yang terjadi pada kualitas hidup pasien yang mengalami gagal ginjal kronik akan semakin menurun dan memburuk. Beberapa stressor yang dialami dalam masalah kehidupan yakni bisa berkaitan dengan usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, ekonomi bahkan hubungan sosial.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa 10 dari 30 responden berusia 36-45 tahun. Hasil tersebut membuat peneliti berasumsi bahwa sejalan dengan penambahan usia fungsi ginjal akan mengalami perubahan, seiring dengan penuaan yang dialami, kemampuan ginjal dalam merespon perubahan dan elektrolit juga akan berkurang hal

ini dapat mempengaruhi menurunnya kualitas hidup pasien. Pendapat dari peneliti juga sejalan dengan peneliti lain yang mengatakan bahwa usia adalah salah satu faktor penting yang dapat memprediksi kualitas hidup pasien HD. Dengan bertambahnya usia, maka fungsi fisik juga semakin menurun serta resiko munculnya penyakit komorbid lain, sehingga dapat menyebabkan menurunnya kualitas hidup pasien (Simorangkir dkk., 2021).

37 Berdasarkan penelitian di atas hasil didapatkan bahwa sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan. Hal ini membuat peneliti berasumsi bahwa pasien berjenis kelamin perempuan kebanyakan ketika mengatasi masalah hidupnya cenderung tidak stabil sehingga gampang terkena stress. Jenis kelamin perempuan lebih mudah stress dikarenakan multi-peran yang sering dijalankannya, seperti mengasuh anak, berkarier, merawat orangtua dan lain sebagainya. Pernyataan ini sejalan dengan peneliti lain yang menyatakan bahwa jenis kelamin yang berbeda memberikan variasi kualitas hidup pada pasien hipertensi yang terkena gagal ginjal. Kualitas hidup yang lebih baik secara umum ditunjukkan pada pasien laki-laki, karena laki-laki lebih dapat mentolerir penyakit yang dideritanya dibanding perempuan (Rismi, 2018).

Hasil penelitian dari tingkat pendidikan menunjukkan bahwa hampir setengah responden berpendidikan SMP. Menurut peneliti pendidikan yang rendah merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup dikarenakan minimnya pengetahuan dan kesadaran penderita penyakit dan dalam menyikapi penyakit yang dideritanya sehingga untuk mencari pengobatan dan perawatan kurang maksimal dibandingkan dengan pendidikan yang tinggi dikarenakan untuk pengetahuan dan kesadaran dari penderita akan menjadi maksimal atau lebih meningkat. Hal ini

sejalan dengan penelitian dari (Aditama dkk., 2024) yang menyatakan bahwa faktor pendidikan berdampak pada kualitas hidup pasien GGK yang menjalani hemodialisis, pasien dengan pendidikannya yang lebih tinggi memiliki kualitas hidup yang lebih baik dalam domain fisik dan fungsional, terutama dalam hal fisik, energi/kelelahan, fungsi sosial dan keterbatasan, fungsi peran. Orang dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi cenderung memiliki kualitas hidup yang lebih baik daripada orang dengan tingkat pendidikan yang lebih rendah karena mereka dapat menemukan dan memperoleh informasi tentang penyakitnya.

Pekerjaan berhubungan dengan status kesejahteraan pada seseorang yang dapat mempengaruhi kualitas hidupnya, berdasarkan hasil penelitian bahwa sebagian besar responden menjadi ibu rumah tangga dan tidak memiliki pekerjaan. Hasil tersebut membuat peneliti berasumsi bahwa, pekerjaan mempunyai pengaruh terhadap kualitas hidup pasien hal ini ditunjang dengan sumber penghasilan dan dukungan dari orang sekitar, dengan memiliki interaksi atau hubungan sosial yang baik akan berdampak pada peningkatan kualitas hidupnya berbeda dengan orang yang tidak mempunyai pekerjaan salah satunya dalam hal segi kesejahteraan yang akan menjadi penurunan dalam kondisi dan pola hidup pasien. Menurut peneliti lain menyatakan ada hubungan signifikan antara pendapatan atau pekerjaan dengan kualitas hidup pasien. Tingkat penghasilan dapat mempengaruhi pasien dan keluarga dalam melakukan manajemen perawatan diri dan pengelolaan stres. Keterbatasan finansial akan membatasi penderita dalam memperoleh informasi/pengobatan terkait penyakitnya. Penghasilan lebih tinggi memberikan kemudahan bagi pasien untuk mengakses informasi lebih banyak terkait penyakitnya serta berkesempatan lebih besar dalam melakukan perawatan komperhensif pada pasien. Pasien dengan

penghasilan tinggi akan memiliki kualitas hidup lebih baik (Retnowati & Satyabakti, 2018). Hasil dari penelitian yang lainnya menyatakan bahwa pasien yang memilih untuk tetap bekerja memiliki dampak yang sangat penting, yaitu pekerjaan dapat menjadi salah satu dukungan sosial yang besar serta memiliki status bekerja akan menambah kontribusi terhadap kualitas dan kepercayaan diri yang lebih tinggi. Bagaimanapun, pasien yang masih bekerja memiliki kondisi finansial yang lebih stabil. Lebih lanjut, seseorang yang masih bekerja juga dapat menjaga kondisi sosial dan menjaga produktifitas dirinya. Kondisi ini tentunya akan memberikan dampak positif terhadap kualitas hidup dari pasien gagal ginjal itu sendiri. Selain itu pasien yang masih mempertahankan status pekerjaannya dapat menjaga keseimbangan antara bekerja dan berobat atau melakukan terapi. Akibat yang paling berpengaruh terhadap kehilangan pekerjaan adalah berkurangnya kekuatan kondisi tubuh dan fungsi psikososial akibat dampak penyesuaian dengan GGK. Kondisi tidak bekerja atau status pengangguran merupakan salah satu dari prediktor rendahnya kualitas hidup yang terkait dengan kesehatan selain umur, jenis kelamin (terutama perempuan), pendidikan yang rendah, pemasukan yang sedikit dan kurangnya berolaha raga (Priyanti, 2019).

5.2.2 Kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik dengan komorbid diabetes melitus

Hasil dari penelitian yang sudah dilakukan pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa dengan komorbid diabetes melitus di ruang hemodialisa RSUD Jombang hampir seluruh responden memiliki kualitas hidup yang buruk. Berdasarkan hasil dari kuesioner kualitas hidup yang paling mempengaruhi kualitas hidup salah satunya adalah kesehatan mental dan fungsi sosial.

Peneliti berpendapat bahwa kesehatan mental akan baik ketika beban, kualitas dan dukungan terpenuhi sehingga kesehatan mental yang baik mampu mengelola permasalahan psikologis seperti stress, kecemasan dan depresi dan akan berpengaruh dalam kualitas hidup pasien yang meningkat baik. Kesehatan mental yang umum dialami oleh pasien gagal ginjal kronik komorbid diabetes melitus diruang hemodialisa RSUD Jombang yakni meliputi depresi dan kecemasan, pasien juga mengalami penurunan harga diri dikarenakan perubahan fisik dan ketergantungan pada mesin hemodialisis. Pasien hemodialisis juga mengalami gangguan emosional seperti mudah marah, takut dan frustrasi. Selain itu, pasien yang menjalani hemodialisis mengalami perubahan dan keterbatasan fisik, baik dalam bergerak, berkomunikasi dan berpikir nantinya akan sangat mengganggu fungsi peran penderita sehari-hari.

Perubahan fisik yang terjadi akibat penyakit ini menimbulkan keluhan-keluhan rasa sakit pada penderitanya. Keluhan rasa sakit ini dapat disertai dengan perubahan emosi yang hebat diwujudkan sebagai pelampiasan dari rasa sakit yang dideritanya. Selanjutnya mengenai pengaruh dari fungsi sosial yaitu pasien kurang mendapatkan dukungan sosial dari lingkungan, menurunnya partisipasi saat ada kegiatan disekitar lingkungan dan ada beberapa pasien yang terbatas bertemu dengan saudara, teman atau dengan perkumpulannya. Secara keseluruhan, fungsi sosial yang baik dapat membantu pasien GGK menjalani hidup dengan lebih baik. Partisipasi dalam kegiatan sosial dapat mengurangi perasaan isolasi dan depresi yang sering dialami pasien gagal ginjal kronik. Pernyataan ini dikuatkan oleh (Djaini, 2023) bahwa pasien yang menjalani hemodialisis secara psikologis sulit mengendalikan emosi. Gangguan emosi yang disebabkan dari perubahan fisik yang

dialaminya, penderita akan membuat persepsi bahwa dirinya sudah tidak berharga, memalukan, tidak berguna dan menjadi beban bagi keluarga. Perasaan seperti ini muncul karena penderita sadar dengan kondisinya yang sudah mengalami keterbatasan dari fungsi fisiknya. Kondisi seperti inilah menyebabkan citra diri terganggu, merasa tidak mampu, jelek, memalukan dan sebagainya. Hal tersebut pastinya juga disebabkan oleh beberapa faktor pendukung seperti yang berkaitan dengan usia, jenis kelamin, hubungan pribadi dengan pasangan, bahkan pekerjaan ataupun ekonomi.

Berdasarkan tabel 5.8 menunjukkan bahwa hampir setengah responden berusia 56-65. Peneliti berpendapat bahwa pasien yang lebih tua cenderung memiliki kualitas hidup yang lebih rendah dibandingkan dengan pasien yang lebih muda. Hal ini disebabkan oleh adanya penyakit penyerta dan penurunan fungsi fisik yang lebih signifikan pada usia lanjut. Peneliti juga berasumsi bahwa pasien lansia memiliki kualitas hidup yang lebih buruk dibanding pasien dewasa. Hal ini disebabkan oleh pengobatan dan manajemen gagal ginjal kronis pada lansia dapat melibatkan berbagai aspek, termasuk diet khusus, penggunaan obat-obatan, sesi cuci darah, dan tindakan medis lainnya. Semua ini dapat memerlukan upaya yang signifikan dan dapat mengurangi kualitas hidup pasien, terutama jika mereka menghadapi kesulitan dalam mengikuti rencana pengobatan yang rumit. Selain itu Gagal ginjal kronis pada lansia juga dapat memiliki dampak psikologis yang signifikan. Pasien mungkin mengalami depresi, kecemasan, perasaan terisolasi, dan perubahan citra diri akibat perubahan fisik dan keterbatasan yang dialami. Semua ini dapat mempengaruhi kualitas hidup dan kesejahteraan mental mereka

Berdasarkan tabel 5.9 menunjukkan bahwa sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan. Menurut peneliti jenis kelamin dapat mempengaruhi kualitas hidup dikarenakan mempunyai perspektif yang berbeda dalam menangani masalah, perempuan cenderung lebih sensitif dalam menangani masalah maupun dalam stressor. Lelaki cenderung lebih tenang dibandingkan dengan perempuan. Menurut teori timbulnya neuropati diabetik dimana jenis kelamin perempuan 2 kali lebih besar memiliki resiko terjadinya komplikasi dibandingkan laki-laki (Yuzefo, 2018).

Berdasarkan tabel 5.10 menunjukkan bahwa hampir seluruhnya responden sudah menikah. Menurut peneliti status perkawinan dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien dikarenakan mayoritas responden yang mempunyai pasangan memiliki kualitas hidup yang tinggi. Hal ini disebabkan karena responden mendapatkan dukungan dari pasangan hidupnya. Pasangan hidup memiliki fungsi sebagai *supporting* dalam berbagai hal misalnya emosi, *problem solving*, keuangan, maupun pengasuhan. Menurut (Yuzefo, 2018) dukungan pasangan merupakan segala bentuk perilaku dan sikap positif yang diberikan kepada individu yang sakit atau mengalami masalah kesehatan, sehingga dapat memberikan kenyamanan fisik dan psikologis karena dapat mempercepat pemulihan sakit, meningkatkan kekebalan tubuh, dapat menurunkan stres dan gangguan psikologis.

Berdasarkan tabel 5.13 menunjukkan bahwa Sebagian besar responden tidak bekerja atau sebagai ibu rumah tangga. Menurut peneliti status pekerjaan berpengaruh dalam penyakit gagal ginjal kronik dengan komorbid diabetes melitus dikarenakan hubungan interaksi dengan orang lain dan mendapatkan dukungan dari karakter seseorang dan berhubungan dengan kesejahteraan seseorang sehingga akan memberikan perubahan pola pengaturan psikologis pasien dan akan meningkatkan

kualitas hidup pasien semakin baik. Hal ini sesuai dengan penelitian terdahulu yang berpendapat bahwa pekerjaan mempengaruhi kualitas hidup. Perbedaan kualitas hidup antara pekerja dan pengangguran maupun yang tidak dapat bekerja karena suatu alasan dapat mempengaruhi kualitas hidup. Status pekerjaan menjadi tolak ukur dalam aspek kesejahteraan ((Siwi, 2021).

5.2.3 Perbedaan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik antara komorbid hipertensi dengan diabetes melitus

Hasil analisis statistik perbandingan kualitas hidup antara pasien gagal ginjal kronik komorbid hipertensi dengan pasien gagal ginjal kronik komorbid diabetes melitus yang ditunjukkan pada tabel 5.10 bahwa ada perbedaan kualitas hidup antara pasien hipertensi dengan pasien diabetes melitus yang menjalani hemodialisa di RSUD Jombang. Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien gagal ginjal kronik komorbid diabetes melitus hampir seluruhnya mempunyai kualitas hidup yg buruk (90,0) dibandingkan pasien gagal ginjal kronik dengan komorbid hipertensi yang hanya setengahnya mempunyai kualitas hidup buruk (53,3). Pada uji man whitney ditunjukkan bahwa pasien gagal ginjal kronik dengan komorbid hipertensi memiliki kualitas hidup yang lebih baik dibandingkan pasien gagal ginjal kronik dengan komorbid diabetes melitus. Berdasarkan hasil dari uji *man whitney* didapatkan *p-value* $0,002 : \alpha \leq 0,05$ maka diketahui bahwa H_1 diterima dan menunjukkan bahwa ada perbedaan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik antara komorbid hipertensi dan diabetes melitus yang menjalani hemodialisa (diruang hemodialisa RSUD Jombang).

Sesuai riset peneliti dalam data yang sudah didapatkan, peneliti berasumsi bahwa kendala yang dialami pasien gagal ginjal kronik dengan komorbid diabetes melitus yaitu fungsi fisik dikarenakan pasien sering mengalami kelelahan dan kelemahan yang dapat membatasi aktivitas sehari-hari mereka. Penurunan fungsi fisik dapat menyebabkan kesulitan dalam bergerak dan melakukan aktivitas fisik, yang dapat memperburuk kondisi kesehatan secara keseluruhan. Pasien sering mengalami nyeri, terutama pada sendi dan otot yang mengganggu saat tidur dan aktivitas sehari-hari sehingga mempengaruhi kualitas hidup pasien dan perlu dorongan dari beberapa faktor dalam kesehatan mental dan fungsi sosial sehingga dapat meningkatkan kualitas hidupnya. Salah satu penyebab kelemahan otot pada penderita diabetes disebabkan diet tinggi lemak yang kaya akan garam dan gula dapat diproses dan menempatkan beban lebih pada aktivitas produksi enzim dan sistem kardiovaskular. Rendahnya tingkat aktivitas fisik menurunkan efisiensi insulin dan menyebabkan arteri menjadi kaku, dan respon sistem kardiovaskular yang kurang baik. Kelemahan fisik ini bisa terjadi dikarenakan mengalami hematopoiesis atau pembentukan sel darah yang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor pada pasien diabetes yaitu seperti resistensi Insulin.

Menurut teori, pada diabetes tipe 2, sel-sel tubuh menjadi kurang sensitif terhadap insulin. Akibatnya, glukosa tidak dapat masuk ke sel dengan efisien, dan ini dapat memengaruhi produksi sel darah. Resistensi insulin pada diabetes tipe 2 dapat menyebabkan peradangan kronis. Peradangan ini dapat merusak sel darah merah dan menyebabkan anemia. Anemia merupakan kondisi berkurangnya kadar sel darah merah sehat di dalam tubuh. Padahal, sel darah merah berfungsi mendistribusikan oksigen ke seluruh jaringan tubuh. Ketika mengalami anemia, pasokan oksigen ke

seluruh jaringan tubuh ikut terganggu. Akibatnya mengalami sejumlah gejala seperti mudah mengantuk, pusing, dan kelelahan. Penyebab lain dari kelemahan otot pada penderita diabetes bisa dikarenakan neuropati diabetik.

Anemia sangat erat hubungannya dengan resiko patologik yang merugikan seperti berkurangnya transport oksigen ke jaringan. Akibat dari transport oksigen yang menurun menyebabkan metabolisme dan energi ikut menurun, jika kondisi ini berlangsung lama maka akan menimbulkan manifestasi klinis seperti kelelahan umum, nyeri seluruh tubuh, penurunan toleransi aktivitas, gangguan tidur dan ketidakmampuan berkonsentrasi (Mendoza dkk., 2020)

Menurut (Sibarani, 2018) menyatakan bahwa gangguan muskuloskeletal merupakan salah satu komplikasi yang sering ditemukan pada penderita diabetes. Kerusakan mikrovaskuler dan makrovaskuler pada diabetes menyebabkan neuropati perifer dan berakibat berkurangnya sensasi proprioseptif dan nyeri. Mikrotrauma berulang dan tidak nyeri akibat neuropati akan menyebabkan destruksi persendian secara perlahan dan diperberat karena proses penyembuhan yang buruk dan iskemia perifer. nyeri muskuloskeletal lazim ditemukan pada penderita diabetes. Nyeri muskuloskeletal dilaporkan lebih sering terjadi pada perempuan. Pada kedua jenis kelamin, nyeri berhubungan dengan indeks massa tubuh (IMT) yang besar, pola hidup *sedentary*, dan adanya gangguan fungsi fisik. Lokasi yang sering mengalami keluhan antara lain lengan, tangan, lutut, dan pinggang. Kondisi tersebut dapat membatasi pergerakan sendi atau otot yang terkena, sehingga terjadi gangguan fungsional. Patofisiologi sering dikaitkan dengan peningkatan pembentukan *advanced glycosylation end products* (AGEs) yang menyebabkan gangguan tingkat seluler yang dapat mengubah struktur matriks dan sifat mekanik dari jaringan.

Dibandingkan dengan kendala yang dialami oleh pasien gagal ginjal kronik komorbid hipertensi yaitu di keterbatasan fisik yang dapat mempengaruhi aspek psikologis, seperti menurunnya harga diri dan meningkatnya tingkat stress yang mempengaruhi kualitas hidup pasien dan diperlukan dukungan mental, dukungan sosial agar kualitas hidup pasien dapat meningkat. Salah satu penyebab terjadinya hipertensi selain dari pola hidup yang buruk yaitu dikarenakan stres berat. Hal ini sesuai dengan (Ardian dkk., 2018) Stres dapat meningkatkan tekanan darah dengan suatu mekanisme yang memicu meningkatnya kadar adrenalin. Stres akan menstimulasi saraf simpatis akan muncul peningkatan tekanan darah dan curah jantung yang meningkat. Stres akan bertambah tinggi jika resistensi pembuluh darah perifer dan curah jantung meningkat yang sehingga menstimulasi syaraf simpatis, sehingga stres akan bereaksi pada tubuh yang antara lain termasuk peningkatan tegangan otot, peningkatan denyut jantung dan meningkatnya tekanan darah. Reaksi ini dimunculkan ketika tubuh bereaksi secara cepat yang tidak digunakan, maka akan dapat memicu terjadinya penyakit yang termasuk penyakit hipertensi. Stress juga dapat memperburuk kondisi sebuah penyakit. Perbedaan ini juga ditampakkan oleh hasil demografi masing-masing komorbid seperti perbedaan rata-rata usia.

Usia pasien gagal ginjal kronik komorbid diabetes diketahui lebih tua yaitu (56-65 tahun) dibandingkan dengan pasien gagal ginjal kronik komorbid hipertensi yang lebih muda yaitu (36-45 tahun). Peneliti berasumsi bahwa pasien lansia memiliki kualitas hidup yang lebih buruk dibandingkan dengan pasien dewasa yang disebabkan oleh pengobatan, dan manajemen gagal ginjal kronik pada lansia dapat melibatkan berbagai aspek, termasuk diet khusus, penggunaan obat-obatan, sesi cuci darah, dan tindakan medis lainnya. Semua ini dapat memerlukan upaya yang

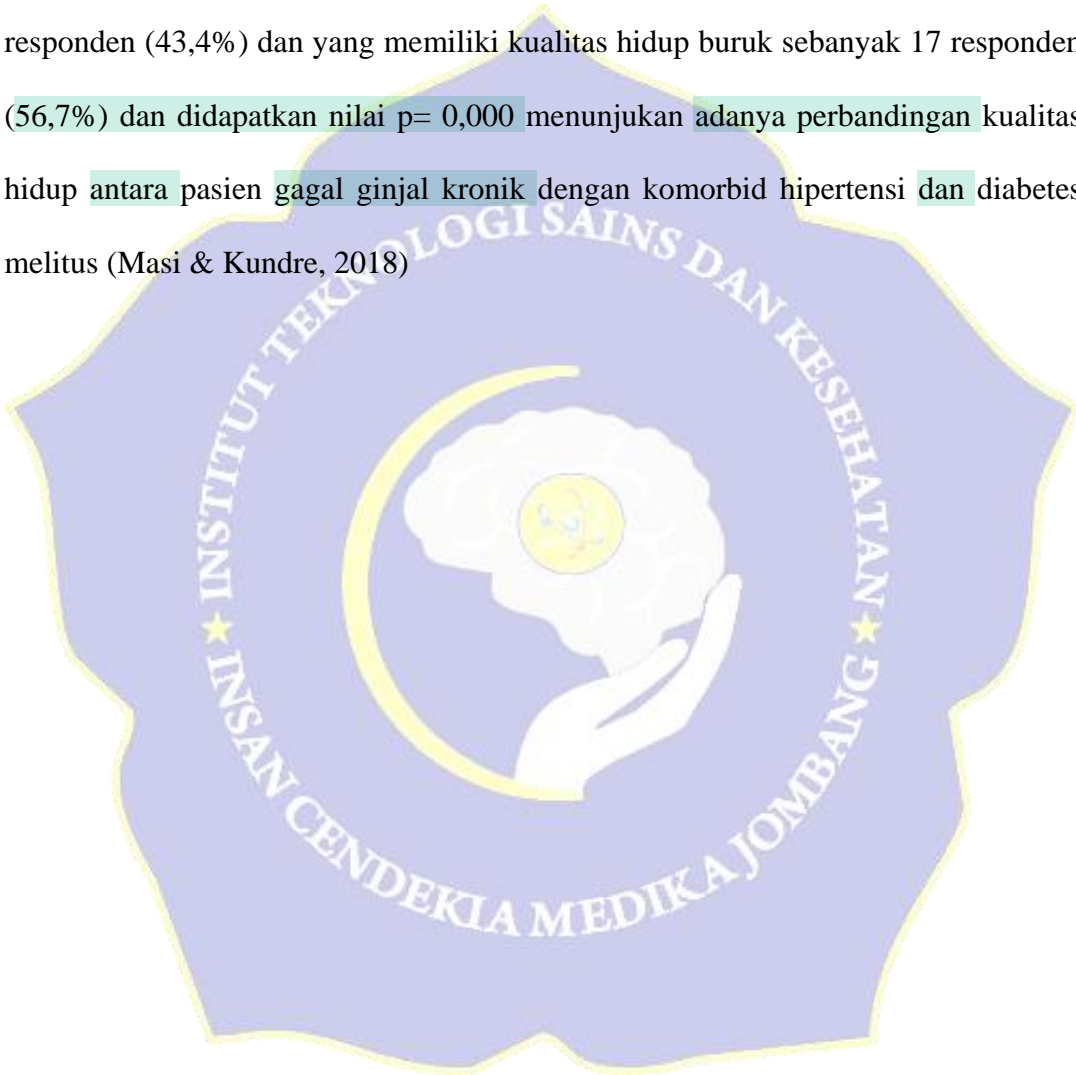
18

signifikan dan dapat mengurangi kualitas hidup pasien, terutama jika mereka menghadapi kesulitan dalam mengikuti rencana pengobatan yang rumit. Selain itu Gagal ginjal kronis pada lansia juga dapat memiliki dampak psikologis yang signifikan dan dari pernyataan pasien sebagian besar merasa kesehatannya secara umum dalam keadaan kurang baik.

Menurut peneliti terdahulu bahwa gagal ginjal kronik dipengaruhi oleh aspek keterbatasan meliputi fungsi fisik yang mengganggu pekerjaan dan aktivitas pasien dimasyarakat sehingga kemampuan bersosialisasi dirasa sangat berat (Fitri et al., 2019). Berdasarkan penelitian yang terdahulu beranggapan bahwa gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa akan mengalami penurunan fungsi tubuh dikarenakan kurangnya beraktivitas, gaya hidup yang tidak sehat dan memerlukan dorongan dalam berbagai faktor misalnya faktor kesehatan mental ataupun faktor sosial sehingga akan membaik dalam kualitas hidup pasien (Saadah & Hartanti, 2021). Menurut (Fadilah, 2019) keterbatasan fisik mempengaruhi harga diri dan tingkat stress dikarenakan pasien tidak mampu dengan fisik yang dialaminya sehingga pasien merasa malu/minder, enggan bertemu dengan orang lain di perlukan nya peningkatan harga diri dan dukungan mental agar kualitas hidup pasien akan menjadi baik.

Berdasarkan hasil penelitian terdahulu menunjukkan bahwa pasien gagal ginjal kronik komorbid diabetes melitus mempunyai kualitas hidup yang sangat buruk dibandingkan dengan pasien gagal ginjal kronik komorbid hipertensi (Fatoni, 2018) . Hasil penelitian ini didukung dengan penelitian lain bahwa hasil: penelitian menunjukkan ada perbedaan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik dengan komorbid hipertensi dan diabetes melitus dengan nilai p value < 0,05 (0,007)

(Rahman dkk., 2022). Peneliti lain juga menyatakan hasil penelitian jumlah responden gagal ginjal kronik dengan komorbid hipertensi yang memiliki kualitas hidup baik sebanyak 29 responden (96,7%) dan yang memiliki kualitas hidup buruk sebanyak 1 responden (3,3%). Sedangkan untuk pasien gagal ginjal kronik dengan komorbid diabetes melitus yang memiliki kualitas hidup baik sebanyak 13 responden (43,4%) dan yang memiliki kualitas hidup buruk sebanyak 17 responden (56,7%) dan didapatkan nilai $p= 0,000$ menunjukkan adanya perbandingan kualitas hidup antara pasien gagal ginjal kronik dengan komorbid hipertensi dan diabetes melitus (Masi & Kundre, 2018)



BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang berjudul “Perbedaan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik Antara Komorbid Hipertensi Dengan Diabetes Melitus Yang Menjalani Hemodialisa (Di Ruang Hemodialisa RSUD Jombang) dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik dengan komorbid hipertensi hampir setengahnya memiliki kualitas hidup sedang.
2. Kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik dengan komorbid diabetes melitus hampir seluruhnya mempunyai kualitas hidup buruk.
3. Ada perbedaan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik antara komorbid hipertensi dengan diabetes melitus yang menjalani hemodialisa (di ruang Hemodialisa RSUD Jombang).

6.2 Saran

1. Bagi perawat

Diharapkan perawat di ruang hemodilisis dapat meningkatkan asuhannya agar kualitas pasien HD tetap baik. Pasien hemodialisis merupakan pasien yang akan sering berinteraksi dengan perawat karena terapi hemodialisis berkelanjutan. Perawat dapat membantu pasien untuk meningkatkan kualitas hidupnya dengan memberikan edukasi kepada pasien saat sedang melakukan Tindakan keperawatan ataupun saat berinteraksi dengan pasien atau dengan keluarga pasien. Perawat diharapkan juga mengedukasi atau memberikan

saran motivasi yang baik dengan mengoptimalkan dukungan keluarga dan menjaga kualitas asuhan keperawatan

2. Bagi keluarga

Disarankan agar keluarga pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa tetap terus *mesupport* pasien, karena dengan adanya dukungan dari keluarga dan orang terdekat akan meminimalisir penurunan kualitas hidup. Keluarga atau orang terdekat bisa memberikan motivasi, menjadi pendengar yang baik saat pasien ada keluhan atau masalah dan menemani pasien disaat-saat melakukan pengobatan, hal itu dilakukan agar pasien mengalami peningkatan kualitas hidup. Keluarga juga bisa menjadi pengingat untuk rutin menjalani terapi hemodialisis serta mengarahkan pasien agar mematuhi larangan dan anjuran yang diberikan oleh petugas kesehatan.

3. Bagi peneliti selanjutnya

Untuk penelitian selanjutnya diharapkan penelitian ini dapat dilanjutkan dengan mengangkat topik yang lain seperti berhubungan dengan usia, faktor penyakit, gaya hidup pasien yang dapat berdampak pada kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa, peneliti selanjutnya diharapkan juga bisa menambah jumlah sampel agar lebih besar.

DAFTAR PUSTAKA

- Adhiatma, A. T., Wahab, Z., & Widyantara, I. F. E. (2017). Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian gagal ginjal kronik pada pasien hemodialisis di RSUD Tugurejo Semarang. *Jurnal Kedokteran Muhammadiyah*, 5(2).
- Aditama, N. Z., Kusumajaya, H., & Fitri, N. (2024). Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronis. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 6(1), 109–120.
- Anjarwati, A., & Hidayat, B. (2018). *Kualitas Hidup Terkait Kesehatan pada Pasien CKD dan Dialisis di Negara-negara Asia: Tinjauan Sistematis Kualitas Hidup Terkait Kesehatan pada Pasien Gagal Ginjal dan Dialisis di Negara Asia: Tinjauan Sistematis*. 3.
- Apriandini, R., & Bahri, T. S. (2017). Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Stadium Akhir yang Menjalani Hemodialisis. *J Ilm Mhs Fak Keperawatan*, 2(4), 1–9.
- Ardian, I., Haiya, N. N., & Sari, T. U. (2018). Signifikansi tingkat stres dengan tekanan darah pada pasien hipertensi. *Proceeding Unissula Nursing Conference*, 1(1), 152–156.
<http://jurnal.unissula.ac.id/index.php/unc/article/view/2907>
- Budiman, A. S. S. 2020. (n.d.). AA (2020). *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah Bengkulu. Keperawatan Muhammadiyah Bengkulu*, 8(1), 51.
- Fadilah, L. (2018). Pengaruh Terapi Kognitif Terhadap Peningkatan Harga Diri Pasien Gagal Ginjal Kronik Di Rsu Kabupaten Tangerang. *Jurnal Medikes (Media Informasi Kesehatan)*, 5(1), 40–47.
<https://doi.org/10.36743/medikes.v5i1.43>
- Faridah, V. N., Ghozali, M. S., Aris, A., Sholikhah, S., & Ubudiyah, M. (2021). Effect of Hemodialysis Adequacy on Quality of Life in Older adults with Chronic Kidney Disease. *Indonesian Journal of Community Health Nursing*, 6(1), 28.
- Fatoni, R. (2012). *Perbandingan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Dan Pasien Hipertensi Di Puskesmas Ngaglik I Sleman Yogyakarta*.
<https://dspace.uui.ac.id/handle/123456789/34716>
- Fitri, R., Rafika, D. R., & Topan, F. (2018). Hubungan Frekuensi Hemodialisis Dengan Tingkat Stress Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisis. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 1, 139–153.
- Giawa, A., Ginting, C. N., Tealumbanua, A., Laia, I., & Cristian, T. (2019). Melalui Strategi Koping Di Rsu Royal Prima Medan Tahun 2019. *Jurnal*, 115–121.
- Giena, V. P. (2018). Hubungan Hipertensi dengan Stadium Gagal Ginjal Kronik pada Pasien Dewasa yang Berobat di Unit Hemodialisa RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu Tahun 2017. *CHMK Nursing Scientific Journal*, 2(1), 32.
- Gliselda, V. K. (2021). Diagnosis dan Manajemen Penyakit Ginjal Kronis (PGK). *Jurnal Medika Utama*, 2(04 Juli), 1135–1141.
- Idarhyuni, E., Safera, L., & Haryanto, E. (2019). Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronis (GGK) Yang Menjalani Terapi Hemodialisis Di Unit Hemodialisa RSAU dr. M. Salamun Bandung. *Jurnal Ilmiah JKA (Jurnal Kesehatan Aeromedika)*, 5(1), 17–23.

IHSAN, M. U. H. G. (2020). *KARAKTERISTIK PENDERITA GINJAL KRONIK YANG MENJALANI HEMODIALISA DI BEBERAPA RUMAH SAKIT DI WILAYAH INDONESIA PERIODE TAHUN 2012 SAMPAI DENGAN TAHUN 2019*. UNIVERSITAS BOSOWA.

Jacob, D. E., & Sandjaya, S. (2018). Faktor faktor yang mempengaruhi kualitas hidup masyarakat Karubaga district sub district Tolikara propinsi Papua. *Jurnal Nasional Ilmu Kesehatan*, 1(1).

Jiménez, M. D. A., García, M. N., Reina, E. S., & Álvarez-Ude, F. (2019). Disability in instrumental activities of daily living in hemodialysis patients: Influence on quality of life related to health. *Nefrología (English Edition)*, 39(5), 531–538.

Koesnoe, S., & Maria, S. (2021). Rekomendasi Pemberian Vaksinasi Covid-19 Pada Pasien dengan Komorbid. *The 2nd Symposium of Trending Topics in Internal Medicine Cases 25 September-24 Oktober 2021*.

Lolowang, N. N. L., Lumi, W. M. E., & Rattoe, A. A. (2020). Kualitas hidup pasien gagal ginjal kronis dengan terapi hemodialisa. *Jurnal Ilmiah Perawat Manado (Juiperdo)*, 8(02), 21–32.

Masi, G. N. M., & Kundre, R. (2018). Perbandingan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik Dengan Comorbid Faktor Diabetes Melitus Dan Hipertensi Di Ruang Hemodialisa RSUP. Prof. Dr. RD Kandou Manado. *Jurnal Keperawatan*, 5(2).

Mendoza, S. D., Nieweglowska, E. S., Govindarajan, S., Leon, L. M., Berry, J. D., Tiwari, A., Chaikerasak, V., Pogliano, J., Agard, D. A., Bondy-Denomy, J., Chatterjee, P., Jakimo, N., Lee, J., Amrani, N., Rodríguez, T., Koseki, S. R. T., Tysinger, E., Qing, R., Hao, S., ... Wang, H. (2020). No 主観的健康感を中心とした在宅高齢者における健康関連指標に関する共分散構造分析 Title. *Nature Microbiology*, 3(1), 641. <http://dx.doi.org/10.1038/s41421-020-0164-0>
<https://doi.org/10.1016/j.solener.2019.02.027>
<https://www.golder.com/insights/block-caving-a-viable-alternative/>
<http://dx.doi.org/10.1038/s41467-020-15507-2>
<http://dx.doi.org/10.1038/s41587-020-0527-y>

Ngara, Y. W., Rosdiana, Y., & Rahayu, W. (2022). Harga Diri Dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik (GGK) Yang Menjalani Hemodialisa Pada Masa Pandemi Covid-19. *Care: Jurnal Ilmiah Ilmu Kesehatan*, 10(2), 304–314.

Nursalam, I. I. (n.d.). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis*.

Oktavia, W. S. (2022). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan penyakit gagal ginjal kronis pada penduduk usia > 18 tahun di indonesia tahun 2018*. Uin Syarif Hidayatullah Jakarta-Fikes.

Priyanti, D. (2016). Perbedaan kualitas hidup pasien gagal ginjal yang bekerja dan tidak bekerja yang menjalani hemodialisis di Yayasan Ginjal Diatrans Indonesia. *INQUIRY: Jurnal Ilmiah Psikologi*, 7(1).

Rahma, N., Jundapri, K., Susyanti, D., & Suharto, S. (2023). ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK DENGAN

HEMODIALISA MELALUI TINDAKAN KOMPRES DINGIN PADA AV SHUNT. *SENTRI: Jurnal Riset Ilmiah*, 2(12), 5163–5171.

- 2
2
27
34
23
6
6
8
38
6
- Rahman, Z., Khariroh, S., & Abdi, F. N. (2022). Perbedaan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik dengan Komorbid Diabetes Melitus dan Hipertensi yang Menjalani Hemodialisa. *Jurnal Menara Medika Vol*, 5(1), 121.
- Rantepadang, A. (2021). PERBANDINGAN KUALITAS HIDUP PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK DENGAN KOMORBID FAKTOR DIABETES MELLITUS DAN HIPERTENSI PADA PASIEN YANG MENJALANI HEMODIALISA. *Nutrix Journal*, 5, 1.
<https://doi.org/10.37771/nj.Vol5.Iss2.575>
- Retnowati, N., & Satyabakti, P. (2015). Hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup penderita diabetes melitus di Puskesmas Tanah Kalikedinding. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, 3(1), 57–68.
- Rivandi, J., & Yonata, A. (2015). Hubungan Diabetes Melitus Dengan Kejadian Gagal Ginjal Kronik. *Jurnal Majority*, 4(9), 27–34.
<http://juke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/majority/article/view/1404/1246>
- RIZKIKA, P. S. D. (2023). PERBEDAAN KUALITAS HIDUP PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK DENGAN KOMORBID DIABETES MELITUS DAN HIPERTENSI YANG MENJALANI HEMODIALISA DI RSUD PROVINSI NTB. Universitas_Muhammadiyah_Mataram.
- Saadah, S., & Hartanti, R. D. (2021). Prosiding Seminar Nasional Kesehatan Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat Gambaran Kecemasan Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa : Literature Review. *Seminar Nasional Kesehatan*, 2021.
- Shabrina, S. A., Saftarina, F., & Pramesona, B. A. (2023). Faktor Risiko Penyakit Ginjal Kronik Pada Pasien Diabetes. *Jurnal Kedokteran Universitas Lampung*, 6(2), 58–62.
- Sibarani, M. H. R. (2015). Gangguan Muskuloskeletal pada Diabetes Melitus. *Cermin Dunia Kedokteran*, 42(8), 591–595.
- Siwi, A. S. (2021). Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Terapi Hemodialisa. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah Bengkulu*, 9(2), 1–9. <https://doi.org/10.36085/jkmb.v9i2.1711>
- Utami, I. A. A., Santhi, D. G. D. D., & Lestari, A. A. W. (2020). Prevalensi dan komplikasi pada penderita gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar tahun 2018. *Intisari Sains Medis*, 11(3), 1216–1221.
- Wahyuni, P., Miro, S., & Kurniawan, E. (2018). Hubungan lama menjalani hemodialisis dengan kualitas hidup pasien penyakit ginjal kronik dengan diabetes melitus di RSUD Dr. M Djamil Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 7(4), 480–485.
- Welly, W., & Rahmi, H. (2021). Self Efficacy Dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa. *Jurnal Keperawatan Abdurrab*, 5(1), 38–44.
- Yuzefo, M. A. (2015). *Hubungan Status Spiritual dengan Kualitas Hidup pada Lansia*. Riau University.
- Zasra, R., Harun, H., & Azmi, S. (2018). Indikasi dan persiapan hemodialis pada

penyakit ginjal kronis. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 7, 183–186.

