

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**

**PERBEDAAN KUALITAS HIDUP PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK
ANTARA KOMORBID HIPERTENSI DENGAN DIABETES MELITUS
YANG MENJALANI HEMODIALISA
(Di Ruang Hemodialisa RSUD Jombang)**

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan
pada Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kesehatan
Institut Teknologi Sains dan Kesehatan
Insan Cendekia Medika Jombang



**PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN FAKULTAS KESEHATAN
INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2024**

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Salma Maulida
NIM : 203210060
Program Studi : S1 Ilmu Keperawatan

Demi pengembangan ilmu pengetahuan menyatakan bahwa karya tulis ilmiah saya yang berjudul:

"Perbedaan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik Antara Komorbid Hipertensi Dengan Diabetes Melitus Yang Menjalani Hemodialisa (Di Ruang Hemodialisa RSUD Jombang)"

Merupakan karya tulis ilmiah bukan milik orang lain yang secara keseluruhan adalah asli hasil karya penelitian penulis, kecuali teori maupun kutipan yang mana telah disebutkan sumbernya oleh penulis.

Surat Pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan apabila dikemudian hari terbukti pernyataan ini tidak benar, maka siap di proses sesuai hukum dan undang-undang yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk di pergunakan sebagaimana mestinya.

Jombang, 07 Agustus 2024
Yang Menyatakan Peneliti



(Salma Maulida)

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Salma Maulida

NIM : 203210060

Program Studi : S1 Ilmu Keperawatan

Demi pengembangan ilmu pengetahuan menyatakan bahwa karya tulis ilmiah saya yang berjudul:

“Perbedaan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik Antara Komorbid Hipertensi Dengan Komorbid Diabetes Melitus Yang Menjalani Hemodialisa (Diruang Hemodialisa RSUD Jombang)

Merupakan karya tulis ilmiah bukan milik orang lain yang secara keseluruhan adalah asli hasil karya penelitian penulis, kecuali teori maupun kutipan yang mana telah disebutkan sumbernya oleh penulis.

Surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan apabila dikemudian hari terbukti melakukan plagiasi, maka siap di proses sesuai hukum dan undang-undang yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk di pergunakan sebagaimana mestinya.

Jombang, 07 Agustus 2024

Yang Menyatakan Peneliti



(Salma Maulida)

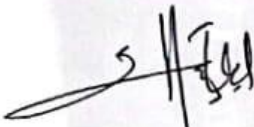
PERSETUJUAN SKRIPSI

Judul : Perbedaan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik
Antara Komorbid Hipertensi Dengan Diabetes Melitus
Yang Menjalani Hemodialisa (Di Ruang Hemodialisa
RSUD Jombang)
Nama Mahasiswa : Salma Maulida
NIM : 203210060

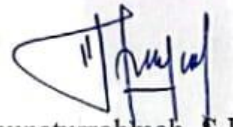
TELAH DISETUJUI KOMISI PEMBIMBING
PADA TANGGAL 07 AGUSTUS 2024

Pembimbing 1

Pembimbing 2



Dr. Muarofah, S.Kep.,Ns.,M.Kes
NIDN.023127501



Agustina Maunaturrohmah, S.Kep.,Ns.,M.Kes
NIDN.0730088706

Mengetahui,

Dekan Fakultas Kesehatan
ITSKES ICMe Jombang

Ketua Program Studi
S1 Ilmu Keperawatan



Inayatur Rosyidah, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIDN: 0723048301



Endang Yuswatiningsih, S.Kep.,Ns.,M.Kes
NIDN. 0726058101

LEMBAR PENGESAHAN SKRIPSI

Proposal ini telah diajukan oleh:

Nama Mahasiswa : Salma Maulida
NIM : 203210060
Program Studi : S1 Ilmu Keperawatan
Judul : Perbedaan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik Antara Komorbid Hipertensi Dengan Diabetes Melitus Yang menjalani Hemodialisa (Di Ruang Hemodialisa RSUD Jombang)

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan Pendidikan pada Program Studi S1 Ilmu Keperawatan

Komisi Dewan Penguji,

Ketua Dewan Penguji : Evi Rosita, S.Si.T.MM., M.Keb

NIDN.0717057501

Penguji I : Dr. Muarrofah, S.Kep.,Ns.,M.Kes

NIDN.023127501


Penguji II : Agustina Maunaturrohmah, S.Kep.,Ns.,M.Kes


NIDN.0730088706

Mengetahui,

Dekan Fakultas Kesehatan
ITSKes ICMe Jombang

Ketua Program Studi
S1 Ilmu Keperawatan


Inayatur Rosyidah, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIDN. 0723048301


Endang Yuswaningsih, S.Kep.,Ns.,M.Kes
NIDN. 0726058101

RIWAYAT HIDUP

Peneliti dilahirkan di Jombang pada tanggal 11 Juni 2002, dari pasangan Bapak Slamet dan Ibu Watini, penulis merupakan anak ke 4 dari 4 bersaudara.

Pendidikan Sekolah Dasar (SD) penulis diselesaikan di SDN Plandi 2 Jombang pada tahun 2014, Sekolah Menengah Pertama (SMP) diselesaikan di MTsN Plandi Jombang pada tahun 2017 dan Sekolah Menengah Atas (SMA) diselesaikan di MAN 1 Jombang pada tahun 2020. Kemudian penulis melanjutkan pendidikannya di ITS Kes ICMe Jombang

Demikian Riwayat hidup ini saya buat dengan sebenarnya.

Jombang, 07 Agustus 2024

Yang Menyatakan Peneliti



Salma Maulida
NIM. 203210060

HALAMAN PERSEMBAHAN

Puji syukur saya ucapkan akan kehadiran Allah SWT atas limpahan rahmat, hidayah, serta karunia-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “Perbedaan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik Antara Komorbid Hipertensi Dengan Diabetes Melitus Yang Menjalani Hemodialisa (Diruang Hemodialisa RSUD Jombang)” sesuai dengan jadwal yang ditentukan. Semoga skripsi ini dapat memberikan manfaat kepada semua orang yang membacanya. Saya persembahkan skripsi ini kepada:

1. Ucapan terima kasih yang tak terhingga atas segala bentuk dukungan dan doa kepada bapak Slamet, Ibu Watini dan ke 3 kakak saya Muhammad Muslimin, Muhammad Sulaiman dan Abdul Mujib serta keluarga yang telah mendukung dan memberikan semangat kepada saya.
2. Ucapan terima kasih sebesar-besarnya kepada staf jajaran manajemen Rumah Sakit RSUD Jombang dan responden yang berpartisipasi ikut serta dalam menunjang penelitian ini, sehingga penelitian ini dapat terselesaikan.
3. Terimakasih kepada teman saya Atina Mursyidah Ahadiyah, Adit Irma Wijayanti, Richa Layla Agustina, Sedy Amelia yang selalu menemani serta membawa keceriaan kepada saya dan terimakasih kepada teman-teman seangkatan ITSKES ICME Jombang yang telah mendukung dan memberikan *support* kepada saya.
4. Ucapan terima kasih sebesar-besarnya untuk partner saya Ade Faiz Ahmadi yang telah mendukung, mengajari dan memberikan semangat kepada saya.
5. Terakhir saya ingin berterimakasih kepada diri saya sendiri yang sudah menyelesaikan tugas ini dan sudah mau berjuang dan bertahan hingga sejauh ini.

MOTTO

*“Yang menyedihkan bukanlah orang-orang yang tidak bisa menggapai mimpi,
melainkan orang-orang yang tidak tau cara untuk bermimpi”*

-Dzawin Nur-



ABSTRAK

PERBEDAAN KUALITAS HIDUP PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK ANTARA KOMORBID HIPERTENSI DENGAN DIABETES MELITUS YANG MENJALANI HEMODIALISA (DIRUANG HEMODIALISA RSUD JOMBANG)

Oleh :

Salma Maulida, Muarrofah, Agustina Maunaturrohmah
S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kesehatan ITS KES ICMe Jombang
Salmamaulida1106@gmail.com

Pendahuluan : Gagal ginjal kronik umumnya disebabkan oleh penyakit yang merusak ginjal, penyebab gagal ginjal kronik terbanyak di Indonesia adalah hipertensi dan diabetes yang tidak terkontrol. Semakin memburuknya kondisi ginjal maka pasien harus melakukan hemodialisa dan hal ini akan mempengaruhi kualitas hidup pasien secara fisik maupun psikologis. Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di RSUD Jombang pada bulan April 2024 didapatkan hasil sejumlah 200 pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui apakah ada perbedaan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik antara komorbid hipertensi dengan komorbid diabetes melitus yang menjalani hemodialisa.

Metode : jenis penelitian ini adalah kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi pada penelitian ini adalah seluruh pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa dengan komorbid hipertensi dan diabetes melitus sebanyak masing-masing 30 pasien. Variabel pada penelitian ini yaitu kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik antara komorbid hipertensi dengan komorbid diabetes melitus yang keduanya diukur dengan kuesioner KDQOL-SF 36. Analisis uji statistik dengan *man whitney*.

Hasil : penelitian menunjukkan bahwa pasien gagal ginjal kronik dengan komorbid diabetes melitus hampir seluruhnya mempunyai kualitas hidup buruk sebanyak 27 responden (90,0%), kualitas hidup sedang sebanyak 3 responden (10,0%). Kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik dengan komorbid hipertensi yang mempunyai kualitas hidup buruk sebanyak 16 responden (53,3%), kualitas hidup sedang sebanyak 14 responden (46,7%). Berdasarkan hasil dari uji *man whitney* didapatkan nilai $p\text{-value} = 0,002 : \alpha \leq 0,05$. **Kesimpulan :** ada perbedaan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik antara komorbid hipertensi dengan komorbid diabetes melitus yang menjalani hemodialisa.

Kata Kunci : Kualitas Hidup, GGK, Hipertensi dan Diabetes melitus, Hemodialisa.

ABSTRACT

DIFFERENCES IN QUALITY OF LIFE OF CHRONIC KIDNEY FAILURE PATIENTS BETWEEN HYPERTENSION COMORBIDITY AND DIABETES MELLITUS UNDERGOING HEMODIALYSIS (IN THE HEMODIALYSIS ROOM OF JOMBANG HOSPITAL)

By:

Salma Maulida, Muarrofah, Agustina Maunaturrohmah

S1 Nursing, Faculty of Health, ITS KES ICMe Jombang

Salmamaulida1106@gmail.com

Introduction: Chronic kidney failure is generally caused by diseases that damage the kidneys, the most common causes of chronic kidney failure in Indonesia are hypertension and uncontrolled diabetes. The worsening of the kidney condition, the patient must undergo hemodialysis and this will affect the patient's quality of life physically and psychologically. Based on a preliminary study conducted at Jombang Hospital in April 2024, the results of 200 chronic kidney failure patients undergoing hemodialysis were obtained. This study aims to find out whether there is a difference in the quality of life of patients with chronic kidney failure between comorbid hypertension and comorbid diabetes mellitus undergoing hemodialysis. **Method:** This type of research is quantitative with a cross sectional approach. The population in this study is all chronic kidney failure patients undergoing hemodialysis with comorbidities of hypertension and diabetes mellitus as many as 30 patients each. The variables in this study were the quality of life of patients with chronic kidney failure between comorbid hypertension and comorbid diabetes mellitus, both of which were measured by the KDQOL-SF 36 questionnaire. Statistical test analysis with man whitney. **Results:** The study showed that almost all patients with chronic kidney failure with comorbid diabetes mellitus had a poor quality of life as many as 27 respondents (90.0%), moderate quality of life as many as 3 respondents (10.0%). The quality of life of patients with chronic kidney failure with hypertension comorbidities who had a poor quality of life was 16 respondents (53.3%), and the quality of life was moderate as many as 14 respondents (46.7%). Based on the results of the man whitney test, the $p\text{-value} = 0.002 : \alpha \leq 0.05$ was obtained. **Conclusion:** there is a difference in the quality of life of patients with chronic kidney failure between comorbid hypertension and comorbid diabetes mellitus undergoing hemodialysis.

Keywords: *Quality of Life, GGK, Hypertension and Diabetes mellitus, Hemodialysis.*

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan kehadiran Allah SWT, berkat limpahan Rahmat-Nya kami dapat menyelesaikan Proposal Skripsi dengan Judul "Perbedaan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik Antara Komorbid Hipertensi Dengan Diabetes Melitus Yang Menjalani Hemodialisa (Di Ruang Hemodialisa RSUD Jombang)". Proposal skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) pada Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kesehatan ITS Kes Insan Cendekia Medika Jombang.

Bersama ini perkenankan saya mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada Prof. Drs. Win Darmanto, M.Si.,Med.Sci.,Ph.D selaku Rektor ITS Kes Insan Cendekia Medika Jombang yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan Pendidikan, Evi Rosita, S.Si.T.MM.,M.Keb selaku Ketua Dewan Penguji. Dr. Muarrofah, S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku pembimbing ketua yang telah memberikan pengarahan, motivasi, dan masukan dalam menyusun skripsi penelitian. Agustina M., S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku pembimbing anggota yang telah banyak memberikan motivasi, pengarahan dan ketelitian dalam menyusun skripsi. Inayatur Rosyidah, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku Dekan Fakultas Kesehatan dan Endang Yuswatiningsih, S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku Ketua Program Studi S1 Ilmu Keperawatan yang telah memberikan kesempatan dan dorongan kepada kami untuk menyelesaikan Program Studi S1 Ilmu Keperawatan, dan seterusnya.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan skripsi ini.

Kami sadari bahwa akhir ini jauh dari sempurna, tetapi kami berharap Proosal Skripsi ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi Keperawatan wabil khusus Penulis.

Jombang, 07 Agustus 2024

Penulis

(Salma Maulida)

DAFTAR ISI

HALAMAN AWAL	i
SAMPUL DALAM	ii
SURAT PENYATAAN KEASLIAN PENELITIAN	iii
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIASI	iv
PERSETUJUAN SKRIPSI	v
LEMBAR PENGESAHAN SKRIPSI	vi
RIWAYAT HIDUP	viii
PERSEMBAHAN	lix
MOTTO	x
ABSTRAK	xv
ABSTRACT	xii
KATA PENGANTAR	xvi
DAFTAR ISI	xxii
BAB 1	i
PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan umum.....	4
1.3.2 Tujuan khusus	5
1.4 Manfaat Penelitian	5
1.4.1 Manfaat teoritis	5
1.4.2 Manfaat praktis	5
BAB 2	7
TINJAUAN TEORI	7
2.1 Konsep Gagal Ginjal Kronik	7
2.1.1 Definisi gagal ginjal kronik	7
2.1.2 Etiologi gagal ginjal kronik	7
2.1.3 Faktor resiko gagal ginjal kronik	8
2.1.4 Patofisiologi Gagal Ginjal Kronik	8
2.1.5 Patofisiologi gagal ginjal kronik yang disebabkan oleh hipertensi	9
2.1.6 Patofisiologi gagal ginjal kronik yang disebabkan oleh diabetes	10
2.1.7 Klasifikasi gagal ginjal kronik.....	13

2.1.8 Manifestasi klinis gagal ginjal kronik.....	14
2.1.9 Komplikasi gagal ginjal kronik.....	16
2.1.10 Dampak gagal ginjal kronik.....	16
2. 2 Konsep Komorbid	16
2.2.1 Definisi komorbid	16
2.3 Konsep Terapi Hemodialisa	18
2.3.1 Definisi hemodialisa	18
2.3.2 Tujuan hemodialisa.....	18
2.3.3 Prinsip mendasari kerja hemodialisa	18
2.3.4 Penatalaksanaan pasien yang menjalani hemodialisa	20
2.3.5 Indikasi hemodialisa	21
2.3.6 Komplikasi hemodialisa	21
2.4 Konsep Kualitas Hidup.....	22
2.4.1 Definisi kualitas hidup	22
2.4.2 Faktor yang mempengaruhi kualitas hidup.....	22
2.4.3 Pengukuran kualitas hidup.....	24
BAB 3	26
KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS	26
3.1 Kerangka Konseptual	25
3.2 Hipotesis Penelitian	27
BAB 4	28
METODE PENELITIAN	28
4.1 Jenis Penelitian	28
4.2 Rancangan Penelitian.....	28
4.3 Waktu Dan Tempat Penelitian.....	29
4.4.1 Populasi.....	29
4.4.2 Sampel	29
4.4.3 Sampling	30
4.6 Identifikasi Variabel.....	32
4.6.1 Variabel independent	32
4.6.2 variabel dependen	32
4.7 Definisi Operasional	33
4.8 Pengumpulan Dan Analisis Data	35
4.8.1 Instrumen	35
4.8.2 Analisis data.....	38
4.8.3 Metode pengolahan data	39



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Klasifikasi gagal ginjal kronik (GGK)	14
Tabel 2.2 Dimensi isi kuesioner KDQOL-SF 36	24
Tabel 4.1 Definisi operasional penelitian	32
Tabel 4.2 Dimensi isi kuesioner KDQOL-SF 36	33
Tabel 4.3 Nomor kode dan skoring kuesioner KDQOL-SF 36	34
Tabel 4.4 Kuesioner KDQOL-SF 36	34
Tabel 5.1 Distribusi frekuensi pasien gagal ginjal kronik komorbid hipertensi dengan komorbid diabetes melitus berdasarkan umur responden di ruang hemodialisa RSUD Jombang bulan juni 2024	41
Tabel 5.2 Distribusi frekuensi pasien gagal ginjal kronik komorbid hipertensi dengan komorbid diabetes melitus berdasarkan jenis kelamin responden di ruang hemodialisa RSUD Jombang bulan juni 2024	41
Tabel 5.3 Distribusi frekuensi pasien gagal ginjal kronik komorbid hipertensi dengan komorbid diabetes melitus berdasarkan status perkawinan responden di ruang hemodialisa RSUD Jombang bulan juni 2024	42
Tabel 5.4 Distribusi frekuensi pasien gagal ginjal kronik komorbid hipertensi dengan komorbid diabetes melitus berdasarkan pendidikan responden di ruang hemodialisa RSUD Jombang bulan juni 2024	42
Tabel 5.5 Distribusi frekuensi pasien gagal ginjal kronik komorbid hipertensi dengan komorbid diabetes melitus berdasarkan pekerjaan responden di ruang hemodialisa RSUD Jombang bulan juni 2024	43
Tabel 5.6 Distribusi frekuensi berdasarkan kuesioner KDQOL-SF 36 responden gagal ginjal kronik komorbid hipertensi diruang hemodialisa pada bulan juni 2024	43
Tabel 5.7 Distribusi frekuensi berdasarkan kuesioner KDQOL-SF 36 responden gagal ginjal kronik komorbid diabetes melitus diruang hemodialisa pada bulan juni 2024	44
Tabel 5.8 Distribusi frekuensi berdasarkan kuesioner KDQOL-SF 36 responden gagal ginjal kronik komorbid hipertensi dengan komorbid diabetes melitus diruang hemodialisa pada bulan juni 2024	44

DAFTAR GAMBAR

- Gambar 3.1 Konseptual perbedaan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik antara komorbid hipertensi dengan komorbid diabetes melitus yang menjalani hemodialisa 25
- Gambar 4.1 kerangka kerjan penelitian perbedaan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik dengan komorbid hipertensi dengan komorbid diabetes melitus yang menjalani hemodialisa 30



DAFTAR LAMPIRAN

lampiran 1 jadwal penelitian	67
lampiran 2 penjelasan penelitian.....	68
lampiran 3 lembar persetujuan menjadi responden.....	70
lampiran 4 identitas responden	71
lampiran 5 kuesioner penelitian	72
lampiran 6 tabulasi data demografi.....	77
lampiran 7 tabulasi kuesioner KDQOL-SF 36.....	81
lampiran 8 hasil SPSS data demografi.....	87
lampiran 9 hasil SPSS data khusus kuesioner KDQOL-SF 36.....	91
lampiran 10 Hasil man whitney	92
lampiran 11 Surat balasan izin penelitian	93
lampiran 12 Surat etik.....	94
lampiran 13 hasil Turnitin digital receipt.....	95
lampiran 14 surat keterangan plagiasi.....	96
lampiran 15 surat pernyataan pengecekan judul	97
lampiran 16 lembar bimbingan skripsi pembimbing 1	98
lampiran 17 lembar bimbingan skripsi pembimbing 2	99
lampiran 18 persentase turnitin.....	100
lampiran 19 dokumentasi penelitian	102
lampiran 20 surat pernyataan kesediaan unggahan.....	103

DAFTAR LAMBANG DAN SINGKATAN

WHO	: <i>World Health Organization</i>
GGK	: Gagal Ginjal Kronik
DM	: Diabetes Melitus
HT	: Hipertensi
CKD	: <i>Chronic Kidney Disease</i>
GFR	: <i>Glomerulus Filter Rate</i>
EEG	: Elektroensefalogram
HD	: Hemodialisa
KDQOL-SF 36	: <i>Kidney Disease Quality Of Life Short Form 36</i>
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
Mg	: Miligram
Mmol/l	: Milimoles/liter
Kg	: Kilogram
mEq	: Miliekivalen
PCO ₂	: Tekanan parsial karbon dioksida
Tmp	: <i>Transmembrane pressure</i>
Mmhg	: Milimeter air raksa

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

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 (RIZKIKA, 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 coping 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

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 (RIZKIKA, 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 arteriol 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 (RIZKIKA, 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 ke dalam tubuh. Pada prosedur cuci darah ini dimana terdapat 3 proses meliputi difusi, osmosis dan ultra filtrasi (Zasra dkk., 2018).

2.3.2 Tujuan hemodialisa

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 hidrostatis di dalam darah dan dialisis. Tekanan hidrostatis ini memindahkan air dari satu bagian darah ke bagian lain dialisis. Yang menentukan apakah tekanan diterapkan pada darah atau dialisis adalah tekanan positif dan tekanan negatif darah atau dialisis, 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.

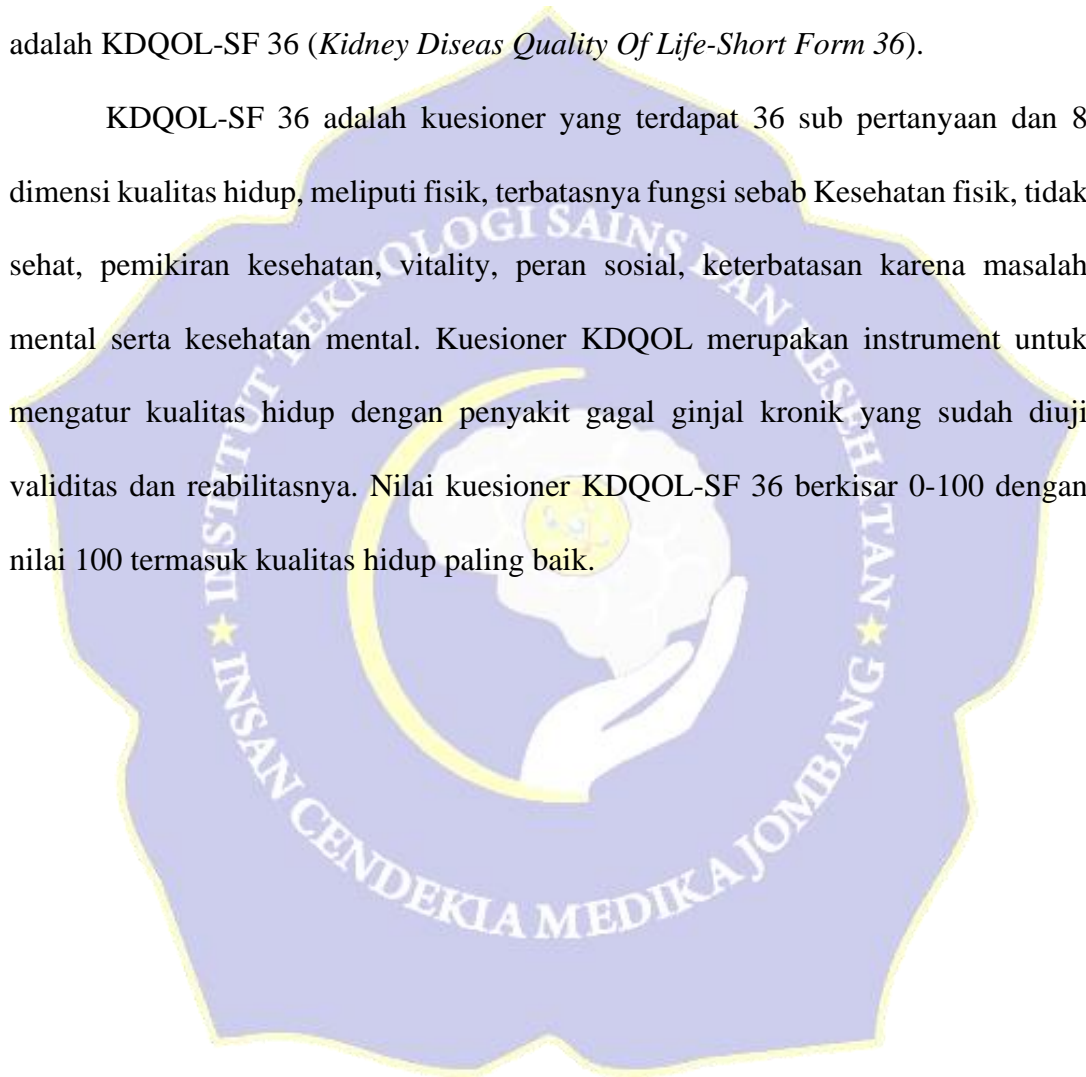
8. Kesehatan fisik

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 :

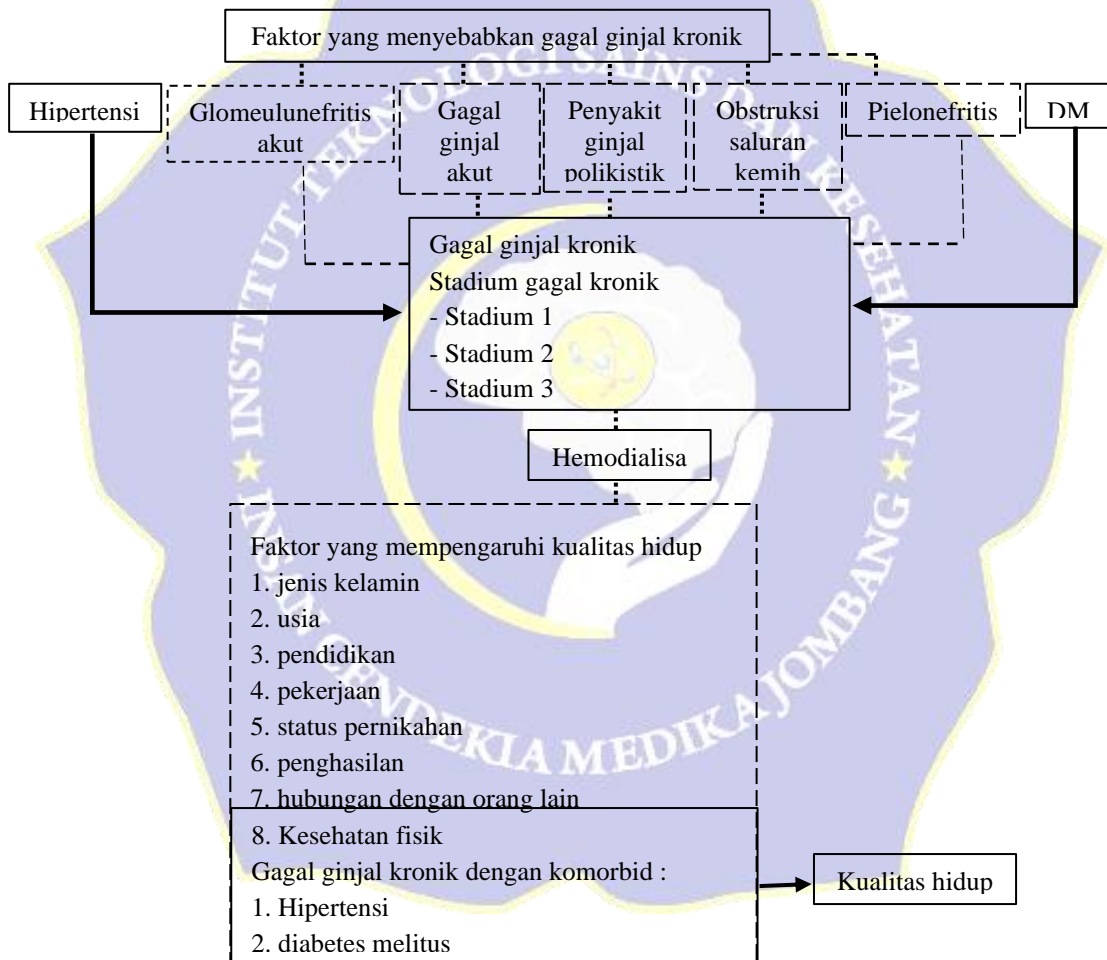
1. Kualitas hidup pasien buruk : 0-24
2. Kualitas hidup pasien sedang : 25-60
3. Kualitas hidup pasien baik : 61-83
4. Kualitas hidup pasien sangat baik : 84-99
5. Kualitas hidup pasien excellent : 100

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 :

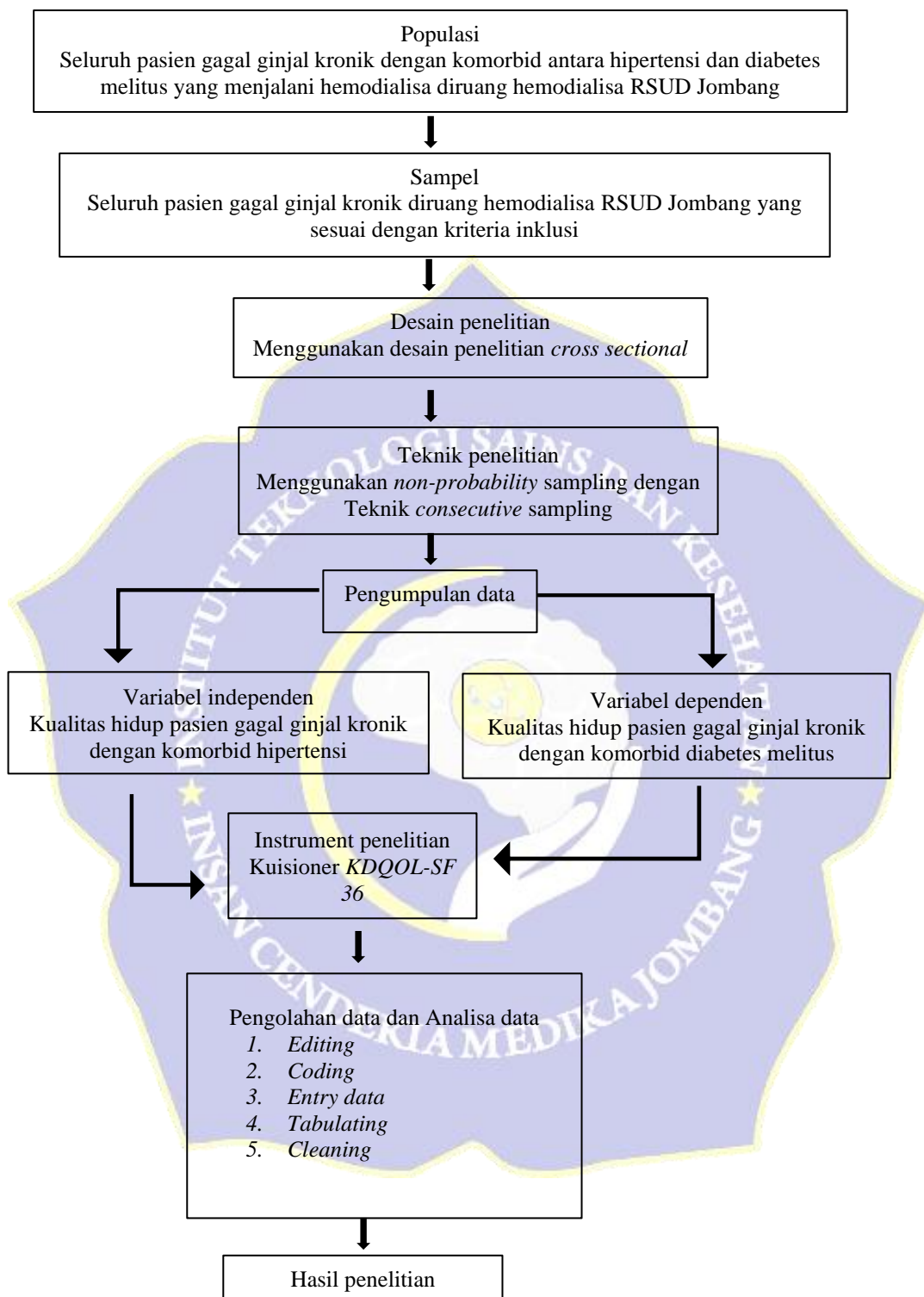
- 1) Pasien yang tidak kooperatif.
- 2) Pasien yang tidak sadar

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 pasien gagal ginjal kronik antara komorbid hipertensi dengan diabetes melitus	Kualitas hidup merupakan sebuah konsep yang bertujuan untuk menangkap kesejahteraan, baik dari segi positif maupun negatif, menunjukkan reaksi pribadi terhadap penyakit yang mempengaruhi tingkat kepuasan pribadi dalam kondisi hidup, kondisi fisik,	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fungsi fisik 2. Keterbatasan fisik 3. Nyeri tubuh 4. Kesehatan secara umum 5. Fungsi sosial 6. Keterbatasan emosional 7. Vitalitas 8. Kesehatan mental 	Kueisioner KDQOL-SF 36	Ordinal	Skor : - sangat baik sekali/sangat lebih baik/tidak mengganggu/tidak mengganggu sedikitpun/benar/ sangat membatasi /ya/tidak nyeri/selalu =1 - sangat baik/lebih baik/sedikit mengganggu/benar sekali/sedikit membatasi/tidak/nyeri sangat ringan/hampir selalu = 2

mental dan
sosial, efek
kehidupan
sehari-hari.

- baik/sama saja/cukup
menggangu/tidak
tau/tidak
membatasi/nyeri
ringan/cukup sering = 3
- cukup baik/lebih
buruk/menggangu
sekali/sangat
menggangu/salah/nyeri
sedang/kadang-
kadang/jarang = 4
- buruk/sangat
buruk/sangat
menggangu
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	
		<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>
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.

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.

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

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

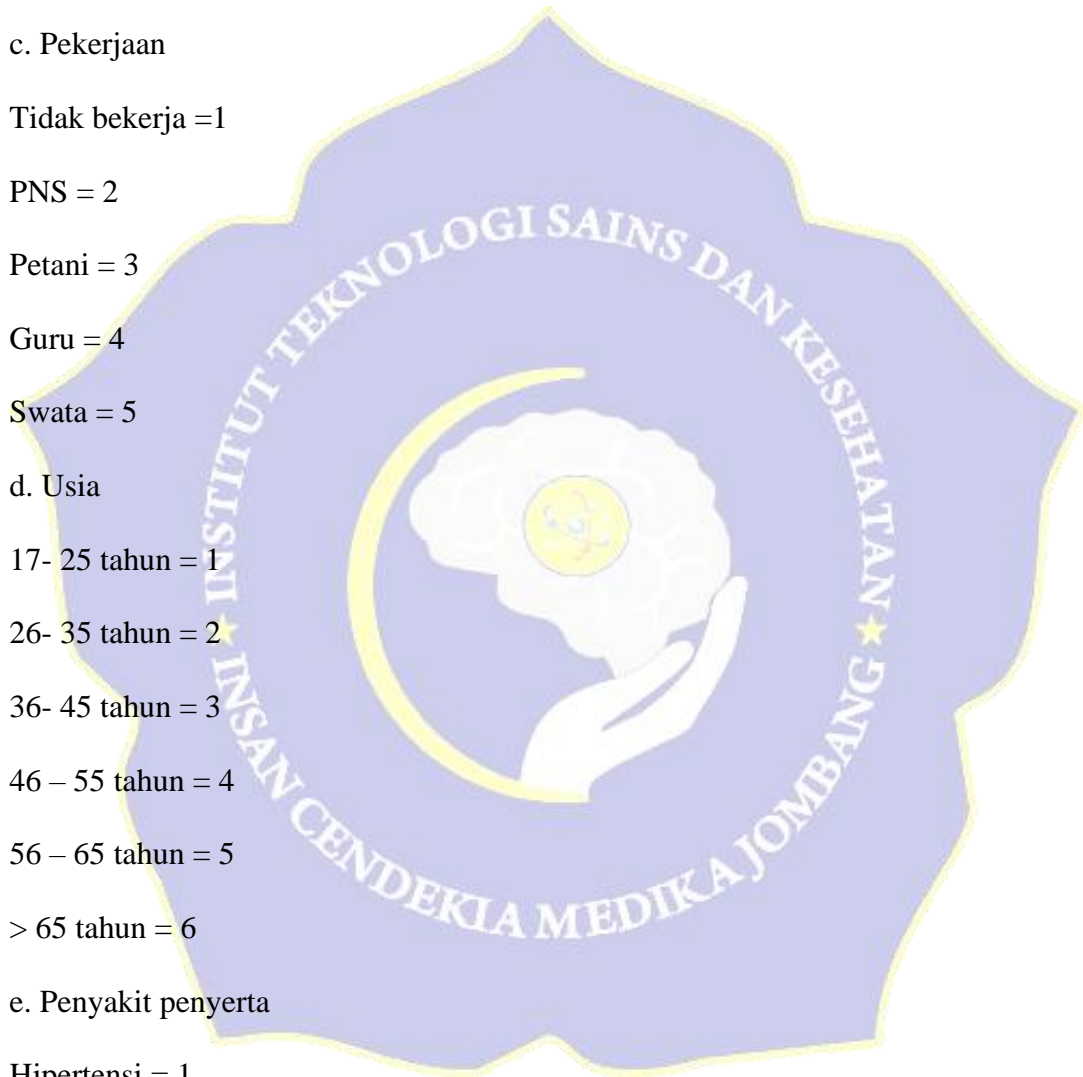
Hipertensi = 1

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

Peroses memassukkan 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 diingat 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.



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	Persentase (%) 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 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).

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 komprehensif 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 berolah 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 di ruang 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 hematopoesis 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 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 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.
- Idarahyuni, 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., Chaikeratisak, 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.
- 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 RSUP 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 Abdurrah*, 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.

lampiran 2 penjelasan penelitian

LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Salma Maulida

NIM : 203210060

Program studi : S1 Ilmu Keperawatan

Saya saat ini sedang melakukan penelitian dengan judul: “Perbedaan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik antara komorbid hipertensi dengan diabetes melitus yang menjalani Hemodialisa (di ruang Hemodialisa RSUD Jombang)”.

Berikut ini adalah penjelasan tentang penelitian yang dilakukan dan terkait dengan keikutsertaan perawat sebagai responden dalam penelitian ini:

1. Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis perbedaan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik komorbid hipertensi dengan diabetes melitus.
2. Responden penelitian diminta untuk mengisi lembar kuesioner.
3. Apabila selama penelitian responden merasa tidak nyaman, responden mempunyai hak untuk mengatakannya kepada peneliti.
4. Responden akan diberikan souvenir.
5. Keikutsertaan responden pada penelitian ini bukanlah suatu paksaan melainkan atas dasar suka rela, oleh karena itu responden berhak untuk melanjutkan atau menghentikan keikutsertaannya karena alasan tertentu dan telah dikomunikasikan dengan peneliti terlebih dahulu.
6. Semua data yang dikumpulkan akan dirahasiakan dan tanpa nama. Data hanya disajikan dalam bentuk kode-kode dalam forum ilmiah dan tim ilmiah khususnya ITSKes ICMe Jombang.

7. Apabila ada yang perlu ditanyakan atau didiskusikan selama penelitian responden bisa menghubungi peneliti via telepon/sms di nomor yang sudah tercantum diatas.

Demikian penjelasan mengenai penelitian ini disampaikan. Saya berharap kepada calon responden dalam penelitian ini. Atas kesediaanya saya ucapkan terimakasih.

Jombang,2024

Peneliti

(Salma Maulida)

lampiran 3 lembar persetujuan menjadi responden

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN
INFORMED CONSENT**

Setelah mendapatkan penjelasan dari peneliti, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Umur :

Pendidikan :

Menyatakan (bersedia/tidak bersedia) menjadi responden dalam penelitian yang dilakukan oleh saudari Salma Maulida, Mahasiswa S1 Ilmu Keperawatan ITS Kes

ICMe Jombang yang berjudul “ Perbedaan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik Dengan Komorbid Hipertensi Dan Diabetes Melitus Diruang Hemodialisa RSUD Jombang”

Demikian surat persetujuan ini saya buat dengan sejujur-jujurnya tanpa paksaan dari pihak manapun.

Jombang,2024
Responden

(.....)

lampiran 4 identitas responden

DATA IDENTITAS PASIEN

No.Responden :

Hari/Tanggal :

Data Pribadi

1. Nama :
2. Umur :.....tahun....bulan
3. Jenis Kelamin : Laki- laki Perempuan
4. Status : Belum Menikah Janda/ duda
: Menikah
5. Pendidikan : Tidak tamat SD SMP SD
: SMA Perguruan Tinggi
6. Tanggal hemodialisis awal :.....(tanggal/bulan/tahun)
7. Lamanya hemodialisis :
8. Pekerjaan : PNS/ TNI/ Polri Wiraswasta
: Pegawai BUMN dll
: Pegawai Swasta
9. Durasi/frekuensi HD dalam 1 minggu :

lampiran 5 kuesioner penelitian

Kuesioner KDQOL-SF 36 (Kidney Disease Quality Of Life-Short Form 36)

1. Bagaimana anda mengatakan kondisi kesehatan anda saat ini ?

- Sangat baik sekali =
- Sangat baik =
- Baik =
- Cukup baik =
- Buruk =

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

- Sangat lebih baik =
- Lebih baik =
- Sama saja =
- Lebih buruk =
- Sangat buruk =

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

Keterangan :

SM = Sangat Membatasi

SdM = Sedikit Membatasi

TM = Tidak Membatasi

No	Pernyataan	SM	SdM	TM
3	Aktifitas yang membutuhkan banyak energi, mengangkat benda berat, melakukan olah raga berat.			
4	Aktifitas ringan seperti memindahkan meja, menyapu, jogging/jalan santai.			
5	Mengangkat atau membawa barang ringan (misalnya belanjaan, tas)			
6	Menaiki beberapa anak tangga			

7	Menaiki satu tangga			
8	Menekuk leher/tangan/kaki, bersujud atau membungkuk			
9	Berjalan lebih dari 1,5 km			
10	Berjalan melewati beberapa gang/1km			
11	Berjalan melewati satu gang/0,5 km			
12	Mandi atau memakai baju sendiri			

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

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

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

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

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

- Tidak mengganggu =
- Sedikit mengganggu =
- Cukup mengganggu =
- Mengganggu sekali =
- Sangat mengganggu sekali =

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

- Tidak ada nyeri =
- Nyeri sangat ringan =
- Nyeri ringan =
- Nyeri sedang =
- Nyeri sekali =
- Sangat nyeri sekali =

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

- Tidak mengganggu sedikitpun =
- Sedikit mengganggu =
- Cukup mengganggu =
- Sangat mengganggu =
- Sangat mengganggu sekali =

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

Keterangan :

- S = Selalu
- HS = Hampir Selalu
- CS = Cukup Sering

KK = Kadang-kadang

J = Jarang

TP = Tidak Pernah

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

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

- Selalu =

- Hampir selalu =

- Kadang-kadang =

- Jarang =

- Tidak pernah =

Petunjuk berikut dimaksud untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan no.33-36. Menurut anda, sejauh mana kebenaran pernyataan berikut menggambarkan keadaan kesehatan anda.

Keterangan :

B = Benar

BS = Benar Sekali

TT = Tidak Tahu

S = Salah

SS = Salah Sekali

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

lampiran 6 tabulasi data demografi

Tabulasi data demografi hipertensi

	UMUR		JENIS KELAMIN		STATUS PERKAWINAN		PENDIDIKAN		LAMA HEMODIALISIS		PEKERJAAN		FREKUENSI HD	
R1	29 tahun	2	perempuan	2	menikah	2	SMA	3	7 tahun	2	IRT	1	2 kali seminggu	2
R2	61 tahun	5	laki-laki	1	menikah	2	SMA	3	13 bulan	2	Petani	3	2 kali seminggu	2
R3	44 tahun	3	perempuan	2	menikah	2	SMP	2	3 tahun	2	IRT	1	2 kali seminggu	2
R4	63 tahun	5	laki-laki	1	menikah	2	perguruan tinggi	4	14 bulan	2	Dosen	4	2 kali seminggu	2
R5	43 tahun	3	perempuan	2	menikah	2	SD	1	12 bulan	2	IRT	1	2 kali seminggu	2
R6	65 tahun	5	perempuan	2	menikah	2	perguruan tinggi	4	3 tahun	2	Dosen	4	2 kali seminggu	2
R7	42 tahun	3	perempuan	2	menikah	2	SMA	3	4 tahun	2	IRT	1	2 kali seminggu	2
R8	52 tahun	4	perempuan	2	menikah	2	SMP	2	4 tahun	2	IRT	1	2 kali seminggu	2
R9	32 tahun	2	laki-laki	1	menikah	2	SMA	3	18 bulan	2	wiraswasta	5	2 kali seminggu	2
R10	52 tahun	4	perempuan	2	menikah	2	SMA	3	2 tahun	2	wiraswasta	5	2 kali seminggu	2
R11	58 tahun	5	perempuan	2	menikah	2	SMP	2	12 bulan	2	IRT	1	2 kali seminggu	2
R12	58 tahun	5	laki-laki	1	menikah	2	SMP	2	9 tahun	2	Petani	3	2 kali seminggu	2
R13	41 tahun	3	perempuan	2	menikah	2	SMP	2	14 tahun	2	IRT	1	2 kali seminggu	2

R14	54 tahun	4	laki-laki	1	menikah	2	SMA	3	12 bulan	2	wiraswasta	5	2 kali seminggu	2
R15	43 tahun	3	laki-laki	1	menikah	2	SMA	3	2 tahun	2	petani	3	2 kali seminggu	2
R16	46 tahun	4	perempuan	2	menikah	2	SMP	2	2,3 tahun	2	wiraswasta	5	2 kali seminggu	2
R17	50 tahun	4	perempuan	2	menikah	2	SMP	2	13 bulan	2	IRT	1	2 kali seminggu	2
R18	44 tahun	3	laki-laki	1	menikah	2	SMA	3	3 tahun	2	wiraswasta	5	2 kali seminggu	2
R19	37 tahun	3	perempuan	2	menikah	2	SD	1	12 bulan	2	IRT	1	2 kali seminggu	2
R20	51 tahun	4	laki-laki	1	menikah	2	SMA	3	12 bulan	2	Petani	3	2 kali seminggu	2
R21	41 tahun	3	laki-laki	1	menikah	2	perguruan tinggi	4	2 tahun	2	PNS	2	2 kali seminggu	2
R22	68 tahun	5	laki-laki	1	menikah	2	SMP	2	7 tahun	2	tidak bekerja	1	2 kali seminggu	2
R23	55 tahun	4	perempuan	2	menikah	2	SMP	2	3,5 tahun	2	IRT	1	2 kali seminggu	2
R24	55 tahun	4	perempuan	2	menikah	2	SD	1	5 tahun	2	wiraswasta	5	2 kali seminggu	2
R25	42 tahun	3	laki-laki	1	menikah	2	perguruan tinggi	4	2 tahun	2	guru	4	2 kali seminggu	2
R26	49 tahun	4	perempuan	2	menikah	2	SMP	2	6 tahun	2	petani	3	2 kali seminggu	2
R27	62 tahun	5	laki-laki	1	menikah	2	SD	1	5 tahun	2	tidak bekerja	1	2 kali seminggu	2
R28	60 tahun	5	laki-laki	1	menikah	2	SMA	3	10 tahun	2	tidak bekerja	1	2 kali seminggu	2
R29	73 tahun	5	perempuan	2	menikah	2	SD	2	7 tahun	2	IRT	1	2 kali seminggu	2
R30	36 tahun	3	perempuan	2	menikah	2	SD	2	5 tahun	2	wiraswasta	5	2 kali seminggu	2

Tabulasi data demografi diabetes melitus

	UMUR		JENIS KELAMIN		STATUS PERKAWINAN		PENDIDIKAN		LAMA HEMODIALISA		PEKERJAAN		FREKUENSI HD	
R1	51 tahun	4	Laki-laki	1	menikah	2	SMA	3	18 tahun	2	wiraswasta	5	2 kali seminggu	2
R2	63 tahun	5	laki-laki	1	menikah	2	perguruan tinggi	4	5 tahun	2	PNS	2	2 kali seminggu	2
R3	60 tahun	5	perempuan	2	menikah	2	SMP	2	4 tahun	2	IRT	1	2 kali seminggu	2
R4	58 tahun	5	laki-laki	1	menikah	2	SMA	3	6 tahun	2	wiraswasta	5	2 kali seminggu	2
R5	47 tahun	4	perempuan	2	menikah	2	SMP	2	2 tahun	2	IRT	1	2 kali seminggu	2
R6	62 tahun	5	perempuan	2	JANDA/DUDA	3	SD	1	15 bulan	2	IRT	1	2 kali seminggu	2
R7	36 tahun	3	perempuan	2	menikah	2	SMA	3	2 tahun	2	wiraswasta	5	2 kali seminggu	2
R8	39 tahun	3	perempuan	2	menikah	2	SD	1	12 bulan	2	IRT	1	2 kali seminggu	2
R9	61 tahun	5	perempuan	2	JANDA/DUDA	3	SMA	3	2 tahun	2	IRT	1	2 kali seminggu	2
R10	61 tahun	5	laki-laki	2	menikah	2	SMP	2	18 bulan	2	wiraswasta	5	2 kali seminggu	2
R11	48 tahun	4	perempuan	2	menikah	2	SMA	3	12 bulan	2	wiraswasta	5	2 kali seminggu	2
R12	40 tahun	3	perempuan	2	menikah	2	SMA	3	14 bulan	2	wiraswasta	5	2 kali seminggu	2
R13	46 tahun	4	perempuan	2	menikah	2	SD	1	13 bulan	2	IRT	1	2 kali seminggu	2
R14	55 tahun	4	laki-laki	1	menikah	2	SMA	3	4 tahun	2	tidak bekerja	1	2 kali seminggu	2
R15	58 tahun	5	laki-laki	1	menikah	2	perguruan tinggi	4	3 tahun	2	guru	4	2 kali seminggu	2
R16	46 tahun	4	laki-laki	1	menikah	2	perguruan tinggi	4	12 bulan	2	dosen	4	2 kali seminggu	2
R17	42 tahun	4	perempuan	2	menikah	2	SD	2	3 tahun	2	IRT	1	2 kali seminggu	2
R18	78 tahun	5	perempuan	2	menikah	2	SD	2	14 bulan	2	IRT	1	2 kali seminggu	2
R19	52 tahun	5	laki-laki	1	menikah	2	SMA	3	16 bulan	2	tidak bekerja	1	2 kali seminggu	2
R20	36 tahun	3	laki-laki	1	menikah	2	SD	1	12 bulan	2	wiraswasta	5	2 kali seminggu	2

R21	64 tahun	5	perempuan	2	menikah	2	SMP	2	13 bulan	2	IRT	1	2 kali seminggu	2
R22	70 tahun	5	perempuan	2	menikah	2	SMA	3	7 tahun	2	IRT	1	2 kali seminggu	2
R23	39 tahun	3	perempuan	2	menikah	2	SD	1	5 tahun	2	IRT	1	2 kali seminggu	2
R24	67 tahun	5	laki-laki	1	menikah	2	SMA	3	2 tahun	2	Petani	3	2 kali seminggu	2
R25	42 tahun	4	laki-laki	1	menikah	2	SMA	3	2,5 tahun	2	wiraswasta	5	2 kali seminggu	2
R26	53 tahun	4	laki-laki	1	menikah	2	perguruan tinggi	4	3 tahun	2	PNS	4	2 kali seminggu	2
R27	75 tahun	5	perempuan	2	menikah	2	SD	1	9 tahun	2	IRT	1	2 kali seminggu	2
R28	69 tahun	5	perempuan	2	menikah	2	perguruan tinggi	4	2 tahun	2	guru	4	2 kali seminggu	2
R29	68 tahun	5	laki-laki	1	menikah	2	SMA	3	6 tahun	2	tidak bekerja	1	2 kali seminggu	2
R30	44 tahun	3	laki-laki	1	menikah	2	SMP	2	2,5 tahun	2	tidak bekerja	1	2 kali seminggu	2

lampiran 7 tabulasi kuesioner KDQOL-SF 36

Tabulasi kuesioner KDQOL-SF 36 komorbid hipertensi

HIPERTENSI																																								
FUNGSI FISIK										KETERBATASAN FISIK				NYERI TUBUH		KESEHATAN SECARA UMUM						FUNGSI SOSIAL		KETERBATASAN EMOSIONAL				VITALITAS				KESEHATAN MENTAL								
R1	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P21	P22	P1	P2	P3	P3	P3	P3	P20	P32	P17	P18	P19	P23	P27	P29	P31	P24	P25	P26	P28	P30				
R2	0	50	00	00	00	00	00	00	50	00	00	00	00	00	60	75	75	00	75	07	75	75	75	100	50	100	100	100	100	100	100	80	80	60	100	00	00	00	00	
R3	10	10	10	10	50	50	10	10	10	10	100	00	10	10	00	40	25	50	75	00	25	50	50	75	50	100	100	100	100	100	80	00	40	60	100	00	00	00	00	
R4	00	00	50	00	50	50	00	00	50	00	00	00	00	00	40	50	25	75	00	00	00	10	10	75	50	100	100	00	100	20	60	20	100	80	80	80	60			
R5	10	10	10	10	10	50	50	00	10	10	100	00	00	00	100	100	75	25	50	70	70	10	10	100	100	100	00	100	100	00	00	00	80	00	00	00	80	00	80	60
R6	50	00	10	00	50	10	10	50	50	50	00	00	00	00	100	100	25	75	50	00	10	10	70	100	100	100	00	00	100	40	00	00	100	80	40	00	80			
R7	00	50	00	00	00	10	00	00	00	00	00	00	00	00	60	50	50	00	00	00	00	50	70	100	50	00	100	00	100	00	00	00	100	10	10	00	00			
R8	00	00	00	00	80	00	00	00	00	50	100	00	00	00	20	25	25	25	00	20	00	20	20	75	50	100	100	00	40	20	80	40	100	00	00	00	00			
R9	50	00	10	00	50	50	00	50	50	50	00	00	00	00	40	75	50	75	50	00	00	00	50	100	50	00	00	00	100	100	60	00	60	100	00	00	00	00		
R10	00	10	50	50	50	00	50	50	50	00	100	00	00	00	100	100	50	75	50	50	50	70	50	100	100	100	00	100	40	40	40	60	100	10	40	00	40			

R2 5	5 0	1 0	1 0	5 0	5 0	5 0	0	0	0	5 0	100	1 0	1 0	1 0	80	75	0	5 0	1 0	7 5	1 0	1 0	75	50	0	100	0	40	1 0	8 0	1 0	100	6 0	1 0	8 0	6 0	
R2 6	1 0	1 0	1 0	5 0	5 0	0	0	0	0	5 0	0	0	0	0	60	50	100	7 5	5 0	7 5	1 0	7 5	100	50	100	100	100	60	8 0	4 0	6 0	80	6 0	0	8 0	4 0	
R2 7	0	0	5 0	0	1 0	5 0	1 0	1 0	1 0	1 0	0	0	0	0	100	100	25	5 0	7 5	0	2 5	2 5	75	100	0	100	0	80	8 0	8 0	8 0	80	8 0	6 0	6 0	6 0	
R2 8	0	0	5 0	0	1 0	5 0	5 0	5 0	5 0	1 0	0	0	0	0	100	100	75	7 5	5 0	5 0	7 5	0	50	75	100	0	100	80	1 0	6 0	8 0	100	0	0	0	0	
R2 9	0	0	0	0	1 0	0	5 0	5 0	5 0	1 0	100	1 0	1 0	1 0	20	25	0	5 0	7 5	2 5	5 0	5 0	75	75	0	0	0	100	6 0	1 0	6 0	80	1 0	1 0	8 0	8 0	
R3 0	5 0	5 0	5 0	0	5 0	5 0	5 0	5 0	5 0	1 0	0	1 0	1 0	1 0	20	25	0	7 5	2 5	5 0	2 5	2 5	50	50	100	0	100	100	6 0	6 0	4 0	60	1 0	8 0	0	8 0	
	1 0	1 0	1 0	0	5 0	1 0	5 0	5 0	5 0	1 0	100	0	1 0	1 0	100	100	50	2 5	2 5	7 5	0	7 5	100	50	0	100	0	60	8 0	8 0	4 0	80	8 0	0	0	6 0	
JU ML AH	1 0	1 0	2 0	9 5	1 5	1 6	8 5	8 5	8 5	1 0	150	1 0	1 0	7 0	210	207 5	137 5	1 7	1 4	1 5	1 8	1 7	247 5	1900	210	160	160	226	2 0	2 8	1 0	0	268	0	0	0	
RA - RA TA	4 0	5 6	8 1	3 1	5 2	5 8	5 8	5 8	5 3	1 3	8 3	8 3	8 3	8 3	50	4 70	0 69,1	45, 8	1 9	4 7	5 5	6 1	5 7	82, 5	63,3	70	53,3	53,3	75, 3	6 8	9 3	5 4	89, 3	9 0	6 6	9 4	5 3
	490,6										156,6				139,1			321,5				145,8		176,6		266,6			409,2								
	49,06										39,15				69,55			53,58				72,9		58,86		66,65			81,84								

Tabulasi data kuesioner KDQOL-SF 36 komorbid diabetes melitus

	DIABETES MELITUS																																						
	FUNGSI FISIK										KETERBATASAN FISIK				NYERI TUBUH		KESEHATAN SECARA UMUM						FUNGSI SOSIAL		KETERBATASAN EMOSIONAL			VITALITAS				KESEHATAN MENTAL							
	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24	P25	P26	P27	P28	P29	P30	P31	P32	P33	P34	P35	P36					
R1	50	50	100	100	100	100	100	100	100					100	100	50	75	25	25	75	75	100		100			60	20	40	80	60	60	60	40	60				
R2	0	0	50	0	0	50	0	0	0	50	0	0	0	100	100	50	50	25	25		25		75	100	0	0	0	100	20	40	60		60	100	80	40			
R3	50	0	0	50	50	50	50	50	50		0	0	0	40	50	50	75			100	75		50	75	50	0	0	0	80	40	20		100	100	100	100			
R4	0	0	50	0	50	0	0	0	50	50	100	0	0	0	0	40	50	0	0	50	25	25	25	25	50	50	100	0	0	0	60	20	40		60	60	40	80	60
R5	50	50	50	50	50		50	50	50	100	100			100	100			25	25	25	25	25		50	75	100	0	0	0	40	20	60	20	80	60	40	60	40	
R6	0	50	50	0	50	50		0	0	0	100	100	0	0	0	60	0	25	75	25	50	50	50	100	100	100	100	100	40	40	60	60	100	80	80	60	20		
R7	0	50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	60	0	50	75	25		75	100			25	0	100	0	0	0	80	40	60		100		40	100	100	
R8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100	100	0	0	20	20	0	50	0	0	0	50		0	50	100	100	100	100	0	0	0	100	100	40	60	0		
R9	0	0	100	0	0	50				50	100	100	0	0	60	75	50	75				100		75	25	100	100	100	100	40	40	100	100	100	100	100	80		
R10	50	50	50	50	50	100	50	50	50	100	100			100	100	50	75	50	75	75	75		50	100	100	0	0	60	40	20	40	80	80	40	80	60			

R11	5 0	0 0	1 0	5 0	5 0	5 0	5 0	5 0	5 0	5 0	5 0	0	1 0	1 0	1 0	8 0	2 5	5 0	7 5	7 5	1 0	1 0	1 0	10 0	10 0	10 0	10 0	0	1 0	1 0	0	0	1 0	0	1 0	1 0	0	1 0	
R12	0	0	0	1 0	0	0	0	0	0	0	0	1 0	1 0	0	0	0	1 0	1 0	7 5	7 5	5 0	7 5	7 5	5 0	10 0	10 0	10 0	0	0	1 0	4 0	1 0	4 0	8 0	0	6 0	1 0	6 0	
R13	0	0	0	0	0	5 0	0	0	0	0	5 0	1 0	0	0	0	6 0	5 0	0	2 5	5 0	2 5	7 5	2 5	25	25	10 0	0	0	4 0	4 0	4 0	4 0	1 0	4 0	4 0	2 0	4 0		
R14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 0	1 0	1 0	0	0	0	0	5 0	2 5	2 5	0	0	25	25	10 0	10 0	10 0	4 0	2 0	6 0	2 0	8 0	8 0	4 0	6 0	2 0			
R15	0	5 0	5 0	0	5 0	5 0	0	0	0	0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	6 0	2 0	7 5	2 5	5 5	5 0	5 0	5 0	10 0	50	0	10 0	10 0	4 0	4 0	6 0	6 0	1 0	1 0	8 0	6 0	2 0		
R16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5 0	1 0	1 0	1 0	0	0	0	0	5 0	2 5	2 5	0	0	25	10 0	10 0	10 0	10 0	4 0	2 0	6 0	2 0	8 0	8 0	4 0	6 0	2 0			
R17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5 0	0	1 0	0	0	0	2 0	2 5	0	2 5	0	0	0	5 0	0	50	10 0	10 0	10 0	1 0	0	0	0	1 0	1 0	4 0	6 0	0		
R18	0	0	0	0	0	5 0	5 0	5 0	5 0	0	1 0	1 0	1 0	0	0	4 0	5 0	7 5	7 5	0	0	1 0	7 5	75	50	10 0	0	0	8 0	4 0	2 0	0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0		
R19	0	5 0	1 0	0	0	0	0	0	0	5 0	0	0	0	0	0	1 0	1 0	7 5	7 5	5 0	7 5	7 5	5 0	10 0	25	10 0	0	0	0	4 0	1 0	4 0	8 0	0	6 0	1 0	6 0		
R20	5 0	5 0	1 0	5 0	1 0	1 0	0	0	0	1 0	0	0	1 0	0	0	6 0	7 5	2 5	7 5	7 5	7 5	7 5	2 5	10 0	10 0	0	10 0	0	1 0	8 0	8 0	6 0	0	1 0	1 0	1 0	1 0	4 0	
R21	5 0	1 0	1 0	0	0	5 0	0	0	0	5 0	1 0	0	1 0	0	0	6 0	7 5	2 5	2 5	7 5	7 5	5 0	7 5	10 0	10 0	10 0	10 0	10 0	1 0	0	8 0	6 0	8 0	8 0	6 0	8 0	6 0	8 0	4 0
R22	0	5 0	1 0	1 0	5 0	0	0	0	0	5 0	0	0	0	0	0	0	0	0	2 5	5 0	7 5	0	0	10 0	25	10 0	0	0	8 0	6 0	0	4 0	6 0	6 0	0	1 0	6 0	2 0	
R23	5 0	0	5 0	0	0	0	0	0	0	0	1 0	0	0	0	0	4 0	5 0	0	7 5	0	0	5 0	5 0	75	50	10 0	0	0	1 0	6 0	6 0	0	6 0	1 0	4 0	4 0	2 0		

R24	1 0 0	5 0 0	0 0 0	0 0 0	5 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	1 0 0	1 0 0	1 0 0	1 0 0	2 0 0	2 5 0	5 0 0	7 5 0	0 0 0	5 0 0	2 5 0	0 50 0	10 0 0	10 0 0	10 0 0	4 0 0	4 0 0	1 0 0	2 0 0	2 0 0	1 0 0	2 0 0	1 0 0	1 0 0									
R25	1 0 0	1 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	5 0 0	1 0 0	1 0 0	1 0 0	1 0 0	0 0 0	0 0 0	5 0 0	7 5 0	0 0 0	2 5 0	0 0 0	25 0 0	10 0 0	10 0 0	10 0 0	10 0 0	4 0 0	6 0 0	6 0 0	0 0 0	2 0 0	0 0 0	2 0 0	1 0 0	1 0 0								
R26	5 0 0	5 0 0	0 0 0	5 0 0	5 0 0	1 0 0	5 0 0	0 0 0	0 0 0	1 0 0	1 0 0	1 0 0	1 0 0	1 0 0	1 0 0	5 0 0	5 0 0	2 5 0	5 0 0	5 0 0	10 0 0	50 0 0	0 0 0	10 0 0	10 0 0	1 0 0	8 0 0	8 0 0	6 0 0	8 0 0	8 0 0	6 0 0	8 0 0	6 0 0								
R27	1 0 0	1 0 0	1 0 0	5 0 0	5 0 0	5 0 0	0 0 0	0 0 0	5 0 0	1 0 0	1 0 0	1 0 0	0 0 0	4 0 0	0 0 0	2 5 0	5 0 0	5 0 0	5 0 0	7 5 5	7 5 5	25 0 0	10 0 0	10 0 0	0 0 0	10 0 0	1 0 0	8 0 0	8 0 0	6 0 0	6 0 0	6 0 0	8 0 0	1 0 0	2 0 0							
R28	5 0 0	5 0 0	5 0 0	0 0 0	0 0 0	5 0 0	5 0 0	5 0 0	0 0 0	1 0 0	1 0 0	1 0 0	0 0 0	0 0 0	2 5 0	2 0 0	2 5 0	2 0 0	2 5 0	2 5 0	0 0 0	75 0 0	10 0 0	0 0 0	0 0 0	8 0 0	6 0 0	6 0 0	0 0 0	1 0 0	6 0 0	8 0 0	1 0 0	6 0 0	4 0 0							
R29	0 0 0	0 0 0	0 0 0	5 0 0	5 0 0	0 0 0	5 0 0	5 0 0	5 0 0	1 0 0	0 0 0	0 0 0	1 0 0	1 0 0	4 0 0	5 0 0	0 0 0	7 5 0	7 5 0	7 5 0	2 5 0	75 75 0	0 0 0	10 0 0	0 0 0	4 0 0	4 0 0	4 0 0	0 0 0	1 0 0	8 0 0	0 0 0	1 0 0	8 0 0	8 0 0							
R30	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	5 0 0	5 0 0	5 0 0	5 0 0	0 0 0	1 0 0	1 0 0	0 0 0	1 0 0	1 0 0	0 0 0	7 5 0	2 5 0	0 0 0	5 0 0	5 0 0	0 0 0	10 0 0	0 0 0	10 0 0	0 0 0	10 0 0	6 0 0	2 0 0	4 0 0	8 0 0	8 0 0	8 0 0	8 0 0	6 0 0	8 0 0							
JUM LAH	8 0 0	1 0 0	1 0 0	6 0 0	7 0 0	1 0 0	6 0 0	5 0 0	6 0 0	1 0 0	2 0 0	1 0 0	1 0 0	9 0 0	7 2 0	7 5 0	9 2 5	7 0 0	9 7 0	0 0 5	1 0 5	1 0 5	1 0 5	1 0 5	18 50	18 75	24 00	14 00	14 00	0 0	0 0	2 6	1 6	1 6	1 6	2 0	2 4	1 2	2 0	1 0	2 8	1 8
RAT A- RAT A	2 6 6	3 3 3	4 1 6	2 2 0	2 3 5	3 1 3	2 1 6	1 8 3	2 2 0	6 1 6	7 3 3	3 5 0	3 6 0	5 7 3	5 8 3	3 0 8	5 6 6	3 3 0	4 6 6	4 5 8	61 ,6	62 ,5	80	46, 6	46, 6	7 3	4 0	4 1	3 6	7 6	6 2	6 4	7 6	6 4	7 6	5 9, 3						
	301,3									189,9			115,6		245,6				124,1		173,2		198			338,7																
	30,13									47,47			57,8		40,93				62,05		57,73		49,5			67,74																

lampiran 8 hasil SPSS data demografi

1. Hasil SPSS data demografi komorbid hipertensi

Statistics

	Umur	Jenis Kelamin	Status perkawinan	Pendidikan	Lama HD	Pekerjaan	Frekuensi HD
N Valid	30	30	30	30	30	30	30
Missing	0	0	0	0	0	0	0
Mean	3.83	1.57	2.00	2.47	2.00	2.60	2.00
Median	4.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.50	2.00
Minimum	2	1	2	1	2	1	2
Maximum	5	2	2	4	2	5	2

Frequency Table

Umur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	26-35 Tahun	2	6.7	6.7	6.7
	36-45 Tahun	10	33.3	33.3	40.0
	46-55 Tahun	9	30.0	30.0	70.0
	56-65 Tahun	9	30.0	30.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	13	43.3	43.3	43.3
	Perempuan	17	56.7	56.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Status perkawinan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Menikah	30	100.0	100.0	100.0

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	4	13.3	13.3	13.3
	SMP	12	40.0	40.0	53.3
	SMA	10	33.3	33.3	86.7
	Perguruan tinggi	4	13.3	13.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Lama HD

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	>1 Tahun	30	100.0	100.0	100.0

Pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Bekerja/IRT	14	46.7	46.7	46.7
	PNS	1	3.3	3.3	50.0
	Petani	5	16.7	16.7	66.7
	Guru	3	10.0	10.0	76.7
	Wirawasta	7	23.3	23.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Frekuensi HD

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2x Seminggu	30	100.0	100.0	100.0

2. hasil SPSS data demografi komorbid diabetes melitus

Statistics

	Umur	Jenis Kelamin	Status Pernikahan	Pendidikan	Lama HD	Pekerjaan	Frekuensi HD
N Valid	30	30	30	30	30	30	30
Missing	0	0	0	0	0	0	0
Mean	4.47	1.57	2.07	2.53	2.00	2.57	2.00
Median	4.50	2.00	2.00	3.00	2.00	1.00	2.00
Minimum	3	1	2	1	2	1	2
Maximum	6	2	3	4	2	5	2

Frequency Table

Umur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	36-45 Tahun	6	20.0	20.0	20.0
	46-55 Tahun	9	30.0	30.0	50.0
	56-65 Tahun	10	33.3	33.3	83.3
	>65 Tahun	5	16.7	16.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	laki-laki	13	43.3	43.3	43.3
	perempuan	17	56.7	56.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Status Pernikahan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	menikah	28	93.3	93.3	93.3
	janda/duda	2	6.7	6.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	6	20.0	20.0	20.0
	SMP	7	23.3	23.3	43.3
	SMA	12	40.0	40.0	83.3
	Perguruan tinggi	5	16.7	16.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Lama HD

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	>12bulan	30	100.0	100.0	100.0

Pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak bekerja/IRT	16	53.3	53.3	53.3
	PNS	1	3.3	3.3	56.7
	Petani	1	3.3	3.3	60.0
	Guru	4	13.3	13.3	73.3
	Wiraswasta	8	26.7	26.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Frekuensi HD

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2x 1minggu	30	100.0	100.0	100.0

lampiran 9 hasil SPSS data khusus kuesioner KDQOL-SF 36

Statistics

Kualitas Hidup Hipertensi

N	Valid	30
	Missing	0
Mean		2.47
Median		2.00
Minimum		2
Maximum		3

Kualitas Hidup Hipertensi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Buruk	16	53.3	53.3	53.3
	Sedang	14	46.7	46.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Statistics

Kualitas Hidup Diabetes Melitus

N	Valid	30
	Missing	0
Mean		2.10
Median		2.00
Minimum		2
Maximum		3

Kualitas Hidup Diabetes Melitus

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Buruk	27	90.0	90.0	90.0
	Sedang	3	10.0	10.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

lampiran 10 Hasil man whitney

Ranks

Kelompok Penyakit hipertensi dan Diabetes melitus		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Skor dari Kelompok	Hipertensi	30	36.00	1080.00
	Diabetes Melitus	30	25.00	750.00
	Total	60		

Test Statistics^a

	Skor dari Kelompok
Mann-Whitney U	285.000
Wilcoxon W	750.000
Z	-3.125
Asymp. Sig. (2-tailed)	.002

a. Grouping Variable: Kelompok Penyakit hipertensi dan Diabetes melitus

lampiran 11 Surat balasan izin penelitian



PEMERINTAH KABUPATEN JOMBANG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH JOMBANG
 Jl. K.H. Wahid Hasyim No. 52 Jombang 61411
 Telp. (0321) 863502, Fax. -, e-mail: rsud.jombang@jombangkab.go.id

Jombang, 8 Mei 2024

Nomor : 000.9.2/818/415.47/2024
 Sifat : Penting
 Lampiran : Satu lembar
 Hal : Surat Balasan Permohonan
 Pengambilan Data dan
 Penelitian, a.n Salma Maulida

Kepada
 Yth. Dekan Fakultas Kesehatan
 ITS Kesehatan ICME
 di
 Jombang

Mencukupi Surat Saudara tanggal 28 Maret 2024, nomor : 069/FK/III/2024, perihal pokok surat diatas, bersama ini kami sampaikan ketersediaan lahan Penelitian bahwa kami tidak keberatan menerima Mahasiswa S1 Keperawatan, Fakultas Kesehatan, ITS Kesehatan ICME Jombang dalam rangka melaksanakan pengambilan data dan penelitian di RSUD Kabupaten Jombang, guna untuk penyusunan Skripsi kepada mahasiswa sebagai berikut :

No	Nama	Program Studi
1.	SALMA MAULIDA	S1 Keperawatan

Adapun Judul Penelitiannya adalah "**Analisis Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik dengan Komorbid Faktor Hipertensi dan Diabetes Melitus di Ruang Hemodialisa RSUD Jombang**" dan Biaya pengambilan data serta penelitian Sesuai Peraturan Daerah Kabupaten Jombang nomor 13 tahun 2023 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah (terlampir)

Demikian atas perhatian Saudara, kami ucapkan terima kasih.



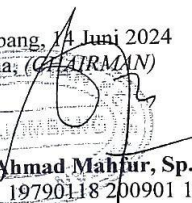
Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Jombang

Ditandatangani secara elektronik



Dr. dr. MA'MUROTUS SA'DIYAH, M.Kes
 NIP. 197112142005012006

lampiran 12 Surat etik

 	
<p>KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN JOMBANG JOMBANG PUBLIC HOSPITAL</p>	
<p>KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL</p>	
<p>“ETHICAL APPROVAL” No : 50/KEPK/VI/2024</p>	
<p>Komite Etik Penelitian Kesehatan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Jombang dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kesehatan, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :</p>	
<p><i>The Committee of Ethical Approval in the Regional Public Hospital of Jombang, with regards of the protection of Human Rights and welfare in health research, has carefully reviewed the research protocol entitled :</i></p>	
<p>“ PERBEDAAN KUALITAS HIDUP PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK ANTARA KOMORBID HIPERTENSI DENGAN DIABETES MELITUS YANG MENJALANI HEMODIALISA (DI RUANG HEMODIALISA RSUD JOMBANG) ”</p>	
<u>Peneliti Utama</u>	: SALMA MAULIDA
<u>Nama Institusi</u> <i>Name of Institution</i>	: INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN INSAN CENDEKIA MEDIKA JOMBANG
<u>Unit/Lembaga/Tempat Penelitian</u> <i>Setting of Research</i>	: RSUD JOMBANG, KABUPATEN JOMBANG
<p>Dan telah menyetujui protokol tersebut di atas melalui Dipercepat. <i>And approved the above-mentioned protocol with Expedited</i></p>	
<p>Jombang, 14 Juni 2024 Ketua: (CHAIRMAN)  dr. Ahmad Mahfur, Sp.A NIP. 19790118 200901 1 005</p>	

lampiran 13 hasil Turnitin *digital receipt*

turnitin

Digital Receipt


This receipt acknowledges that Turnitin received your paper. Below you will find the receipt information regarding your submission.

The first page of your submissions is displayed below.

Submission author: Salma Maulida
Assignment title: Quick Submit
Submission title: PERBEDAAN KUALITAS HIDUP PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK...
File name: SALMA_MAUJIDA_TURNITIN_-_Salma_Maulida.docx
File size: 535.37K
Page count: 67
Word count: 12,123
Character count: 87,331
Submission date: 11-Sep-2024 04:52PM (UTC+0430)
Submission ID: 2450957660

SKRIPSI

PERBEDAAN KUALITAS HIDUP PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK
SINYARA KOMORBID HEPATITIS BENGAS DAN GINJAL MELITUS
YANG MENJALANI BERSIHHALESA
(Di Ruang Hemodialisa RSUD Jombang)



SALMA MAULIDA
20210960

PROGRAM STUDI S1 HMI KEPERAWATAN FAKULTAS KESIHATAN
INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN
INSAN CENDOKIA MEDIKA JOMBANG
TAHUN 2024

Copyright 2024 Turnitin. All rights reserved.

lampiran 14 surat keterangan plagiasi



ITSkes Insan Cendekia Medika
Jl Kemuning No. 57 A Candimulyo Jombang Jawa Timur Indonesia

SK. Kemendikbud Ristek No. 68/E/O/2022

KETERANGAN BEBAS PLAGIASI

Nomor : 06/R/SK/ICME/IX/2024

Menerangkan bahwa;

Nama : Salma Maulida
NIM : 203210060
Program Studi : S1 Keperawatan
Fakultas : Kesehatan
Judul : Perbedaan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik Antara Komorbid Hipertensi Dengan Diabetes Melitus Yang Menjalani Hemodialisa (Di Ruang Hemodialisa Rsud Jombang)

Telah melalui proses Check Plagiasi dan dinyatakan **BEBAS PLAGIASI**, dengan persentase kemiripan sebesar **11%**. Demikian keterangan ini dibuat dan diharapkan dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Jombang, 8 September
2024

Wakil Rektor I

Dr. Lusianah Meinawati, SST., M.Kes
NIDN. 0718058503

lampiran 15 surat pernyataan pengecekan judul



**PERPUSTAKAAN
INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA JOMBANG**

Kampus C : Jl. Kemuning No. 57 Candimulyo Jombang Telp. 0321-865446

SURAT PERNYATAAN
Pengecekan Judul

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Lengkap : Salma Maulida
NIM : 203210060
Prodi : S1 Ilmu Keperawatan
Tempat/Tanggal Lahir: Jombang , 11 Juni 2002
Jenis Kelamin : Wanita
Alamat : Jln. Kh Hasyim Asyari 159 Parimono Jombang
No.Tlp/HP : 081217618960
email : salmamaulida1106@gmail.com
Judul Penelitian : **Perbedaan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik antara komorbid hipertensi dengan diabetes melitus yang menjalani Hemodialisa (di ruang Hemodialisa RSUD Jombang)**

Menyatakan bahwa judul LTA/Skripsi diatas telah dilakukan pengecekan, dan judul tersebut layak untuk di ajukan sebagai judul Skripsi/LTA. Demikian surat pernyataan ini dibuat untuk dapat dijadikan sebagai referensi kepada dosen pembimbing dalam mengajukan judul LTA/Skripsi.

Mengetahui,
Jombang, 26 Februari 2024
Direktur Perpustakaan

Dwi Nuriana, M.IP
BERPU NIK.01.08.112

Lampiran 17 Lembar Bimbingan Skripsi Pembimbing 1


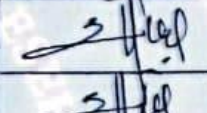
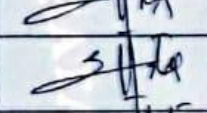
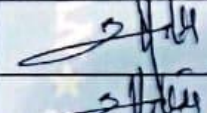

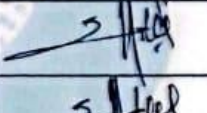
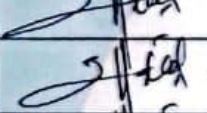
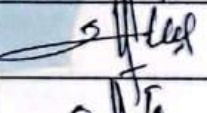
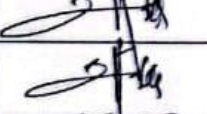
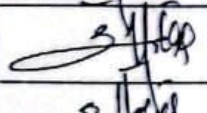
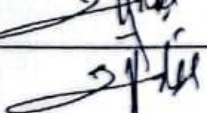
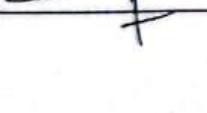

LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI

Nama Mahasiswa : Salma Maulida

NIM : 203210060

Judul Skripsi : Perbedaan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik antara komorbid hipertensi dengan diabetes melitus yang menjalani hemodialisa (diruang hemodialisa RSUD Jombang)

Nama Pembimbing : Dr. Muarrofah.,S.Kep.,Ns.,M.Kes

No	Tanggal	Hasil Bimbingan	Tanda tangan
1	28/02 2024	Konsul judul	
2	22/03 2024	Konsul Judul (Acc Judul)	
3	23/03 2024	Bimbingan bab 1-2	
4	15/03 2024	Bimbingan bab 3-4	
5	29/03 2024	Bimbingan bab 3-4	
6	02/04 2024	Revisi	
7	04/04 2024	Bimbingan bab 1-4 (Penulisan dapus)	
8	20/04 2024	ACC sidang proposal	
9	20/05 2024	Konsul Bab 5-6	
10	16/07 2024	Konsul Bab 5-6	
11	18/07 2024	Hasil SPSS	
12	29/07 2024	Hasil SPSS	
13	29/07 2024	Tabulasi data	
14	30/07 2024	Opini	
15	01/08 2024	Penulisan dan lengkapi	
16	02/08 2024	ACC sidang hasil	

Lampiran 18 Lembar Bimbingan Skripsi Pembimbing 2







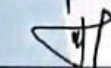








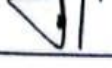
LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI

Nama Mahasiswa : Salma Maulida

NIM : 203210060

Judul Skripsi : Perbedaan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik antara komorbid hipertensi dengan diabetes melitus yang menjalani hemodialisa (diruang hemodialisa RSUD Jombang)

Nama Pembimbing : Agustina maunaturrohmah, S.Kep.,Ns.,M.Kes

No	Tanggal	Hasil Bimbingan	Tanda tangan
1	28/02 2024	Konsul judul	
2	22/03 2024	bimbingan bab 1-2	
3	23/03 2024	bimbingan bab 3-4	
4	25/03 2024	bimbingan bab 3-4	
5	28/03 2024	Revisi	
6	29/03 2024	Bimbingan bab 1-4 (penulisan dafpus)	
7	02/04 2024	Bimbingan bab 1-4 (melengkapi)	
8	09/04 2024	ACC sedang proposal	
9	20/04 2024	konsul Hasil SPSS	
10	20/05 2024	konsul Hasil SPSS	
11	16/07 2024	konsul bab 5-6	
12	18/07 2024	konsul bab 5-6	
13	24/07 2024	Tabulasi data	
14	29/07 2024	opini	
15	30/07 2024	Penulisan dan lengkapi	
16	01/08 2024	ACC sedang hasil	

lampiran 18 persentase turnitin

The screenshot displays a Turnitin integrity overview page. At the top left is the Turnitin logo and the text "Page 2 of 75 - Integrity Overview". At the top right is the submission ID: "Submission ID (in id): 1.000.071928".

The main heading is "11% Overall Similarity", with a subtext: "The combined total of all matches, including overlapping sources, for each database." Below this is a "Top Sources" section with a list:

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

The "Integrity Flags" section shows "0 Integrity Flags for Review" and "No suspicious text manipulations found." To the right of this section is a light blue callout box containing the following text:

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'll recommend you focus your attention there for further review.

At the bottom of the page, the Turnitin logo and "Page 2 of 75 - Integrity Overview" are repeated on the left, and the submission ID "Submission ID (in id): 1.000.071928" is repeated on the right.

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 Lerry Nopitasari, Anna Pradiningih, Rizkika Putri Suci Dinlanty. "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.itakesicme.ac.id	0%
11	Student papers	IAIN Purwokerto	0%

lampiran 19 dokumentasi penelitian



lampiran 20 surat pernyataan kesediaan unggahan

**SURAT PERNYATAAN KESEDIAAN UNGGAHAN
SKRIPSI**

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Salma Maulida

NIM : 233210060

Program Studi : S1 Ilmu Keperawatan

Demikian Pengembangan Ilmu Pengetahuan Menyetujui Untuk Memberikan Kepada Itskes Insan Cendekia Medika Jombang Hak Bebas Royaltas Non Eksklusif (*Non Exclusive Royalty Free Right*) Atas "Perbedaan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik antara komorbid hipertensi dengan diabetes melitus yang menjalani Hemodialisa (di ruang Hemodialisa RSUD Jombang)".

Hak Bebas Royaltas Non Eksklusif Ini Itskes Insan Cendekia Medika Jombang Berhak Menyimpan Alih KTI/SKRIPSI/MEDIA/FORMAT, Mengolah Dalam Bentuk Pangkalan Data (Database), Merawat Kti, Merawat Skripsi Dan Mempublikasikan Tugas Akhir Saya Selama Tetap Mencantumkan Nama Saya Sebagai Penulis/Pencipta Dan Pemilik Hak Cipta.

Demikian Pernyataan Ini Saya Buat Untuk Dapat Digunakan Sebagaimana Mestinya

Jombang, 12 September 2024

Yang Menyatakan



(Salma Maulida)