

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Perubahan pola penyakit tanpa disadari telah memberi pengaruh terhadap terjadinya transisi epidemiologi, dengan semakin meningkatnya kasus-kasus penyakit tidak menular. Angka penyakit tidak menular juga terus mengalami peningkatan. Salah satu penyakit tidak menular yang juga mengalami peningkatan adalah Gagal Ginjal Kronis (GGK) (Susanti, 2017).

GGK merupakan salah satu penyakit tidak menular (*non-communicable disease*) yang perlu mendapatkan perhatian karena telah menjadi masalah kesehatan masyarakat dengan angka kejadiannya yang cukup tinggi dan berdampak besar terhadap morbiditas, mortalitas dan sosial ekonomi masyarakat karena biaya perawatan yang cukup tinggi. Gagal Ginjal Kronis juga salah satu masalah kesehatan yang penting mengingat selain insidens dan prevalensinya yang semakin meningkat, pengobatan pengganti ginjal yang harus di jalani oleh penderita gagal ginjal merupakan pengobatan yang sangat mahal (Fatmi, 2016).

Menurut *World Health Organization* (WHO) Tahun 2017, penyakit GGK berkontribusi pada beban penyakit dunia dengan angka kematian sebesar 850.000 jiwa per tahun. GGK termasuk 12 penyebab kematian umum di dunia, terhitung 1,1 juta kematian akibat gagal ginjal kronis yang telah meningkat sebanyak 31,7% sejak tahun 2017. Secara global lebih dari 500 juta orang harus menjalani hidup dengan bergantung pada cuci darah (*hemodialisis*) (Ratna, 2017).

GGK termasuk kedalam sepuluh besar penyakit tidak menular di Indonesia. Indonesia Renal Report (IRR) tahun 2018 melaporkan bahwa jumlah pasien dengan gagal ginjal kronis semakin meningkat dari tahun ketahun, pada tahun 2017 terdapat 21.050 pasien baru yang merupakan pasien yang pertama kali menjalani hemodialis dan 30.554 pasien aktif menjalani hemodialisa secara rutin dan masih hidup hingga 31 Desember 2017. Hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 menunjukkan bahwa prevalensi penyakit gagal ginjal kronis di Indonesia terjadi peningkatan pada tahun 2018 sebesar 0,38% (Mahyudin, 2018).

Di Provinsi Riau tahun 2018 kematian yang disebabkan karena penyakit GGK mencapai 1.243 orang. Berdasarkan data rekam medis RSUD Arifin Achmad Pekanbaru tahun 2018 pasien dengan penyakit GGK sebanyak 376 orang (Rekam Medis RSUD Arifin Achmad Pekanbaru, 2018)

Kondisi uremia pada GGK akan mempengaruhi setiap sistem tubuh, dengan tanda dan gejala bergantung pada bagian dan tingkat kerusakan ginjal dan kondisi lain yang mendasarinya. Gejala klinis dapat terjadi pada sindrom uremik, yaitu gangguan fungsi pengaturan dan ekskresi, serta kelainan volume cairan dan elektrolit, ketidakseimbangan asam-basa, retensi metabolit nitrogen dan metabolit lainnya, serta anemia akibat defisiensi sekresi ginjal. Gambaran klinis lainnya adalah gangguan kelainan kardiovaskuler, neuromuskular, saluran cerna dan kelainan lainnya (Astuti, 2016).

Salah satu terapi pengganti ginjal adalah hemodialisa dengan tujuan untuk mengambil sisa-sisa metabolisme seperti air, natrium, kalium, hidrogen, urea, kreatinin, asam urat, dan zat-zat lain dari dalam darah

pasien ke dializer tempat darah tersebut dan dibersihkan kemudian dikembalikan ke dalam tubuh pasien (Rahmad, 2018).

Pasien gagal ginjal kronis di di RSUD Bangkinang, yang mengunjungi unit hemodialisa setiap tahunnya mengalami peningkatan pada tahun 2018 sebanyak 121 orang, kemudian meningkat pada tahun 2019 dengan jumlah 312 dengan frekuensi hemodialisa 2-3 kali seminggu dengan durasi waktu 4-5 jam setiap sekali menjalani terapi hemodialis (Rekam Medik RSUD Bangkinang, 2019).

Tindakan hemodialisa dilakukan untuk meningkatkan kualitas hidup penderita gagal ginjal kronik, tetapi selama proses hemodialisa pasien mengalami berbagai masalah psikososial, seperti depresi, merasa tidak berguna dan menjadi beban bagi keluarganya. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Pratiwi dan Warsiti (2014), yang mengatakan bahwa pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisa jangka panjang dapat menimbulkan depresi sampai dengan tindakan bunuh diri, dengan adanya dukungan dari keluarga dapat menumbuhkan rasa diperhatikan, dicintai dan dihargai sehingga dapat menolong secara psikologis maupun secara fisik dan dapat menurunkan tingkat depresi pasien gagal ginjal kronis (Kartini 2017).

Pasien yang menjalani hemodialisa jangka panjang harus dihadapkan dengan berbagai masalah seperti masalah finansial, kesulitan dalam mempertahankan pekerjaan, dorongan seksual yang hilang, depresi dan ketakutan terhadap kematian. Gaya hidup yang terencana berhubungan dengan terapi hemodialisa (misalnya pelaksanaan terapi hemodialisa 2-3 kali seminggu selama 3-4 jam) dan pembatasan asupan cairan sering

menghilangkan semangat hidup pasien. Hal ini akan mempengaruhi kualitas hidup pasien gagal ginjal kronis (Ratna, 2017).

Kualitas hidup bisa dipandang dari segi subjektif dan objektif. Segi subjektif merupakan perasaan enak dan puas atas segala sesuatu secara umum, sedangkan secara objektif adalah pemenuhan tuntutan kesejahteraan materi, status sosial dan kesempurnaan fisik secara sosial budaya (Trisnawati, 2015). Kualitas hidup GGK yang menjalani terapi hemodialisa masih merupakan masalah yang menarik perhatian para profesional kesehatan. Kualitas hidup pasien yang optimal menjadi isu penting yang harus diperhatikan dalam memberikan pelayanan keperawatan yang komprehensif. Pasien bisa bertahan hidup dengan bantuan mesin hemodialisa, namun masih menyisakan sejumlah persoalan penting sebagai dampak dari terapi hemodialisa (Friedman, 2014).

Menurut Suhut (2012) banyak pasien menganggap hidupnya tinggal dihitung jari dan melampiaskan keputusasaannya dengan tidak mengindahkan petunjuk tim medis serta makan dan minum sembarangan dan juga percaya bahwa akibat dari penyakit yang diderita mereka tak mungkin lagi dapat berolahraga. Namun kenyataannya adalah sebagian besar penderita GGK masih dapat berolahraga. Kalangan profesional di bidang rehabilitasi ginjal mengungkapkan bahwa aktivitas olahraga yang dilakukan secara teratur namun terbatas tidak hanya dapat meningkatkan aktivitas fisik dari penderita namun juga dapat meningkatkan kualitas hidup penderita secara keseluruhan

Kualitas hidup merupakan hasil persepsi individu tentang kemampuan, keterbatasan, gejala dan sifat psikososial hidup individu, dalam konteks lingkungan, budaya dan nilai dalam menjalankan peran dan fungsinya

sehingga setiap individu mempunyai persepsi tidak sama. Kualitas hidup berkaitan erat dengan adanya dukungan keluarga karena dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit, dimana keluarga menjalankan fungsinya sebagai sistem yang bersifat mendukung, selalu siap memberi pertolongan jika diperlukan (Friedman, 2014).

Hemodialisa menyebabkan perubahan gaya hidup pada keluarga. Waktu yang diperlukan untuk terapi hemodialisa akan mengurangi waktu yang tersedia untuk melakukan aktivitas sosial dan dapat menciptakan konflik, frustrasi, rasa bersalah, serta stres di dalam keluarga. Keluarga pasien dan sahabat-sahabatnya mungkin memandang pasien sebagai orang yang harapan hidup yang terbatas. Sulit bagi pasien, pasangan, dan keluarganya untuk mengungkapkan rasa marah serta perasaan negatif (Brunner & Suddarth, 2012)

Dukungan keluarga erat kaitannya dalam menunjang kualitas hidup seseorang. Hal ini dikarenakan kualitas hidup merupakan suatu persepsi yang hadir dalam kemampuan, keterbatasan, gejala serta sifat psikososial hidup individu baik dalam konteks lingkungan budaya dan nilainya dalam menjalankan peran dan fungsinya sebagaimana mestinya (Zadeh, 2016).

Menurut Ratna (2017), dukungan keluarga merupakan faktor penting seseorang ketika menghadapi masalah (kesehatan) dan sebagai strategi preventif untuk mengurangi stress dimana pandangan hidup menjadi luas dan tidak mudah stress. Terdapat dukungan yang kuat antara keluarga dan status kesehatan anggotanya dimana keluarga sangat penting bagi setiap aspek

perawatan kesehatan anggota keluarganya untuk mencapai suatu keadaan sehat hingga tingkat optimum.

Bentuk dukungan keluarga berupa dukungan verbal dan non verbal, bisa berupa saran, bantuan langsung atau sikap yang diberikan oleh orang-orang yang mempunyai kedekatan dengan subjek didalam lingkungan sosialnya. Ada lima dimensi dukungan keluarga yang diberikan oleh anggota keluarga yaitu dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan informasi, dukungan instrumental, dan dukungan jaringan sosial yang kesemua jadi satu bentuk dukungan keluarga (Firman, 2014).

Menurut Yousefi (2015), bahwa ketidak pahaman keluarga akan berefek kepada semangat pasien yang menjalani terapi hemodialisa. Pasien hemodialisa sering merasa sendiri dan kadang-kadang keluarga tidak mengerti akan kondisi yang dialami pasien, serta kurangnya dukungan emosional dari keluarga dalam menolong untuk mentoleransi penyakitnya, tindakan dan komplikasi yang dihadapi pasien.

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan di RSUD Bangkinang pada bulan Januari sampai Maret tahun 2020 didapat jumlah pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa sebanyak 60 orang. (Data Medical Record RSUD Bangkinang, 2020).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan melalui wawancara terhadap 10 orang yang menjalani tindakan hemodialisa, 4 orang diantaranya mengatakan ditemani keluarga untuk cuci darah, 4 orang lagi mengatakatan bahwa keluarga tidak setuju untuk cuci darah karena cuci darah sekali maka seumur hidup akan cuci darah dan dengan jadwal 2 kali seminggu

membuat aktifitas terbatas karena harus menemani ke rumah sakit dan merupakan rutinitas yang membosankan. 2 orang lainnya mengatakan kadang-kadang keluarga menemani untuk untuk cuci darah, kadang-kadang keluarga tidak menemani karena mempunyai kesibukan masing-masing sehingga mengakibatkan responden tidak bersemangat dalam menjalani teapi

Dari 10 orang pasien tersebut juga menunjukkan adanya penurunan kualitas hidup akibat kurangnya dukungan keluarga. Kualitas hidup yang menurun ini dikaitkan dengan perubahan kehidupan ekonomi, kesehatan fisik dan psikososial, dimana pasien GGK menyatakan bahwa telah berhenti bekerja sejak menjalani terapi hemodialisa dan mengalami perubahan kesehatan fisik dengan adanya penurunan berat badan, dan juga pasien mengalami keadaan cepat merasa lelah sehingga kegiatannya harus dibantu oleh orang lain dan merasa bosan dengan rutinitas kerumah sakit 2 kali seminggu.

Dari uraian fenomena masalah diatas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien gagal ginjal kronis yang Menjalani Terapi Hemodialisa di RSUD Bangkinang Tahun 2020.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang diatas maka ditetapkan rumusan masalah pada penelitian ini “Apakah ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa Di RSUD Bangkinang Tahun 2020”?

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa di RSUD Bangkinang Tahun 2020.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Untuk mengidentifikasi distribusi frekuensi dukungan keluarga pada pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa di RSUD Bangkinang Tahun 2020
- b. Untuk mengidentifikasi distribusi frekuensi kualitas hidup pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa di RSUD Bangkinang Tahun 2020.
- c. Untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa di RSUD Bangkinang Tahun 2020

## **D. Manfaat Penelitian**

### **1. Aspek Teoritis**

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan suatu masukan untuk teori serta dijadikan sebagai referensi dalam meningkatkan pengetahuan keluarga tentang pentingnya dukungan keluarga saat menjalani terapi hemodialisa. Hasil penelitian ini dapat digunakan untuk menyusun hipotesis baru dalam penelitian selanjutnya.



## 2. Aspek Praktis

### a. Bagi Rumah Sakit

Sebagai masukan dan bahan pertimbangan RSUD Bangkinang dalam upaya meningkatkan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa

### b. Bagi Responden

Sebagai informasi tentang salah satu cara untuk membantu meningkatkan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa

### c. Bagi Institusi Pendidikan

Menjadi sumber informasi bagi rekan mahasiswa Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai khususnya mengenai tentang hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa

### d. Bagi perawat

Memberikan masukan kepada perawat tentang pentingnya dukungan keluarga terhadap kualitas hidup pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa.

### e. Bagi peneliti selanjutnya

Sebagai bahan acuan atau *referensi* bagi peneliti selanjutnya yang mengkaji tentang hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **1. Tinjauan Teori**

##### **a. Konsep Gagal Ginjal Kronis (GGK)**

###### **a. Definisi Gagal Ginjal Kronis**

Gagal Ginjal Kronis (GGK) atau *Chronic Kidney Disease* (CKD) adalah kerusakan ginjal atau penurunan fungsi ginjal kurang dari 60% ginjal normal bersifat progresif dan irreversible, menyebabkan ketidakmampuan ginjal untuk membuang toksin dan produk sisa dari darah serta tidak dapat berfungsi secara maksimal, dimana kerusakan ginjal tersebut ditandai dengan albuminuria ( $>30$  mg albumin urin per gram dari creatinin urin), *Glomerular Filtration Rate* (GFR)  $<60$  ml/menit/1,73 m<sup>2</sup> dengan jangka waktu lebih dari 3 bulan (Zahra, 2016).

###### **b. Etiologi**

Menurut Price dan Wilson (2012), klasifikasi penyebab gagal ginjal kronis adalah sebagai berikut:

- 1) Penyakit infeksi tubulointerstitial: Pielonefritis kronis atau refluks nefropati
- 2) Penyakit peradangan: Glomerulonefritis
- 3) Penyakit vaskuler hipertensif: Nefrosklerosis benigna, Nefrosklerosis maligna, Stenosis arteria renalis

- 4) Gangguan jaringan ikat: Lupus eritematosus sistemik, poliarteritis nodosa, sklerosis sistemik progresif
- 5) Gangguan kongenital dan hereditas: Penyakit ginjal polikistik, asidosis tubulus ginjal
- 6) Penyakit metabolik: Diabetes mellitus, gout, hiperparatiroidisme, amiloidosis
- 7) Nefropati toksik: Penyalahgunaan analgesi, nefropati timah
- 8) Nefropati obstruktif: Traktus urinarius bagian atas, traktus urinarius bawah

### c. Klasifikasi

Pengklasifikasian gagal ginjal kronis didasarkan atas 2 hal, yaitu atas derajat (stage) dan atas dasar diagnosis etiologi (Harrison, 2012), seperti berikut ini:

- 1) Klasifikasi gagal ginjal kronis berdasarkan derajat penyakit

Menurut *National Kidney Foundation*, gagal ginjal kronis dapat diklasifikasikan menurut derajat berikut ini;

Tabel 2. 1  
Klasifikasi Gagal Ginjal Kronis berdasarkan derajat penyakit

Derajat	Deskripsi	Nama lain	GFR (ml/menit/1,73m <sup>2</sup> )
I	Kerusakan ginjal dengan GFR normal	Risiko	>90
II	Kerusakan ginjal dengan penurunan GFR ringan	<i>Chronic Renal Insufisiensi (CRI)</i>	60-89
III	Penurunan GFR tingkat sedang	CRI, <i>Chronic Renal Failure (CRF)</i>	30-59
IV	Penurunan GFR tingkat berat	CRF	15-29
V	Gagal ginjal	<i>End-Stage Renal Disease (ESRD)</i>	<15

## 2) Klasifikasi Gagal Ginjal Kronis berdasarkan diagnosis etiologi

Tabel 2. 2  
Klasifikasi gagal ginjal kronis berdasarkan diagnosis etiologi

Penyakit	Tipe Mayor (contoh)
Penyakit ginjal diabetes	Diabetes tipe 1 dan 2
Penyakit non diabetes	Penyakit glomerular (penyakit otoimun, infeksi siskemik, obat, neoplasia), penyakit vascular (penyakit pembuluh darah besar, hipertensi, mikroangiopati), penyakit tubulointerstitial (pielonefritis kronis, batu, obstruksi, keracunan obat), penyakit kistik (ginjal polikistik)
Penyakit pada transplantasi	Rejeksi kronis, keracunan obat (siklosporin/takrolimus), penyakit recurrent (glomerular), <i>Transplant glomerulopathy</i>

**d. Patofisiologi**

Berdasarkan proses perjalanan penyakit dari berbagai penyebab pada akhirnya akan terjadi kerusakan nefron. Bila nefron rusak maka akan terjadi penurunan laju filtrasi glomerulus dan terjadilah penyakit gagal ginjal kronis yang mana ginjal mengalami gangguan dalam fungsi eksresi dan dan fungsi non-eksresi. Gangguan fungsi non-eksresi diantaranya adalah gangguan metabolisme vitamin D yaitu tubuh mengalami defisiensi vitamin D yang mana vitamin D berguna untuk menstimulasi usus dalam mengabsorpsi kalsium, maka absorbs kalsium di usus menjadi berkurang akibatnya terjadi hipokalsemia dan menimbulkan demineralisasi ulang yang akhirnya tulang menjadi rusak. Penurunan sekresi eritropoetin sebagai faktor penting dalam stimulasi produksi sel darah merah oleh sumsum tulang menyebabkan produk hemoglobin berkurang dan terjadi anemia sehingga peningkatan oksigen oleh hemoglobin (*oksihemoglobin*) berkurang maka tubuh akan mengalami keadaan lemas dan tidak bertenaga.

Penurunan laju filtrasi glomerulus di deteksi dengan memeriksa clearance kreatinin urine tamping 24 jam yang menunjukkan penurunan clearance kreatinin dan peningkatan kadar kreatinin serum. Retensi cairan dan natrium dapat mengakibatkan edema, CHF dan hipertensi. Hipotensi dapat terjadi karena aktivitas aksis renin angiotensin dan kerjasama keduanya meningkatkan sekresi aldosteron. Kehilangan garam mengakibatkan resiko hipotensi dan hipovolemia. Muntah dan diare menyebabkan perpisahan air dan natrium sehingga status uremik memburuk. Asidosis metabolik akibat ginjal tidak mampu menyekresi asam ( $H^+$ ) yang berlebihan. Penurunan sekresi asam akibat tubulus ginjal tidak mampu menyekresi ammonia ( $NH_3^-$ ) dan mengabsorpsi natrium bikarbonat ( $HCO_3^-$ ). Penurunan ekskresi fosfat dan asam organik yang terjadi.

Anemia terjadi akibat produksi eritropoietin yang tidak memadai, memendeknya usia sel darah merah, defisiensi nutrisi dan kecenderungan untuk mengalami perdarahan akibat status uremik pasien terutama dari saluran pencernaan. Eritropoietin yang diproduksi oleh ginjal menstimulasi sumsum tulang untuk menghasilkan sel darah merah dan produksi eritropoietin menurun sehingga mengakibatkan anemia berat yang disertai dengan keletihan, angina dan sesak nafas.

Ketidakseimbangan kalsium dan fosfat merupakan gangguan metabolisme. Kadar kalsium dan fosfat tubuh memiliki hubungan timbal balik. Jika salah satunya meningkat maka fungsi yang lain akan menurun. Dengan menurunnya filtrasi melalui glomerulus ginjal maka meningkatkan kadar fosfat serum, dan sebaliknya, kadar serum

kalsium menurun. Penurunan kadar kalsium serum menyebabkan sekresi parathormon dari kelenjar paratiroid, tetapi gagal ginjal tubuh tidak dapat merespon normal terhadap peningkatan sekresi parathormon sehingga kalsium ditulang menurun, menyebabkan terjadinya perubahan tulang dan penyakit tulang (Nur'aini, 2013).

#### **e. Penatalaksanaan Medis**

Tata laksanaanya meliputi diet restriksi asupan kalium, fosfat, natrium, dan air untuk menghindari hiperkalemia, penyakit tulang, dan hipervolemia. Hipervolemia ringan dapat menyebabkan hipertensi dan mengarah ke penyakit vaskular, sedangkan hipervolemia berat menyebabkan edema paru. Tekanan darah yang tidak dapat dikontrol dengan balans cairan ketat seharusnya diobati dengan inhibitor ACE, bloker reseptor angiotensin,  $\beta$ -bloker, atau vasodilator. Anemia seharusnya diobati dengan eritropoietin, kadar besi, folat, dan vitamin B<sub>12</sub> adekuat. Penyakit tulang diobati dengan mengurangi asupan fosfat, mengonsumsi senyawa pengikat fosfat bersama makanan, dan mengonsumsi vitamin D dalam bentuk 1-hidroksi-vitamin D<sub>3</sub> atau 1,25-dihidroksi-vitamin D<sub>3</sub>.

Jika gangguan ginjal kronis bersifat berat, dialisis (hemodialisis dan dialisis peritoneal) atau transplantasi ginjal biasanya diperlukan selain tata laksana diatas. Gagal ginjal stadium akhir timbul akibat gangguan ginjal kronis yang progresif atau gagal ginjal akut yang gagal pulih. Tanpa terapi pengganti ginjal, kematian akibat kelainan metabolik dapat terjadi dengan cepat (Arora, 2014).

**f. Komplikasi**

Komplikasi gagal ginjal kronis menurut Arora (2014), dapat dilihat dari berbagai fungsi sistem tubuh yaitu:

- 1) Manifestasi kardiovaskuler: hipertensi, pitting edema, edema periorbital, pembesaran vena leher, gagal jantung kongestif, perikarditis, disritmia, kardiomiopati, efusi pericardial, tamponade pericardial.
- 2) Gejala dermatologis/sistem integumen: gatal-gatal hebat (pruritus), warna kulit abu-abu, mengkilat dan hiperpigmentasi, serangan uremik tidak umum karena pengobatan dini dan agresif, kulit kering, bersisik, ekimosis, kuku tipis dan rapuh, rambut tipis dan kasar, memar (purpura).
- 3) Manifestasi pada pulmoner yaitu krekels, edema pulmoner, sputum kental dan liat, napas dangkal, pernapasan kusmaul, pneumonitis
- 4) Gejala gastrointestinal: nafas berbau ammonia, ulserasi dan perdarahan pada mulut, anoreksia, mual, muntah dan cegukan, penurunan aliran saliva, haus, rasa kecap logam dalam mulut, kehilangan kemampuan penghidu dan pengecap, parotitis dan stomatitis, peritonitis, konstipasi dan diare, perdarahan dari saluran gastrointestinal.
- 5) Perubahan musculoskeletal: kram otot, kekuatan otot hilang, fraktur tulang, kulai kaki.
- 6) Manifestasi pada neurologi yaitu kelemahan dan keletihan, konfusi, disorientasi, kejang, kelemahan pada tungkai, rasa panas pada

- tungkai kaki, perubahan tingkah laku, kedutan otot, tidak mampu berkonsentrasi, perubahan tingkat kesadaran, neuropati perifer.
- 7) Manifestasi pada sistem reproduktif: amenore, atrofi testikuler, impotensi, penurunan libido, kemandulan
  - 8) Manifestasi pada hematologi yaitu anemia, penurunan kualitas trombosit, masa pembekuan memanjang, peningkatan kecenderungan perdarahan.
  - 9) Manifestasi pada sistem imun yaitu penurunan jumlah leukosit, peningkatan resiko infeksi.
  - 10) Manifestasi pada sistem urinaria yaitu perubahan frekuensi berkemih, hematuria, proteinuria, nocturia, aliguria.
  - 11) Manifestasi pada sistem endokrin yaitu hiperparatiroid dan intoleran glukosa.
  - 12) Manifestasi pada proses metabolik yaitu peningkatan urea dan serum kreatinin (azotemia), kehilangan sodium sehingga terjadi dehidrasi, asidosis, hiperkalemia, hipermagnesemia dan hipokalsemia.
  - 13) Fungsi psikologis yaitu perubahan kepribadian dan perilaku serta gangguan proses kognitif.

## **2. Konsep Hemodialisa**

### **a. Definisi Hemodialisa**

Hemodialisa adalah salah satu terapi pengganti ginjal (RRT) yang digunakan dalam penatalaksanaan gagal ginjal untuk mengeluarkan



kelebihan cairan dan produk sisa yang bertujuan untuk memperbaiki ketidakseimbangan kimiawi dan elektrolit (Andini, 2017).

Hemodialisa adalah dialisa yang dilakukan diluar tubuh, darah dikeluarkan dari tubuh melalui sebuah kateter arteri, kemudian masuk ke dalam sebuah mesin besar, didalam mesin tersebut terdapat dua ruang yang dipisahkan oleh sebuah membran semipermeabel. Darah dimasukkan ke salah satu ruang, sedangkan ruang yang lain diisi oleh cairan per dialisis dan diantara keduanya akan terjadi difusi, kemudian darah dikembalikan ke tubuh melalui sebuah pirau vena. Hemodialisa diindikasikan pada pasien dalam keadaan akut yang memerlukan terapi dialisis jangka pendek (beberapa hari hingga beberapa minggu) atau pasien dengan gagal ginjal tahap akhir yang memerlukan terapi jangka panjang (Corwin, 2013).

**b. Tujuan Hemodialisa**

Terapi hemodialisa mempunyai beberapa tujuan. Tujuan tersebut diantaranya adalah menggantikan fungsi ginjal dalam fungsi ekskresi (membuang sisa-sisa metabolisme dalam tubuh, seperti ureum, kreatinin, dan sisa metabolisme yang lain), menggantikan fungsi ginjal dalam mengeluarkan cairan tubuh yang seharusnya dikeluarkan sebagai urin saat ginjal sehat, meningkatkan kualitas hidup pasien yang menderita penurunan fungsi ginjal serta Menggantikan fungsi ginjal sambil menunggu program pengobatan yang lain (Suharyanto, 2015).

**c. Prinsip Hemodialisa**

Tindakan Hemodialisa memiliki tiga prinsip yaitu: difusi, osmosis dan ultrafiltrasi. Sisa akhir dari proses metabolisme didalam darah dikeluarkan

dengan cara berpindah dari darah yang konsentrasinya tinggi ke dialisat yang mempunyai konsentrasi rendah. Ureum, kreatinin, asam urat dan fosfat dapat berdifusi dengan mudah dari darah ke cairan dialisat karena unsure-unsur yang tidak terdapat dalam dialisat. Natrium asetat atau bicarbonate yang lebih tinggi konsentrasinya dalam dialisat akan berdifusi kedalam darah. Kecepatan difusi solut tergantung kepada koefisien difusi, luas permukaan membrane dialiser dan perbedaan konsentrasi serta perbedaan tekanan hidrostatis diantara membrane dialysis.

Air yang berlebihan akan dikeluarkan dari dalam tubuh melalui proses osmosis. Pengeluaran air dapat dikendalikan dengan menciptakan gradient tekanan; dengan kata lain air bergerak dari daerah dengan tekanan yang lebih tinggi (tubuh klien) ketekanan yang lebih rendah (dialisat). Gradient ini dapat ditingkatkan melalui penambahan tekanan tekanan negative yang dikenal dengan ultrafiltrasi pada mesin hemodialisa. Tekanan negative sebagai kekuatan penghisap pada membrane dan memfasilitasi pengeluaran air sehingga tercapainya keseimbangan. (Widyaningsih, 2017).

#### **d. Komplikasi Hemodialisa**

Komplikasi terapi hemodialisa sendiri dapat mencakup hal-hal berikut (Brunner & Suddarth, 2012):

- 1) Hipotensi dapat terjadi selama terapi dialisis ketika cairan dikeluarkan.
- 2) Emboli udara merupakan komplikasi yang jarang tetapi dapat saja terjadi jika udara memasuki sistem vaskuler pasien.
- 3) Nyeri dada dapat terjadi karena  $p\text{CO}_2$  menurun bersamaan dengan terjadinya sirkulasi darah di luar tubuh.

- 4) Pruritus dapat terjadi selama terapi dialisis ketika produk akhir metabolisme meninggalkan kulit.
- 5) Gangguan keseimbangan dialisis terjadi karena perpindahan cairan serebral dan muncul sebagai serangan kejang.
- 6) Kram otot yang nyeri terjadi ketika cairan dan elektrolit dengan cepat meninggalkan ruang ekstrasel.
- 7) Mual dan muntah merupakan peristiwa yang sering terjadi.

### **3. Konsep Kualitas Hidup**

#### **a. Definisi Kualitas Hidup**

Menurut *World Health Organization Quality of Life Group (WHOQOL Group)* dalam Rapley (2012), mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi individu terhadap posisinya dalam kehidupan pada konteks sistem nilai dan budaya dimana mereka tinggal, dan hubungannya dengan tujuan, harapan, standar dan keinginan. Definisi kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan (*health-related quality of life*) dikemukakan oleh Testa dan Nackley (Rapley, 2012), bahwa kualitas hidup berarti suatu rentang antara keadaan objektif dan persepsi subjektif dari mereka. Testa dan Nackley menggambarkan kualitas hidup merupakan seperangkat bagian-bagian yang berhubungan dengan fisik, fungsional, psikologis, dan kesehatan sosial dari individu. Ketika digunakan dalam konteks ini, hal tersebut sering kali mengarah pada kualitas hidup yang mengarah pada kesehatan. Terdapat dua komponen dasar dari kualitas hidup yaitu subyektifitas dan multidimensi. Subyektifitas mengandung arti bahwa kualitas hidup hanya dapat

ditentukan dari sudut pandang klien itu sendiri dan ini hanya dapat diketahui dengan bertanya langsung kepada pasien. Sedangkan multidimensi bermakna bahwa kualitas hidup dipandang dari seluruh aspek kehidupan seseorang secara holistik, meliputi aspek biologis atau fisik, psikologis, sosial dan lingkungan (Santi, 2017).

**b. Aspek-aspek kualitas hidup**

Menurut WHOQOL-BREF terdapat empat aspek mengenai kualitas hidup, diantaranya sebagai berikut:

1) Aspek kesehatan fisik

Kesehatan fisik dapat mempengaruhi kemampuan individu untuk melakukan aktivitas. Aktivitas yang dilakukan individu akan memberikan pengalaman-pengalaman baru yang merupakan modal perkembangan ke tahap selanjutnya. Kesehatan fisik mencakup aktivitas sehari-hari, ketergantungan pada obat-obatan dan bantuan medis, energi dan kelelahan, mobilitas (keadaan mudah bergerak), sakit dan ketidaknyamanan, tidur dan istirahat, kapasitas kerja.

2) Aspek psikologis

Aspek psikologis yaitu terkait dengan keadaan mental individu. Keadaan mental mengarah pada mampu atau tidaknya individu menyesuaikan diri terhadap berbagai tuntutan perkembangan sesuai dengan kemampuannya, baik tuntutan dari dalam diri maupun dari luar dirinya. Aspek psikologis juga terkait dengan aspek fisik, dimana individu dapat melakukan suatu aktivitas dengan baik bila individu tersebut sehat secara mental.

### 3) Aspek hubungan sosial

Aspek hubungan sosial yaitu hubungan antara dua individu atau lebih dimana tingkah laku individu tersebut akan saling mempengaruhi, mengubah, atau memperbaiki tingkah laku individu lainnya. Mengingat manusia adalah makhluk sosial maka dalam hubungan sosial ini, manusia dapat merealisasikan kehidupan serta dapat berkembang menjadi manusia seutuhnya. Hubungan sosial mencakup hubungan pribadi, dukungan sosial, aktivitas seksual.

### 4) Aspek lingkungan

Aspek lingkungan yaitu tempat tinggal individu, termasuk di dalamnya keadaan, ketersediaan tempat tinggal untuk melakukan segala aktivitas kehidupan, termasuk di dalamnya adalah saran dan prasarana yang dapat menunjang kehidupan. Hubungan dengan lingkungan mencakup sumber *financial*, kebebasan, keamanan dan keselamatan fisik, perawatan kesehatan dan *social care* termasuk aksesibilitas dan kualitas; lingkungan rumah, kesempatan untuk mendapatkan berbagai informasi baru maupun keterampilan (*skill*), partisipasi dan mendapat kesempatan untuk melakukan rekreasi dan kegiatan yang menyenangkan diwaktu luang, lingkungan fisik termasuk polusi/kebisingan/keadaan air/iklim, serta transportasi (Santi, 2017).

## c. Dampak Hemodialisis Terhadap Kualitas Hidup

Dampak hemodialisa akan berakibat terhadap respon pasien. Hal ini dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya karakteristik individu,

pengalaman sebelumnya dan mekanisme coping. Masing-masing dimensi mempunyai pengaruh tersendiri terhadap kualitas hidup.

#### 1) Dimensi fisik

Dimensi fisik mempunyai beberapa dampak terhadap kualitas hidup penderita gagal ginjal kronis. Dimensi fisik merujuk pada gejala-gejala yang terkait penyakit dan pengobatan yang dijalani. Pada penderita gagal ginjal kronis akan mengalami perubahan fisik. Kelemahan merupakan hal utama yang dirasakan oleh pasien gagal ginjal kronis. Kelemahan berhubungan dengan gangguan pada kondisi fisik, termasuk malnutrisi, anemia uremia. Kelemahan fisik dapat menurunkan motivasi. Kelemahan secara signifikan berhubungan dengan timbulnya gejala gangguan masalah tidur, status kesehatan fisik yang menurun dan depresi yang dapat mempengaruhi kualitas hidupnya.

#### 2) Dimensi psikologi

Menurut Mardyaningsih (2014), menyatakan respon psikologis pada pasien gagal ginjal kronis dapat bervariasi dan sering berhubungan dengan kerugian, baik aktual maupun potensial, dan telah disamakan dengan proses kesedihan. Depresi merupakan respon psikologis yang paling umum dan telah dilaporkan berhubungan dengan kualitas hidup yang rendah yang berhubungan dengan kesehatan. Kemarahan dan penolakan yang sering dilakukan oleh pasien untuk melindungi diri dan emosi tak terkendali, ini dapat memiliki efek negatif yang dapat menyebabkan penurunan kepatuhan pasien terhadap rejimen

pengobatan dan mengurangi komunikasi yang efektif antara pasien dan tim kesehatan.

### 3) Dimensi hubungan sosial

Nutrisi merupakan komponen penting dalam kehidupan pasien dengan gagal ginjal kronis. Efek samping jika mengalami gangguan nutrisi adalah hiperkalemia, hiperfosfatemia, protein yang berhubungan dengan kekurangan gizi dan kelebihan cairan. Sebagian besar dari interaksi orang, melibatkan makan dan minum sehingga tidak jarang untuk pasien dengan gagal ginjal kronis untuk mengurangi keterlibatan sosial mereka karena pembatasan makanan dan minuman yang ketat. Masalah sosial lainnya dapat dipengaruhi oleh penyakit kronis dan termasuk status kerja pasien, hubungan antara keluarga dan teman-teman, dan bahkan keinginan untuk melakukan kegiatan rekreasi. Perubahan aspek sosial dapat disebabkan oleh perubahan fisik dan/atau psikologis dan bisa ada siklus negatif yang jika dipelihara maka penyebabnya juga dapat menjadi efek.

### 4) Dimensi lingkungan

Penelitian yang dilakukan oleh Chang (dikutip dalam Farida, 2017) mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi kemampuan dalam melakukan coping pada pasien yang menjalani hemodialisa. Hasil penelitian mengatakan penyebab stres utama adalah yang berhubungan dengan masalah ekonomi dan ketidakmampuan untuk mendapatkan uang (Santi, 2017).

## **d. Penilaian Kualitas Hidup**

Alat ukur untuk penilaian kualitas hidup yaitu dengan WHOQoL yang berisi 26 pertanyaan yang terdiri dari 5 skala poin yaitu 1=sangat tidak memuaskan, sampai dengan 5=sangat memuaskan, kecuali untuk pertanyaan nomor 3,4, dan 26 karena pertanyaan bersifat negatif maka memiliki jawaban mulai skor 5=sangat memuaskan hingga skor 1=sangat tidak memuaskan dengan kategori:

0= Buruk, jika  $x < \text{mean/median}$

1= Baik, jika  $x \geq \text{mean/median}$

#### **4. Konsep Dukungan Keluarga**

##### **a. Definisi**

Menurut Surwono (2011) dukungan adalah suatu upaya yang diberikan kepada orang lain, baik moril maupun materil untuk memotivasi orang tersebut dalam melaksanakan kegiatan. Dukungan keluarga juga didefinisikan sebagai informasi verbal dan non verbal, saran, bantuan yang nyata atau tingkah laku yang diberikan oleh orang-orang yang akrab dengan subjek yang ada di dalam lingkungannya atau yang berupa kehadiran dan hal-hal yang dapat member keuntungan emosional dan berpengaruh pada tingkah laku penerimanya.

##### **b. Bentuk Dukungan Keluarga**

Ada beberapa bentuk dukungan keluarga yaitu:

###### 1) Dukungan informasional

Keluarga berfungsi sebagai sebuah kolektor dan disseminator (penyebar) informasi tentang dunia, menjelaskan tentang pemberian saran, sugesti, informasi yang dapat digunakan mengungkapkan



suatu masalah. Manfaat dari ini adalah dapat menekan munculnya suatu stressor karena informasi yang diberikan dapat menyumbangkan aksi sugesti yang khusus pada individu. Aspek-aspek dalam dukungan ini adalah nasehat, usulan, saran, petunjuk dan pemberian informasi.

2) Dukungan penilaian

Keluarga bertindak sebagai sebuah bimbingan umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah, sebagai sumber dan validator identitas anggota keluarga di antaranya memberikan support, penghargaan dan perhatian.

3) Dukungan instrumental

Keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan konkrit, diantaranya: kesehatan penderita dalam kebutuhan makan dan minum, istirahat, terhindarnya penderita dari kelelahan.

4) Dukungan emosional

Dukungan emosional merupakan dukungan yang diwujudkan dalam bentuk kelekatan, kepedulian dan ungkapan simpati sehingga timbul keyakinan bahwa individu yang bersangkutan diperhatikan (Tantri, 2014). Dukungan dari keluarga sangat berperan dalam kehidupan, karena peran keluarga mempengaruhi psikologi sehingga kualitas hidup menjadi lebih baik. Kualitas hidup pasien memiliki hubungan positif dengan kondisi psikososialnya, tetapi psikososial juga berkorelasi positif dengan kepuasan hidup dan berkorelasi negatif dengan depresi (Tami, 2014).

Keluarga dapat memberikan empat macam dukungan, yaitu:

- a) Dukungan emosional (*Emotional support*), keluarga mendengarkan keluhan pasien dan memberikan saran pemecahan masalah.
  - b) Dukungan instrumental (*Instrumental support*), keluarga memberikan bantuan yang baik terhadap pasien berupa keuangan (financial), membantu pekerjaan rumah tangga dalam mempersiapkan makanan
  - c) Dukungan informasi (*Informational support*), yaitu keluarga berfungsi sebagai pencari informasi tentang kebutuhan nutrisi untuk pasien.
  - d) Dukungan penghargaan (*Appraisal support*), keluarga bertindak dalam memberikan umpan balik dalam mengevaluasi diri anggota keluarga (Meriana, 2012).
- c. Pengukuran Dukungan Keluarga**

Menurut Arikunto (2011), untuk mengukur variabel dukungan keluarga, menggunakan skala dukungan keluarga yang diadaptasi dan dikembangkan dari teori *House*. Skala ini menggunakan skala likert yang terdiri dari pernyataan dari empat alternatif jawaban yaitu untuk pernyataan positif dan negatif. Untuk positif yaitu 4= sangat setuju 3= setuju 2= tidak setuju 1= sangat tidak setuju dan untuk pertanyaan negatif yaitu 1= sangat setuju 2= setuju 3= tidak setuju 4= sangat tidak setuju. Dukungan keluarga tergolong 2 kategori yaitu:

- a) Mendukung, jika  $x \geq \text{mean/median}$
- b) Tidak mendukung, jika  $x < \text{maean/median}$

## 5. Penelitian Terkait

- a. Penelitian yang dilakukan oleh Heni (2016) dengan judul “Hubungan antara lama menjalani hemodialisa dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronis di Rs Gatoel Mojokerto” tahun. Penelitian ini menggunakan metode cross sectional design. Populasinya adalah pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisa sebanyak 150 orang. Sampel penelitian ini diambil menggunakan teknik nonprobability sampling dengan tipe purposive sampling sebanyak 103 orang. Data diperoleh dari kuesioner KDQoL. Hasil penelitian menggunakan uji spearman rho dengan bantuan SPSS V.16 menunjukkan  $p < \alpha$  ( $0,006 < 0,05$ ). Artinya  $H_0$  ditolak sehingga, Ada Hubungan antara Lama Menjalani Hemodialisis dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal kronis di RS Gatoel Mojokerto. Dengan p value 0,002

Persamaan penelitian ini dengan penelitian Heni (2016) terletak pada variabel dependen yaitu sama-sama meneliti tentang kualitas hidup pasien gagal ginjal kronis dan rancangan penelitian sama-sama menggunakan *cross sectional*. Sedangkan perbedaan penelitian ini dengan penelitian Heni (2016) terletak pada populasi, teknik pengambilan sampel dengan menggunakan purposive sampling sedangkan penelitian ini menggunakan total sampling. Analisa data pada penelitian Heni (2018) dengan uji spearman rho sedangkan analisa data pada penelitian ini dengan uji *chi square*.

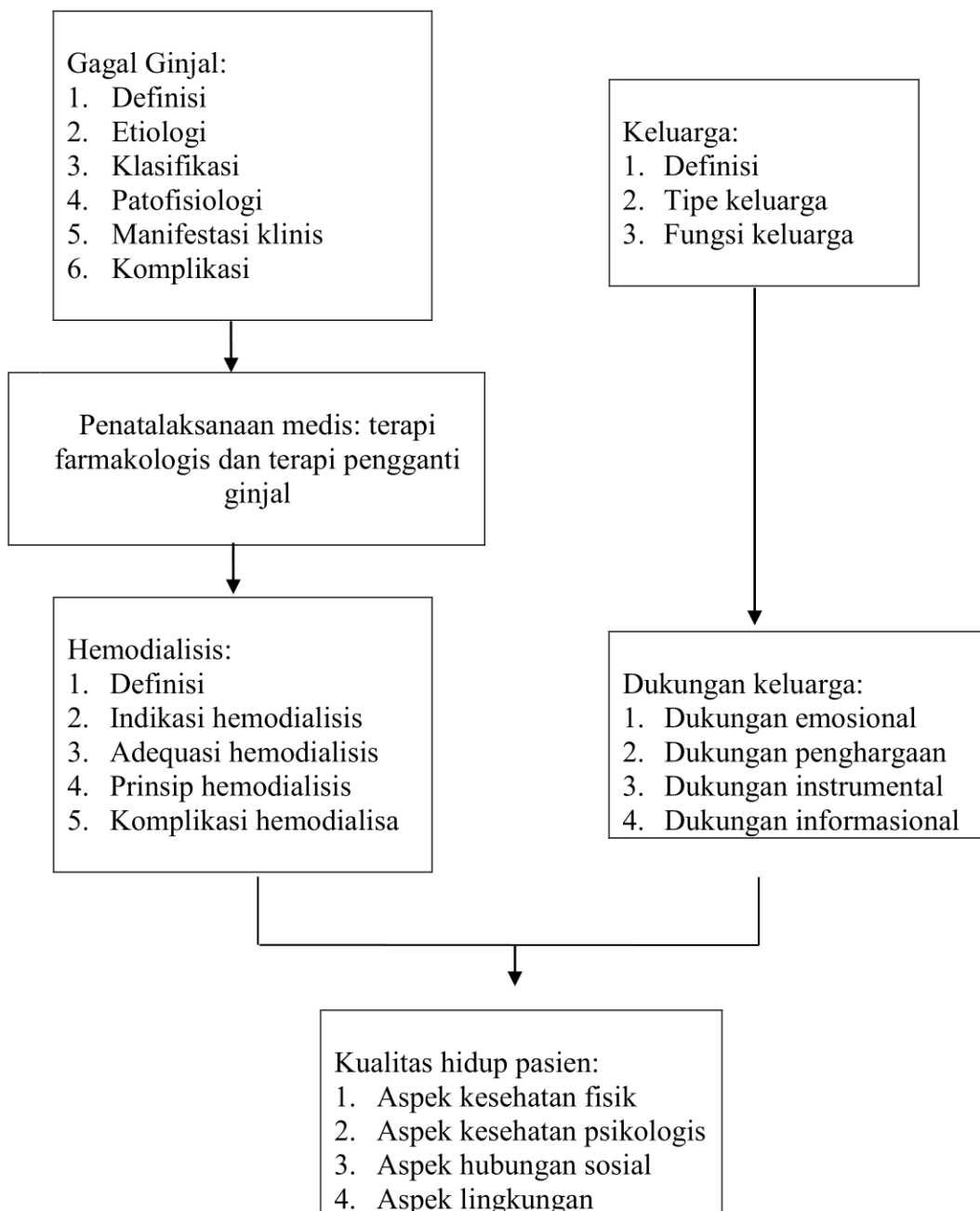
- b. Penelitian yang dilakukan oleh Dewi (2017) yang berjudul “Dukungan keluarga dengan motivasi penderita gagal ginjal kronis diruang hemodialisis RSUD DR, Soediran mangun sumarso wonogiri. Metode yang digunakan adalah deskriptif korelasional dengan pendekatan cross sectional Jumlah sampel 60 responden dan teknik pengambilan sampel dengan purposive sampling. Alat analisis yang digunakan dengan korelasi rank spearman.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar pasien gagal ginjal kronis yang menjalani 8 hemodialisa mempunyai dukungan keluarga cukup yaitu sebanyak 43 orang (71,7%), dan sebagian besar pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisa mempunyai motivasi tergolong sedang yaitu sebanyak 40 orang (66,7%) dan terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan motivasi penderita gagal ginjal kronis di ruang hemodialisa RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri ( $p\text{-value} = 0,011$ ), dan keeratan hubungan tergolong sedang

Persamaan penelitian ini dengan penelitian Dewi (2017) terletak pada variabel dependen yaitu sama-sama meneliti tentang dukungan keluarga dan rancangan penelitian sama-sama menggunakan *cross sectional*. Sedangkan perbedaan penelitian ini dengan penelitian Dewi (2017) terletak pada populasi, teknik pengambilan sampel dengan menggunakan purposive sampling sedangkan penelitian ini menggunakan total sampling.

## B. Kerangka Teori

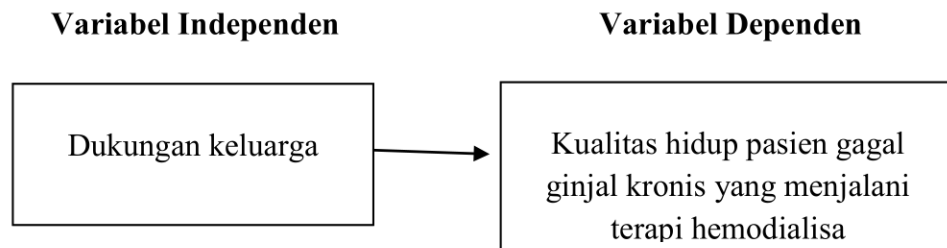
Kerangka teori adalah kemampuan seorang peneliti dalam mengaplikasikan pola berpikirnya untuk menyusun teori yang mendukung permasalahan penelitian (Hidayat, 2014). Adapun kerangka teori dalam penelitian ini adalah:



**Skema 2.1 Kerangka Teori**

### C. Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah hubungan antara konsep yang ingin diamati atau diukur melalui penelitian yang dilakukan (Notoatmodjo, 2014). Adapun kerangka konsep dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :



### D. Hipotesis

Hipotesis adalah suatu jawaban sementara dari pertanyaan penelitian (Notoatmodjo, 2014). Berdasarkan uraian teoritis tersebut, maka hipotesis pada penelitian ini yaitu:

$H_a$  : ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa

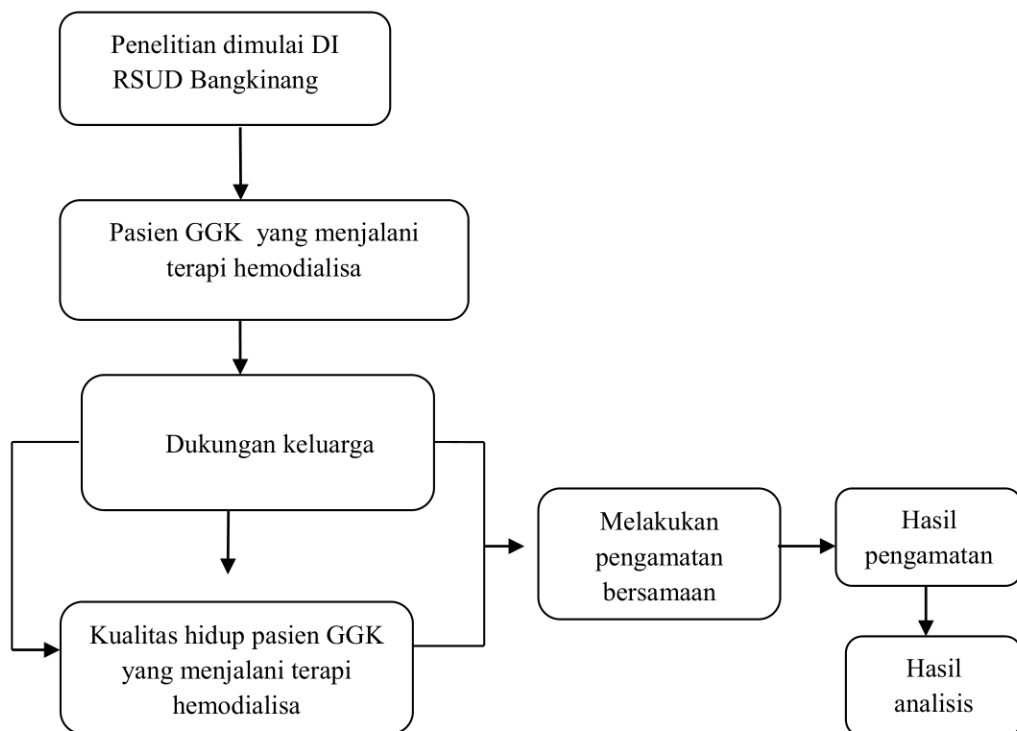
## BAB III

### METODE PENELITIAN

#### A. Desain Penelitian

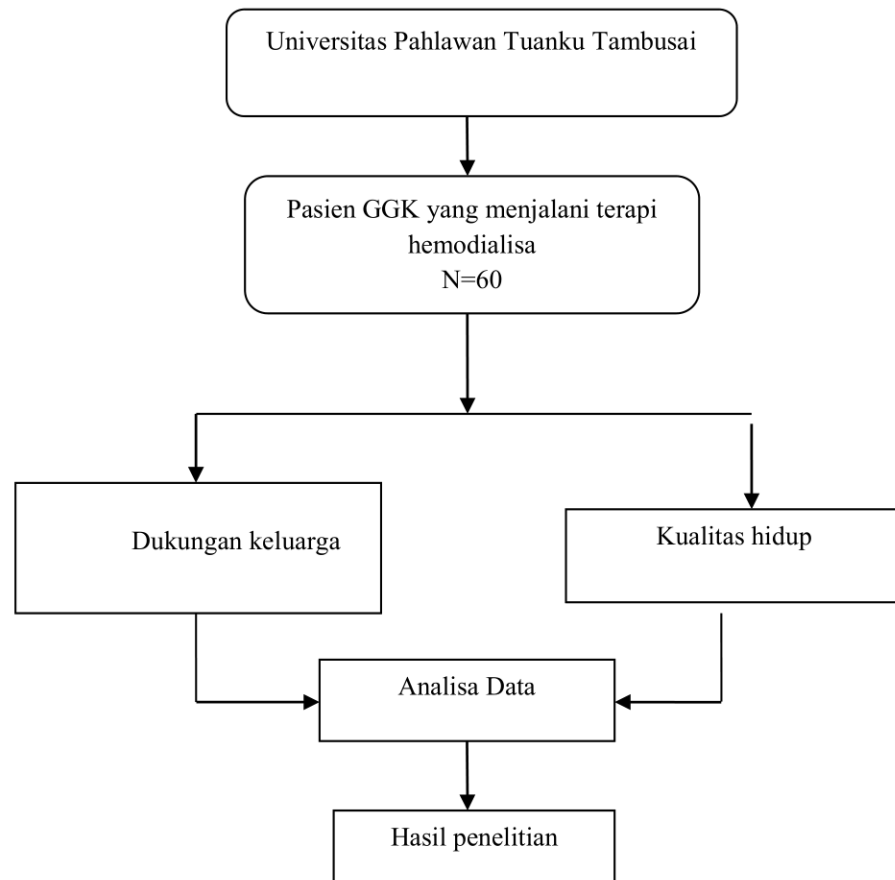
Desain penelitian ini adalah *analitik* dengan rancangan *cross sectional* (potong lintang), yaitu setiap variabel diobservasi hanya satu kali saja dan pengukuran masing-masing variabel dilakukan pada waktu yang sama (Notoatmodjo, 2010). Adapaun rancangan penelitian dapat dilihat pada skema 3.1 berikut ini :

##### 1. Rancangan Penelitian



**Skema 3.1.**  
**Rancangan Penelitian**  
**(Notoatmodjo, 2010)**

## 2. Alur Penelitian



Skema 3.2 Alur Penelitian

## 3. Prosedur Penelitian

- a. Mengajukan permohonan pembuatan surat izin pengambilan data kepada bagian prodi S1 Keperawatan
- b. Setelah mendapat surat izin pengambilan data dari bagian program studi S1 Keperawatan surat tersebut diberikan kepada direktur RSUD Bangkinang
- c. Tembusan disampaikan kepada bagian rekam medik
- d. Setelah mendapatkan izin, peneliti memohon izin kepada direktur RSUD Bangkinang untuk mengambil data.



- e. Membuat proposal penelitian.
- f. Melakukan seminar proposal.
- g. Melakukan penelitian di RSUD Bangkinang Ruang Hemodialisa dengan pasien gagal ginjal kronis
- h. Melakukan pengolahan data hasil jawaban responden.
- i. Melakukan seminar hasil

#### 4. Variable Dalam Penelitian

Variabel – variabel yang diteliti pada penelitian ini adalah :

a. Variabel Bebas (*Independent Variable*)

Variabel ini sering disebut sebagai variabel stimulus, input, prediktor dan antecedent. Variabel bebas adalah variabel yang menjadi sebab timbulnya atau berubahnya variabel dependen. Sedangkan variabel bebas dalam penelitian ini adalah dukungan keluarga

b. Variabel Terikat (*Dependent Variable*)

Variabel ini sering disebut sebagai variabel respon, output, kriteria, konsekuen. Variabel terikat merupakan variabel yang dipengaruhi Variabel terikat dalam penelitian ini adalah kualitas hidup pasien yang menjalani terapi hemodialisa

## **B. Lokasi dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan di ruang hemodialisa RSUD Bangkinang tahun 2020 pada tanggal 01-15 Juli tahun 2020

## **C. Populasi dan Sampel**

### **1. Populasi**

Populasi adalah keseluruhan subjek penelitian (Notoatmodjo, 2010).

Populasi pada penelitian ini adalah seluruh pasien GGK usia 20-60 tahun yang menjalani terapi hemodialisa yang berjumlah 60 orang.

### **2. Sampel**

Sampel adalah sebagian objek yang diambil dari keseluruhan objek yang diteliti yang dianggap mewakili seluruh populasi (Hidayat, 2014).

Yang menjadi sampel dalam penelitian ini adalah pasien GGK yang menjalani terapi hemodialisa dengan kriteria:

#### a. Kriteria Inklusi:

- 1) Pasien yang bersedia menjadi responden
- 2) Pasien yang menjalani terapi hemodialisa kurang dari 1 tahun
- 3) Pasien yang mampu berkomunikasi verbal
- 4) Pasien usia 20-60 tahun

#### 5) Kriteria eksklusi, yaitu:

- 1) Pasien yang tidak sadarkan diri saat dilakukan terapi hemodialisa
- 2) Pasien yang tidak bersedia menjadi responden
- 3) Pasien yang tidak berada di tempat saat dilakukan penelitian

### 3. Teknik Pengambilan sampel

Adapun teknik pengambilan sampel yang digunakan pada penelitian ini menggunakan *total sampling*, dimana semua populasi dijadikan sampel. Jadi Jumlah sampel yang diambil dalam penelitian ini sesuai dengan jumlah populasi yaitu 43 orang.

### D. Etika Penelitian

Masalah etika penelitian keperawatan merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika penelitian harus di perhatikan. Masalah etika penelitian yang harus di perhatikan antara lain:

#### 1. Lembar Persetujuan ( *Informed Consent* )

Merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed consent* tersebut di berikan sebelum penelitian dilakukan. Tujuan *informed consent* adalah subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya. Jika calon responden bersedia, maka mereka akan mendatangi lembaran persetujuan tersebut. Jika responden tidak bersedia, maka peneliti harus menghormati hak pasien.

#### 2. Tanpa Nama ( *Anomity* )

Untuk menjaga kerahasiaan responden maka peneliti tidak akan mencantumkan namanya pada lembaran pengumpulan data, cukup dengan memberikan nomor kode pada lembar pengumpulan data.

### 3. Kerahasiaan ( *confidentiality* )

Kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya akan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti ( Hidayat, 2014 ).

## **E. Alat Pengumpulan Data**

Alat pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner.

### 1. Kuesioner tentang dukungan keluarga pasien

Peneliti menggunakan kuesioner yang berisi pertanyaan tentang dukungan keluarga terhadap pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa dengan jumlah 20 pertanyaan. Aspek-aspek yang digunakan untuk mengukur dukungan keluarga adalah dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan instrumental, serta dukungan informasional.

Responden diminta untuk menjawab pertanyaan yang ada dengan memilih salah satu jawaban dari beberapa alternatif jawaban yang tersedia. Skala penilaian menggunakan skala model Likert yang terdiri dari pertanyaan dengan 4 (empat) alternatif jawaban, yaitu Selalu (SI), Sering (SR), Kadang-kadang (KK), dan Tidak pernah (TP). Jika selalu akan mendapat skor 4, sering mendapat skor 3, kadang-kadang mendapat skor 2, dan tidak pernah mendapat skor 1.

## 2. Kuesioner tentang kualitas hidup pasien

Kuesioner tentang kualitas hidup pasien berjumlah 26 pertanyaan yang disusun berdasarkan empat aspek *Quality Of Life* (WHOQOL)-BREF. Jawaban skala tersebut menggunakan *skala Likert*. Skala pengukuran berbentuk ordinal dari 1-5 respon berbentuk *favorable*.

### **F. Prosedur Pengumpulan Data**

Dalam melakukan penelitian ini, peneliti akan mengumpulkan data melalui prosedur sebagai berikut :

1. Setelah mendapat izin dari RSUD Bangkinang, penulis melakukan konfirmasi kepada Kepala ruangan ruang hemodialisa dan mencari responden
2. Sebelum penelitian dilakukan, penulis menjelaskan tentang tujuan penelitian kepada responden
3. Setelah memahami tujuan penelitian, responden yang setuju diminta menandatangani surat persetujuan menjadi responden
4. Mempersihlakan responden untuk mengisi kuesioner kemudian dikumpulkan dan diperiksa oleh penulis kemudian dilakukan analisa

### **G. Teknik Pengolahan Data**

Dalam melakukan penelitian ini, data yang diperoleh akan diolah secara manual dengan komputerisasi, setelah data terkumpul, kemudian diolah dengan langkah-langkah sebagai berikut:

### 1. Pemeriksaan data (*editing*)

*Editing* adalah upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan. *Editing* dapat dilakukan pada tahap pengumpulan data atau setelah data terkumpul. Dalam penelitian, peneliti memeriksa kembali kuesioner, apakah jawaban sudah lengkap, relevan, dan konsisten. Hasil *editing* ditemukan kuesioner telah diisi lengkap oleh seluruh responden sehingga tidak perlu dilakukan pengumpulan data ulang.

### 2. Pemberian kode (*coding*)

*Coding* merupakan kegiatan membaca kode numerik (angka) terhadap data yang diteliti atas beberapa kategori. Pemberian kode ini sangat penting bila pengolahan dan analisis data menggunakan komputer. Biasanya dalam pemberian kode dibuat juga daftar kode dan artinya dalam satu buku (*code book*) untuk memudahkan kembali melihat lokasi dan arti suatu kode dari suatu variabel. Dalam penelitian ini untuk kemudahan dalam pengolahan data dan analisis data, maka peneliti memberi kode pada setiap pertanyaan dalam kuesioner.

### 3) *Entri data*

*Data entri* adalah kegiatan memasukkan data yang telah dikumpulkan kedalam master tabel atau database komputer, kemudian membuat distribusi frekuensi sederhana atau bisa juga dengan membuat tabel kontigensi. Dalam penelitian, hasil *coding* menyatakan kelengkapan data dari responden maka dilakukan pemasukan data kedalam master tabel dan kemudian membuat distribusi frekuensinya.

*d)* Melakukan teknik analisa

Dalam melakukan analisa, khususnya terhadap data penelitian akan menggunakan ilmu statistik terapan yang disesuaikan dengan tujuan yang hendak dianalisis. Dalam penelitian ini, peneliti memasukkan data entri untuk uji chi-square dengan menggunakan program komputer (Hidayat, 2014).

#### **H. Defenisi Operasional**

Defenisi operasional adalah mendefenisikan variabel secara operasional berdasarkan karakteristik yang diamati. Sehingga memungkinkan penelliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena (Hidayat, 2014). Defenisi operasional pada penelitian ini untuk lebih jelas dapat dilihat pada tabel 3.1 berikut:

**Tabel 3.1 Defenisi Operasional**

Variabel	Definisi opreasional	Alat ukur	Skala	Hasil ukur
Dukungan keluarga	Dukungan keluarga yang diberikan kepada anggota keluarga yang menjalani terapi hemodialisa yang mencakup dukungan emosional, penghargaan, instrumental dan informasional.	Kuesioner dengan 20 pertanyaan.	Ordinal	0= Tidak Mendukung, jika $x < \text{mean} (61)$  1= Mendukung, , jika $x \geq \text{mean} (61)$
Kualitas hidup pasien gagal ginjal kronis	Kualitas hidup adalah persepsi pasien yang menjalani terapi hemodialisa terhadap aspek fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungan.	Kuesioner dengan 26 pertanyaan.	Ordinal	0= Buruk, jika $x < \text{mean} (88)$  1= Baik, jika $x \geq \text{mean} (88)$

## I. Analisis Data

Data yang diperoleh dari hasil penelitian diolah dengan menggunakan komputersasi, disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi. Analisa data dilakukan dengan analisa univariat dan analisa bivariat:

### 1) Analisis Univariat

Analisis univariat adalah analisa yang dilakukan terhadap tiap variabel dari hasil penelitian, analisis ini menghasilkan distribusi dan persentase dari tiap variabel ( Notoatmodjo, 2010). Analisis ini bermanfaat untuk memberi gambaran karakteristik subjek penelitian dengan menghitung distribusi frekuensi dan proporsi Perhitungan data dilakukan setelah data terkumpul, data tersebut klasifikasikan menurut variabel yang diteliti dan data diolah secara manual dengan menggunakan rumus sebagai berikut:



Manual dengan menggunakan rumus sebagai berikut :

$$P = \frac{f}{N} \times 100\%$$

Keterangan

P= Persentase

F= Frekuensi

N= Jumlah seluruh observasi

## 2) Analisis Bivariat

Analisa bivariat digunakan untuk melihat hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen. Analisa bivariat akan menggunakan uji Chi-Square ( $\chi^2$ ) dengan menggunakan komputerisasi dengan tingkat kepercayaan 95%

Dasar pengambilan keputusan yaitu berdasarkan Probabilitas :

- a. Jika Probabilitas  $(p) \leq \alpha (0,05)$   $H_a$  diterima dan  $H_0$  ditolak
- b. Jika Probabilitas  $(p) > \alpha (0,05)$   $H_a$  tidak terbukti dan  $H_0$  gagal ditolak