



UNIVERSITAS INDONESIA

TESIS

**HUBUNGAN ANTARA PENAMBAHAN BERAT BADAN
DI ANTARA DUA WAKTU HEMODIALISIS (*INTERDIALYSIS
WEIGHT GAIN = IDWG*) TERHADAP KUALITAS HIDUP PASIEN
PENYAKIT GINJAL KRONIK YANG MENJALANI TERAPI
HEMODIALISIS DI UNIT HEMODIALISA IP2K
RSUP FATMAWATI JAKARTA**

**WELAS RIYANTO
NPM 0906621520**

**PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK
JULI 2011**

i



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN ANTARA PENAMBAHAN BERAT BADAN
DI ANTARA DUA WAKTU HEMODIALISIS (*INTERDIALYSIS
WEIGHT GAIN = IDWG*) TERHADAP KUALITAS HIDUP PASIEN
PENYAKIT GINJAL KRONIK YANG MENJALANI TERAPI
HEMODIALISIS DI UNIT HEMODIALISA IP2K
RSUP FATMAWATI JAKARTA**

TESIS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk
memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan

**WELAS RIYANTO
NPM 0906621520**

**PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK
JULI 2011**

ii

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun yang dirujuk telah saya nyatakan dengan benar

Nama : Welas Riyanto
NPM : 0906621620
Tanda tangan : 
Tanggal : Juli 2011

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh:

Nama : Welas Riyanto

NPM : 0906621520

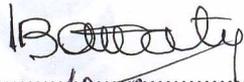
Program Studi : Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia

Judul : Hubungan antara penambahan berat badan di antara dua waktu hemodialisis (*interdialysis weight gain = IDWG*) terhadap kualitas hidup pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis di Unit Hemodialisa IP2K Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan pada Program Studi Keperawatan Medikal Bedah Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

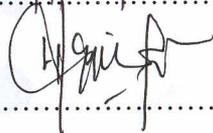
Pembimbing I : Dewi Irawaty, MA, PhD

()

Pembimbing II : Kuntarti, SKp, M.Biomed

()

Penguji : Lestari Sukmarini, S.Kp. MN

()

Penguji : Ns. Anastasia Hardyati, MKep., Sp.KMB

()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 9 Juli 2011

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh:

Nama : Welas Riyanto

NPM : 0906621520

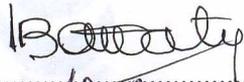
Program Studi : Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia

Judul : Hubungan antara penambahan berat badan di antara dua waktu hemodialisis (*interdialysis weight gain = IDWG*) terhadap kualitas hidup pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis di Unit Hemodialisa IP2K Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan pada Program Studi Keperawatan Medikal Bedah Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

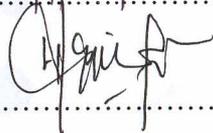
Pembimbing I : Dewi Irawaty, MA, PhD

()

Pembimbing II : Kuntarti, SKp, M.Biomed

()

Penguji : Lestari Sukmarini, S.Kp. MN

()

Penguji : Ns. Anastasia Hardyati, MKep., Sp.KMB

()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 9 Juli 2011

ABSTRAK

Nama : Welas Riyanto
Program Studi : Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia
Judul : Hubungan antara penambahan berat badan di antara dua waktu hemodialisis (*interdialysis weight gain = IDWG*) terhadap kualitas hidup pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis di Unit Hemodialisa IP2K Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta

xv + 69 halaman + 16 tabel + 2 skema + 9 lampiran

Penambahan berat badan diantara dua waktu hemodialisis (*interdialysis weight gain = IDWG*) melebihi standart 1,5 kg dapat berdampak terhadap kualitas hidup pasien CKD. Efek negatif terhadap keadaan pasien, diantaranya hipotensi, kram otot, hipertensi, sesak nafas, mual, muntah, edema perifer, ascites. Tujuan dari penelitian ini mengetahui hubungan antara penambahan berat badan di antara dua waktu hemodialisis (*interdialysis weight gain = IDWG*) dan kualitas hidup pasien, baik domain kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungan. Metode penelitian ini menggunakan deskriptif korelasi dengan pendekatan *cross sectional*. Sampel sebanyak 76 pasien. Hasil analisis menggunakan *one way analysis of variance* menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara penambahan berat badan diantara dua waktu hemodialisa dengan kualitas hidup pada semua domain ($p = 0,000$, $\alpha 0,05$). Domain kesehatan fisik 21,62 (SD 5,18) domain psikologis 18,45 (SD 18,45) domain hubungan sosial 9,24 (SD 9,24) dan domain lingkungan 25,67 (SD 25,67). Variabel confounding tidak mempunyai kontribusi terhadap kualitas hidup ($p > 0,05$). Rekomendasi hasil penelitian lebih lanjut adalah meneliti hubungannya karakteristik adat istiadat, budaya, stress dan kecemasan terhadap kualitas hidup.

Kata kunci : IDWG, hemodialisis, kualitas hidup
Daftar pustaka : 74 (1994-2010)

ABSTRACT

Name : Welas Riyanto
Study Program : Post-Graduate Program Specialize in Surgical Medical Nursing
Faculty of Science Nursing University of Indonesia
Title : The relationship between weight gain and weight loss in
between two-time of hemodialysis (Interdialysis Weight Gain =
IDWG) on quality of chronic kidney diseases patients life who
receive hemodialysis therapy in in Haemodialysis Unit IP2K
Fatmawati Central General Hospital, Jakarta

xv + 69 pages + 16 tables + 2 scheme + 9 appendixs

Weight gain between the two time of hemodialysis (Interdialysis Weight Gain = IDWG) in excess of 1.5 kg standard can implicate on quality of life to *Chronic Kidney Disease (CKD)* patient. The negative effect of IDWG on patient conditions, are hypotension, muscle cramps, hypertension, shortness of breath, nausea, vomiting, peripheral edema, ascites. The objectives of this study is to ascertain the relationship between IDWG and patients quality of life (QoL) in term of physical health domain, psychological, social relationships and environment. This research method used descriptive correlation with cross sectional approach. Sample of 76 patients. Analysis outcome used one way analysis of variance indicated that there were any significant relationship between weight gain in between two time hemodialysis with quality of life (QoL) on all domains ($p = 0.000$, $\alpha 0.05$). Physical health domain 21.62 (SD 5.18), Psychological domain 18.45 (SD 18.45) Social relations domain 9.24 (SD 9.24) and Environment domain 25.67 (SD 25.67). The confounding variables did not contribute to the quality of life ($p > 0.05$). The Recommendation of the following of this study outcome are to investigate the relationship of patient life in many characteristics of custom, cultural, stress and anxiety with quality of life.

Key words : IDWG, hemodialysis, quality of life

Bibliography : 74 (1994-2010)

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT, atas berkat dan rahmatNya sehingga kami dapat menyelesaikan proposal penelitian ini dengan judul : "Hubungan antara penambahan berat badan diantara dua waktu hemodialisis (*interdialysis weight gain = idwg*) terhadap kualitas hidup pasien yang menjalani terapi hemodialisis di Unit Hemodialisa IP2K Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta"

Proposal Tesis ini merupakan salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Magister Keperawatan.

Penyusunan proposal tesis ini merupakan pengalaman yang berharga bagi peneliti untuk dapat melakukan penelitian lebih lanjut. Untuk itu peneliti mengucapkan banyak terima kasih kepada yang terhormat :

1. Ibu Dewi Irawaty, MA, PhD, selaku Pembimbing I sekaligus sebagai Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
2. Ibu Kuntarti, SKp, M.Biomed, selaku Pembimbing II yang dengan rela membimbing peneliti.
3. Ibu Astuti Yuni Nursasi, SKp., MN, Selaku Ketua Program Pasca Sarjana Fakultas Keperawatan Universitas Indonesia.
4. Seluruh Dosen dan Staf Administrasi Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
5. Direktur Utama RSUP Fatmawati yang telah memberikan ijin kepada peneliti untuk melakukan penelitian.
6. Ketua Komite Keperawatan RSUP Fatmawati yang telah banyak memberikan informasi dan masukan dalam kegiatan pengumpulan data.
7. Kepala Bidang Pelayanan RSUP Fatmawati yang telah banyak memberikan fasilitas dalam pengumpulan data.
8. Ketua Komite Etik dan Hukum RSUP Fatmawati yang telah banyak memberikan arahan dalam pelaksanaan pengumpulan data
9. Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit yang telah memfasilitasi pelaksanaan kalibrasi alat pengukur berat badan dalam menunjang pelaksanaan pengumpulan data
10. Kepala ruangan dan staf perawat Unit Hemodialisa IP2K RSUP Fatmawati yang telah memberikan kelonggaran waktu dalam pengumpulan data.

11. Rekan-rekan seperjuangan, mahasiswa Magister Keperawatan Medikal Bedah Angkatan 2009, yang telah bersama-sama melengkapi kekosongan keilmuan.
12. Istri dan anak-anakku tercinta yang telah banyak memberikan dukungannya selama menjalani pendidikan dan pembuatan laporan tesis ini
13. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan proposal tesis ini

Semoga amal baik yang telah diberikan mendapat ridho Allah SWT. Peneliti menyadari bahwa tesis ini jauh dari sempurna, sehingga bimbingan, masukan dan kritik sangat peneliti harapkan. Semoga laporan hasil tesis ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan.

Depok, Juni 2011

Peneliti



**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Welas Riyanto
NPM : 0906621520
Program Studi : Program Pasca Sarjana
Fakultas : Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
Jenis Karya : Tesis

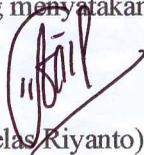
demikian pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

Hubungan antara penambahan berat badan di antara dua waktu hemodialisis (*interdialysis weight gain = IDWG*) terhadap kualitas hidup pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis di Unit Hemodialisa IP2K Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta

berserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada tanggal : 10 Juli 2011
Yang menyatakan

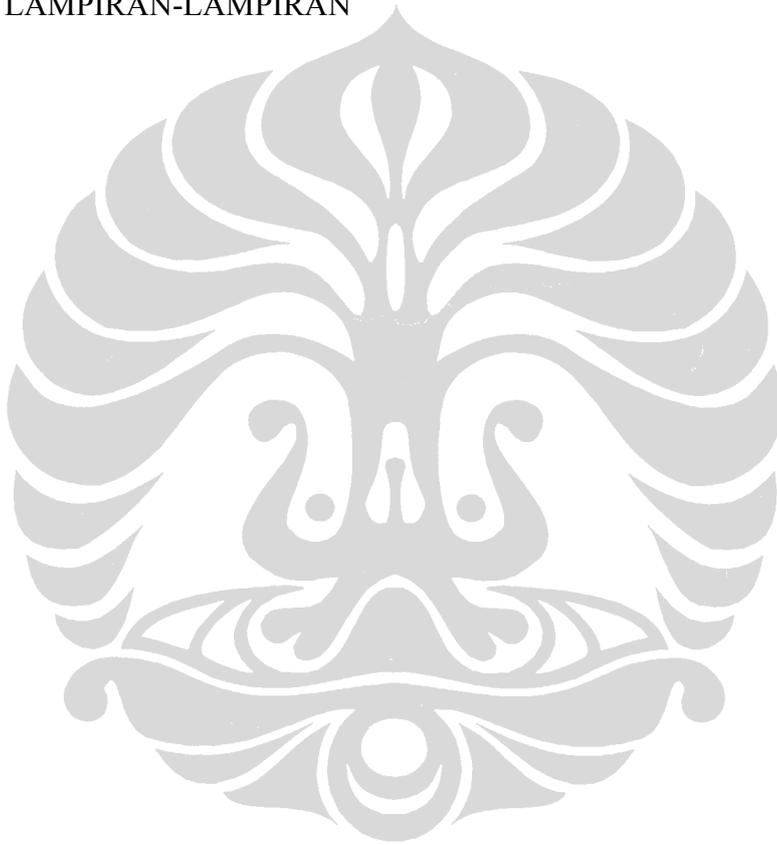


(Welas Riyanto)

DAFTAR ISI

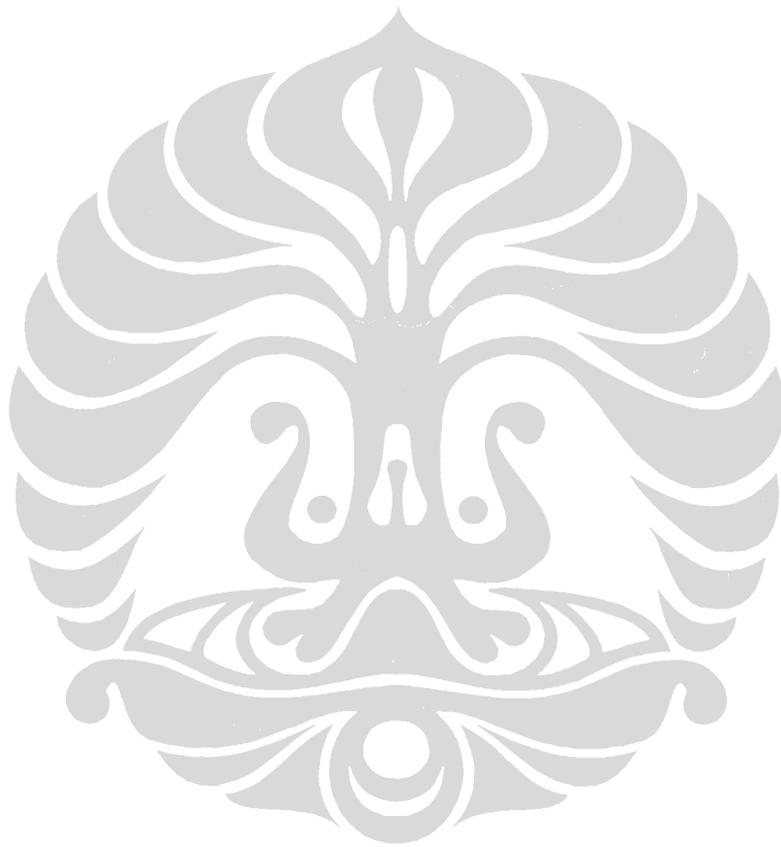
	Hal
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINILITAS	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
ABSTRAK	v
KATA PENGANTAR	vii
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR SKEMA	xii
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	6
1.3.1 Tujuan Umum	6
1.3.2 Tujuan khusus	6
1.4 Manfaat Penelitian	7
BAB 2 TINJAUAN TEORITIS	
2.1 <i>Chronic Kidney Disease (CKD)</i>	9
2.2 Hemodialisis	11
2.3 <i>Intradialysis Weight Gaint (IDWG)</i>	12
2.4 Kualitas hidup	16
2.5 Peningkatan Berat Badan diantara dua waktu hemodialisis dan pengaruhnya terhadap kualitas hidup	24
2.6 Kerangka Teori	26
BAB 3 KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL	
3.1 Kerangka Konsep	28
3.2 Hipotesis	29
3.3 Definisi Operasional	30
BAB 4 METODE PENELITIAN	
4.1 Jenis dan Rancangan Penelitian	33
4.2 Populasi dan Sampel	33
4.3 Tempat Penelitian	34
4.4 Waktu Penelitian	34
4.5 Etika Penelitian	34
4.6 Alat pengumpulan Data	36

4.7	Prosedur Pengumpulan Data	38
4.8	Metode Pengolahan Data dan Analisa Data	39
BAB 5 HASIL PENELITIAN		
5.1	Hasil Analisa Univariat	42
5.2	Hasil Analisa Bivariat	46
BAB 6 PEMBAHASAN		52
BAB 7 SIMPULAN DAN SARAN		
7.1	Simpulan	62
7.2	Saran	63
DAFTAR PUSTAKA		64
LAMPIRAN-LAMPIRAN		



DAFTAR SKEMA

	Hal
Skema 2.1 Kerangka teori penelitian	27
Skema 3.1 Kerangka konsep penelitian	29

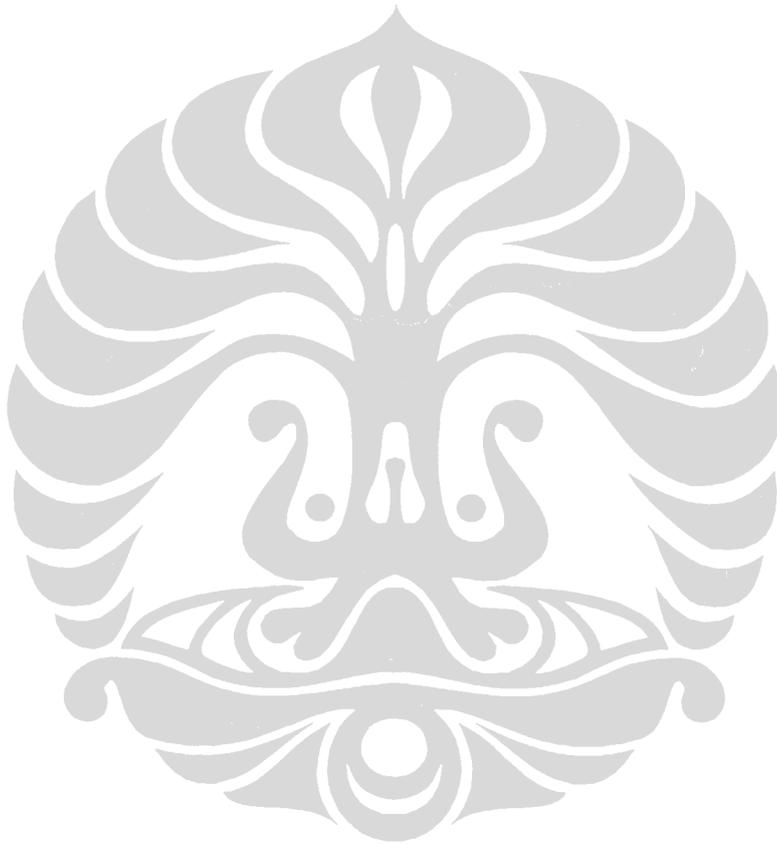


DAFTAR TABEL

	Hal	
Tabel 2.1	Penyebab umum CKD	10
Tabel 2.2	Klasifikasi kenaikan berat badan	13
Tabel 3.1	Definisi operasional	30
Tabel 4.1	Analisa univariat	40
Tabel 4.2	Analisa bivariat	40
Tabel 5.1	Distribusi karakteristik responden berdasarkan usia dan lama menjalani Hemodialisa di Unit Hemodialisa RSUP Fatmawati Periode Mei – Juni 2011 (n=76)	42
Tabel 5.2	Distribusi Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan dan status pernikahan di Unit Hemodialisa RSUP Fatmawati Periode Mei – Juni 2011 (n=76)	43
Tabel 5.3	Distribusi responden berdasarkan kategori penambahan berat badan di antara dua hemodialisa di Unit Hemodialisa RSUP Fatmawati Periode Mei – Juni 2011 (n=76)	44
Tabel 5.4	Distribusi responden berdasarkan kualitas hidup pada domain kesehatan Fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungan di Unit Hemodialisa RSUP Fatmawati Periode Mei – Juni 2011 (n=76)	44
Tabel 5.5	Hasil uji distribusi normal data kualitas hidup berdasarkan domain kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungan	45
Tabel 5.6	Analisis perbedaan kualitas hidup domain kesehatan fisik berdasarkan penambahan berat badan di antara dua hemodialisa di Unit Hemodialisa RSUP Fatmawati Periode Mei – Juni 2011 (n=76)	46
Tabel 5.7	Analisis perbedaan kualitas hidup domain psikologis berdasarkan penambahan berat badan di antara dua hemodialisa di Unit Hemodialisa RSUP Fatmawati Periode Mei – Juni 2011 (n=76)	47
Tabel 5.8	Analisis perbedaan kualitas hidup domain hubungan sosial berdasarkan penambahan berat badan di antara dua hemodialisa di Unit Hemodialisa RSUP Fatmawati Periode Mei – Juni 2011 (n=76)	48
Tabel 5.9	Analisis perbedaan kualitas hidup domain lingkungan berdasarkan penambahan berat badan di antara dua hemodialisa di	49

Unit Hemodialisa RSUP Fatmawati Periode Mei – Juni 2011
(n=76)

Tabel 5.10	Analisis perbedaan kualitas hidup berdasarkan penambahan berat badan di antara dua hemodialisa pada pasien yang menjalani terapi hemodialisis Periode Mei – Juni 2011	50
Tabel 5.11	Analisis covarian faktor karakteristik responden terhadap kualitas hidup pada pasien yang menjalani terapi dialisis Periode Mei – Juni 2011	51



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Penjelasan penelitian
- Lampiran 2 Lembar persetujuan penelitian
- Lampiran 3 Instrumen A karakteristik responden
- Lampiran 4 Instrumen B kualitas hidup pasien hemodialisis
- Lampiran 5 Instrumen C hasil pengukuran berat badan pasien yang menjalani hemodialisis
- Lampiran 6 Surat Permohonan Ijin Penelitian dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
- Lampiran 7 Surat Persetujuan Ijin Penelitian dari RSUP Fatmawati
- Lampiran 8 Keterangan Lolos Uji Etik
- Lampiran 9 Daftar Riwayat Hidup

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit kronis adalah kondisi medis atau masalah kesehatan yang berkaitan dengan gejala-gejala atau kecacatan yang membutuhkan penatalaksanaan medis dan perawatan dalam waktu jangka panjang. Perubahan gaya hidup yang pasif, mengkonsumsi makanan yang banyak mengandung lemak, kolesterol, kebiasaan merokok, dan tingkat stres yang tinggi dilaporkan meningkatkan insiden penyakit kronis (Smeltzer, 2001). Salah satu penyakit yang dikategorikan sebagai penyakit kronis adalah penyakit ginjal kronis.

Chronic Kidney Disease (CKD) atau penyakit ginjal kronis adalah suatu sindrom klinis disebabkan penurunan fungsi ginjal yang bersifat menahun, berlangsung progresif dan cukup lanjut, serta bersifat persisten dan irreversibel (Mansjoer, 2000). CKD makin banyak menarik perhatian dan makin banyak dipelajari, karena pasien yang mengalami tahap gagal ginjal terminal, masih mampu bertahan dan menjalani aktivitas hidup dengan cukup baik (Sidabutar, 1992 dalam Lubis, 2006). Prevalensi pasien CKD di Amerika Serikat pada akhir tahun 2002, sekitar 345.000 orang. Pada tahun 2007 bertambah 80.000 orang dan diperkirakan pada tahun 2010 angka tersebut akan meningkat menjadi 660.000 orang. Hampir setiap tahunnya sekitar 70.000 orang di Amerika Serikat, meninggal dunia disebabkan oleh gagal ginjal (Lewis, 2004). Jennet L Welch mengungkapkan bahwa lebih dari 450.000 orang didiagnosa CKD dan memerlukan tindakan hemodialisis (*United States Renal Data System*, 2005).

Menurut data Yayasan Peduli Ginjal (Yadugi), saat ini di Indonesia terdapat 40.000 pasien CKD. Akan tetapi dari jumlah tersebut, hanya sekitar 3.000 pasien yang bisa menikmati pelayanan cuci darah atau hemodialisis. Sisanya, hanya bisa pasrah menjalani hidupnya, karena pada dasarnya pasien hemodialisis tidak bisa sembuh. Bagi pasien CKD, hemodialisis dapat mencegah terjadinya kematian, namun demikian hemodialisis tidak menyembuhkan penyakit ginjal dan pasien harus menjalani dialisis sepanjang hidupnya atau sampai mendapat ginjal baru melalui operasi pencangkokan (tranplantasi) (Smeltzer, 2002).

Komplikasi yang sering terjadi pada pasien hemodialisis adalah penambahan berat badan di antara dua waktu hemodialisis (Interdialytic weight gain = IDWG) yang disebabkan oleh ketidakmampuan fungsi ekskresi ginjal, sehingga berapapun jumlah cairan yang diasup pasien, penambahan berat badan akan selalu ada. Dengan kata lain penambahan berat badan sebanyak nol ml tidak mungkin terjadi. Penambahan nilai IDWG yang terlalu tinggi akan dapat menimbulkan efek negatif terhadap keadaan pasien, diantaranya hipotensi, kram otot, hipertensi, sesak nafas, mual dan muntah, dan lainnya (Brunner and Suddarth, 2005). Pace (2007) mengungkapkan komplikasi kelebihan cairan pada pasien dengan CKD adalah hipertensi, edema perifer dan ascites. Bahkan sumber data dari *United States Renal Data System* (USRDS) menunjukkan peningkatan kematian dengan penambahan berat badan diantara dua waktu hemodialisis lebih dari 4,8% berat badan (Foley, Herzog, & Collins, 2002). Peningkatan berat badan yang ideal diantara dua waktu hemodialisis adalah 1,5 kg (Kimmel et al, 2000)

Perawat sebagai tenaga kesehatan yang dekat dengan pasien berperanan sebagai pemberi asuhan keperawatan dan sekaligus sebagai pendidik bertanggung jawab meningkatkan pengetahuan dan kesadaran pasien dan keluarga tentang pentingnya pembatasan konsumsi cairan dan makanan bagi penderita CKD. Kaveh & Kimme (2000) dan Abuelo (1998) mengungkapkan pembatasan asupan cairan sampai 1 liter per hari penting guna mengurangi risiko kelebihan volume cairan antara waktu dialisis. Kimmel (2000), Leggat (1998), Port (2004), Saran (2003) dalam Welch (2006) mengemukakan bahwa seseorang penderita CKD yang tidak mematuhi pembatasan cairan dapat mengalami kematian dini.

Manajemen pembatasan asupan cairan dan makanan akan berdampak terhadap penambahan berat badan di antara dua waktu dialisis. Pembatasan cairan merupakan hal yang kurang dipatuhi dalam manajemen diri pasien CKD (Johnstone & Halshaw, 2003; Sharp, Wild, & Gumley, 2005). Penambahan berat badan di antara dua waktu dialisis dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu: lingkungan, gizi, perilaku, fisiologis, dan psikologis (Hwang, Wang, & Chien, 2007; Sarkar, Kotanko, & Levin, 2006). Juan (2005) mengungkapkan bahwa semakin besar prosentase IDWG, semakin

buruk prognosis jangka panjang serta mengakibatkan tekanan darah yang tinggi waktu predialysis.

Kamyar dan Kalantar (2009) dari Harold Simmons Pusat Penelitian Penyakit Ginjal dan Epidemiologi di Universitas California di Los Angeles, menemukan bahwa 86% dari pasien yang menjalani hemodialisis memiliki berat badan interdialisis lebih dari 1,5 kg. Selain itu didapatkan data bahwa pasien yang memiliki berat badan interdialisis antara 1,5 - 2,0 kg berpotensi 25% peningkatan risiko kematian dan pasien yang memiliki berat badan interdialisis lebih dari 4,0 kg berpotensi 28% peningkatan risiko kematian. Sedangkan pasien yang memiliki berat badan interdialisis di bawah 1,5 kg berpotensi 26% - 33% penurunan risiko kematian. Timbulnya efek negatif dari penambahan berat badan di antara waktu dialisis akan mempengaruhi kualitas hidup pasien CKD, hingga timbulnya kematian seperti yang diungkapkan para peneliti di atas.

Menurut WHO (1994), kualitas hidup didefinisikan sebagai persepsi individu sebagai laki-laki ataupun perempuan dalam hidup, ditinjau dari konteks budaya dan sistem nilai tempat mereka tinggal, dan hubungan dengan standar hidup, harapan, kesenangan, dan perhatian mereka. Hal ini terangkum secara kompleks mencakup kesehatan fisik, status psikologis, tingkat kebebasan, hubungan sosial, dan hubungan kepada karakteristik lingkungan mereka.

Kualitas hidup menurut Cella (1992, dalam Kinghorn & Gamlin, 2004) merupakan sesuatu yang bersifat subyektivitas dan multidimensi. Subyektivitas mengandung arti bahwa kualitas hidup hanya dapat ditentukan dari sudut pandang pasien itu sendiri, sedangkan multidimensi bermakna bahwa kualitas hidup dipandang dari seluruh aspek kehidupan seseorang secara holistik meliputi aspek biologis/ fisik, psikologis, sosiokultural dan spiritual. Dukungan spiritual dapat berupa keyakinan yang kuat atau energi positif hal ini dapat membuat seseorang menjadi lebih tenang dan secara emosional pasien dapat menjadi rileks, damai dan perasaan-perasaan positif lain yang sangat mempengaruhi kesehatan fisiknya.

WHO mengungkapkan bahwa kualitas hidup dipengaruhi oleh 4 domain, yaitu: Pertama, domain kesehatan fisik, meliputi kegiatan sehari-hari, ketergantungan pada

zat obat dan bantuan medis, energi dan kelelahan, mobilitas, rasa sakit dan ketidaknyamanan, tidur dan istirahat, dan bekerja kapasitas. Kedua, domain kesehatan psikologis, termasuk gambar tubuh dan penampilan, perasaan negatif, perasaan positif, harga diri, spiritualitas, agama, keyakinan pribadi, berpikir, belajar, memori, dan konsentrasi. Ketiga, domain hubungan sosial, meliputi hubungan pribadi, dukungan sosial, dan seksual kegiatan. Keempat, domain lingkungan, menilai keuangan sumber daya, kebebasan, keamanan fisik dan keamanan, kesehatan dan perawatan sosial (aksesibilitas dan kualitas), lingkungan rumah, kesempatan untuk mendapatkan informasi baru dan keterampilan, partisipasi dalam dan kesempatan untuk kegiatan rekreasi dan liburan, fisik lingkungan (polusi, kebisingan, lalu lintas, dan iklim), dan transportasi.

Penelitian yang dilakukan oleh Drennan & Cleary (2005), terhadap 97 pasien CKD yang sedang menjalani hemodialisis, menunjukkan adanya penurunan kualitas hidup diantaranya: keterbatasan vitalitas, fungsi fisik dan peran fisik. Mereka juga melaporkan fungsi fisik jauh lebih rendah, dan skor kesehatan mental yang kurang baik. Anees, (2011) mengungkapkan bahwa kualitas hidup 89 pasien CKD yang menjalani hemodialisis berada pada level rendah untuk domain kesehatan fisik, domain psikologis, sedangkan untuk domain hubungan sosial dan lingkungan berada pada level sedang.

Dari paparan beberapa penelitian di atas serta pencarian di beberapa sumber, penulis belum menemukan apakah ada hubungan antara penambahan berat badan diantara dua waktu hemodialisis (*interdialysis weight gain = IDWG*) terhadap kualitas hidup pasien yang menjalani terapi hemodialisis. Penelitian ini penting dilakukan untuk mengetahui seberapa besar pengaruh penambahan berat badan di antara dua waktu hemodialisis terhadap kualitas hidup pasien yang menjalani terapi hemodialisis. Adanya perubahan kualitas hidup akibat peningkatan *IDWG* menjadi perhatian perawat agar mampu mengantisipasi risiko dan dapat melakukan tindakan-tindakan pencegahan terjadinya efek samping. Selain itu perawat juga diharapkan mampu memfasilitasi pasien CKD dalam mempertahankan kualitas hidupnya agar tetap optimal.

Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati merupakan rumah sakit pendidikan tipe A yang digunakan oleh berbagai institusi pendidikan kesehatan baik swasta maupun negeri mulai dari profesi kedokteran, keperawatan, farmasi serta gizi. Pada awal dibukanya pelayanan Unit Hemodialisa pada tahun 1993, unit ini hanya memiliki 2 unit mesin hemodialisis. Seiring bertambahnya pasien CKD setiap tahunnya, maka pada tahun 2011 ini telah dilakukan penambahan mesin hemodialisis hingga sekarang berjumlah 20 unit mesin hemodialisis. Pelayanan hemodialisis di IP2K RSUP Fatmawati dilakukan 2 shif pagi dan sore pada hari senin sampai jum'at dan hanya shif pagi pada hari sabtu, kecuali jika ada permintaan hemodialisis *cito*. Jumlah pasien yang sedang menjalani Hemodialisis pada bulan Desember 2010 sebanyak 94 pasien. Jadwal yang disediakan untuk pelaksanaan seminggu 3 kali (Senin – Rabu – Sabtu), seminggu 2 kali (Senin - Kamis, Selasa – Jumat), dan seminggu 1 kali (Rabu). Waktu yang dialokasikan untuk satu kali tindakan Hemodialisis adalah 4 jam.

Dari data yang terangkum dalam dokumentasi asuhan keperawatan di ruang Unit Hemodialisa IP2K RSUP Fatmawati didapatkan penambahan berat badan di antara dua waktu dialisis cenderung $\geq 5\%$. Dari keseluruhan jumlah pasien hemodialisis di Unit Hemodialis, dalam bulan Desember 2010, tercatat kurang lebih 70 orang pasien memiliki penambahan berat badan di antara dua waktu dialisis $\geq 5\%$ yang menyebabkan mereka berada pada keadaan berisiko terkena komplikasi kelebihan cairan. Hal lain yang belum diketahui adalah bagaimana kualitas hidup pasien-pasien yang sedang menjalani hemodialisis tersebut.

Berdasarkan fenomena tersebut maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “hubungan antara penambahan berat badan diantara dua waktu hemodialisis (*interdialysis weight gain = IDWG*) terhadap kualitas hidup pasien yang menjalani terapi hemodialisis”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan bahwa angka kejadian CKD cenderung meningkat dari tahun ke tahun. Peningkatan angka kejadian ini berakibat pada tuntutan pelayanan medis dan keperawatan untuk memberikan hal yang terbaik demi

kelangsungan hidup pasien CKD. Pelayanan hemodialisis di unit hemodialisis merupakan salah satu tindakan yang harus dijalani seusia hidup oleh pasien yang telah didiagnosa gagal ginjal tahap akhir. Pengendalian/ pengaturan cairan dan makanan perlu dioptimalkan, sehingga penambahan berat badan di antara waktu dialisa dapat terkontrol. Penambahan berat badan diantara waktu dialisa yang amat banyak sangat membahayakan kehidupan pasien hingga dapat menimbulkan kematian. Memahami respon pasien terhadap peningkatan berat badan di antara dua waktu dialisis dan kualitas hidup pasien yang sedang menjalani hemodialisis sangat diperlukan agar pelayanan kesehatan khususnya asuhan keperawatan dapat menerapkan intervensi keperawatan yang komprehensif yang sesuai dengan patofisiologis dan kebutuhan pasien.

Uraian ringkas pada latar belakang di atas memberikan dasar bagi peneliti untuk merumuskan masalah penelitian “hubungan antara penambahan berat badan di antara dua waktu hemodialisis (*interdialysis weight gain = IDWG*) terhadap kualitas hidup pasien yang menjalani terapi hemodialisis di Unit Hemodialisa IP2K Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta”.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum.

Mengetahui hubungan antara penambahan berat badan di antara dua waktu hemodialisis (*interdialysis weight gain = IDWG*) terhadap kualitas hidup pasien yang menjalani terapi hemodialisis di Unit Hemodialisa IP2K Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta.

1.3.2 Tujuan khusus

Tujuan khusus dalam penelitian ini adalah teridentifikasinya :

- a. Gambaran karakteristik pasien yang menjalani terapi hemodialisis di Unit Hemodialisa IP2K Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta berdasarkan usia, jenis kelamin, pekerjaan, status pernikahan, tingkat pendidikan dan lama menjalani hemodialisis.
- b. Gambaran penambahan berat badan di antara dua waktu hemodialisis (*interdialysis weight gain = IDWG*) pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis di Unit Hemodialisa IP2K Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta

- c. Gambaran kualitas hidup pasien yang menjalani terapi hemodialisis di Unit Hemodialisa IP2K Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta
- d. Hubungan penambahan berat badan di antara dua waktu hemodialisis (*interdialysis weight gain = IDWG*) terhadap kesehatan fisik pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis di Unit Hemodialisa IP2K Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta
- e. Hubungan penambahan berat badan di antara dua waktu hemodialisis (*interdialysis weight gain = IDWG*) terhadap psikologi pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis di Unit Hemodialisa IP2K Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta
- f. Hubungan penambahan berat badan di antara dua waktu hemodialisis (*interdialysis weight gain = IDWG*) terhadap hubungan sosial pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis di Unit Hemodialisa IP2K Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta
- g. Hubungan penambahan berat badan di antara dua waktu hemodialisis (*interdialysis weight gain = IDWG*) terhadap lingkungan pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis di Unit Hemodialisa IP2K Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta.
- h. Hubungan karakteristik pasien (Usia, Jenis kelamin, Pendidikan, Pekerjaan, Status pernikahan, Lama menjalani hemodialisis) dengan kualitas hidup pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis di Unit Hemodialisa IP2K Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati.

1.4 Manfaat Penelitian

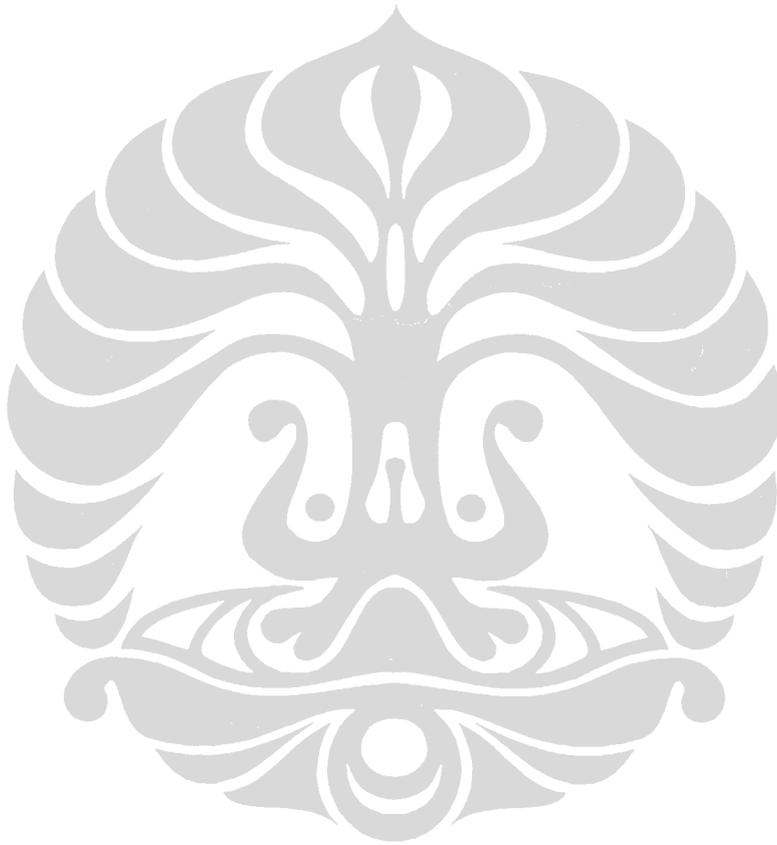
1.4.1 Manfaat bagi pelayanan kesehatan

Hasil penelitian ini dapat bermanfaat bagi perawat dalam mengantisipasi dampak dan melakukan tindakan asuhan keperawatan terkait penambahan berat badan di antara dua waktu hemodialisis (*interdialysis weight gain = IDWG*) terhadap perubahan kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial serta lingkungan pasien CKD, sehingga perawat tetap mampu mengoptimalkan kualitas kehidupan pasien.

1.4.2 Manfaat bagi perkembangan Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini menjadi masukan bagi pendidikan dalam proses pembelajaran mahasiswa keperawatan khususnya keperawatan medikal bedah sehingga dapat

diperoleh gambaran yang nyata tentang bagaimana kualitas hidup pasien hemodialisis yang mengalami penambahan berat badan di antara dua waktu hemodialisis (*interdialysis weight gain = IDWG*), disamping mendukung terwujudnya *evidence based* dalam praktik keperawatan serta menambah pengetahuan dan wawasan perawat terutama perawatan pasien hemodialisis pada umumnya.



BAB 2

TINJAUAN TEORITIS

Bab 2 menguraikan tentang konsep CKD, Hemodialisis, IDWG dan Kualitas Hidup pasien yang menjalani hemodialisis.

2.1 *Chronic Kidney Disease (CKD)*

2.1.1 Pengertian

Chronic Kidney Disease (CKD) atau *End Stage Renal Disease (ESRD)* adalah kerusakan fungsi ginjal yang progresif dan tidak dapat pulih kembali, dimana tubuh tidak mampu memelihara metabolisme dan gagal memelihara keseimbangan cairan dan elektrolit berakibat peningkatan ureum (azotemia) (Smeltzer, 2008, hlm 1527). Black & Hawks (2005), mengungkapkan CKD sebagai penurunan fungsi jaringan ginjal secara progresif dimana massa ginjal yang masih ada tidak mampu lagi mempertahankan lingkungan internal tubuh.

Chronic Kidney Disease (CKD) merupakan kerusakan ginjal progresif yang berakibat fatal dan ditandai dengan uremia (urea dan limbah nitrogen lainnya yang beredar dalam darah serta komplikasinya jika tidak dilakukan dialisis atau transplantasi ginjal) (Nursalam, 2006).

Gagal ginjal kronik (*end stage renal disease/ESRD*) atau penyakit ginjal tahap akhir (PGTA) adalah penyimpangan *progresif* fungsi ginjal yang tidak dapat pulih dimana kemampuan tubuh untuk mempertahankan keseimbangan metabolik dan cairan dan elektrolit mengalami kegagalan yang mengakibatkan uremia (Baughman, 2000).

Berdasarkan beberapa pengertian menurut para ahli diatas dapat diambil kesimpulan bahwa gagal ginjal kronik adalah gangguan fungsi renal yang *irreversible* dan berlangsung lambat sehingga ginjal tidak mampu mempertahankan metabolisme tubuh, keseimbangan cairan dan elektrolit serta menyebabkan uremia yang memerlukan tindakan dialisis atau tranplantasi ginjal.

2.1.2 Klasifikasi

Klasifikasi penyakit ginjal kronik di dasarkan atas dua hal yaitu, atas derajat (*stage*) penyakit dan atas dasar diagnosis etiologis. (Ketut 2006, hlm 581-584)

Klasifikasi berdasarkan derajat (*stage*) penyakit, ditetapkan atas dasar perhitungan nilai dari GFR. Pedoman K/DOQI merekomendasikan perhitungan GFR dengan rumus Cockroft-Gault untuk orang dewasa, yaitu:

$$\text{Klirens kreatinin (ml/men.)} = \frac{(140 - \text{usia}) \times \text{berat badan} \times (0,86 \text{ jika wanita})}{72 \times \text{kreatinin serum}}$$

Klasifikasi penyakit ginjal kronis berdasarkan derajat penyakit adalah sebagai berikut (Black & Hawks, 2005; Brown & Edwards, 2005):

- a. Kerusakan ginjal dengan LFG normal (LFG > 90 ml/menit/1.73 m²)
- b. Kerusakan ginjal dengan LFG ringan (LFG > 60 - 89 ml/menit/1.73 m²)
- c. Kerusakan ginjal dengan LFG sedang (LFG > 30 - 59 ml/menit/1.73 m²)
- d. Kerusakan ginjal dengan LFG berat (LFG > 15 - 29 ml/menit/1.73 m²)
- e. Gagal ginjal (LFG < 15 ml/menit/1.73 m² atau dialisis)

2.1.3 Etiologi

Penyebab CKD diberbagai Negara hampir sama, akan tetapi akan berbeda dalam perbandingan persentasenya. CKD pada umumnya dapat disebabkan oleh beberapa hal sebagai berikut (Fauci, 2009. Hlm 794-798):

Tabel 2.1. Penyebab umum CKD

-
- Diabetik nefropati
 - Hipertensi nefrosklerosis
 - Glomerulonefritis
 - Renovakular disesase (iskemik nefropati)
 - Penyakit polikistik ginjal
 - Refluk nefropati dan penyakit ginjal kongenital lainnya
 - Intersisial nefritis, termasuk nefropati analgesic
 - Nefropati uang berhubungan dengan HIV
 - *Transplant allograft failure* (“*chronic rejection*”)
-

Sumber: Harrison's Manual of Medicine 17th Edition, International Edition

2.2 Hemodialisis

Hemodialisis merupakan terapi pengganti bagi pasien dengan penyakit gagal ginjal terminal selain dialisis peritoneal dan transplantasi ginjal. Dialisis jenis ini hanya menggantikan sebagian dari fungsi ekskresi ginjal. Hemodialisis didefinisikan sebagai pergerakan larutan dan air dari darah pasien melewati membran semipermeabel (alat dialisa) ke dalam dialisat. Alat dialisa juga dapat digunakan untuk memindahkan sebagian besar volume cairan. Pemindahan ini dilakukan melalui ultrafiltrasi dimana tekanan hidrostatik menyebabkan aliran yang besar dari air plasma (dengan perbandingan sedikit larutan) membrans (Tisher & Wilcox, 1995).

Menurut Le Mone (1996) hemodialisis menggunakan prinsip difusi dan ultrafiltrasi untuk membersihkan elektrolit dari produk tak berguna dan kelebihan cairan tubuh. Darah akan diambil dari tubuh melalui jalan masuk vaskular dan memompa ke membran dari selulosa asetat dan zat yang sama. Pengeluaran kira-kira sama dengan komposisi seperti ekstra cairan selular normal. Dialisa menghangatkan suhu tubuh dan melewati sepanjang ukuran dari membran lain. Semua larutan molekul lebih kecil dari sel darah, plasma dan protein mampu bergerak bebas di membran melalui difusi.

Tindakan hemodialisis dilakukan pada pasien gagal ginjal tahap akhir adalah kondisis *overload* cairan yang tidak berespon terhadap pemberian diuretik, pasien menunjukkan tanda dan gejala terjadinya sindrom uremia (dengan nilai ureum > 50 dan kreatinin > 1.5, terjadinya mual dan muntah, anorexia berat, LFG kurang dari 10ml/menit per 1.73 m² serta tanda dan gejala hiperkalemia (Smeltzer & Bare, 2001). Keuntungan dari tindakan hemodialisis adalah pasien tidak perlu menyiapkan peralatan sendiri, kondisi pasien lebih terpantau karena tindakan ini dilakukan di rumah sakit oleh perawat dan dokter yang sudah terlatih dan jumlah protein yang hilang selama pada proses lebih sedikit. Meskipun sebagai terapi pengganti ginjal (*renal replacement therapy*), tetapi tindakan dialisis ini tidak mampu menyebabkan beberapa abnormalitas klinis uremia dapat dihilangkan. Selain keuntungan, hemodialisis juga memiliki beberapa komplikasi, yaitu terjadinya kram dan hipotensi intradialisis (Brenner, 2004).

Komplikasi tindakan hemodialisis yang berasal dari pemasangan kateter di pembuluh darah, berhubungan dengan air yang digunakan, penggantian cairan, komposisi dialisis, membran hemodialisis, dosis yang tidak adekuat, karena antikoagulasi yang diberikan, dan komplikasi dari hemoperfusi. Komplikasi yang berasal dari selang yang dimasukkan ke pembuluh darah untuk tindakan hemodialisis beragam seperti kemampuan mengalirkan darah yang cukup berkurang, pneumotoraks, perdarahan, terbentuknya hematoma, robeknya arteri, hemotorak, embolisme, hemomediastinum, kelumpuhan saraf laring, trombosis, infeksi dan stenosis vena sentral, pseudoneurisma, iskhemia, dan sebagainya. Komplikasi terkait dengan air dan cairan yang diberikan terdiri atas adanya bakteri dan pirogen dalam air yang diberikan yang dapat memicu timbulnya infeksi, hipotensi, kram otot, hemolisis (bila komposisi elektrolit yang diberikan rendah sodium), haus dan sindrom kehilangan keseimbangan (bila natrium tinggi), aritmia (rendah dan tinggi kalium), hipotensi ringan, hiperparatiroidisme, petekie (rendah kalsium dan magnesium), osteomalais, nausea, pandangan kabur, kelemahan otot, dan ataksia (tinggi magnesium) (Lameire & Mehta, 2000).

2.3 Intradialysis Weight Gain

2.3.1 Pengertian

Interdialysis weight gain (IDWG) adalah penambahan berat badan pasien di antara dua waktu dialisis. Penambahan ini dihitung berdasarkan berat badan kering (*dry weight*) pasien, yaitu berat badan *post dialysis* setelah sebagian besar cairan dibuang melalui proses UF (ultrafiltrasi), berat badan paling rendah yang dapat dicapai pasien ini seharusnya tanpa disertai keluhan dan gejala hipotensi (Reams & Elder, 2003). Rahman, Sehgal & Smitch (2000), mengungkapkan bahwa pengelolaan cairan pada pasien dialisis tergantung pada perhitungan berat badan kering pasien. IDWG yang dapat ditoleransi oleh tubuh adalah tidak lebih dari 1,0-1,5 kg (Lewis, Stabler & Welch, 2000) atau tidak lebih dari 3 % dari berat kering (Smeltzer & Bare, 2001). Faktor kepatuhan pasien dalam mentaati jumlah konsumsi cairan menentukan tercapainya berat badan kering yang optimal disamping factor lain yang kemungkinan dapat meningkatkan IDWG diantaranya adekuasi pelaksanaan hemodialisis yaitu : lama tindakan hemodialisis, kecepatan aliran hemodialisis, ultrafiltrasi, cairan dialisat yang digunakan dll

2.3.2 Klasifikasi

Yetti (2001) mengelompokkan penambahan berat badan diantara dua waktu dialisis menjadi 3 kelompok, yaitu: penambahan < 4 % adalah penambahan ringan, penambahan 4 - 6% penambahan rata-rata, dan > 6% merupakan penambahan bahaya. Sedangkan Price dan Wilson (1995) mengelompokkan penambahan berat badan menjadi: penambahan 2% adalah penambahan ringan, penambahan 5% adalah penambahan sedang dan penambahan 8% adalah penambahan berat.

Tabel 2.2. Klasifikasi Kenaikan Berat Badan

Rentang prosentase kenaikan	
(Yetti, 2001)	(Price & Wilson, 1995)
Ringan < 4%	Ringan = 2%
Rata-rata 4-6%	Sedang = 5%
Bahaya > 6%	Berat = 8%

2.3.3 Komplikasi

Menurut Pace (2007), IDWG melebihi 4.8% akan meningkatkan mortalitas meskipun tidak dinyatakan besarnya. Sedangkan Gomez menyatakan bahwa IDWG yang tinggi erat kaitannya dengan cairan berlebih dan merupakan prekursor tingginya tekanan darah pre-dialisis (Gomez, 2005). Penambahan nilai IDWG yang terlalu tinggi akan dapat menimbulkan efek negatif terhadap keadaan pasien, diantaranya hipotensi, kram otot, hipertensi, sesak nafas, mual dan muntah, dan lainnya (Brunner and Suddarth, 2005). Pace (2007), mengungkapkan komplikasi overload cairan pada pasien dengan penyakit ginjal kronis (CKD) adalah hipertensi, edema perifer dan ascites. Bahkan sumber data dari *US Renal Data System (USRDS)* menunjukkan peningkatan kematian dengan berat badan diantara dua waktu hemodialisis yang lebih besar 4,8% dari berat badan (Foley, Herzog, & Collins, 2002). Suharto (2004) menyatakan bahwa penambahan berat badan karena cairan (*overfluid*) menjadi salah satu prognosis gagal ginjal yang mempengaruhi waktu survival. Artinya, semakin besar penambahan berat badan maka semakin rendah tingkat keselamatan.

Dry weight (berat badan kering) merupakan berat badan yang ideal *post dialisis* setelah semua kelebihan cairan yang ada dibuang (Gutch 1999; dalam Mitchell,

2002). Karakteristik pasien yang telah mencapai berat badan kering adalah tidak dijumpainya tanda-tanda edema. Sedangkan Daugirdas, Blake, dan Ing (2001; dalam Mitchell, 2002) menambahkan, berat badan kering pasien dapat ditetapkan berdasarkan percobaan *trial* dan *error* dan idealnya dievaluasi 2 minggu sekali.

IDWG dianggap sebagai ukuran kepatuhan pasien yang menjalani terapi hemodialisis. Beberapa penulis menemukan hubungan antara IDWG dan status gizi, tekanan darah pasien hemodialisis, Implikasi klinis dan nilai prognostik jangka menengah dan jangka panjang (Sezer et al, 2002).

Garam dan intake cairan selama periode interdialisis adalah penyebab paling utama untuk IDWG. Biasanya, natrium asupan makanan adalah faktor yang merangsang rasa haus paling banyak. Namun demikian terlibat juga dalam mekanisme ini, seperti konsentrasi natrium dalam cairan dialisis, infuse, larutan garam selama sesi hemodialisis, terutama pada menit akhir, fungsi ginjal yang tersisa, atau hiperglikemia pada pasien diabetes (Geddes, 2003).

IDWG biasanya cukup konstan untuk setiap pasien, dan dipengaruhi oleh faktor gizi, faktor lingkungan, dan tingkat perawatan diri. Namun demikian, peningkatan pada periode akhir interdialysis, dan mengalami beberapa variasi antara periode yang berbeda terdapat data yang menunjukkan peningkatan IDWG.

Karakteristik antropometri pasien dapat memodifikasi variabilitas IDWG. Data hasil penelitian dengan jelas menunjukkan usia merupakan variabel yang berbanding terbalik dengan IDWG. pasien yang lebih muda biasanya memiliki nafsu makan yang lebih besar, yang disertai dengan natrium lebih besar dan asupan air (Ifudu, 2002). IDWG lebih besar pada pria dibandingkan pada wanita, hal ini disebabkan konsumsi cairan pada pria lebih besar akibat haus setelah melakukan banyak aktifitas dibandingkan wanita.

Tekanan darah tinggi merupakan komplikasi yang umum pada pasien hemodialisis, dan manajemen adalah rumit (Rocco, 2001). Ekspansi volume cairan ekstraselular adalah penyebabnya, dan ini tergantung banyaknya peningkatan IDWG. Dalam penelitian terbaru dengan 5.369 pasien, Rahman (2000) menunjukkan bahwa IDWG

lebih besar terjadi pada pasien yang tidak mentaati penatalaksanaan dialisis. Data lain juga menunjukkan bahwa tekanan darah tinggi dikaitkan dengan hipertrofi ventrikel kiri, yang merupakan faktor risiko lain terkait tekanan darah tinggi.

Di sisi lain, IDWG memiliki hubungan yang signifikan dengan parameter gizi seperti albumin serum, prealbumin, urea, dan kreatinin, seperti juga dengan PCR dan indeks massa tubuh. Serum albumin merupakan penanda untuk peradangan dan gizi yang memainkan peran penting sebagai faktor risiko independen untuk kematian (Fipper, 2002). Ada perbedaan yang signifikan antara 3 kelompok % IDWG yang telah ditetapkan, sehingga mereka yang % IDWG lebih besar mempertahankan tingkat albumin yang lebih baik (Kimmel, 2000).

2.3.4 Pemantauan cairan

Pengukuran dan penilaian kelebihan volume cairan yang terjadi dapat dilakukan dengan memonitor asupan dan haluaran cairan dan penimbangan berat badan. Pemasukan dan pengeluaran cairan harus dimonitor dengan tepat secara berkala. Penimbangan berat badan dilakukan secara berkala dan pada waktu yang sama setiap harinya, misalnya sebelum sarapan, dan menggunakan alat timbangan badan yang sama pula, bahkan jika memungkinkan menggunakan jenis pakaian dengan berat yang sama, hal ini bertujuan untuk mendapatkan data berat badan yang akurat. Peningkatan berat badan yang banyak menunjukkan terjadinya penumpukan cairan. Setiap peningkatan berat badan 1 kg berarti terjadi penambahan 1 liter air yang tertahan di dalam tubuh (Gomez, Maite, Rosa, Patrocinio & Rafael, 2003).

Penilaian terhadap indikator peningkatan kelebihan cairan juga harus dilakukan (peningkatan kualitas denyut nadi peningkatan distensi vena jugularis, adanya *crackles* pada auskultasi paru, peningkatan edema perifer). Pemantauan adanya tanda-tanda terhadap penumpukan cairan di dalam tubuh dapat memberikan peringatan kepada pasien untuk lebih menekan keinginan minum, sehingga dapat mencegah terjadinya gangguan keluhan sesak napas dan gangguan pola tidur / istirahat dll. Pemantauan konsumsi cairan dan peningkatan berat badan secara berkala merupakan hal rutin dan harus dilakukan oleh pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis (Kaveh & Kimme, 2000).

2.4 Kualitas Hidup

2.4.1 Pengertian kualitas hidup

Pengertian kualitas hidup masih menjadi suatu permasalahan, belum ada suatu pengertian yang tepat yang dapat digunakan sebagai acuan untuk mengukur kualitas hidup seseorang. Kualitas hidup merupakan suatu ide yang abstrak, yang tidak terikat oleh waktu atau tempat: bersifat situasional dan meliputi berbagai konsep yang saling tumpang tindih (Kinghorn & Gamlin, 2004). Menurut WHO (1994) kualitas hidup merupakan persepsi individu sebagai laki-laki ataupun perempuan dalam hidup, ditinjau dari konteks budaya dan sistem nilai tempat mereka tinggal, dan hubungan dengan standar hidup, harapan, kesenangan, dan perhatian mereka. Hal ini terangkum secara kompleks mencakup kesehatan fisik, status psikologis, tingkat kebebasan, hubungan sosial, dan hubungan kepada karakteristik lingkungan mereka.

Farquahar (1995) menjelaskan bahwa kualitas hidup merupakan suatu model konseptual, yang bertujuan untuk menggambarkan perspektif pasien dengan berbagai macam istilah. Pengertian kualitas hidup ini akan berbeda bagi orang sakit dan orang sehat. Cella (1992, dalam Kinghorn & Gamlin, 2004) menyebutkan bahwa kualitas hidup seseorang tidak dapat didefinisikan dengan pasti, hanya orang tersebut yang dapat mendefinisikannya, karena kualitas hidup merupakan sesuatu yang bersifat subyektif.

Terdapat dua komponen dasar dari kualitas hidup yaitu subyektivitas dan multidimensi. Subyektivitas mengandung arti bahwa kualitas hidup hanya dapat ditentukan dari sudut pandang pasien itu sendiri dan ini dapat diketahui hanya dengan bertanya langsung pada pasien sedangkan multidimensi bermakna bahwa kualitas hidup dipandang dari seluruh aspek kehidupan seseorang secara holistik meliputi aspek biologis/fisik, psikologis, sosiokultural dan spiritual. Polonsky (2000) mengatakan bahwa untuk mengetahui bagaimana kualitas hidup seseorang maka dapat diukur dengan mempertimbangkan 2 hal, yaitu keseluruhan dari status fisik, psikososial dan sosial dan kondisi penyakit yang meliputi 2 kategori yaitu kelemahan yang dirasakan (bagaimana pasien merasakan beberapa kelemahan dari penyakit yang dialaminya atau bagaimana penyakitnya itu dirasakan sendiri oleh pasien mengganggu atau membebani kehidupan) dan kelemahan yang lainnya seperti dampak distress yang dirasakan dari penyakit yang dirasakannya.

2.4.2 Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup

Avis (2005) menyatakan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup dibagi menjadi dua bagian. Bagian pertama adalah sosio demografi yaitu jenis kelamin, usia, suku / etnik, pendidikan, pekerjaan dan status perkawinan. Kedua adalah medik yaitu lama menjalani hemodialisis, stadium penyakit, dan penatalaksanaan medis yang dijalani.

Faktor sosio demografi.

a. Jenis kelamin.

Komposisi tubuh yang dimiliki perempuan dan laki-laki sangat berbeda, laki-laki lebih banyak memiliki jaringan otot sedangkan perempuan lebih banyak jaringan lemak. Semakin banyak lemak semakin sedikit persentasi air yang ada pada badan dan mengakibatkan persentasi air dalam tubuh juga kecil (Price & Wilson, 1995). Banyaknya air dalam tubuh akan berdampak pada peningkatan berat badan dan mempengaruhi aktifitas dan kegiatan seseorang yang menderita CKD dengan terapi hemodialisis. Igbokwe & Obika (2007), mengungkapkan bahwa perempuan dan laki-laki mempunyai perbedaan ambang haus, Ambang haus laki-laki lebih rendah dibanding dengan perempuan yang menyebabkan laki-laki lebih banyak mengalami peningkatan berat badan diantara dua waktu hemodialisis.

b. Usia

Usia berpengaruh terhadap cara pandang seseorang dalam kehidupan, masa depan dan pengambilan keputusan. Penderita CKD usia 35 tahun dengan 2 orang anak balita dibandingkan dengan penderita lain yang berusia 78 tahun dimana semua anaknya sudah mandiri tentu saja berbeda dalam menentukan pilihan untuk mendapatkan kesehatan. Penderita yang dalam usia produktif merasa terpacu untuk sembuh mengingat dia masih muda mempunyai harapan hidup yang tinggi, sebagai tulang punggung keluarga, sementara yang tua menyerahkan keputusan pada keluarga atau anak-anaknya Tidak sedikit dari mereka merasa sudah tua, capek, hanya menunggu waktu, akibatnya mereka kurang motivasi dalam menjalani terapi haemodialisis. Usia juga erat kaitannya dengan prognose penyakit dan harapan hidup mereka yang berusia diatas 55 tahun kecenderungan untuk terjadi berbagai komplikasi yang memperberat fungsi ginjal sangat besar bila dibandingkan dengan yang berusia dibawah 40 tahun.

Peningkatan usia mempengaruhi tingkat kematangan seseorang untuk mengambil keputusan yang terbaik untuk dirinya. Orang dewasa cenderung mampu mempertahankan peningkatan kepatuhan terhadap program terapi yang diberikan terkait pembatasan cairan terutama pada pasien CKD. Sarkar *et al* (2006), mengungkapkan bahwa usia memiliki korelasi terbalik dengan penambahan berat badan diantara dua waktu dialisis. Artinya bahwa semakin bertambah usia pasien maka semakin sedikit penambahan berat badan diantara dua dialisisnya. Hal ini disebabkan karena terjadi penurunan sensasi haus akibat proses bertambahnya usia sehingga cairan yang dikonsumsi menurun dan berimplikasi terhadap peningkatan berat badan yang minimal.

c. Pendidikan

Pendidikan merupakan hal yang sangat penting dalam kehidupan manusia dan sebagai wahana pengembang sumber daya manusia. Melalui pendidikan manusia dapat melepaskan diri dari keterbelakangan. Pendidikan juga mampu menanamkan kapasitas baru bagi manusia dalam mempelajari pengetahuan dan keterampilan baru, sehingga dapat diperoleh manusia yang produktif

Pendidikan merupakan hal yang sangat penting dalam kehidupan manusia dan sebagai wahana pengembang sumber daya manusia. Melalui pendidikan manusia dapat melepaskan diri dari keterbelakangan. Pendidikan juga mampu menanamkan kapasitas baru bagi manusia dalam mempelajari pengetahuan dan keterampilan baru, sehingga dapat diperoleh manusia yang produktif. Tilaar (1999). Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka dia akan cenderung untuk berperilaku positif karena pendidikan yang diperoleh dapat meletakkan dasar-dasar pengertian dalam diri seseorang (Azwar, 1995).

d. Pekerjaan

Memiliki pekerjaan pada usia dewasa muda akan mempengaruhi kualitas hidup serta mempengaruhi kebahagiaan individu. Bekerja sebagai salah satu faktor demografi yang penting mempengaruhi kebahagiaan dibandingkan faktor demografi lain. Pekerjaan menjadi hal yang utama karena pekerjaan memberikan aktivitas yang menghabiskan sepertiga waktu individu (8 jam perhari), dimana waktu ini setara dengan waktu yang dihabiskan individu untuk tidur dan

melakukan berbagai aktivitas lainnya. Selain itu, bila dikaitkan dengan fenomena pengangguran, berbagai dampak negatif dan positif dari kondisi tidak bekerja tentu juga akan berpengaruh terhadap kebahagiaan yang ia rasakan dan lebih jauh lagi dapat mempengaruhi kualitas hidupnya

Penelitian yang dilakukan di negara-negara Eropa menunjukkan bahwa seseorang yang tidak bekerja memiliki tingkat kebahagiaan dan kualitas hidup yang paling rendah dibandingkan dengan kelompok yang lain (pegawai swasta, wirausaha, pedagang, petani, dan lain-lain) dan pekerja full time memiliki tingkat kebahagiaan yang paling tinggi. Clark dan Oswald (2001), dalam Dowling, (2005) mengemukakan bahwa kehilangan pekerjaan memiliki dampak yang lebih buruk pada kesejahteraan dan kebahagiaan daripada peristiwa lain, seperti perceraian dan perpisahan.

e. Status perkawinan

Manusia senantiasa hidup, berkembang sesuai dengan pengalaman yang diperoleh melalui proses belajar dalam hidupnya. Manusia tercipta sebagai makhluk individu dan makhluk sosial. Sebagai makhluk sosial manusia senantiasa membutuhkan orang lain, selalu berinteraksi, saling bersosialisasi maupun bertukar pengalaman serta untuk meneruskan keturunan. Meneruskan keturunan dapat ditempuh melalui proses pernikahan, yang kemudian terbentuklah sebuah keluarga. Pada dasarnya manusia terdorong untuk hidup berpasang-pasangan. Manusia dapat menemukan makna hidupnya dalam pernikahan. Sebagian orang menganggap bahwa pernikahan membatasi kebebasannya, tetapi bagaimanapun juga sebagian besar dari masyarakat mengakui bahwa pernikahan memberikan jaminan ketentraman hidup, meningkatkan kualitas hidup. Bagi mereka yang telah menyandang status nikah Ia merasa hidupnya lebih berarti dan lebih lengkap dibandingkan dengan sebelumnya.

Faktor Medik

a. Lama menjalani hemodialisis

Semakin lama pasien menjalani hemodialisis adaptasi pasien semakin baik karena pasien telah mendapat pendidikan kesehatan atau informasi yang

diperlukan semakin banyak dari petugas kesehatan. Hal ini didukung oleh pernyataan bahwa semakin lama pasien menjalani hemodialisis, semakin patuh dan pasien yang tidak patuh cenderung merupakan pasien yang belum lama menjalani hemodialisis, karena pasien sudah mencapai tahap *accepted* (menerima) dengan adanya pendidikan kesehatan dari petugas kesehatan. Tahap *accepted* memungkinkan seseorang menjalani program hemodialisis dengan penuh pemahaman pentingnya pembatasan cairan dan dampak dari peningkatan berat badan diantara dua hemodialisa terhadap kesehatan dan kualitas hidupnya.

b. Stadium penyakit.

Pada penderita gagal ginjal grade 2 dan grade 3 yang tanpa disertai dengan berbagai komplikasi yang memperburuk fungsi ginjal sehingga jatuh dalam kondisi gagal ginjal terminal tentu saja memiliki angka keberhasilan atau kualitas hidup dan harapan hidup lebih baik dibandingkan yang sudah gagal ginjal terminal dengan komplikasi yang berat. Terapi haemodialisis akan sangat dirasakan manfaatnya bagi mereka yang dari awal sudah diketahui, ada indikasi dan langsung dirujuk untuk menjalani terapi haemodialisis. Hal ini tentu saja sangat memotivasi penderita terutama yang masih muda untuk berusaha patuh menjalankan terapi sehingga didapatkan hasil yang optimal. Semakin terlambat perlakuan yang diberikan semakin memperburuk fungsi ginjal, apalagi bila tidak ada motivasi dan dukungan keluarga, niscaya keberhasilan terapi haemodialisis melalui ketaatan pasien untuk menjalaninya secara teratur sulit diupayakan.

c. Penatalaksanaan medis

Penatalaksanaan medis terutama pada program diet merupakan faktor penting bagi pasien yang menjalani hemodialisa mengingat adanya efek uremia. Apabila ginjal tidak mampu mengekskresikan produk akhir metabolisme, substansi yang bersifat asam ini akan menumpuk dalam serum pasien dan bekerja sebagai racun. Gejala yang terjadi akibat penumpukan tersebut secara kolektif dikenal dengan gejala uremik dan akan mempengaruhi setiap sistem tubuh. Lebih banyak toksin yang menumpuk, lebih berat gejala yang timbul

Diet rendah protein akan mengurangi penumpukan limbah nitrogen dan dengan demikian meminimalkan gejala. Penumpukan cairan juga dapat terjadi dan dapat

mengakibatkan gagal jantung kongestif serta edema paru. Dengan demikian pembatasan cairan juga merupakan bagian dari resep diet untuk pasien ini. Dengan penggunaan hemodialisa yang efektif, asupan makanan pasien dapat diperbaiki meskipun biasanya memerlukan beberapa penyesuaian atau pembatasan pada asupan protein, natrium, kalium dan cairan

Kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis sangat dipengaruhi oleh banyaknya masalah yang terjadi sebagai dampak dari terapi hemodialisis dan juga mempengaruhi gaya hidup pasien. Peningkatan berat badan kering (berat badan di antara dua dialisis) akan berdampak terhadap kehidupan sehari-hari pasien CKD, sehingga berkontribusi terhadap kualitas hidupnya. Untuk mengukur kualitas hidup pada umumnya diukur berdasarkan kepuasan pasien terhadap domain kehidupan meliputi fisik, fungsional, sosial, spiritual, psikologi dan ekonomi. Namun demikian dari badan WHO telah merumuskan empat dimensi kualitas kehidupan yaitu dimensi fisik, dimensi psikologis, dimensi sosial, dan dimensi lingkungan.

2.4.3 Teori Kualitas Hidup

Menurut Ventegodt, Merrick, & Andersen, (2003) kualitas hidup berarti hidup yang baik, hidup yang baik sama seperti hidup dengan kehidupan yang berkualitas tinggi. Dalam hal ini dapat dikelompokkan dalam 3 bagian yang berpusat pada aspek hidup yang baik yaitu :

- a. Kualitas hidup subjektif yaitu suatu hidup yang baik yang dirasakan oleh masing-masing individu yang memilikinya. Masing-masing individu secara personal mengevaluasi bagaimana mereka menggambarkan sesuatu dan perasaan mereka.
- b. Kualitas hidup eksistensial yaitu seberapa baik hidup seseorang merupakan level yang berhak untuk dihormati dan dimana individu dapat hidup dalam keharmonisan
- c. Kualitas objektif yaitu bagaimana hidup seseorang dirasakan oleh dunia luar. Kualitas objektif dinyatakan dalam kemampuan seseorang untuk beradaptasi pada nilai-nilai budaya dan menyatakan tentang kehidupannya.

Ketiga aspek kualitas hidup ini keseluruhan dikelompokkan dengan pernyataan yang relevan pada kualitas hidup yang dapat ditempatkan dalam suatu rentang spektrum

dari subjektif ke objektif, elemen eksistensial berada diantaranya yang merupakan teori kualitas hidup meliputi kesejahteraan, kepuasan hidup, kebahagiaan, makna dalam hidup, pemenuhan kebutuhan dan gambaran biologis.

a. Kesejahteraan.

Kesejahteraan berhubungan dengan bagaimana sesuatu berfungsi dalam suatu dunia objektif dan dengan faktor eksternal hidup. Ketika kita membicarakan tentang perasaan baik, maka kesejahteraan merupakan pemenuhan kebutuhan dan realisasi diri.

b. Kepuasan hidup

Menjadi puas berarti merasakan bahwa hidup yang seharusnya, ketika pengharapan-pengharapan, kebutuhan dan gairah hidup telah diperoleh.

c. Kebahagiaan

Kebahagiaan merupakan perasaan yang spesial yang berharga dan sangat diinginkan tetapi sulit diperoleh. Tidak banyak orang percaya bahwa kebahagiaan diperoleh dari adaptasi terhadap budaya seseorang. Kebahagiaan diasosiasikan dengan dimensi-dimensi non rasional, seperti: cinta, ikatan erat perkawinan dengan sifat dasar kasih sayang.

d. Makna dalam hidup.

Makna dalam hidup merupakan suatu konsep yang sangat penting dan jarang digunakan. Pencarian makna hidup melibatkan suatu penerimaan dari ketidakberartian dan kesangatberartian dari hidup.

e. Pemenuhan kebutuhan

Kebutuhan dihubungkan dengan kualitas hidup, ketika kebutuhan seseorang terpenuhi maka kualitas hidupnya tinggi. Kebutuhan merupakan suatu ekspresi sifat dasar kita yang pada umumnya dimiliki oleh makhluk hidup.

f. Gambaran biologis kualitas hidup.

Gambaran biologis kualitas hidup yaitu sistem informasi biologis dan tingkat keseimbangan eksistensial dilihat dari segi kesehatan fisik. Kesehatan fisik mencerminkan tingkat sistem informasi biologi seperti sel-sel dalam tubuh membutuhkan informasi yang tepat untuk berfungsi secara benar dalam menjaga kesehatan dan keseimbangan tubuh. Kesadaran kita dan pengalaman hidup juga terkondisi secara biologis. Pengalaman dimana hidup bermakna atau tidak, dapat dilihat sebagai kondisi dari sistem informasi biologis.

2.4.4 Komponen Kualitas Hidup

University of Toronto pada tahun 2004 (dalam Kurtus, 2005) menyebutkan kualitas hidup dikelompokkan dalam 3 bagian yaitu kesehatan, kepemilikan (hubungan individu dengan lingkungan) dan harapan (prestasi dan aspirasi individu).

a. Kesehatan

Kesehatan dalam kualitas hidup dibagi dalam 3 kelompok yaitu secara fisik, psikologis dan spiritual. Secara fisik yang terdiri dari kesehatan fisik, *personal hygiene*, nutrisi, olah raga, pakaian dan penampilan fisik secara umum. Secara psikologis yang terdiri dari kesehatan dan penyesuaian psikologis, kesadaran, perasaan, harga diri, ketentraman, konsep diri, kontrol diri dan aktualisasi diri dalam lingkungan. Secara spiritual terdiri dari nilai-nilai pribadi yang dikembangkan, standar-standar pribadi yang diyakini dan kepercayaan spiritual yang diyakinnya.

b. Kepemilikan.

Kepemilikan (hubungan individu dengan lingkungannya) dalam kualitas hidup dibagi menjadi 2 bagian yaitu secara fisik dan sosial. Secara fisik terdiri dari rumah, kendaraan, tempat kerja, sekolah, tetangga/lingkungan dan masyarakat. Secara sosial dekat dengan orang lain, keluarga, teman, lingkungan dan masyarakat

c. Harapan

Merupakan impian atau angan-angan yang akan dicapai sebagai perwujudan dari individu seperti terpenuhinya nilai (prestasi dan aspirasi individu) sehingga individu tersebut merasa berharga atau dihargai di dalam lingkungan keluarga maupun masyarakat sekitarnya melalui suatu hasil karya dan tindakan nyata yang bermanfaat bagi orang lain dan lingkungannya.

2.4.5. Pengukuran Kualitas Hidup

Pengukuran kualitas hidup oleh para ahli belum mencapai suatu pemahaman pada suatu standar atau metoda yang terbaik yang dapat menghasilkan nilai kualitas hidup yang benar-benar tepat. Fokus pengukuran kualitas hidup yang telah dikembangkan oleh WHO adalah mengukur kualitas hidup dilihat dari berbagai sudut pandang aspek lain dari kehidupan seseorang seperti spiritual atau keyakinan dan pekerjaan, yang menjadi lebih komprehensif. Secara umum pengukuran Kualitas hidup dapat dengan

cara kuantitatif maupun pengukuran kualitatif. Pada tahun 1991 bagian kesehatan mental WHO memulai penelitian dengan mengembangkan instrument penilaian kualitas hidup (QOL) yang dapat dipakai secara nasional dan secara antar budaya. Instrumen WHOQoL 100 ini telah dikembangkan secara kolaborasi dalam sejumlah pusat kesehatan dunia menjadi WHOQoL-BREF dan saat ini telah banyak diadopsi dan diterjemahkan oleh berbagai negara untuk digunakan melakukan penelitian mengenai kualitas hidup. Setelah melalui beberapa tingkatan hasil akhir adalah 100 versi dari instrumen, yang dikeluarkan dengan WHOQoL-BREF untuk mengukur kualitas hidup pasien gagal ginjal dengan terapi hemodialisis. Instrumen WHOQoL-BREF terdiri dari 26 item, merupakan instrumen kualitas kehidupan paling pendek dan sederhana, namun instrumen ini dapat menampung aspirasi ukuran ungkapan dan kualitas kehidupan seseorang. Praktis dan sedikit memakan waktu dibandingkan WHOQoL-100 item atau instrumen lainnya misalnya SF 36.

2.5 Peningkatan Berat Badan diantara dua waktu hemodialisis dan pengaruhnya terhadap kualitas hidup

Pasien CKD sebelum dan sesudah dilakukan terapi hemodialisis cenderung mengalami fluktuasi volume cairan tubuh. Pada pasien hemodialisis rutin, fluktuasi atau kelebihan cairan tersebut disebabkan oleh penurunan fungsi ginjal dalam mengekresikan cairan dan kurangnya kepatuhan pasien dalam membatasi asupan cairan pasien. Hal ini menyebabkan banyaknya cairan yang tertahan di dalam tubuh pasien dan berakibat peningkatan berat badan di antara dua waktu hemodialisis.

Peningkatan berat badan di antara dua waktu hemodialisis merupakan masalah yang rutin dialami pasien dengan CKD. Peningkatan berat badan akan berdampak terhadap kehidupan keseharian pasien baik dari sisi kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial ataupun terhadap lingkungan pasien.

Manifestasi klinik peningkatan berat badan pada pasien CKD yang menjalani hemodialisis menurut Price dan Wilson (2005), Smeltzer dan Bare (2001), Lemine dan Burke (2000) dapat dilihat dari berbagai fungsi system tubuh yaitu :

2.5.1 Manifestasi kardiovaskuler : hipertensi, pitting edema, edema periorbital, pembesaran vena leher, gagal jantung kongestif, disritmia.

Respon kardiovaskuler akibat peningkatan berat badan efek dari penumpukan cairan di dalam tubuh akan berpengaruh terhadap aktifitas pasien CKD

sehari-hari. Pasien tidak mampu beraktifitas dengan lalua, mobilitasnya menurun dan harus lebih banyak mengeluarkan energi. Kondisi ini akan berdampak terhadap kualitas hidup pasien CKD.

2.5.2 Gejala dermatologis/system integumen : gatal-gatal hebat (pruritus), warna kulit abu-abu, mengkilat dan hiperpigmentasi, kulit kering, bersisik, ecimosis, kuku tipis dan rapuh, rambut tipis dan kasar, memar (purpura).

Gejala ini muncul sebagai akibat dari tertahannya sisa metabolisme di dalam tubuh yang seharusnya dikeluarkan melalui eiminasi urine. Kondisi ini berdampak terhadap psikologis pasien mempunyai pandangan terhadap harga diri dan body image yang kurang.

2.5.3 Manifestasi pada pulmoner yaitu krekels, edema pulmoner, sputum kental dan liat, nafas dangkal, pernapasan kusmaul, pneumonitis

2.5.4 Perubahan musculoskeletal : kram otot, kekuatan otot hilang.

2.5.5 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.

2.5.6 Manifestasi pada system reproduktif : impotensi, penurunan libido, kemandulan.

2.5.7 Fungsi psikologis yaitu perubahan kepribadian dan perilaku serta gangguan proses kognitif.

Dampak dari peningkatan berat badan karena tertimbunnya cairan di dalam tubuh antara alain adanya edema dia ektremitas bawah, rongga abdomen, ektremitas atas hingga di daerah orbita. Perubahan bentuk fisik ini menyebabkan psikologis klien terganggu hingga timbul stress, atau bahkan bias muncul depresi. Everett & Brantley, (1995) mengungkapkan hasil penelitiannya terhadap Sampel yang terdiri dari 20 perempuan dan 22 laki-laki, usia rata-rata dari mereka dalam sampel adalah 46,5 tahun; 69% orang Amerika Afrika. Rata-rata waktu di dialisis adalah 34 bulan. Dinyatakan bahwa peningkatan berat badan (IDWG) yang tinggi berkontribusi terhadap timbulnya gangguan psikologis stress pada pasien yang menjalani hemodialisis.

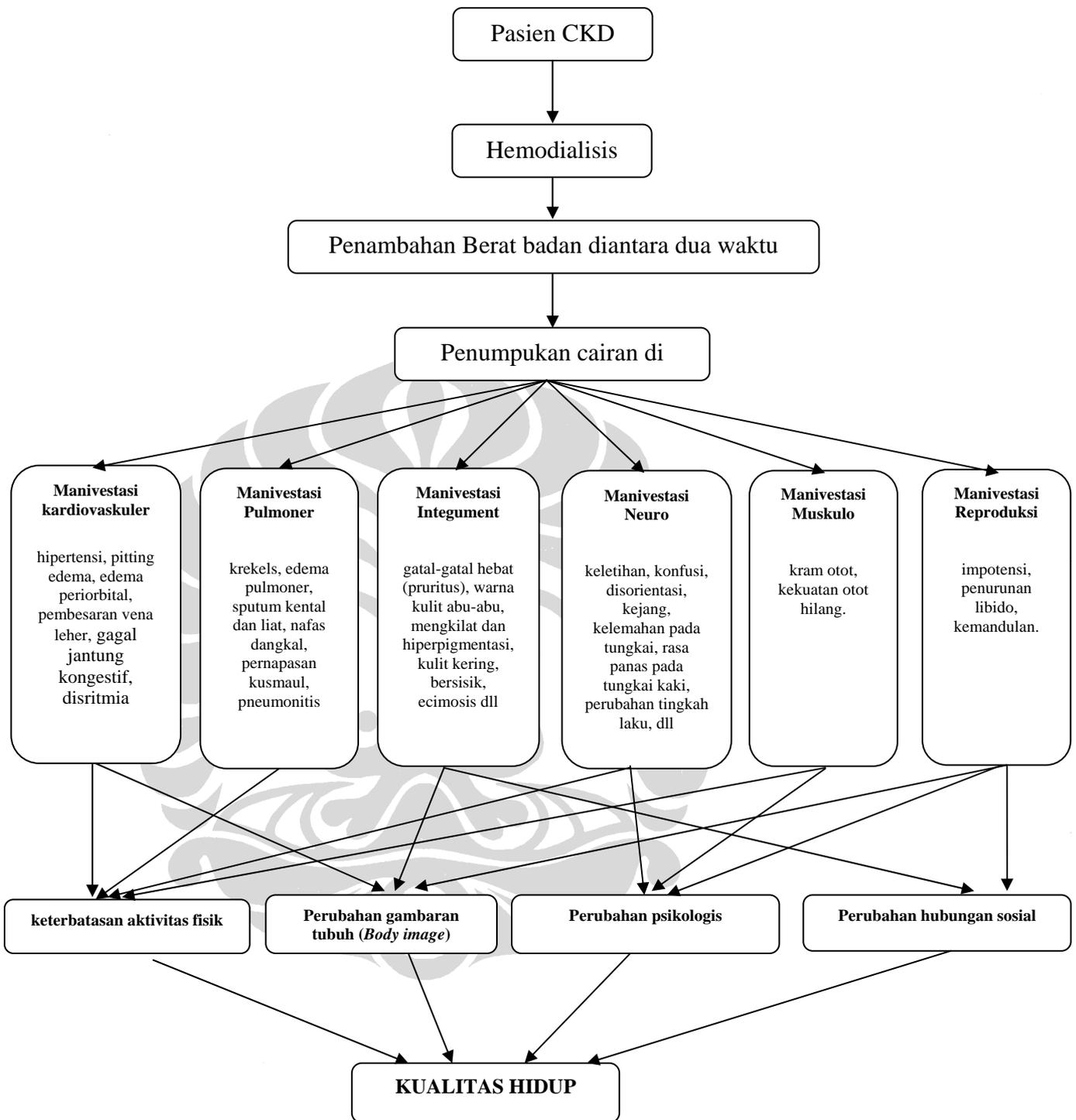
Penelitian yang dilakukan oleh Hulya, (2005) April 2002 dan Desember 2002 di sebuah unit hemodialisis rumah sakit University. Populasi penelitian termasuk 40 pasien gagal ginjal kronis (15 perempuan dan 25 laki-laki) didapatkan kesimpulan bahwa pada pasien dengan depresi atau gangguan psikologis, berat badan di antara dua waktu dialisis secara signifikan lebih tinggi dibandingkan dengan pasien tanpa depresi atau gangguan psikologis. Kusman Ibrahim (2009) menjelaskan dalam penelitiannya kualitas hidup pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisis menunjukkan 52 subjek (57.2%) mempersepsikan kualitas hidupnya pada tingkat rendah dan 39 subjek lainnya (42,9%) pada tingkat tinggi. Terdapat perbedaan yang bermakna pada kualitas hidup pasien menurut jenis kelamin ($t = -2,060$, $p = 0,042$), dan masalah kesehatan lain yang menyertai ($t = -2,251$, $p = 0,027$). Penelitian tidak menemukan perbedaan yang bermakna pada kualitas hidup pasien menurut tingkat usia ($F = 1,558$, $p = 0,181$), tingkat pendidikan ($F = 2,425$, $p = 0,071$), dan lamanya menjalani hemodialisis ($F = 0,780$, $p = 0,508$)

Pengaruh peningkatan berat badan di antara dua waktu hemodialisis kemungkinan memerlukan pelaksanaan hemodialisis *cito*. Tindakan ini akan dilakukan jika peningkatan berat badan di antara dua waktu hemodialisis sangat besar yang berakibat pada respon fisik kardiovaskuler dan respirasi mengalami gangguan yang dapat mengancam keselamatan pasien. Pelaksanaan ini tentukan memerlukan biaya yang lebih besar dibandingkan hemodialisis rutin.

2.6 Kerangka teori

Pasien *Chronic Kidney Disease (CKD)* dengan terapi hemodialisis umumnya memiliki permasalahan *Interdialysis weight gain (IDWG)* yang cenderung melebihi batas yang dianjurkan yaitu di bawah 1,5 kg (National Kidney Foundation, 2000). IDWG umumnya dipengaruhi oleh beberapa Faktor yaitu : lingkungan, gizi, perilaku, fisiologis, dan psikologis (Hwang, Wang, & Chien, 2007; Sarkar, Kotanko, & Levin, 2006). Peningkatan IWDG dibagi dalam berapa kategori yaitu kategori ringan, sedang dan berat. Peningkatan perubahan berat badan di antara dua waktu dialysis yang sedikit banyak akan mempengaruhi kehidupan pasien dan adanya risiko kelebihan (*overload*) volume cairan antara waktu dialisis.

Skema 2.1. Kerangka Teori



Sumber : Price dan Wilson (2005), Smeltzer dan Bare (2001), Lemine dan Burke (2000), Everett (1995), WHO (2004)

BAB 3

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

Pada bab ini diuraikan kerangka konsep penelitian, hipotesis penelitian dan definisi operasional. Kerangka konsep merupakan justifikasi ilmiah dan penelitian yang dilakukan dan memberi landasan dan topik yang dipilih dalam penelitian (Hidayat, 2007), hipotesis adalah sebuah pernyataan sederhana mengenai perkiraan hubungan antara variabel-variabel yang sedang diteliti sedangkan definisi operasional memberikandeskripsi lengkap mengenai metode dengan konsep yang akan diteliti (Dempsey & Dempsey, 2002).

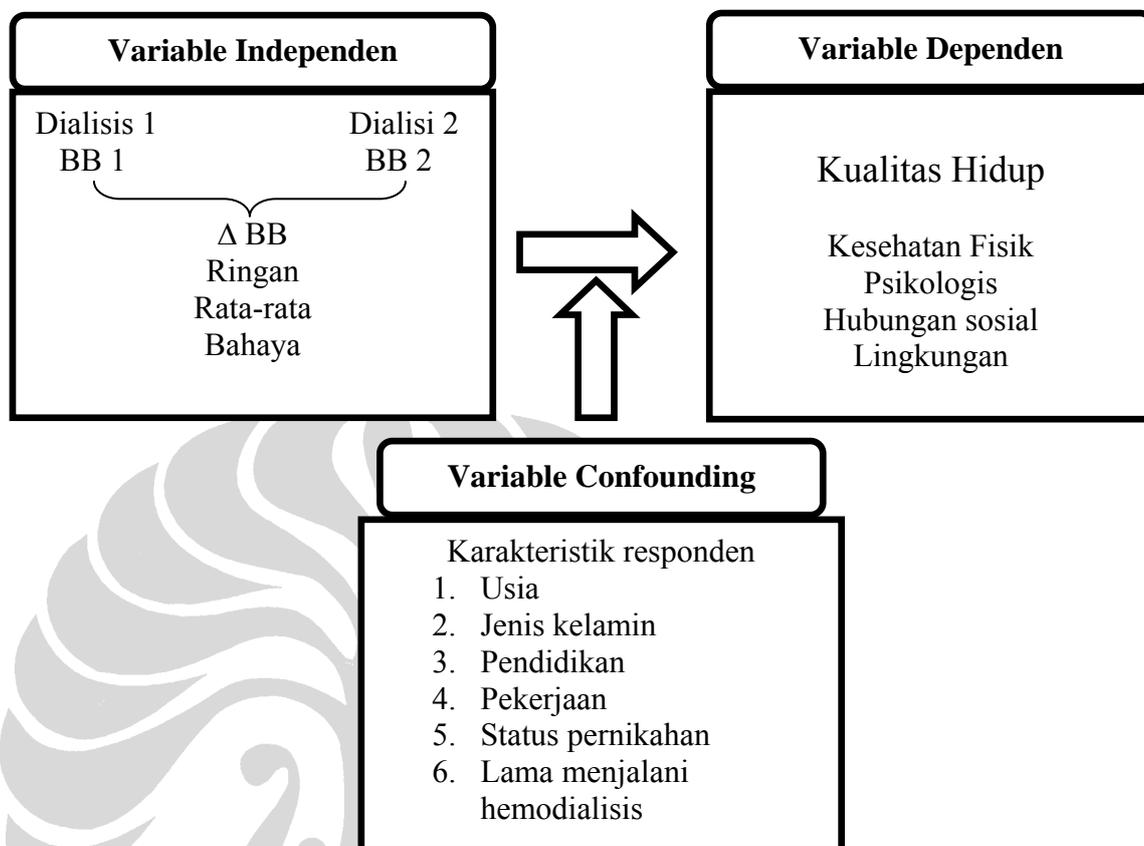
3.1 Kerangka Konsep.

Berdasarkan tinjauan kepustakaan, diperoleh gambaran bahwa kondisi pasien CKD yang menjalani hemodialisis memiliki dampak pada kualitas hidup, berpotensi mempengaruhi kesehatan fisik, mental kesehatan, status fungsional, kemandirian, kesejahteraan umum, hubungan pribadi, dan fungsi sosial (Lok, 1996; Fallon, et al, 1997; Blake, et al, 1999; Ching, 2001; Bakewell et al, 2002).

Kerangka konsep pada penelitian ini meliputi 3 komponen, yaitu : variabel bebas (*independent*), variabel terikat (*dependent*) dan variabel *confounding*. Variabel independen adalah penambahan berat badan di antara dua waktu hemodialisis (*Interdialysis weight gain =IDWG*), variable dependen adalah kualitas hidup sedangkan variable *confounding*nya adalah karakteristik responden terdiri dari usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status pernikahan dan lama menjalani hemodialis.

Adapun kerangka konsep penelitian ini digambarkan dalam bentuk bagan yang terdiri dari variabel *independent*, variabel *dependent* dan variable *confounding* sebagai berikut :

Skema 3.1
Kerangka konsep penelitian



3.2 Hipotesis

Adapun hipotesis untuk penelitian ini dapat dirumuskan sebagai berikut :

3.2.1 Hipotesis Mayor

Terdapat hubungan antara penambahan berat badan di antara dua waktu hemodialisis (*interdialysis weight gain = IDWG*) dan kualitas hidup pasien yang menjalani terapi hemodialisis di Unit Hemodialisa IP2K Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati.

3.2.2 Hipotesis Minor

- Terdapat hubungan antara penambahan berat badan di antara dua waktu hemodialisis (*interdialysis weight gain = IDWG*) dan kesehatan fisik pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis di Unit Hemodialisa IP2K Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati
- Terdapat hubungan antara penambahan berat badan di antara dua waktu hemodialisis (*interdialysis weight gain = IDWG*) dan psikologis pasien penyakit

ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis di Unit Hemodialisa IP2K Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati

- c. Terdapat hubungan antara penambahan berat badan di antara dua waktu hemodialisis (*interdialysis weight gain = IDWG*) dan hubungan sosial pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis di Unit Hemodialisa IP2K Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati
- d. Terdapat hubungan antara penambahan berat badan di antara dua waktu hemodialisis (*interdialysis weight gain = IDWG*) dan lingkungan pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis di Unit Hemodialisa IP2K Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati.
- e. Terdapat hubungan antara karakteristik pasien (Usia, Jenis kelamin, Pendidikan, Pekerjaan, Status pernikahan, Lama menjalani hemodialisis) dengan kualitas pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis di Unit Hemodialisa IP2K Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati.

3.3 Definisi Operasional

Tabel 3.1. Definisi Operasional Penelitian

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala ukur
Variabel independen					
Penambahan berat badan di antara dua waktu dialisis (<i>interdialysis weight gain = IDWG</i>)	Selisih jumlah berat badan setelah dialisis yang lalu hingga sebelum dialisis berikutnya.	Timbangan badan yang terdapat di Unit Hemodialisis IP2K RSUP Fatmawati Jakarta Daftar isian	Mengukur berat badan setelah dialisis 1 (BB1) dan sebelum dialisis selanjutnya (BB2) kemudian dihitung prosentasi penambahannya.	Kategori penambahan BB 1. Ringan : $\Delta BB < 4\%$ 2. Rata-rata: $\Delta BB 4 - 6\%$ 3. Bahaya : $\Delta BB > 6\%$ (Yetti, 2001)	Ordinal
Variabel dependen					
Kualitas hidup	Persepsi individu sebagai laki-laki ataupun perempuan dalam hidup, ditinjau	Kuesioner Dengan memilih salah satu	kuisisioner WHO dengan 26 item pertanyaan	Domain fisik Skore 7 - 35 Domain	Interval

	dari konteks budaya, sistem nilai tempat mereka tinggal, hubungan dengan standar hidup, harapan, kesenangan, dan perhatian mereka yang mencakup kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungan	jawaban yang nilainya 1,2,3,4,5	Domain fisik 7 pertanyaan, domain psikologis 6 pertanyaan, domain sosial 3 pertanyaan, domain lingkungan 8 pertanyaan. Pertanyaan umum 2 pertanyaan (tidak masuk dalam keempat domain)	Psikologis Skore 6 - 30 Domain hubungan sosial Skore 3 - 15 Domain lingkungan Skore 8 - 40 Hasil ukur selanjutnya dikategorikan $\geq 51,5$ (mean)= kualitas hidup baik, sedangkan skore $< 51,5$ kualitas hidup buruk	
Variabel <i>confounding</i>					
Usia	Lama hidup dalam tahun dihitung sejak lahir sampai dengan dilakukan penelitian	Kuesioner	Mengisi kuesioner pertanyaan usia responden	Usia dalam tahun	Interval
Jenis kelamin	Identitas seksual yang dibawa pasien sejak lahir	Kuesioner	Mengisi kuesioner pertanyaan jenis kelamin responden	1. perempuan 2. laki-laki	Nominal
Tingkat pendidikan	Jenjang sekolah formal yang telah diselesaikan dan mendapatkan pengakuan menyelesaikan program	Kuesioner	Mengisi kuesioner pertanyaan tingkat pendidikan responden	1. Tidak tamat SD 2. SD 3. SMP 4. SMU 5. Diploma 6. S ₁	Ordinal
Pekerjaan	Segala sesuatu yang dikerjakan yang dijadikan pokok pencarian atau kehidupan	Kuesioner	Mengisi kuesioner pertanyaan pekerjaan responden	1. Tidak bekerja 2. Petani 3. Pegawai negeri 4. Karyawan swasta	Nominal

				5. Wirausaha 6. Pensiunan 7. Pedagang 8. lain-lain	
Status pernikahan	Ikatan (akad) perkawinan yg dilakukan sesuai dengan ketentuan hukum dan ajaran agama dan hidup sebagai suami istri tanpa merupakan pelanggaran terhadap agama	Kuesioner	Mengisi kuesioner pertanyaan status responden	1. Belum menikah 2. Menikah 3. Janda 4. Duda	Nominal
Lama menjalani hemodialisis	Lama waktu sejak pertama kali pasien menjalani hemodialisis hingga saat ini	Kuesioner	Mengisi kuesioner pertanyaan lama menjalani hemodialisis responden	1. < 1 tahun 2. 1 - 3 tahun 3. > 3 tahun	Interval

BAB 4

METODE PENELITIAN

1.1 Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif korelasi. Pendekatan yang digunakan yaitu *cross sectional*, yaitu mempelajari dinamika korelasi antara faktor pangsaruh dan faktor terpengaruh dengan cara pendekatan, observasi, pengumpulan data sekaligus, dimana menekankan waktu pengukuran hanya satu kali pada satu saat (Notoatmodjo, 2002).

Pegumpulan data mengenai mengenai kualitas hidup menggunakan kuesioner *The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-BREF* versi Indonesia dan penambahan berat badan di antara dua waktu dialisis menggunakan form (lampiran 5), terhadap kualitas hidup pasien yang menjalani terapi Hemodialisis di Unit Hemosialisa IP2K Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta.

1.2 Populasi dan Sampel

1.2.1 Populasi

Populasi adalah seluruh objek penelitian yang memiliki kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk diteliti dan ditarik kesimpulannya (Arikunto, 2002). Populasi pada penelitian ini adalah pasien *Chronic Kidney Disease (CKD)* yang menjalani terapi hemodialisis di Unit Hemosialisa IP2K Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta, jumlah populasi 80 orang pasien.

1.2.2 Sampel

Sampel adalah sebagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki populasi tersebut (Sugiono, 2005). Jumlah sampel pada penelitian ini memenuhi rumus jumlah sampel menurut Notoatmodjo (2002) adalah sebagai berikut :

$$n : \frac{N}{1 + N(d^2)}$$

keterangan :

n : besar sampel

N : besar populasi

d : tingkat kepercayaan/ketepatan yang digunakan (0,05)

Dengan jumlah populasi ($N = 80$) dan target kepercayaan yang digunakan 0,05 ($d = 0,05$) maka jumlah sampel yang diperlukan minimal 67 orang. Pada penelitian ini jumlah sampel yang dikumpulkan adalah 76. Pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan simple random sampling.

1.2.3 Kriteria inklusi

- a. Semua pasien *Chronic Kidney Disease (CKD)* yang menjalani hemodialisis minimal 2 kali / minggu di unit HEMODIALISIS.
- b. Pasien sadar dan dapat berkomunikasi baik.
- c. Pasien bersedia menjadi responden.

1.2.4 Kriteria eksklusi

- a. Pasien drop out / mengundurkan diri.

1.3 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan unit hemodialisa IP2K Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta yang merupakan rumah sakit tipe A dan rumah sakit pendidikan.

1.4 Waktu penelitian

Pengambilan data dilakukan minggu keempat bulan Mei s/d minggu kedua Juni 2011. Analisa data dilakukan pada minggu ketiga Juni 2011 dan pelaporan hasil minggu keempat Juni 2011.

1.5 Etika penelitian

Semua hak dan kerahasiaan identitas responden dijamin oleh peneliti. Dokumen tentang identitas dan data yang berhubungan dengan penelitian hubungan antara penambahan berat badan di antara dua waktu hemodialisis (*interdialysis weight gain = IDWG*) terhadap kualitas hidup pasien yang menjalani terapi hemodialisis di unit hemodialisa IP2K Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta digunakan untuk keperluan pengolahan data dan bila sudah tidak digunakan akan dimusnahkan. Etika penelitian dalam penelitian ini dilaksanakan untuk memberikan perlindungan

terhadap responden yang menjadi subjek penelitian dengan mempertimbangkan prinsip etika riset berupa *beneficience*, prinsip menghargai martabat manusia dan prinsip mendapatkan keadilan (Hamid, 2007). Sebagai pertimbangan etika, peneliti meyakini bahwa responden dilindungi, dengan memperhatikan aspek-aspek *self determination, privacy and anonymity confidentiality, protection from discomfort, informed consent*.

Penerapan Aspek Etik

1.5.1 Self determination

Aplikasi yang dilakukan peneliti adalah responden diberi kebebasan untuk menyatakan kesediaanya secara sukarela terlibat dalam penelitian ini. Peneliti meyakinkan responden bahwa peneliti tidak akan menghukum, memaksa atau memberi perlakuan yang tidak adil jika subjek menolak menjadi responden dalam penelitian ini. Sebelumnya peneliti memberi kesempatan kepada responden untuk memahami penelitian yang akan dilakukan sebagaimana yang tercantum dalam penjelasan penelitian dan lembar persetujuan dalam berkas kuesioner. Selanjutnya peneliti memberikan penjelasan mengenai tujuan penelitian dan variabel yang akan diteliti; waktu penelitian yang digunakan, manfaat penelitian, jaminan bahwa tidak adanya pengaruh penelitian terhadap individu dan pekerjaan dan jaminan kerahasiaan bahwa data yang diberikan tidak akan disebar luaskan ataupun dapat merugikan responden. Dalam hal ini peneliti menghargai keputusan responden berdasarkan otonomi atas dirinya sendiri sebagai bentuk penerapan prinsip *Self determination*.

1.5.2 Privacy and anonymity confidentiality

Aplikasi yang dilakukan peneliti adalah peneliti menggunakan prinsip kerahasiaan dan *anonymity* dengan menggunakan kode yang diisi oleh peneliti dan tidak mencantumkan atau menuliskan nama responden pada kuesioner yang digunakan dan digunakan untuk penelitian ini saja (*confidentiality*). Data yang telah diolah oleh peneliti dijaga kerahasiaannya dan saat ini disimpan oleh peneliti. lama penyimpanan data sesuai dengan ketentuan pengarsipan (5 tahun).

1.5.3 *Protection from discomfort*

Peneliti memperhatikan kemungkinan timbulnya ketidaknyamanan yang dirasakan oleh responden selama pengisian kuesioner dan ketika melakukan penimbangan berat badan serta memberikan kebebasan kepada responden untuk tidak melanjutkan pengisian kuesioner. Untuk meminimalkan ketidaknyamanan maka peneliti mendampingi dan memonitor keadaan umum responden selama pengisian kuesioner. Pada saat pelaksanaan pengumpulan data tidak ada responden yang mengundurkan diri.

1.5.4 *Informed consent.*

Informed consent adalah kesediaan yang disadari oleh subjek penelitian untuk diteliti (Prasetyo, 2008). Aplikasi yang dilakukan peneliti adalah semua responden yang menjadi subyek penelitian, telah diberi informasi tentang segala sesuatu yang berkaitan dengan penelitian, setiap responden diberi hak untuk menyetujui atau menolak menjadi responden penelitian. Responden yang bersedia dipersilahkan untuk menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*).

1.6 **Alat pengumpul data**

Instrumen penelitian merupakan sesuatu yang terpenting dan strategis didalam suatu penelitian (Arikunto, 2005). Data yang dikumpulkan dan digunakan dalam penelitian ini adalah data yang berhubungan dengan variabel dependen, variabel independen dan variable *confounding*. Rincian alat pengumpul data dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1.6.1 Variabel independen penambahan berat badan diantara dua waktu hemodialisis (*interdialysis weight gain = IDWG*).

Variabel ini tertuang dalam instrumen C yang digunakan untuk mencatat hasil pengukuran berat badan pasien dengan menggunakan timbangan yang tersedia di Unit Hemodialisa IP2K RSUP Fatmawati. Penghitungan prosentase kenaikan berat badan di antara dua waktu hemodialisis dihitung dengan cara :

$$\frac{(\text{Berat badan pre dialisis 2} - \text{berat badan post dialisis 1})}{\text{Berat badan post dialisis 1}} \times 100 \%$$

(dapat dilihat pada lampiran 5).

1.6.2 Variabel dependen kualitas hidup

Variabel dependen tertuang dalam kuesioner B terdiri dari 26 buah pertanyaan yang akan menggali kualitas hidup pasien hemodialisis, kuesioner ini diadaptasi dari *The World Health Organization Quality of Life - BREFF (WHOQOL-BREFF)*, alat ukur ini adalah pengembangan dari alat ukur WHOQOL – 100. Instrumen WHOQOL-BREFF versi Indonesia diterjemahkan oleh Ratna Mardiaty dan Satya Joewana, Universitas Atmajaya, Jakarta, pada tahun 2004. Instrumen ini terdiri dari 26 item pertanyaan setiap item memiliki skala 1-5, yang terdiri dari 4 domain. Dari 26 item pertanyaan tersebut 2 pertanyaan merupakan pertanyaan secara umum yang tidak diikutkan dalam perhitungan 4 domain, yaitu pertanyaan nomor 1 dan 2, yaitu tentang pendapat responden mengenai kualitas hidupnya dan kepuasan responden terhadap kesehatannya. Untuk domain kesehatan fisik 7 pertanyaan, yaitu; pertanyaan nomor 3, 4, 10, 15, 16, 17 dan 18 pekerjaan. Domain psikologis 6 pertanyaan, yaitu; pertanyaan nomor 5, 6, 7, 11, 19 dan 26. Domain hubungan sosial 3 pertanyaan, yaitu; pertanyaan nomor 20, 21 dan 22. Domain lingkungan 8 pertanyaan, yaitu; pertanyaan nomor 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 dan 25. Responden diminta memilih satu angka dari skala 1–5 pada masing-masing pertanyaan. Instrumen WHOQOL-BREFF hanya memberikan satu macam skor dari masing-masing dimensi yang menggambarkan respon masing-masing individu di tiap dimensi. Perhitungan untuk menentukan skor kualitas hidup merupakan penjumlahan dari semua skor yang didapat setiap item pertanyaan. Domain kesehatan fisik skor 7 - 35, domain psikologis skor 6 - 30, domain hubungan sosial skor 3 - 15 dan domain lingkungan skor 8 – 40. Semakin tinggi skor yang didapat semakin baik kualitas hidup pasien, dan bila skor yang didapat semakin rendah maka semakin buruk kualitas pasien pada domain tersebut. (dapat dilihat pada lampiran 4).

Setelah pengolahan data terakhir selesai untuk mengklasifikasikan kualitas hidup pasien yang sedang menjalani hemodialisis peneliti mengelompokkan nilai mean keatas kualitas hidup baik sedangkan skore lebih kecil dari mean menunjukkan kualitas hidup buruk. Skore total kualitas hidup 24 – 120. (skore $\geq 51,5$: kualitas hidup baik, skore $< 51,5$: kualitas hidup buruk)

Instrumen *WHOQOL-BREFF* adalah alat ukur yang *valid* ($r = 0,89-0,95$) dan *reliable* ($R = 0,66-0,87$). Uji validitas pada kuisisioner *WHOQOL-BREFF* juga telah

dilakukan oleh Kusman Ibrahim (2009) dilakukan di tiga rumah sakit di Jawa Barat dengan jenis pengujian *C-Square test* perhitungan akhir 93% instrumen *WHOQOL-BREFF* mempunyai validitas yang baik dengan nilai $p = 0.018$ ($\alpha < 0,05$). Uji reliabilitas dilakukan juga di tiga Rumah sakit di Bandung, yang pada hakekatnya mempunyai etnik dan budaya yang sama di negara Indonesia. Hasil uji reliabilitas suatu koefisien alpha dari 0,90 didapatkan dari jumlah skala dari instrumen *WHOQOL-BREFF*, dengan koefisien alpha 0,76 untuk dimensi fisik. Koefisien alpha yang diperoleh *WHOQOL-BREFF* diatas koefisien alfa yang ditentukan yaitu 0,6 dan hasil yang diperoleh menunjukkan bahwa instrumen menunjukkan konsisten internal yang baik. Perhitungan validitas dan reliabilitas dilakukan pada setiap skor dimensi.

1.6.3 variabel *confounding* karakteristik responden

variabel *confounding* karakteristik responden tertuang dalam instrumen A. Kuesioner A terdiri dari 6 pertanyaan yaitu pertanyaan mengenai usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status dan lama menjalani hemodialisis. Data yang diperoleh oleh peneliti mengenai karakteristik responden merupakan data dari sumber primer yang diperoleh melalui kuesioner yang diisi langsung oleh pasien (dapat dilihat pada lampiran 3).

1.7 Prosedur pengumpulan data

Prosedur pengumpulan data yang dilaksanakan oleh peneliti adalah sebagai berikut:

1.7.1 Prosedur Administratif

- a. Mengajukan ijin penelitian ke RSUP Fatmawati pada tanggal 25 April 2011.
- b. Lolos uji etik dari komite etik penelitian FIK UI 23 Mei 2011.
- c. Menyiapkan kelengkapan data, kuisisioner penelitian.

1.7.2 Prosedur Teknis

Di bawah ini adalah prosedur teknis secara rinci yang telah dilalui oleh peneliti dalam memperoleh data penelitian:

- a. Peneliti berkoordinasi dengan Ka. Bid Diklat, Ka. Bid Pelayanan Keperawatan, Ka. Komite Keperawatan, Ka. IP2K serta Ka. ruang Hemodialisa RSUP Fatmawati.
- b. Peneliti memperkenalkan diri kepada calon responden lalu menjelaskan tujuan penelitian kepada calon responden. Setelah calon responden mendapatkan

penjelasan dan bersedia menjadi responden lalu responden mengisi persetujuan ikut berpartisipasi dalam penelitian.

- c. Peneliti menyerahkan kuesioner kepada responden untuk diisi, dan mendampingi serta memberikan penjelasan/jawaban kepada responden bila ada atau pertanyaan dari responden terkait maksud pertanyaan kuesioner.
- d. Pengukuran berat badan pasien sebelum dan sesudah dilakukan hemodialisis dengan menggunakan timbangan yang telah dilakukan kalibrasi bersama Tim Kalibrasi dari Instalasi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit (IPSR) sebelum digunakan dan mencatat hasil pengukuran berat badan dalam lembar observasi.

1.8 Metode Pengolahan dan Analisa Data

1.8.1 Pengolahan Data

a. *Editing*

Melakukan pemeriksaan ulang kuesioner ditempat pengumpulan data, memperbaiki kesalahan penulisan identitas klien yang menjadi responden serta melengkapi kekurangan dalam pengisian kuesioner.

b. *Coding* (pengkodean)

Dilakukan dengan pemberian tanda pada masing-masing jawaban dengan kode maupun angka, sehingga memudahkan proses pemasukan data di komputer.

c. *Entry Data*

Memasukkan data ke dalam komputer

d. Tabulasi

Membuat tabel distribusi frekuensi, tendensi sentral (mean, median, modus, sum) dan disperse atau penyebaran data (standar deviasi, variansi, range, minimum, maksimum).

e. *Scoring* (penilaian)

Pada tahap scoring ini peneliti memberi nilai pada data sesuai dengan skor yang telah ditentukan berdasarkan kuesioner yang telah diisi oleh responden.

f. *Cleaning*

Membuang data atau pembersihan data yang sudah tidak dipakai.

1.8.2 Analisis Data

a. Analisa Univariat.

Tujuan analisa univariat adalah untuk mendiskripsikan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti variabel dependen, variable independen maupun variable *confounding*. Deskripsi variable dapat dilihat pada tabel 4.1

Tabel 4.1 Analisa Univariat

Variabel	Jenis data	Deskripsi
Variabel dependen		
Peningkatan berat badan diantara dua waktu hemodialisis	Kategorik	Jumlah dan persentase
Variabel independen		
Kualitas hidup	Numerik	Mean, median, SD, Min-Max, 95% CI
Variable confounding		
Karakteristik responden		
Usia	Numerik	Mean, median, SD, Min-Max, 95% CI
Jenis kelamin	Kategorik	Jumlah dan persentasi
Pendidikan	Kategorik	Jumlah dan persentasi
Pekerjaan	Kategorik	Jumlah dan persentasi
Status pernikahan	Kategorik	Jumlah dan persentasi
Lama menjalani hemodialisaisi	Numerik	Mean, median, SD, Min-Max, 95% CI

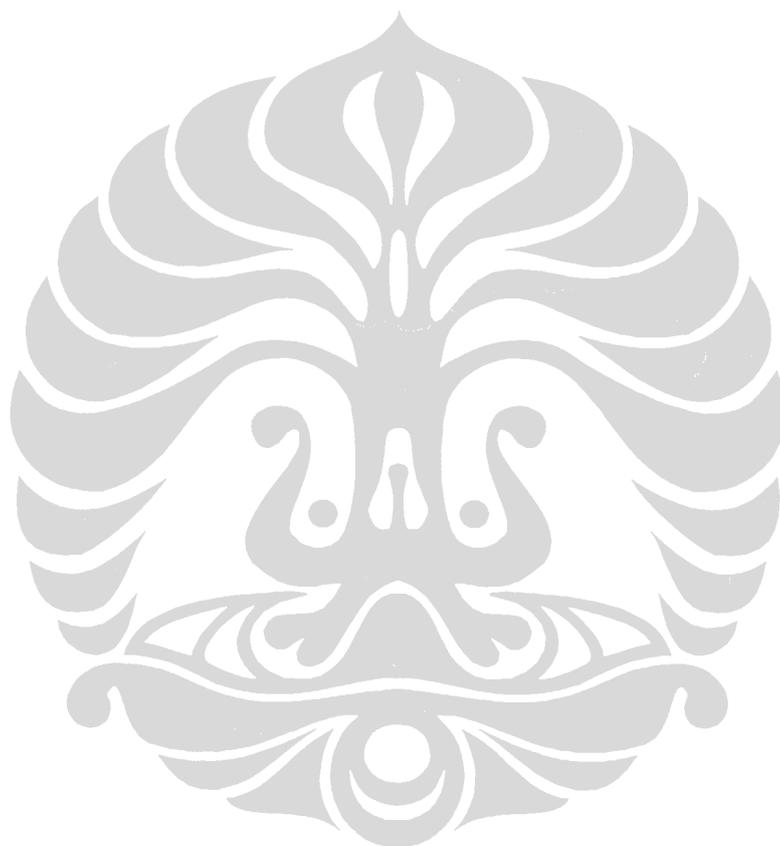
b. Analitik Bivariat.

Analisa bivariat digunakan untuk mengetahui hubungan antara variabel dependen dengan variabel indevidenden serta hubungan antara variable *confounding* (karakteristik responden) dengan variable indevidenden.

Tabel 4.2 Analisa Bivariat

Variabel dependen	Variabel Independen	Uji statistik
Peningkatan berat badan diantara dua waktu hemodialisis	Kualitas hidup	Anova

Variable confounding	Variabel Independen	
Karakteristik responden :	Kualitas hidup	
Usia		Ancova
Jenis kelamin		Ancova
Pendidikan		Ancova
Pekerjaan		Ancova
Status pernikahan		Ancova
Lama menjalani hemodialisis		Ancova



BAB 5

HASIL PENELITIAN

Pada bagian ini peneliti akan menjelaskan hasil penelitian tentang hubungan antara penambahan berat badan diantara dua waktu hemodialisis (*interdialysis weight gain = IDWG*) terhadap kualitas hidup pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis di unit hemodialisa IP2K Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta, yang dilakukan pada periode Mei – Juni 2011 dengan sampel sebanyak 76 responden.

Penyajian hasil penelitian dikelompokkan menjadi analisa univariat dan bivariat.

5.1. Hasil Analisa Univariat

Analisa univariat dilakukan pada karakteristik responden yang terdiri dari usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status pernikahan dan lama menjalani Hemodialisis

5.1.1 Karakteristik responden

Tabel 5.1 Distribusi karakteristik responden berdasarkan usia dan lama menjalani Hemodialisis di Unit Hemodialisa RSUP Fatmawati Periode Mei – Juni 2011 (n=76)

Variabel	N	Mean	SD	(Min-Max)	95% CI
Usia	76	49,57	12,49	22-74 thn	46,71-52,42
Lama Menjalani hemodialisis	76	2	0,80	1-3 thn	1,82-2,18

Tabel 5.1 menunjukkan rata-rata usia responden adalah 49,57 (SD 12,49) tahun, sedangkan rata-rata lama responden menjalani hemodialisis adalah 2 (SD 0,80) tahun.

Tabel 5.2 Distribusi Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan dan status pernikahan di Unit Hemodialisa RSUP Fatmawati Periode Mei – Juni 2011 (n=76)

Karakteristik	Frekuensi	Persentase
1. Jenis kelamin		
a. Laki-laki	34	44,7
b. Perempuan	42	55,3
2. Tingkat pendidikan		
a. SD	15	19,7
b. SLTP	17	22,4
c. SLTA	25	32,9
d. Diploma	14	18,4
e. Sarjana	5	6,6
3. Pekerjaan		
a. Tidak Bekerja	13	17,1
b. Petani	5	6,6
c. Pegawai Negeri	11	14,5
d. Karyawan Swasta	16	21,1
e. Wirausaha	10	13,2
f. Pensiunan	5	6,6
g. Pedagang	11	14,5
h. Lain-lain	5	6,6
4. Status pernikahan		
a. Menikah	63	82,9
b. Janda	5	6,6
c. Duda	8	10,5

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa distribusi responden berdasarkan jenis kelamin terbesar adalah perempuan (55,3%). Pada karakteristik tingkat pendidikan terlihat bahwa distribusi responden terbanyak adalah dengan tingkat pendidikan SLTA (32,9%), sedangkan terendah adalah pada tingkat pendidikan sarjana (6,6%). Pada karakteristik pekerjaan distribusi responden terbesar adalah bekerja sebagai karyawan swasta (21,1%), sedangkan terendah adalah petani, pensiunan dan lain-lain (6,6%). Distribusi responden berdasarkan status pernikahan

terbesar adalah pada kelompok menikah (82,9%) dan terendah adalah status janda (6,6%).

5.1.2. Penambahan Berat Badan Di antara Dua Hemodialisa pada Pasien yang menjalani Terapi Hemodialisis

Berikut ini penambahan berat badan diantara dua hemodilisa pada pasien yang menjalani terapi hemodialisis :

Tabel 5.3 Distribusi responden berdasarkan kategori penambahan berat badan diantara dua hemodilisa di Unit Hemodialisa RSUP Fatmawati Periode Mei – Juni 2011 (n=76)

Kategori penambahan BB	Frekuensi	Persentase
a. Ringan	9	11,8
b. Rata-rata	49	64,5
c. Bahaya	18	23,7

Berdasarkan tabel 5.3 terlihat bahwa distribusi penambahan berat badan di antara dua hemodialisis terbesar adalah pada kategori penambahan sedang (64,5%) dan terkecil adalah pada kategori penambahan berat badan ringan (11,8).

5.1.3. Kualitas Hidup pada pasien yang menjalani Terapi Hemodialisis.

Berikut ini distribusi responden berdasarkan kualitas hidup pada domain kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungan :

Tabel 5.4 Distribusi responden berdasarkan kualitas hidup pada domain kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungan di Unit Hemodialisa RSUP Fatmawati Periode Mei – Juni 2011 (n=76)

Kualitas hidup	N	Mean	SD	(Min-Max)	95% CI
Kesehatan fisik	76	21,62	5,18	11-30	20,43 - 22,80
Psikologis	76	18,45	4,39	9-26	17,44 - 19,45
Hubungan sosial	76	9,24	2,57	3-14	8,65 - 9,62
Lingkungan	76	25,67	3,02	19-30	24,98 - 26,36

Berdasarkan tabel 5.4 terlihat bahwa rata-rata kualitas hidup domain kesehatan fisik 21,62 (SD = 5,18), domain psikologis sebesar 18,45 (SD = 4,39), domain hubungan sosial sebesar 9,24 (SD = 2,57), dan domain lingkungan sebesar 25,67 (SD = 3.02). Dari data diatas didapatkan total rata-rata mean keempat domain 74, 98 sehingga kualitas hidup pasien rata-rata pada kategori baik (> 51,5).

5.1.4 Uji distribusi normal data kualitas hidup berdasarkan domain kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungan

Uji distribusi normal data pada penelitian ini dilakukan untuk memenuhi asumsi penggunaan uji parametrik (*one way analysis of variance*). Uji distribusi normal data dilakukan dengan menghitung rasio kurtosis :

$$\text{Rasio Kurtosis} = \frac{\text{Kurtosis}}{\text{SE Kurtosis}}$$

Distribusi data dianggap normal jika rasio kurtosis berkisar antara -2 sampai 2.

Tabel berikut menunjukkan distribusi normal data berdasarkan rasio kurtosis :

Tabel 5.5 Hasil uji distribusi normal data kualitas hidup berdasarkan domain kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungan

Variabel	Kurtosis	S.E Kurtosis	Rasio Kurtosis	Kesimpulan
Kesehatan fisik	-0,775	0,545	-1,422	Normal
Psikologis	-0,809	0,545	-1,485	Normal
Hubungan sosial	-0,569	0,545	-1,044	Normal
Lingkungan	-0,666	0,545	-1,222	Normal

Uji distribusi normal data pada keempat variabel menghasilkan rasio *Kurtosis* di antara -2 dan 2. Seluruh data numerik menunjukkan berdistribusi normal, sehingga memenuhi asumsi untuk penggunaan *one way analysis of variance* (anova satu jalur). Anova satu jalur pada penelitian ini dilakukan untuk mengetahui perbedaan kualitas hidup antara pasien dengan peningkatan berat badan diantara 2 hemodialisis kategori ringan, sedang dan bahaya.

5.2. Hasil Analisa Bivariat.

5.2.1. Perbedaan kualitas hidup berdasarkan kategori peningkatan berat badan di antara dua hemodialisis.

- a. Perbedaan kualitas hidup domain kesehatan fisik berdasarkan kategori penambahan berat badan di antara dua hemodialisis.

Tabel.5.6 Analisis perbedaan kualitas hidup domain kesehatan fisik berdasarkan penambahan berat badan diantara dua hemodialisis di Unit Hemodialisa RSUP Fatmawati Periode Mei – Juni 2011 (n=76)

Kategori penambahan berat badan	N	Mean	SD	Jenis uji	<i>p value</i>
Ringan	9	27,78	1,20	<i>Anova</i>	0,000*
Rata-rata	49	23,49	2,29		
Bahaya	18	13,44	1,42		

* bermakna pada $\alpha = 0,05$

Tabel 5.6 menunjukkan bahwa nilai rata-rata kualitas hidup domain kesehatan fisik tertinggi adalah pada responden dengan kategori penambahan berat badan ringan 27,78 (SD = 1,20). Uji beda mean kualitas hidup domain kesehatan fisik pada ketiga kategori penambahan berat badan menunjukkan adanya perbedaan yang signifikan ($p=0,000$ $\alpha = 0,05$). Kemudian dilanjutkan dengan uji *post hoc* untuk mengetahui perbedaan antara masing-masing kategori penambahan berat badan. Uji *post hoc* dengan *Bonferroni* menunjukkan adanya perbedaan kualitas hidup domain kesehatan fisik yang signifikan antara ketiga kategori penambahan berat badan ($p=0,000$ $\alpha = 0,05$). Urutan kualitas hidup domain kesehatan fisik mulai dari yang tertinggi sampai terendah adalah kategori penambahan berat badan kategori ringan, penambahan berat badan kategori rata-rata dan penambahan berat badan kategori bahaya. Hasil ini menunjukkan bahwa penambahan berat badan di antara dua hemodialisis berhubungan dengan kualitas hidup domain kesehatan fisik. Semakin tinggi penambahan berat badan di antara dua hemodialisis, maka semakin rendah kualitas hidup domain kesehatan fisik.

- b. Perbedaan kualitas hidup domain psikologis berdasarkan kategori penambahan berat badan di antara dua hemodialisis

Tabel 5.7 Analisis perbedaan kualitas hidup domain psikologis berdasarkan penambahan berat badan di antara dua hemodialisis di Unit Hemodialisa RSUP Fatmawati Periode Mei – Juni 2011 (n=76)

Kategori penambahan berat badan	N	Mean	SD	Jenis uji	p value
Ringan	9	23,78	1,56		
Rata-rata	49	20,06	1.60	<i>Anova</i>	0,000*
Bahaya	18	11,39	1,24		

* bermakna pada $\alpha = 0,05$

Tabel 5.7 menunjukkan nilai rata-rata kualitas hidup domain psikologis tertinggi adalah pada responden dengan kategori penambahan berat badan ringan 23,78 (SD = 1,56). Uji beda mean kualitas hidup domain psikologis pada ketiga kategori penambahan berat badan menunjukkan adanya perbedaan yang signifikan ($p=0,000$ $\alpha = 0,05$). Kemudian dilanjutkan dengan uji *post hoc* untuk mengetahui perbedaan antara masing-masing kategori penambahan berat badan. Uji *post hoc* dengan *Bonferroni* menunjukkan adanya perbedaan kualitas hidup domain psikologis yang signifikan antara ketiga kategori penambahan berat badan ($p=0,000$ $\alpha = 0,05$). Urutan kualitas hidup domain kesehatan psikologis mulai dari yang tertinggi sampai dengan yang terendah adalah kategori penambahan berat badan ringan, kategori penambahan berat badan rata-rata dan kategori penambahan berat badan bahaya. Hasil ini menunjukkan bahwa penambahan berat badan di antara dua hemodialisis berhubungan dengan kualitas hidup domain psikologis. Semakin tinggi penambahan berat badan di antara dua hemodialisis, maka semakin rendah kualitas hidup domain psikologis.

- c. Perbedaan kualitas hidup domain hubungan sosial berdasarkan kategori penambahan berat badan di antara dua hemodialisis

Tabel 5.8 Analisis perbedaan kualitas hidup domain hubungan sosial berdasarkan penambahan berat badan di antara dua hemodialisis di Unit Hemodialisa RSUP Fatmawati Periode Mei – Juni 2011 (n=76)

Kategori penambahan berat badan	N	Mean	SD	Jenis uji	p value
Ringan	9	12,78	0,67		
Rata-rata	49	10,02	1,13	Anova	0,000*
Bahaya	18	5,33	0,84		

* bermakna pada $\alpha = 0,05$

Tabel 5.8 menunjukkan nilai rata-rata kualitas hidup domain hubungan sosial tertinggi adalah pada responden dengan kategori penambahan berat badan ringan 12,78 (SD = 0,67). Uji beda mean kualitas hidup domain hubungan sosial pada ketiga kategori penambahan berat badan menunjukkan adanya perbedaan yang signifikan ($p=0,000$ $\alpha = 0,05$). Kemudian dilanjutkan dengan uji *post hoc* untuk mengetahui perbedaan antara masing-masing kategori penambahan berat badan. Uji *post hoc* dengan *Bonferroni* menunjukkan adanya perbedaan kualitas hidup domain hubungan sosial yang signifikan antara ketiga kategori penambahan berat badan ($p=0,000$ $\alpha = 0,05$). Urutan kualitas hidup domain hubungan sosial mulai dari yang tertinggi sampai dengan yang terendah adalah kategori penambahan berat badan ringan, kategori penambahan berat badan rata-rata dan kategori penambahan berat badan bahaya. Hasil ini menunjukkan bahwa penambahan berat badan di antara dua hemodialisis berhubungan dengan kualitas hidup domain hubungan sosial. Semakin tinggi penambahan berat badan di antara dua hemodialisis, maka semakin rendah kualitas hidup domain hubungan sosial.

- d. Perbedaan kualitas hidup domain lingkungan berdasarkan kategori penambahan berat badan di antara dua hemodialisis

Tabel 5.9 Analisis perbedaan kualitas hidup domain lingkungan berdasarkan penambahan berat badan di antara dua hemodialisis di Unit Hemodialisa RSUP Fatmawati Periode Mei – Juni 2011 (n=76)

Kategori penambahan berat badan	N	Mean	SD	Jenis uji	<i>p value</i>
Ringan	9	28,22	1,09		
Rata-rata	49	26,86	1,74	<i>Anova</i>	0,000*
Bahaya	18	21,17	1.47		

* bermakna pada $\alpha = 0,05$

Tabel 5.9 menunjukkan nilai rata-rata kualitas hidup domain lingkungan tertinggi adalah pada responden dengan kategori penambahan berat badan ringan 28,22 (SD = 1,09). Uji beda mean kualitas hidup domain lingkungan pada ketiga kategori penambahan berat badan menunjukkan adanya perbedaan yang signifikan ($p=0,000$ $\alpha = 0,05$). Kemudian dilanjutkan dengan uji *post hoc* untuk mengetahui perbedaan antara masing-masing kategori penambahan berat badan. Uji *post hoc* dengan *Bonferroni* menunjukkan adanya perbedaan kualitas hidup domain lingkungan yang signifikan antara ketiga kategori penambahan berat badan ($p=0,000$ $\alpha = 0,05$). Urutan kualitas hidup domain lingkungan mulai dari yang tertinggi sampai dengan yang terendah adalah kategori penambahan berat badan ringan, kategori penambahan berat badan rata-rata dan kategori penambahan berat badan bahaya. Hasil ini menunjukkan bahwa penambahan berat badan di antara dua hemodialisis berhubungan dengan kualitas hidup domain lingkungan. Semakin tinggi penambahan berat badan di antara dua hemodialisis, maka semakin rendah kualitas hidup domain lingkungan.

- e. Perbedaan kualitas hidup berdasarkan kategori penambahan berat badan di antara dua hemodialisa

Tabel.5.10 Analisis perbedaan kualitas hidup berdasarkan penambahan berat badan di antara dua hemodialisa pada pasien yang menjalani terapi hemodialisis Periode Mei – Juni 2011

Kategori penambahan berat badan	N	Mean	SD	Jenis uji	p value
Ringan	9	92.55	2.92		
Rata-rata	49	80.43	5.63	<i>Anova</i>	0,000*
Bahaya	18	51.33	3.32		

* bermakna pada $\alpha = 0,05$

Tabel 5.10 menunjukkan bahwa nilai rata-rata kualitas hidup tertinggi adalah pada responden dengan kategori penambahan berat badan ringan (92,55). Uji beda mean kualitas hidup pada ketiga kategori penambahan berat badan menunjukkan adanya perbedaan yang signifikan ($p=0,000$). Kemudian dilanjutkan dengan uji *post hoc* untuk mengetahui perbedaan antara masing-masing kategori penambahan berat badan. Uji *post hoc* dengan *Bonferroni* menunjukkan adanya perbedaan kualitas hidup yang signifikan antara ketiga kategori penambahan berat badan ($p=0,000$). Urutan kualitas hidup mulai dari yang tertinggi sampai terendah adalah kategori penambahan berat badan ringan, kategori penambahan berat badan rata-rata dan kategori penambahan berat badan bahaya. Hasil ini menunjukkan bahwa penambahan berat badan di antara dua hemodialisa berhubungan dengan kualitas hidup. Semakin tinggi penambahan berat badan di antara dua hemodialisa, maka semakin rendah kualitas hidup.

- f. Faktor confounding yang mempengaruhi terhadap kualitas hidup

Pada bagian ini peneliti akan menjelaskan faktor confounding (karakteristik responden) terhadap kualitas hidup pada pasien yang menjalani terapi dialisis. Analisis statistik yang digunakan untuk mengetahui pengaruh variable dependen (kualitas hidup) adalah uji Ancova. Uji ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh

karakteristik responden terhadap kualitas hidup pasien penyakit gagal ginjal yang menjalani terapi hemodialisis.

Tabel berikut menjelaskan koefisien betta dan nilai probabilitas (*p value*) uji ancova :

Tabel 5.11 Analisis covarian faktor karaktestik responden terhadap kualitas hidup pada pasien yang menjalani terapi dialisis Periode Mei – Juni 2011

No	Variabel	B	P-value	Partial Eta Squared
1.	Usia	0,083	0,139	0,032
2.	Jenis kelamin	0,623	0,622	0,004
3.	Pendidikan	-0,397	0,436	0,009
4.	Pekerjaan	-0,085	0,767	0,001
5.	Status pernikahan	-2,031	0,061	0,051
6.	Lama menjalani HD	-0,168	0,821	0,849

Tabel 5.11 menunjukkan nilai *p* dan nilai *partial eta squared* pada variabel *confounding* (usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status pernikahan dan lama menjalani hemodialisa). Berdasarkan signifikasi uji ancova terlihat bahwa variabel *confounding* tidak signifikan mempengaruhi kualitas hidup pada pasien yang menjalani terapi dialisis ($p > 0,05$).

BAB VI

PEMBAHASAN

Bab ini akan menguraikan pembahasan yang meliputi interpretasi dan diskusi hasil dari penelitian, keterbatasan penelitian dan selanjutnya akan dibahas pula tentang implikasi hasil penelitian terhadap bidang penelitian dan pelayanan keperawatan. Interpretasi hasil penelitian dilakukan dengan membandingkan hasil penelitian dengan tinjauan pustaka dan hasil-hasil penelitian yang relevan. Keterbatasan penelitian dibahas dengan membandingkan proses penelitian yang telah dilalui dengan kondisi ideal yang seharusnya dicapai. Selanjutnya implikasi penelitian diuraikan tentang pengembangan hasil penelitian lebih lanjut bagi pelayanan keperawatan, pendidikan dan penelitian. Berikut ini akan dibahas satu persatu.

6.1 Interpretasi Hasil Penelitian

6.1.1 Karakteristik pasien.

Karakteristik pasien yang menjalani hemodialisis di Unit Hemodialisa IP2K RSUP Fatmawati terdiri dari terdiri dari usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status pernikahan dan lama menjalani hemodialisis.

a. Usia

Hasil penelitian ini bahwa rata-rata usia pasien yang menjalani hemodialisis adalah berusia produktif yaitu 49,57 tahun. Seiring dengan penambahan usia, fungsi ginjal pun dapat menurun. Yayasan Ginjal Diatrans Indonesia (YGDI) pada tahun 2006, menyatakan bahwa penderita gagal ginjal yang menjalani hemodialisis 49% berusia 35-55 tahun. Kasus CKD cenderung meningkat pada usia dewasa karena proses perjalanan penyakitnya yang bersifat kronis dan progresif. (Smeltzer et al, 2008)

b. Jenis kelamin

Jenis kelamin pasien yang menjalani hemodialisis di Unit Hemodialisa IP2K RSUP Fatmawati sebagian besar perempuan (55,3%), akan tetapi proporsi ini tidak berbeda jauh dengan proporsi pasien laki-laki, yaitu sebesar 44,7%. Berdasarkan hasil tersebut, distribusi usia responden dan jenis kelamin cukup merata, sesuai dengan literatur bahwa tidak ditemukan perbedaan kejadian

penyakit ginjal tahap akhir pada usia dan jenis kelamin tertentu, karena penyakit ginjal tahap akhir dapat mengenai semua lapisan usia sesuai dengan etiologinya Kring & Crane (2009) menyatakan jenis kelamin tidak mempengaruhi seseorang menderita penyakit gagal ginjal, jenis kelamin perempuan dan laki-laki mempunyai mempunyai resiko yang sama hanya pengaruh pola hidup akan menyebabkan seseorang menderita gagal ginjal dan harus menjalani terapi hemodialisis.

c. Pendidikan

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pasien yang sedang menjalani terapi hemodialisis di Unit Hemodialisa IP2K RSUP Fatmawati sebagian besar berpendidikan SLTA. Pendidikan adalah proses penyampaian informasi kepada seseorang untuk mendapatkan perubahan perilaku. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang akan semakin kritis, logis, dan sistematis cara berpikirnya. Pendidikan dapat membawa wawasan atau pengetahuan seseorang. Secara umum, seseorang yang berpendidikan lebih tinggi akan mempunyai pengetahuan yang lebih luas dibandingkan dengan seseorang yang tingkat pendidikannya lebih rendah. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, dia akan cenderung untuk berperilaku positif karena pendidikan yang diperoleh dapat meletakkan dasar-dasar pengertian dalam diri seseorang (Azwar, 1995).

Menurut Liu (2010) pendidikan merupakan faktor yang penting pada pasien CKD untuk dapat memahami dan mengatur dirinya sendiri dalam membatasi makan dan minum. Rendahnya tingkat pendidikan juga memberikan dampak pada status pekerjaan pasien yang pada penelitian ini didapatkan sebanyak 21,1 % karyawan swasta, 17,1 % tidak bekerja, pegawai negeri dan pedagang masing-masing 14,5 %, wirausaha 13,2 % dan sebesar 6,6 % merupakan petani, pensiunan dan lain-lain. Rubin (2000) menyebutkan bahwa pasien dengan pendidikan yang baik dan memiliki penghasilan dilaporkan memiliki kualitas hidup yang lebih baik dibandingkan yang lainnya.

d. Pekerjaan.

Pada karakteristik pekerjaan distribusi responden terbesar adalah bekerja sebagai karyawan swasta (21,1%), sedangkan terendah adalah petani, pensiunan dan lain-

lain (6,6%). Seseorang yang bekerja dengan aktivitas diam (duduk) terus menerus misalnya pekerja kantor, sopir sangat beresiko menderita sakit ginjal, di tambah lagi ketika orang tersebut tidak mengkonsumsi air putih dalam jumlah yang cukup minimal 1,5 liter / hari. (Brunner & Suddarth, 2004).

e. Status pernikahan.

Distribusi responden berdasarkan status pernikahan terbesar adalah pada kelompok menikah (82,9%). Dilihat dari status perkawinan, sebagian besar pasien masih memiliki pasangan hidup dan ini dapat merupakan *support system* yang baik dalam meningkatkan kondisi kesehatan pasien. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Maasoumeh & Forough (2010), dilakukan terhadap 202 responden pasien hemodialisis yang juga didapatkan sebagian besar status pernikahan responden menikah 132 (65,3 %).

Status pernikahan merupakan prediktor terbaik dari kualitas hidup secara keseluruhan. Hal ini secara umum menunjukkan bahwa individu yang menikah memiliki kualitas hidup yang lebih tinggi daripada individu yang tidak menikah, bercerai, ataupun janda/duda akibat pasangan meninggal. karena keluarga memiliki fungsi untuk memberikan dukungan (baik material, sosial, maupun emosional).

f. Lama menjalani hemodialisis

Berdasarkan lama menjalani hemodialisis bahwa pasien yang sedang menjalani terapi hemodialisis di Unit Hemodialisa IP2K RSUP Fatmawati sebagian besar telah menjalani hemodialisis rata-rata 2 tahun (32,19 %). Hasil ini menggambarkan usia harapan hidup pasien-pasien yang dilakukan tindakan hemodialisis terbilang rendah. Dari hasil pengamatan dilapangan dan wawancara terhadap beberapa perawat dan pasien bahwa pelaksanaan hemodialisis 2 kali / minggu hanya 4 jam. National Kidney Foudation (2000), menyatakan bahwa hemodialisis yang dilakukan 2 x / minggu membutuhkan waktu tindakan yang ideal selama 5 jam.

Menurut Maasoumeh & Forough (2010) mengungkapkan bahwa dari 202 pasien yang menjalani hemodialisis 2 x /minggu dengan lama hemodialisis 5 jam di Iran didapatkan data hemodialisis \leq 1 tahun sebanyak 13 (6,4%), 2 – 4 tahun 137 (67,8%), dan \geq 5 tahun 52 (25,8%). Hal ini menunjukkan harapan hidup pasien

di Iran lebih baik dari harapan hidup pasien yang menjalani hemodialisis di RSUP Fatmawati yang rata-rata mempunyai harapan hidup selama 3 tahun.

6.1.2 Penambahan berat badan di antara dua hemodialisis.

Berdasarkan distribusi penambahan berat badan di antara dua hemodialisis terbesar adalah pada kategori penambahan rata-rata 64,5% dan terkecil adalah pada kategori penambahan berat badan ringan 11,8%. Besarnya angka penambahan berat badan di antara dua hemodialisis kemungkinan disebabkan lama tindakan pelaksanaan yang kurang dari waktu ideal yang disarankan oleh National Kidney Foundation (2000), disamping faktor kepatuhan pasien dalam pembatasan minum. Selain dari itu berdasarkan pengamatan selama pengumpulan data ada kecenderungan peningkatan berat badan dialami oleh responden bersuku Jawa, tetapi hal ini perlu pembuktian lebih lanjut dengan melakukan penelitian secara khusus.

Kamaryar & Kalantar (2009), dari Harold Simmons Pusat Penelitian Penyakit Ginjal dan Epidemiologi di Universitas California di Los Angeles, menyampaikan bahwa 86% dari pasien memiliki berat badan interdialisis lebih dari 1,5 kg. Pasien yang memiliki berat badan interdialisis 4,0 kg atau lebih memiliki 28% peningkatan risiko kematian.

Purcell, et al (2004) melakukan studi dari Juli 2001 sampai Juni 2003 mengenai pengaruh penambahan berat badan terhadap fungsi kardiovaskular, dari 34.107 pasien hemodialisis di seluruh Amerika Serikat memiliki penambahan berat badan rata-rata minimal 0,5 kg. Delapan puluh enam persen pasien hemodialisis mengalami penambahan berat badan > 1,5 kilogram (kg) dan memiliki tingkat kematian antara 67,9% sampai 89,6%. Mereka yang penambahan berat badannya < 1,5 kg memiliki angka kematian yang lebih rendah, yaitu sebesar 65,4% sampai 66,7%.

Pengaturan diet pada penyakit gagal ginjal yang menjalani hemodialisis sedemikian kompleks. Pengaturan diet tersebut sangat sukar untuk dipatuhi oleh pasien sehingga memberikan dampak terhadap status gizi dan peningkatan berat badan serta berpengaruh terhadap kualitas hidup penderita. Hal ini akan berdampak kepada tingginya angka kematian akibat peningkatan berat badan di antara dua hemodialisis.

6.1.3 Gambaran kualitas hidup

Gambaran kualitas hidup responden penelitian ini, pada domain kesehatan fisik memiliki rata-rata 21,62 (SD = 5,18), domain psikologis sebesar 18,45 (SD = 4,39), domain hubungan sosial sebesar 9,24 (SD = 2,27), domain lingkungan sebesar 25,67 (SD = 25,67). Hal ini tidak berbeda jauh dengan penelitian yang dilakukan oleh Mini, Emmanuel, Unni, Deepa & Aboobacker (2010), mengungkapkan kualitas hidup 50 pasien yang menjalani hemodialisis di Kerala India pada domain kesehatan fisik memiliki rata-rata 20,54 (SD = 3,21), domain psikologis 17,78 (SD = 3,32), domain hubungan sosial 9,44 (SD = 1,95) dan domain lingkungan 24,58 (SD = 4,36).

Merkus MP, et al (1997) mengungkapkan penelitian yang dilakukan di 13 pusat dialisis Belanda bahwa kualitas hidup pasien yang menjalani hemodialisis berada pada kategori rendah, faktor penambahan berat badan menjadi pemicu munculnya berbagai keluhan dan respon tubuh akibat akumulasi cairan dalam tubuhnya. Peningkatan berat badan yang melebihi batas yang dianjurkan yaitu 1,5 kg akan berdampak pada fungsi kardiovaskuler dan sistem respirasi (National Kidney Foundation, 2000).

Menurut Tomasz & Piotr (2003) kualitas hidup pasien yang menjalani hemodialisis di domain fisik, hubungan sosial, lingkungan dan juga dalam aspek nyeri dan ketidaknyamanan, energi dan kelelahan, perasaan positif, mobilitas, aktivitas hidup sehari-hari, kapasitas kerja, hubungan pribadi, aktivitas seksual dan transportasi mengalami penurunan / atau lebih rendah dibandingkan kesehatan orang pada umumnya. Penelitian yang dilakukan oleh Drennan & Cleary (2005), terhadap 97 pasien CKD yang sedang menjalani hemodialisis, menunjukkan adanya penurunan kualitas hidup diantaranya pada keterbatasan vitalitas, fungsi fisik, dan peran fisik. Mereka juga melaporkan fungsi fisik jauh lebih rendah dan skor kesehatan mental yang kurang baik.

6.1.4 Hubungan penambahan berat badan di antara dua waktu hemodialisis (*interdialysis weight gain = IDWG*) terhadap kesehatan fisik.

Pada penelitian ini hasil analisis kualitas hidup domain kesehatan fisik berdasarkan penambahan berat badan di antara dua hemodialisis didapatkan bahwa semakin

tinggi penambahan berat badan semakin rendah kualitas hidupnya ($p=0,000$ $\alpha = 0,05$). Hal ini disebabkan penumpukan cairan dalam tubuh menyebabkan fungsi kerja jantung dan paru-paru semakin berat, yang berakibat pada respon fisik pasien yang cepat lelah dan sesak, aktifitas fisikpun mengalami gangguan baik pada saat aktifitas ringan maupun sedang. Anees (2001) mengungkapkan bahwa penelitian yang dilakukan di 3 pusat dialisis di Lahore Iran didapatkan bahwa kesehatan fisik pasien berada pada kategori rendah. Hal serupa juga didapatkan dari penelitian yang dilakukan Ibrahim (2009) di 3 unit Hemodialisis di Bandung didapatkan bahwa kualitas hidup domain kesehatan fisik nilai rata-rata pada level 18,49 (SD 4,45).

6.1.5 Hubungan penambahan berat badan di antara dua waktu hemodialisis (*interdialysis weight gain = IDWG*) terhadap psikologi pasien.

Hasil penelitian kualitas hidup domain psikologis berdasarkan penambahan berat badan di antara dua hemodialisis didapatkan bahwa semakin tinggi penambahan berat badan semakin rendah kualitas hidupnya ($p=0,000$ $\alpha = 0,05$). Penderita CKD yang menjalani hemodialisis cenderung mengalami peningkatan berat badan, akibat penumpukan cairan dan sisa-sisa metabolisme timbul perubahan tampilan kulit, penurunan fungsi reproduksi hingga gangguan fungsi jantung dan paru-paru. Perubahan tampilan fisik dan kesehatan fisik menimbulkan kecemasan tersendiri apalagi bahwa hemodiliasa harus mereka jalani seusia hidup (Smeltzer & Bare 2001).

Hsieh, at al. (2007), mengungkapkan hasil penelitian terkait kualitas hidup domiain psikologi terhadap pasien CKD yang dilaksanakan di Taiwan rata-rata pada level 19,8 ($p=0,012$). Keadaan penyakit kronis dan komplikasinya berpotensi menimbulkan stresor yang sifatnya kronis bagi pasiennya. Kondisi komplek ini selain mempengaruhi integritas fisik juga akan mengancam integritas psikologis pasien. Kondisi psikologis yang sering muncul pada pasien CKD berupa kecemasan. Penyebab kecemasan diantaranya oleh karena kurangnya manajemen penyakit yang tepat, biaya perawatan yang tinggi, kendala karena jumlah hari sakit yang panjang, risiko kematian yang tinggi, konsekuensi dari regimen terapi, dan komplikasi yang bervariasi dari ringan sampai berat. (Morsch, Goncalves LF & Barros e (2006)). Dari pengamatan dan observasi selama peneliti melakukan pengumpulan data penelitian ada kecenderungan bahwa pasien-pasien yang memiliki nilai peningkatan berat

badan diantara dua dialysis tinggi mengalami kecemasan dan ketakutan, hal ini tampak dari mimik wajah dan ungkapan ketika peneliti melakukan klarifikasi mengenai perasaannya. Sebagian besar responden yang memiliki peningkatan berat badan diantara dua hemodialisis tinggi ada kecenderungan menjawab pertanyaan putus asa cemas dan perasaan depresi pada skala sangat sering.

6.1.6 Hubungan penambahan berat badan di antara dua waktu hemodialisis (*interdialysis weight gain = IDWG*) terhadap hubungan sosial.

Hasil analisis kualitas hidup domain hubungan sosial berdasarkan penambahan berat badan di antara dua hemodialisis didapatkan bahwa semakin tinggi penambahan berat badan semakin rendah kualitas hidupnya ($p=0,000$ $\alpha = 0,05$). Interaksi sosial memainkan peranan sangat penting pada kehidupan, kondisi kesepian dan terisolasi secara sosial akan menjadi faktor yang berpengaruh bagi kesehatan. Sebuah studi menemukan bahwa dengan menjadi bagian dari jaringan sosial, hal ini akan berdampak pada lamanya masa hidup, terutama pada laki-laki (Manoux & Marmot 2007). Penelitian terkait hubungan sosial dengan kualitas hidup yang dilakukan oleh Sertoz (2009) dinyatakan bahwa pasien yang lebih muda, lebih terpelajar, dan kaya, memiliki durasi penyakit lebih lama, dan yang merasa baik secara fisik dan psikologis, bersedia untuk berpartisipasi dalam kegiatan sosial mampu mempertahankan kualitas hidup dengan terdapat perbedaan signifikan dalam hal depresi ($p = 0,008$), harga diri ($p = 0,003$), dan fisik ($p = 0,04$) dan psikologis ($p = 0,05$) ($\alpha = 0,05$) dibandingkan yang tidak melakukan subungan soasial / kegiatan sosial.

6.1.7 Hubungan penambahan berat badan di antara dua waktu hemodialisis (*interdialysis weight gain = IDWG*) terhadap lingkungan

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa hubungan antara kualitas hidup domain lingkungan dengan penambahan berat badan di antara dua hemodialisis adalah semakin tinggi penambahan berat badan semakin rendah kualitas hidupnya ($p=0,000$; $\alpha = 0,05$). Lingkungan yang dapat memfasilitasi kebutuhan dan kesejahteraan pasien ketika beraktivitas akan menciptakan suasana damai dan tenang yang mampu menyokong kualitas hidup seseorang. Penelitian yang dilakukan Ibrahim (2009) di 3 unit Hemodialisis di Bandung didapatkan bahwa kualitas hidup domain lingkungan

nilai rata-rata pada level 24,33 (SD 4,22). Anees (2011), mengungkapkan pada penelitiannya bahwa domain lingkungan merupakan satu-satunya dari 4 domain kualitas hidup yang mempunyai nilai baik pada penelitian yang dilakukan pada pasien di Mayo Hospital.

6.1.8. Perbedaan kualitas hidup berdasarkan kategori penambahan berat badan diantara dua hemodialisa.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa penambahan berat badan diantara dua hemodialisa berhubungan dengan kualitas hidup. Semakin tinggi penambahan berat badan diantara dua hemodialisa, maka semakin rendah kualitas hidup ($p=0,000$ $\alpha = 0,05$). Merujuk pada penentuan kualitas hidup secara keseluruhan terhadap peningkatan berat badan diantara dua hemodialisa, peningkatan berat badan kategori ringan (mean 92,55) mempunyai kualitas hidup baik, peningkatan berat badan kategori sedang (mean 80,43) mempunyai kualitas hidup baik, sedangkan peningkatan berat badan kategori berat (mean 51,33) kualitas hidupnya buruk.

6.1.9. Faktor confounding yang mempengaruhi kualitas hidup.

Berdasarkan signifikansi uji ancova terlihat bahwa variabel *confounding* tidak signifikan mempengaruhi kualitas hidup pada pasien yang menjalani terapi dialisis ($p>0,05$).

Hal ini bertolak belakang terhadap penelitian Sarkar, Kotanko & Levin (2006). mengungkapkan bahwa usia memiliki korelasi terbalik dengan penambahan berat badan diantara dua waktu dialisis. Artinya bahwa semakin bertambah usia pasien maka semakin sedikit penambahan berat badan diantara dua dialisisnya, dan tentunya akan meningkatkan kualitas hidup pasien. Penelitian Clark dan Oswald (dalam Dowling, 2005) mengemukakan bahwa kehilangan pekerjaan memiliki dampak yang lebih buruk pada kesejahteraan dan kebahagiaan daripada peristiwa lain, seperti perceraian dan perpisahan, artinya bahwa pekerjaan mempunyai pengaruh terhadap kualitas hidup dengan berubahnya kesejahteraan dan kebahagiaan ketika seseorang kehilangan pekerjaan.

Faktor lain kemungkinan berkontribusi terhadap perbedaan hasil penelitian ini, kemungkinan lama pelaksanaan hemodialisis, pengaturan kecepatan aliran darah

(*Quick of Blood/Qb*), penggunaan jenis dialyzer. Hal ini tentunya harus dibuktikan dengan penelitian.

6.2 Keterbatasan Penelitian

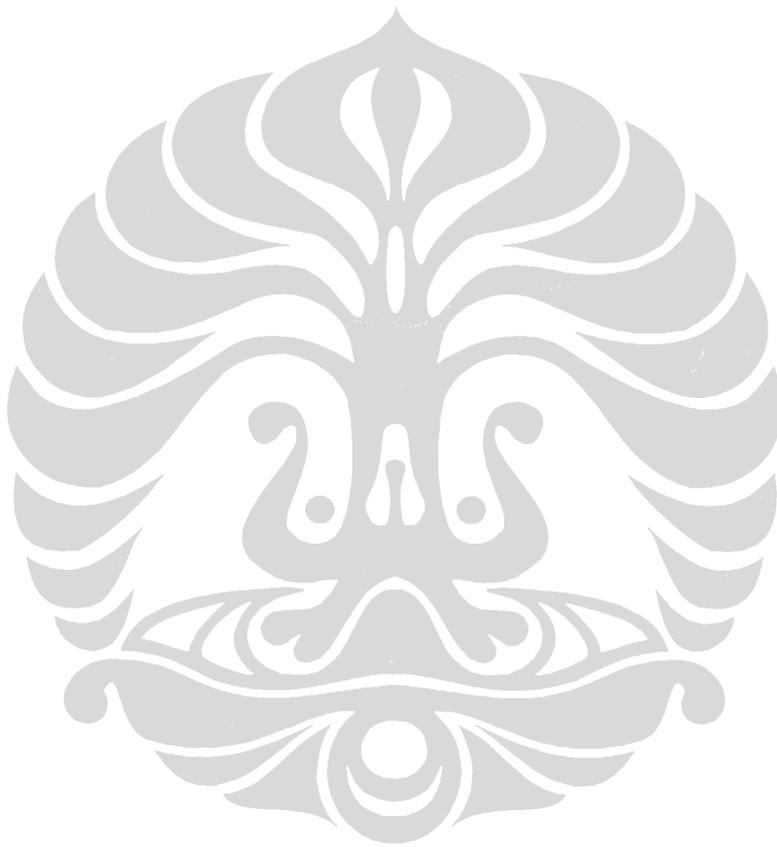
- 6.2.1 Instrumen pengumpulan data yang digunakan adalah *The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-BREF* dengan versi Indonesia. Akan tetapi saat peneliti melakukan pengumpulan data, sebagian besar responden mengalami kesulitan untuk dapat memahami maksud dari pertanyaan yang tertera pada kuesioner, sehingga dikhawatirkan jawaban yang diberikan responden tidak sesuai dengan kenyataan yang ada pada responden.
- 6.2.2 Pengumpulan data dilaksanakan hanya dengan kuisisioner dan tidak dilakukan wawancara mendalam sehingga data yang didapatkan belum maksimal, dan pemahaman fenomena penelitian tidak optimal.

6.3 Implikasi hasil penelitian

- 6.3.1 Bagi pelayanan keperawatan
Diketuinya pengaruh kenaikan berat badan di antara dua dialisis terhadap semua domain kualitas hidup, diharapkan perawat mampu meminimalisir kenaikan berat badan pada pasien yang menjalani hemodialisis dengan cara pelaksanaan pendidikan terstruktur dengan persiapan materi dan metode yang baik bukan sekedar mengingatkan pentingnya pembatasan minuman. Selain faktor tersebut perawat hendaknya mengkaji faktor lain yang berkontribusi terhadap kenaikan berat badan diantara dua dialisis misalnya lamanya/waktu pasien menjalani hemodialisis. Di samping itu perawat harus berusaha membantu mengoptimalkan kualitas hidup pasien yang sedang menjalani hemodialisis dengan cara memfasilitasi memberikan asuhan keperawatan yang paripurna.
- 6.3.2 Bagi penelitian keperawatan
Sebagai bahan acuan dalam mengembangkan penelitian lebih lanjut mengenai bagaimana hubungannya karakteristik adat istiadat, suku / budaya, kecemasan dan stress yang berbeda terhadap kualitas hidup.

6.3.3 Bagi pendidikan keperawatan

Institusi pendidikan keperawatan sebagai tempat yang akan mencetak tenaga perawat diharapkan dapat meningkatkan peran serta peserta didik dalam pemberian motivasi/ pendidikan kesehatan terkait pentingnya pembatasan cairan pada pasien CKD sesuai program yang telah ditentukan. Di samping itu mampu memberikan support mental dan spiritual dalam rangka mengoptimalkan kualitas hidup pasien CKD.



BAB VII KESIMPULAN SARAN

7.1. Simpulan.

- 7.1.1. Penelitian yang dilakukan memberikan gambaran bahwa pasien CKD menjalani terapi hemodialisis sebagian besar berusia 22 - 74 tahun, dengan jenis kelamin terbanyak adalah perempuan, sebagian besar berpendidikan SLTA, bekerja sebagai karyawan swasta dan sebagian besar masih memiliki pasangan hidup. Rata-rata pasien telah menjalani hemodialisis selama 2 tahun.
- 7.1.2. Penambahan berat badan di antara dua waktu hemodialisis (*interdialysis weight gain = IDWG*) pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis di Unit Hemodialisa IP2K Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta termasuk dalam kategori ringan 11,8 %, kategori rata-rata 64,5 % dan kategori bahaya 23,7%.
- 7.1.3. Kualitas hidup pasien yang menjalani terapi hemodialisis di Unit Hemodialisa IP2K Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta pada domain kesehatan fisik memiliki rata-rata 21,62 (SD = 5,18) domain psikologis 18,45 (SD = 18,45), domain hubungan sosial 9,24 (SD = 2,57) dan domain lingkungan 25,67 (SD = 3,02). Total nilai rata-rata dari keempat domain 74,98 menggambarkan kualitas hidup pasien ini adalah kategori baik.
- 7.1.4. Ada hubungan penambahan berat badan di antara dua waktu hemodialisis (*interdialysis weight gain = IDWG*) terhadap kesehatan fisik pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis di Unit Hemodialisa IP2K Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta
- 7.1.5. Ada hubungan penambahan berat badan di antara dua waktu hemodialisis (*interdialysis weight gain = IDWG*) terhadap psikologi pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis di Unit Hemodialisa IP2K Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta.
- 7.1.6. Ada hubungan penambahan berat badan di antara dua waktu hemodialisis (*interdialysis weight gain = IDWG*) terhadap hubungan sosial pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis di Unit Hemodialisa IP2K Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta

- 7.1.7. Ada hubungan penambahan berat badan di antara dua waktu hemodialisis (*interdialysis weight gain = IDWG*) terhadap lingkungan pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis di Unit Hemodialisa IP2K Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta
- 7.1.8. Kualitas hidup pasien yang mengalami penambahan berat badan diantara dua waktu hemodialisis ringan kualitas hidup kategori baik, penambahan berat badan kategori rata-rata kualitas hidup baik, sedangkan penambahan berat badan kategori bahaya kualitas hidup buruk.
- 7.1.9. Variabel *confounding* (karakteristik responden) dalam penelitian ini tidak memiliki hubungan dengan variabel independen (kualitas hidup).

7.2. SARAN

- 7.2.1. Untuk mencegah meningkatnya penambahan berat badan yang terlalu tinggi, perlu dilakukan perubahan lama waktu hemodialisis 2 x / minggu dari 4 jam menjadi 5 jam.
- 7.2.2. Perawat profesional hendaknya dalam melaksanakan asuhan keperawatan melihat dan mempertimbangkan karakteristik pasien karena setiap individu itu unik, sehingga diperlukan pendekatan yang berbeda pada setiap pasien.
- 7.2.3. Untuk penelitian lebih lanjut, pada penelitian ini karakteristik adat istiadat, suku / budaya, kecemasan dan stress belum terlihat bagaimana hubungannya dengan kualitas hidup, hal ini dapat dijadikan bahan untuk penelitian lebih lanjut.

DAFTAR PUSTAKA

- Abuelo, J.G. (1998). Large interdialytic weight gains: Causes, consequences, and corrective measures. *Seminars in dialysis*, 11(1), 25-32.
- Anees, Hameed F, Mumtaz, Ibrahim M., & Khan S. (2011). Dialysis-related factors affecting quality of life in patients on hemodialysis. *Iranian Journal of Kidney Diseases (IJKD)*. 5(1), 9-14.
- A Singh-Manoux & M Marmot (2007). Role of socialization in explaining social inequalities in health. *Social Science & Medicine*, Volume 60, Issue 9, Pages 2129-2133.
- Arikunto, A. (2002). *Prosedur penelitian suatu pendekatan praktik*. Jakarta . Rineka Cipta
- Bakewell, A. B, Higgins, R.B. & Edmunds, M.E. (2002). Quality of life in peritoneal dialysis patients: Decline over time and association with clinical outcomes. *Kidney International*. 62: 239-248.
- Baughman, C.D. (2000). *Keperawatan medical bedah*, Jakarta. EGC.
- Black, J.M. & Hawks, J.H.. (2005). *Medical-surgical nursing. Clinical management for positive outcomes*. 7th Edition. St. Louis. Missouri. Elsevier Saunders.
- Blake, C.W. and N.F. Courts. (1996). Coping strategies and styles of hemodialysis patients by gender. *ANNA Journal.*, 23: 477-507.
- Brenner, B.M. (2004). *Brenner & Rector's The Kidney*. 7th Edition. Philadelphia: Elsevier
- Brown, D. & Edwards, H. (2005). *Lewis's medical-surgical nursing. Assessment and management of clinical problems*. Australia. Elsevier.
- Brunner & Suddarth's. (2004). *Textbook of Medical Surgical Nursing*, Lippincott Williams Wilkins.
- Ching, W.L. (2001). The quality of life for Hong Kong dialysis patients. *Journal of Advanced Nursing*. 35(2), 218-227
- Daria L. Kring & Patricia B. Crane (2009). Factors affecting quality of life in persons on hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*. January-February 2009 vol. 36, no. 1
- Dowling, M. (2005). *Homeostatis and Well Being*. diunduh pada 6 Juni 2011 dari <http://www.economics.smu.edu.sg>

- Drennan & Cleary. (2005). Quality of life of patients on haemodialysis for end-stage renal disease *Journal of Advanced Nursing* Volume 51, Issue 6, pages 577–586, September 2000. diperoleh tanggal 15 Maret 2011
- Everett K.D., Brantley P.J. (1995). *The relation of stress and depression to interdialytic weight gain in hemodialysis patients*. Behavioral Medicine, 08964289, March 1, 1995, Vol. 21, Issue 1
- Fallon M, Gould D, Wainwright SP. (1997). Stress and quality of life in the renal transplantation patients: a preliminary investigation. *Journal of Advanced Nursing*. 25 (3), 562-570.
- Farquahan, M. (1995), *Elderly People definitions of Quality of life*, Social Science and Medicine. 41 : 1436 – 1446
- Fauci, Braun ald, Kasper, Hauser, Ongo. (2009). *Harrisons Manual of Medicine* 17th Edition, International Edition. The Mc Gra Hill Companies. New York. UK Natuional Kidney.
- Fipper TB. Mc Culough KP. Port PK. (2002). Mortality Risk in hemodialysis patient and change in nutrisional indicator : DOPPS. *Kidney Int.* 62. 2238-2245.
- Foley, Herzog, & Collins. (2002). Fluid management in patients on hemodialysis. (Issues in Renal Nutrition: Focus on Nutritional Care for Nephrology Patients), *Nephrology Nursing Journal* 01-SEP-07.
- Geddes. CC, Houston. M, Padiani, L. (2003). Excess Interdialytic sodium intake is not always dietary. *Neprol Dial Transflant* 18 : 223-224.
- Gomez. J.M., Maite, Rosa. J, Patrocinio, R and Rafael. (2005). Interdialytic weight gain as a marker of blood pressure, nutrition, and survival in hemodialysis patients, *Kidney International* (2005) 67, S63–S68; <http://www.nature.com/ki/journal/v67/n93s/abs/4496017a.html> diperoleh tanggal 20 Maret 2011.
- Gutch, Martha H. Stoner, Anna L. Corea. (1999). *Hemodialysis For Nurses And Dialysis Personnel*. 6th Edition. St.Louis: Mosby Inc.
- Hamid. (2007). *Buku Ajar Riset Keperawatan*. Jakarta. EGC.
- Hidayat. (2007). *Metode Penelitian Kebidanan Teknik Analisis Data*, Salemba Medika, Jakarta
- Hulya T, Fehmi A, Burhanettin, Murat, Mine, Cagatay, Ibrahim. (2005). Psychiatric disorders and large interdialytic weight gain in patients on chronic

haemodialysis. *Jurnal Nephrology* Volume 10 page 15-20 Februari 2005.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-1797.2005.00321.x>

- Hwang, J., Wang, C.T., & Chien, C.C. (2007). Effect of climatic temperature on fluid gain in hemodialysis patients with different degrees of overhydration. *Blood Purification*, 25(5-6), 473-479.
- Ifudu O, Uribarri J, Rajwani I, Vlacich V, Reydel K, Delosreyes G, Friedman EA. (2002). Relation Between Interdialytic Weight Gain, Body Weight And Nutrition In Hemodialysis. *American Journal of Nephrology*; Jul/Aug 2002. Vol.22, no. 4, p363
- Igbokwe, V.U. & Obika, L.F.O. (2007). Thirst perception and dryness of mouth in healthy young adults Nigerians. *African Journal of Biomedical Research*. Vol. 11 <http://www.ajbrui.com/AJBR-111039046.pdf> diunduh tanggal 6 Juni 2011.
- Janet L. Welch. (2006). Patterns of interdialytic weight gain during the first year of hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 33, 493-498.
http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=e89b5333-8f0d-441b-a43e72fa_2368998f_%40sessionmgr11&vid=1&hid=12 diperoleh tanggal 5 April 2011
- Johnstone & Halshaw. (2003). Self-care management in adults undergoing hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*. July-August, 2006
- Kamary, Kalantar Z. (2009). Interdialytic Weight Gain, Mortality Linked, *Nephrology Nursing Journal*, February, 18, 2009.
<http://www.renalandurologynews.com/interdialytic-weight-gain-mortality-linked/article/127528/> diperoleh tanggal 20 maret 2011
- Kaveh & Kimme. (2000). Nonadherence With Diet and Fluid Restrictions Among Adults Having Hemodialysis. *Journal of Nursing Scholarship*. Volume 37, Issue 1, pages 25–29, First Quarter 2005
- Ketut Suwitra. (2006). *Buku ajar ilmu penyakit dalam*. Edisi IV, Jilid I. Jakarta: Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI.
- Kimmel P.L., Varela M.P., Peterson R.A., Weihs K.L., Simments S.J., Alleyne S., Amarashine A., Mishkin G.J., Cruz I. & Veis J.H.. (2000). Interdialytic weight gain and survival in hemodialysis patients: effects of duration of ESRD and diabetic mellitus. *Kidney International* 57(3), 1141–1151.
- Kinghorn, S., Gamlin, R. (2004). *Palliative Nursing: Bringing Comfort and Hope*, Bailliere Tindall, St. Louis

- Kurtus. R. (2005). *University of Toronto Quality of Life Model*. http://www.school-for-champions.com/life/toronto_univ_quality_life.htm diperoleh tanggal 5 Maret 2011.
- Kusman Ibrahim. (2009). Kualitas hidup pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisis. *Majalah Kedokteran Bandung*. Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran Bandung http://www.mkb-online.org/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=1&Itemid=55&limitstart=225 diperoleh tanggal 30 Mei 2001
- Lameire. N dan Mehta, R.L. (2000). *Complications of dialysis*. New York : Informa Health Care.
- Lewis, A.L., Stabler, K.A., & Welch, J.L. (2010). Perceived informational needs, problems, or concerns among patients with Stage 4 chronic kidney disease. *Nephrology Nursing Journal*, 37(2), 143-149.
- Lewis, S.M., Heitkemper, M.M.L., Dirksen, S.R. (2000). *Medical Surgical Nursing: Assesment And Management Of Clinical Problem*. 5th. ed., St. Louis: Mosby, Inc. Medicine. 41 : 1436 – 1446
- Lok, P. (1996). Stressors, coping mechanisms and quality of life among dialysis patients in Australia. *Journal of Advanced Nursing*. 23: 873-881.
- Lubis, A.J. (2006). *Dukungan Sosial Pada Pasien Gagal Ginjal Terminal Yang Melakukan Terapi Hemodialisa*. Program Studi Psikologi Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara, Medan.
- Mansjoer, Arif. (2000). *Kapita selekta kedokteran*. Ed. 3. Media aesculapius; Jakarta
- Mitchell. (2002). Estimated dry weight (EDW): Aiming for Accuracy. *Nephrol Nurs J*. 2002 Oct;29(5):421-8; quiz 429-30. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12434449> diperoleh tanggal 10 maret 2011
- Mini A.M., Emmanuel J, V.N.Unni, Deepa A.R., Shameena Aboobacker. (2010). Evaluation of quality of life in hemodialysis and renal transplant patients. *Int.J.Pharm.& Health Sci*. Vol. 1 (2), 77-83
- Morsch CM, Goncalves LF & Barros E (2006). Health-related quality of life among haemodialysis patients – relationship with clinical indicators, morbidity and mortality. *Journal of Clinical Nursing*. Volume 15, page 498–504.
- Maasoumeh Rambod & Forough Raffii, (2010). Perceived Social Support and Quality of Life in Iranian Hemodialysis Patients. *Journal of Nursing Scholarship*. 42:3, 242–249. _c 2010 Sigma Theta Tau International
- Notoatmojo. S. (2002). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.

- Nursalam. (2006). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Perkemihan*. Salemba Medika, Jakarta
- Pace, R.C. (2007). Fluid Management in Patient on Hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*. September-Oktober. Vol. 34, No. 5. 557
- Prasetyo. (2008). Pemanfaatan Grey Literature di Perpustakaan. *Jurnal Media Informasi dan Komunikasi Kepustakawanan*. Buletin Perpustakaan Universitas Airlangga. Vol.III,No.2, edisi Juli – Desember
- Price, S.A. & Wilson, L.M. (1995). *Patofisiology; Konsep klinis proses-proses penyakit*. Edisi 4. Jakarta : EGC.
- Rahman A., Fu P., Sehgal A.R. & Smitch M.C. (2000). Interdialytic weight gain, compliance with dialysis regime and age are independent pre-dictors of blood pressure in hemodialysis patients. *American Journal of Kidney Disease* 35, 257–265
- Reams, Elder, V. (2003). Dry Weight: To Be Set Or No To Be That Is A Good Question. *Nephrology Nursing Journal*. Apr 2003; 30,(2), 236
- Rocco, M.V. Yan, G, Heyka. R.J. (2001). HEMO Study Group. Risk factor for hypertension in chronic hemodialysis patient. Baseline data from HEMO Study. *AM J Nephrol* 21. 280-288.
- Sarkar, S. R., Kotanko, P. and Levin, N. W. (2006). Dialysis: Interdialytic Weight Gain: Implications in Hemodialysis Patients. *Seminars in Dialysis*. Volume 19, Issue 5, pages 429–433, September 2006
- Sezer S, Ozdemir FN, Arat Z, Perim O, Turan M, Haberal M. (2002). The association of interdialytic weight gain with nutritional parameters and mortality risk in hemodialysis patients. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11921697> diperoleh tanggal 10 Maret 2011
- Serto OO, Asci G, Toz F, Duman S, Elbi H, Ok E. Ther Apher Dial (2009). *Planning a social activity to improve psychological well-being and quality of life of hemodialysis patients: a pilot study*. May 26. Aug;13(4):366-72
- Sharp, Wild, & Gumley. (2005). Dialysis staff encouragement and fluid control adherence in patients on hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*. May-June, 2009
- Sinclair, P.M., & Parker, V. (2009). Pictures and perspectives: A unique reflection on interdialytic weight gain. *Nephrology Nursing Journal*, 36(6), 589-597.
- Smeltzer, S.C. & Bare, B.G. (2001). *Brunner And Suddarth's Texbook Of Medical Surgical Nursing*. Lippincott; Philadelphia.

- Smeltzer, S.C., Bare, B.G., Hinkle, J.L., Cheever, K.H. (2008). *Brunner & Suddart's Textbook of Medical-Surgical Nursing*, Lippincott, Philadelphia
- Sugiyono. (2005). *Statistik untuk penelitian*. PT Rineke Cipta. Jakarta
- Suharto. (2004). *Penerapan model ph cox pada studi pasien gagal ginjal kronis*
<http://www.adln.lib.unair.ac.id> diperoleh tanggal 10 Maret 2011
- Tilaar. (1999). *Pendidikan Kebudayaan dan Masyarakat Madani Indonesia*, Bandung : Remaja Rosyda Karya.
- Tisher & Wilcox. (1995). *Nephrology Kidney Diseases handbooks*. 3rd edition. Baltimore
- Tomasz W, Piotr S. (2003). A trial of objective comparison of quality of life between chronic renal failure patients treated with hemodialysis and renal transplantation. *Ann Transplant*. 2003;8(2):47-53
- U.S Renal Data System. (2005). *USRDS 2005 Annual Data Report : Atlas of end stage renal disease in the United State*
- Ventegodt, S., Merrick, J., dan Andersen, N.J. (2003). Quality of Life Teori I. IQOL Theory: An Integrative Theory of the Global Quality of Life Concept.
http://www.thescientificworld.co.uk/TSW/toc/TSWJ_ArticleLanding.asp?ArticleId=1222 diperoleh tanggal 2 Maret 2011
- Wendy Purcell, Elizabeth Manias, Allison Williams, Rowan Walker . (2004). Accurate dry weight assessment: reducing the incidence of hypertension and cardiac disease in patients on hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*. Nov-Dec, 2004
- WHO Quality of Life-BREF. (1994). http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/whoqolbref/en diperoleh tanggal 10 Maret 2011
- Yetti, K. (2001). Pengaturan Cairan Secara Mandiri Pada Pasien Yang Menjalani Hemodialisis. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, Vol.V(2), Sept.2001.

PEJELASAN PENELITIAN

Kepada: Yth Bapak/ Ibu / Saudara/i
Di
Tempat

Bersama ini disampaikan bahwa dalam rangka menyelesaikan tugas akhir mahasiswa Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, maka bersama ini saya:

Nama : Welas Riyanto

NPM : 0906621520

Bermaksud melakukan penelitian dengan judul “Hubungan antara penambahan berat badan diantara dua waktu hemodialisis (*interdialysis weight gain = IDWG*) terhadap kualitas hidup pasien yang menjalani terapi hemodialisis di unit hemodialisa IP2K Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta”.

Tujuan penelitian ini untuk mengetahui pengaruh penambahan berat badan diantara dua waktu hemodialisis terhadap kualitas hidup pasien yang menjalani terapi hemodialisis. Penelitian ini tidak akan menimbulkan kerugian dan pengaruh apapun, termasuk hubungan antara pasien dengan perawat, pasien dengan dokter maupun pasien dengan tenaga kesehatan lainnya. Saya menjamin kerahasiaan semua informasi yang diberikan dan hanya dipergunakan penelitian semata. Partisipasi bapak / ibu / saudara/i dalam penelitian ini bersifat bebas tanpa adanya sangsi apapun. Melalui penjelasan ini maka saya sangat mengharapkan agar bapak / ibu / saudara/i berkenan menjadi responden dan mengisi lembar persetujuan. Atas perhatian dan kesediaannya saya ucapkan terima kasih.

Depok. Mei 2011
Peneliti

Welas Riyanto

LEMBAR PERSETUJUAN PENELITIAN

Judul Penelitian :

Hubungan antara penambahan berat badan diantara dua waktu hemodialisis (*interdialysis weight gain = IDWG*) terhadap kualitas hidup pasien yang menjalani terapi hemodialisis di unit hemodialisa IP2K Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta.

Peneliti : Welas Riyanto (NPM 0906621520)

No. Telp yang bisa dihubungi : 08176307707

Saya telah diminta dan memberi ijin untuk berperan serta sebagai responden dalam penelitian berjudul “Hubungan antara penambahan berat badan diantara dua waktu hemodialisis (*interdialysis weight gain = IDWG*) terhadap kualitas hidup pasien yang menjalani terapi hemodialisis di unit hemodialisa IP2K Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta”.

Peneliti telah menjelaskan tentang penelitian yang akan dilaksanakan. Saya mengetahui bahwa tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui Hubungan antara penambahan berat badan diantara dua waktu hemodialisis (*interdialysis weight gain = IDWG*) terhadap kualitas hidup pasien yang menjalani terapi hemodialisis.

Saya mengerti bahwa catatan mengenai penelitian ini akan dirahasiakan. Kerahasiaan ini dijamin selegal mungkin. Semua berkas yang mencantumkan identitas subjek penelitian hanya digunakan untuk keperluan pengolahan data dan bila sudah tidak digunakan akan dimusnahkan. Hanya peneliti yang mengetahui kerahasiaan data.

Saya berhak untuk menghentikan penelitian ini tanpa adanya hukuman atau kehilangan hak bila ada perlakuan yang merugikan bagi saya.

Demikianlah secara sukarela dan tidak ada unsur paksaan dari siapapun, saya bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini.

Nama responden

(.....)

Jakarta, 2011

Peneliti

Welas Riyanto

INSTRUMEN A
KARAKTERISTIK RESPONDEN

Kode Responden

Diisi oleh peneliti

Petunjuk :

Bapak / Ibu / Sdr/i diminta untuk mengisi kuesioner ini dengan cara mengisi titik atau memberi tanda check (√) pada kolom yang tersedia.

1	Umur tahun
2	Jenis Kelamin	<input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
3	Pendidikan	<input type="checkbox"/> Tidak tamat SD <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> SLTP <input type="checkbox"/> SLTA <input type="checkbox"/> Diploma <input type="checkbox"/> S1
4	Pekerjaan	<input type="checkbox"/> Tidak bekerja <input type="checkbox"/> Petani <input type="checkbox"/> Pegawai negeri <input type="checkbox"/> Karyawan swasta <input type="checkbox"/> Wirausaha <input type="checkbox"/> Pensiunan <input type="checkbox"/> Pedagang <input type="checkbox"/> lain-lain
5	Status pernikahan	<input type="checkbox"/> Belum menikah <input type="checkbox"/> Menikah <input type="checkbox"/> Janda <input type="checkbox"/> Duda
6	Lama menjalani hemodialisis	<input type="checkbox"/> < 1 tahun <input type="checkbox"/> ≥ 1 – 3 tahun <input type="checkbox"/> ≥ 3 tahun

INSTRUMEN B
KUALITAS HIDUP PASIEN HEMODIALISIS

Kode Responden

Diisi oleh peneliti

Petunjuk Pengisian :

Pertanyaan berikut ini menyangkut perasaan anda terhadap kualitas hidup, kesehatan dan hal-hal lain dalam hidup anda. **Pilihlah jawaban yang menurut anda paling sesuai.** Jika anda tidak yakin tentang jawaban yang akan anda berikan terhadap pertanyaan yang diberikan, pikiran pertama yang muncul pada benak anda seringkali merupakan jawaban yang terbaik. Camkanlah dalam pikiran anda segala standar hidup, harapan, kesenangan dan perhatian anda.

Apa yang anda pikirkan tentang kehidupan anda **pada empat minggu terakhir.**

		Sangat buruk	Buruk	Biasa-biasa saja	Baik	Sangat Baik
1	Bagaimana menurut anda kualitas hidup anda?	1	2	3	4	5

		Sangat tidak memuaskan	Tidak memuaskan	Biasa-biasa saja	Memuaskan	Sangat memuaskan
2	Seberapa puas anda terhadap kesehatan anda?	1	2	3	4	5

Pernyataan berikut adalah tentang seberapa sering anda telah mengalami hal-hal berikut dalam empat minggu terakhir :

		Tidak sama sekali	Sedikit	Dalam jumlah sedang	Sangat Sering	Dalam jumlah berlebihan
3	Seberapa jauh rasa sakit fisik anda mencegah anda dalam beraktivitas sesuai kebutuhan anda?	5	4	3	2	1
4	Seberapa sering anda membutuhkan terapimedis untuk dapat berfungsi dlm kehidupan sehari-hari anda?	5	4	3	2	1
5	Seberapa jauh anda menikmati hidup anda?	1	2	3	4	5
6	Seberapa jauh anda merasa hidup anda berarti?	1	2	3	4	5
7	Seberapa jauh anda mampu berkonsentrasi?	1	2	3	4	5

8	Secara umum, seberapa aman anda rasakan dalam kehidupan anda sehari-hari?	1	2	3	4	5
9	Seberapa sehat lingkungan dimana anda tinggal (berkaitan dengan sarana dan prasarana)	1	2	3	4	5

Pernyataan berikut ini adalah tentang seberapa penuh anda alami hal-hal berikut ini dalam 4 minggu terakhir

		Tidak sama sekali	Sedikit	Sedang	Sering kali	Sepenuhnya dialami
10	Apakah anda memiliki vitalitas yang cukup untuk beraktivitas sehari-hari?	1	2	3	4	5
11	Apakah anda dapat menerima penampilan tubuh anda?	1	2	3	4	5
12	Apakah anda memiliki cukup uang untuk memenuhi kebutuhan anda?	1	2	3	4	5
13	Seberapa jauh ketersediaan informasi bagi kehidupan anda dari hari ke hari?	1	2	3	4	5
14	Seberapa sering anda memiliki kesempatan untuk bersenang-senang/ rekreasi?	1	2	3	4	5

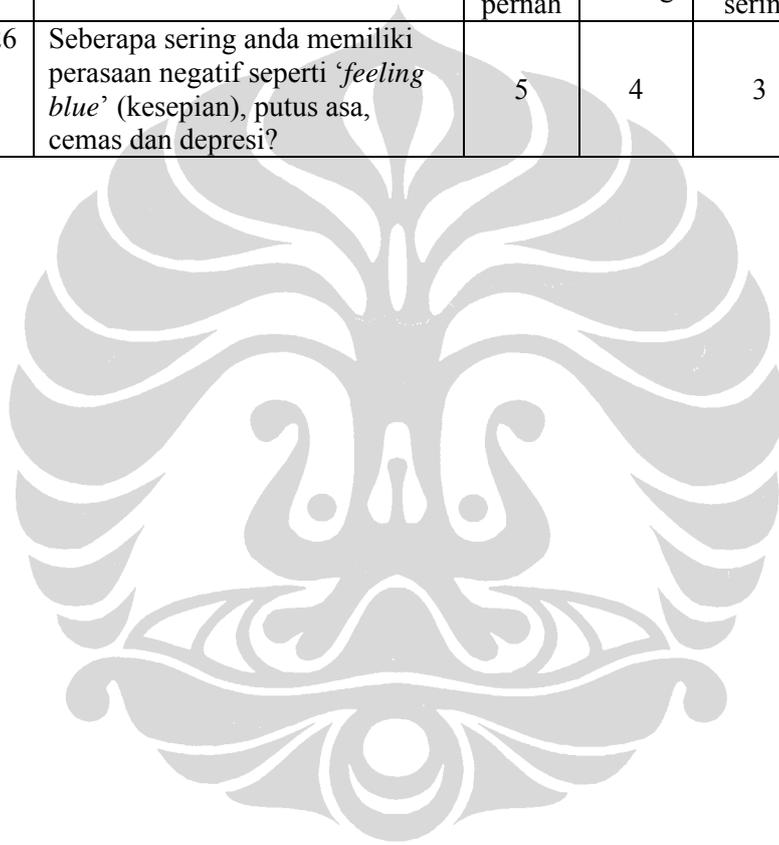
		Sangat buruk	Buruk	Biasa-biasa saja	Baik	Sangat baik
15	Seberapa baik kemampuan anda dalam bergaul?	1	2	3	4	5

		Sangat tidak memuaskan	Tidak memuaskan	Biasa-biasa saja	Memuaskan	Sangat memuaskan
16	Seberapa puaskah anda dengan tidur anda?	1	2	3	4	5
17	Seberapa puaskah anda dengan kemampuan anda untuk menampilkan aktivitas kehidupan anda sehari-hari?	1	2	3	4	5
18	Seberapa puaskah anda dengan kemampuan anda untuk bekerja?	1	2	3	4	5
19	Seberapa puaskah anda terhadap diri anda?	1	2	3	4	5
20	Seberapa puaskah anda dengan hubungan personal / sosial anda?	1	2	3	4	5
21	Seberapa puaskah anda dengan kehidupan seksual anda?	1	2	3	4	5
22	Seberapa puaskah anda dengan dukungan yang anda peroleh dari teman anda?	1	2	3	4	5

23	Seberapa puaskah anda dengan kondisi tempat anda tinggal saat ini?	1	2	3	4	5
24	Seberapa puaskah anda dengan akses anda pada layanan kesehatan?	1	2	3	4	5
25	Seberapa puaskah anda dengan transportasi yang harus anda jalani?	1	2	3	4	5

Pernyataan berikut merujuk pada seberapa sering anda merasakan atau mengalami hal-hal berikut dalam 4 minggu terakhir.

		Tidak pernah	Jarang	Cukup sering	Sangat sering	Selalu
26	Seberapa sering anda memiliki perasaan negatif seperti ' <i>feeling blue</i> ' (kesepian), putus asa, cemas dan depresi?	5	4	3	2	1





UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

Komite Etik Penelitian Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

Hubungan antara penambahan berat badan di antara dua waktu hemodiálisis (*interdialysis weight gain=IDWG*) terhadap kualitas hidup pasien yang menjalani terapi hemodiálisis di Unit Hemodialisa IP2K Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta.

Nama peneliti utama : **Welas Riyanto**

Nama institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 23 Mei 2011

Ketua,

Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 001



Welas Riyanto, MA, PhD

NIP. 19520601 197411 2 001

KEMENTERIAN KESEHATAN RI
DIREKTORAT JENDERAL BINA UPAYA KESEHATAN
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT FATMAWATI



Jl. RS. Fatmawati, Cilandak - Jakarta Selatan 12430 Telp. 021-7501524, 7660552 (Hunting), 7660574
 Fax. 021-7690123, E-mail: rsupf@cbn.net.id & pffatmaw@indosat.net.id, Website: www.rsupfatmawati.com

PERSETUJUAN PENELITIAN

No : DM.03.01/II.3/980/2011

Yang bertanda tangan di bawah ini Direktur Umum, Sumberdaya Manusia dan Pendidikan RSUP Fatmawati Jakarta, menerangkan bahwa usulan penelitian

Judul : **Hubungan antara penambahan BB di antara dua waktu HD (Interdialysis Weight Gain (IDWG)) Terhadap Kualitas Hidup Pasien Yang Menjalani Terapi Hemodialisa di Unit Hemodialisa IP2K RSUP Fatmawati"**

Peneliti : **Welas Riyanto**

NIPM : **0906621520**

Institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan
 Universitas Indonesia**

Disetujui untuk dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Fatmawati.

Demikian surat Persetujuan Penelitian ini untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

31 Mei 2011





UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : 390/H2.F12.D/PDP.04.02/2011
Lampiran : --
Perihal : Permohonan ijin penelitian

25 April 2011

Yth. Direktur Utama
RSUP. Fatmawati
Jl. Fatmawati
Jakarta

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Medikal Bedah Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:

Sdr. Welas Riyanto
0906621520

akan mengadakan penelitian dengan judul : **"Hubungan Antara Penambahan Berat Badan Diantara Dua Waktu Hemodialisis (Interdialysis Weight Gain=IDWG) Terhadap Kualitas Hidup Pasien Yang Menjalani Terapi Hemodialisis di Unit Hemodialisa IP2K RSUP. Fatmawati Jakarta"**.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan penelitian di RSUP. Fatmawati Jakarta.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.


 Dekan
 Dewi Irawaty, MA, PhD
 NIP. 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth. :

1. Wakil Dekan FIK-UI
2. Kepala Bidang Diklit RSUP. Fatmawati
3. Kepala Bidang Pelayanan Keperawatan RSUP. Fatmawati
4. Kepala Komite Keperawatan RSUP. Fatmawati
5. Kepala IP2K RSUP. Fatmawati
6. Kepala Ruang Hemodialisa RSUP. Fatmawati
7. Sekretaris FIK-UI
8. Manajer Pendidikan dan Mahalun FIK-UI
9. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
10. Koordinator M.A. "Tesis"
11. Pertinggal