

TESIS

**Kualitas Hidup Pasien Penyakit Ginjal Kronik
Yang Menjalani Hemodialisis**

**Quality of Life of Chronic Kidney Disease on
Hemodialysis**

Disusun dan diajukan oleh

RUSIAWATI

C101216101



PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER SPESIALIS-1 (Sp-1)

DEPARTEMEN ILMU PENYAKIT DALAM

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS HASANUDDIN

MAKASSAR

2021

TESIS

**Kualitas Hidup Pasien Penyakit Ginjal Kronik
Yang Menjalani Hemodialisis**

**Quality of Life of Chronic Kidney Disease on
Hemodialysis**

Disusun dan diajukan oleh

RUSIAWATI

C101216101



PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER SPESIALIS-1 (Sp-1)

DEPARTEMEN ILMU PENYAKIT DALAM

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS HASANUDDIN

MAKASSAR

2021

KARYA AKHIR

KUALITAS HIDUP PASIEN PENYAKIT GINJAL KRONIK YANG MENJALANI HEMODIALISIS

QUALITY OF LIFE CHRONIC KIDNEY DISEASE ON HEMODIALYSIS

Disusun dan diajukan oleh :

RUSIAWATI

Nomor Pokok : C101216101

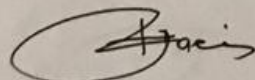
Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Akhir

Pada tanggal 14 Januari 2021

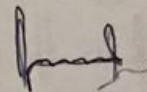
Dan dinyatakan memenuhi syarat

Menyetujui

Komisi Penasihat,



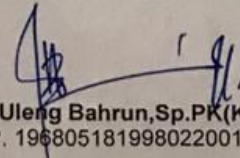
Prof. Dr. dr. Haerani Rasyid, M. Kes, Sp. PD, KGH, Sp. GK
Pembimbing Utama



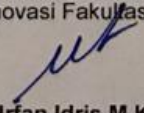
Dr. dr. Saidah Syamsuddin, Sp. KJ
Pembimbing Anggota

Manajer Program Pendidikan Dokter Spesialis, Dekan
Fakultas Kedokteran Unhas

Wakil Dekan Bidang Akademik, Riset
dan Inovasi Fakultas Kedokteran Unhas



dr. Uleng Bahrin, Sp. PK(K), Ph. D.
NIP. 196805181998022001



Dr. dr. Irfan Idris, M. Kes
NIP. 196711031998021001

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda-tangan dibawah ini:

Nama : Rusiawati
NIM : C101216101
Program studi : Ilmu Penyakit Dalam
Pendidikan : Dokter Spesialis Fakultas Kedokteran UNHAS

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis dengan judul Kualitas Hidup Pasien Penyakit Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis adalah karya saya sendiri dan tidak melanggar hak cipta pihak lain. Apabila dikemudian hari Tesis karya saya ini terbukti bahwa sebagian atau keseluruhannya adalah hasil karya orang lain yang saya pergunakan dengan cara melanggar hak cipta pihak lain, maka saya bersedia menerima sanksi.

Makassar, Januari 2021

Yang menyatakan,



Rusiawati

KATA PENGANTAR

Puji syukur Saya panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan karunia yang dilimpahkan-Nya sehingga saya dapat menyelesaikan penelitian dan penyusunan karya akhir untuk melengkapi persyaratan menyelesaikan pendidikan keahlian pada Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar.

Pada kesempatan ini, saya ingin menghaturkan terimakasih dan penghargaan setinggi-tingginya kepada:

1. **Prof. Dr. Dwia A. Tina Palubuhu, MA** Rektor Universitas Hasanuddin atas kesempatan yang diberikan kepada saya untuk mengikuti Pendidikan Dokter Spesialis di Universitas Hasanuddin.
2. **Prof. dr. Budu, Ph.D, Sp.M(K), M.MED.ED** Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin atas kesempatan yang diberikan untuk mengikuti Program Pendidikan Dokter Spesialis di bidang Ilmu Penyakit Dalam.
3. **dr. Ulang Bahrun, Sp.PK(K), Ph.D** Koordinator PPDS Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin bersama staf yang senantiasa memantau kelancaran Program Pendidikan Spesialis Ilmu Penyakit Dalam.
4. **Dr. dr. A. Makbul Aman, Sp.PD, K-EMD** dan **Prof. Dr. dr. Syakib Bakri, Sp.PD, K-GH** Ketua dan Mantan Ketua Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin, atas kesediaan beliau untuk menerima, mendidik, membimbing dan memberi nasihat yang sangat

berharga kepada saya selama mengikuti Pendidikan Dokter Spesialis Ilmu Penyakit Dalam.

5. **Dr. dr. Hasyim Kasim, Sp.PD, KGH** selaku Ketua Program Studi Sp-I Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin yang senantiasa memberikan motivasi, membimbing dan mengawasi kelancaran proses pendidikan selama saya mengikuti Program Pendidikan Dokter Spesialis Penyakit Dalam.
6. **Prof. Dr. dr. Haerani Rasyid, M.Kes, Sp.PD, K-GH, Sp.GK** selaku Sekretaris Program Studi Departemen Ilmu Penyakit Dalam dan Pembimbing penelitian yang senantiasa memberikan motivasi, membimbing dan mengawasi kelancaran proses pendidikan selama saya mengikuti Program Pendidikan Dokter Spesialis Penyakit Dalam.
7. **Dr. dr. Saidah Syamsuddin, Sp.KJ** selaku Pembimbing Penelitian yang senantiasa memberikan motivasi, masukan dan membimbing dalam proses pembuatan tesis ini.
8. Para penguji: **Prof. Dr. dr. Syakib Bakri, Sp.PD, K-GH; Dr. dr. Hasyim Kasim, Sp.PD, K-GH; Dr. dr. Numan AS Daud, Sp.PD, K-GEH dan Dr. dr. Muh. Ilyas, Sp.PD, K-P, Sp.P(K)** yang telah memberikan banyak masukan dan saran serta bimbingan demi penyempurnaan penelitian ini.
9. **Dr. dr. Arifin Seweng, MPH** selaku konsultan statistik atas kesediaannya membimbing dan mengoreksi dalam proses penyusunan tesis ini.
10. **Dr. dr. Husaini Umar, Sp.PD, K-EMD** selaku Pembimbing Akademik yang senantiasa memberikan motivasi, membimbing dan mengawasi

kelancaran proses pendidikan selama saya mengikuti Program Pendidikan Dokter Spesialis Penyakit Dalam.

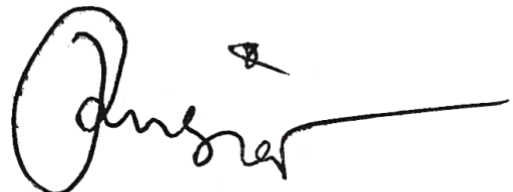
11. Seluruh Guru Besar, Konsultan dan Staf Pengajar di Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin, tanpa bimbingan mereka mustahil bagi saya mendapat ilmu dan menimba pengalaman di Departemen Ilmu Penyakit Dalam.
12. **dr. Eliana Muis, Sp.PD, K-P** yang telah senantiasa memberikan motivasi dan memberikan semangat selama menjalani pendidikan di penyakit dalam.
13. Para Direktur dan Staf RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo, RS UNHAS, RS Akademis, RS Ibnu Sina, RSI Faisal, RS Stella Maris, RSUD Bengkayang atas segala bantuan fasilitas dan kerjasamanya selama ini.
14. Para pegawai Departemen Ilmu Penyakit Dalam FK-UNHAS: **Pak Udin, Bu Vira, Kak Tri, Kak Maya, Kak Yuyu, dan Pak Aca**, pegawai TK-PPDS **Pak Asdagu**, paramedis, dan pekerja pada masing-masing rumah sakit atas segala bantuan dan kerjasamanya selama ini.
15. Kepada teman-teman **Angkatan Juli 2016**. Berkat kalian, saya telah bertransformasi menjadi pribadi yang lebih tangguh. Terima kasih atas setiap kebaikan dan motivasi yang telah diberikan.
16. Sahabatku **dr. Kartika Handayani** yang telah memberikan supportnya selama menjalani pendidikan. Ujian board, ujian hasil dan ujian akhir bersama. Terima kasih atas segalanya.

17. Kepada seluruh teman sejawat para peserta PPDS Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin atas bantuan, jalinan persaudaraan dan kerjasamanya selama ini.

Pada saat yang berbahagia ini, tidak lupa saya ingin menyampaikan rasa hormat dan penghargaan setinggi-tingginya kepada suami saya tercinta Ronny Lam yang telah setia mendampingi saya sejak saya menjalani pendidikan dokter umum hingga saat ini, ibu saya yang sangat saya sayangi dan cintai yang telah menjadi *role model* bagi saya dan memotivasi saya untuk menjadi wanita yang mandiri dan tangguh, kedua anak saya Britania Lam dan Estonia Lam, serta seluruh keluarga besar yang telah dengan tulus mendukung, mendoakan dan memberi motivasi selama saya menjalani pendidikan ini.

Akhir kata, semoga tesis ini dapat bermanfaat bagi kita semua dan kiranya Tuhan Yang Maha Esa selalu melimpahkan rahmat dan petunjuk-Nya kepada kita semua. Amin.

Makassar, 14 Januari 2021

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Rusiawati', with a long horizontal line extending to the right.

Rusiawati

DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	ii
Pernyataan Keaslian Tesis.....	iv
Kata Pengantar	v
Daftar Isi.....	ix
Daftar Tabel.....	xii
Daftar Gambar	xiii
Daftar Lampiran	xiv
Daftar Singkatan.....	xv
Abstrak	xvi
Abstract	xvii
I. Pendahuluan	1
I.1 Latar Belakang Penelitian.....	1
I.2 Rumusan Masalah.....	5
I.3 Tujuan Penelitian	5
I.4 Manfaat Penelitian	5
I.4.1 Manfaat bagi Pengetahuan.....	5
I.4.2 Manfaat bagi Tenaga Kesehatan.....	6
I.4.3 Manfaat bagi Penderita.....	6
II. Tinjauan Pustaka	7
II.1 Penyakit Ginjal Kronik.....	7
II.1.1 Epidemiologi Penyakit Ginjal Kronik.....	7
II.1.2 Pendekatan Diagnosis Penyakit Ginjal Kronik	9
II.1.3 Penatalaksanaan Penyakit Ginjal Kronik	10
II.2 Kualitas Hidup yang Berkaitan dengan Kesehatan	11
II.3 Kualitas Hidup pada Pasien Penyakit Ginjal Kronik	12
II.4 Instrumen Penilaian Kualitas Hidup Pasien Penyakit Ginjal Kronik	15
III. Kerangka Teori Penelitian.....	17
III.1 Kerangka Teori.....	17

III.2 Kerangka Konsep.....	18
III.3 Hipotesis Penelitian.....	18
IV. Metode Penelitian	19
IV.1 Desain Penelitian	19
IV.2 Waktu dan Tempat Penelitian	19
IV.3 Populasi Penelitian.....	19
IV.4 Sampel Penelitian	19
IV.5 Jumlah Sampel Penelitian	20
IV.6 Cara Pengambilan Sampel Penelitian	20
IV.7 Teknik Pengambilan Sampel	20
IV.8 Definisi Operasional dan Kriteria Objektif.....	21
IV.8.1 Kualitas Hidup.....	21
IV.8.2 Penyakit Ginjal Kronik.....	24
IV.8.3 Hemodialisis	24
IV.8.4 Usia.....	24
IV.8.5 Jenis Kelamin	24
IV.8.6 Tingkat Pendidikan.....	25
IV.8.7 Status Pernikahan	25
IV.8.8 Pekerjaan	25
IV.8.9 Penghasilan Keluarga	25
IV.8.10 Frekuensi Hemodialisis	26
IV.8.11 Durasi hemodialisis	26
IV.8.12 Dukungan Keluarga.....	26
IV.9 Pengolahan dan Analisis Data	27
IV.10 Alur Penelitian	28
V. Hasil Penelitian	29
V.1 Karakteristik Subjek Penelitian.....	29
V.2 Hubungan Usia dengan Kualitas Hidup.....	30
V.3 Hubungan Jenis Kelamin dengan Kualitas Hidup.....	31
V.4 Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Kualitas Hidup.....	32
V.5 Hubungan Status Pernikahan dengan Kualitas Hidup.....	33

V.6 Hubungan Pekerjaan dengan Kualitas Hidup.....	34
V.7 Hubungan Penghasilan Keluarga dengan Kualitas Hidup ...	35
V.8 Hubungan Frekuensi HD dengan Kualitas Hidup.....	36
V.9 Hubungan Durasi HD dengan Kualitas Hidup.....	37
V.10 Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup....	38
V.11 Analisis Multivariat Kualitas Hidup	39
VI. Pembahasan	42
VI.1 Karakteristik Subjek Penelitian	42
VI.2 Hubungan Usia dengan Kualitas Hidup Pasien HD	44
VI.3 Hubungan Jenis Kelamin dengan Kualitas Hidup Pasien HD	45
VI.4 Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Kualitas Hidup Pasien HD	46
VI.5 Hubungan Status Pernikahan dengan Kualitas Hidup Pasien HD	47
VI.6 Hubungan Pekerjaan dengan Kualitas Hidup Pasien HD	48
VI.7 Hubungan Penghasilan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien HD	50
VI.8 Hubungan Frekuensi HD dengan Kualitas Hidup Pasien HD	51
VI.9 Hubungan Durasi HD dengan Kualitas Hidup Pasien HD	52
VI.10 Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien HD	53
V.11 Analisis Multivariat Kualitas Hidup	54
VII. Penutup	56
VII.1 Ringkasan	57
VII.2 Kesimpulan.....	57
VII.3 Saran	58
VII.4 Keterbatasan penelitian.....	59
Daftar Pustaka	60

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Klasifikasi PGK atas Dasar Derajat Penyakit	9
Tabel 2. Klasifikasi PGK atas Dasar Diagnosis Etiologi	10
Tabel 3. Panduan Skoring Tahap Pertama	22
Tabel 4. Panduan Skoring Tahap Kedua	23
Tabel 5. Karakteristik Subjek Penelitian	30
Tabel 6. Hubungan Usia dengan PCS dan MCS.....	31
Tabel 7. Hubungan Jenis Kelamin dengan PCS dan MCS.....	32
Tabel 8. Hubungan Tingkat Pendidikan dengan PCS dan MCS.....	33
Tabel 9. Hubungan Status Pernikahan dengan PCS dan MC.....	34
Tabel 10. Hubungan Pekerjaan dengan PCS dan MC.....	35
Tabel 11. Hubungan Penghasilan Keluarga dengan PCS dan MCS.....	36
Tabel 12. Hubungan Frekuensi HD dengan PCS dan MCS.....	37
Tabel 13. Hubungan Durasi HD dengan PCS dan MCS.....	38
Tabel 14. Hubungan Dukungan Keluarga dengan PCS dan MCS.....	38
Tabel 15. Analisis Multivariat Faktor yang Berhubungan dengan PCS.....	39
Tabel 16. Analisis Multivariat Faktor yang Berhubungan dengan MCS.....	41

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Karakteristik Pasien PGK berdasarkan Usia.....	7
Gambar 2. Karakteristik Pasien PGK berdasarkan Pendidikan.....	8
Gambar 3. Karakteristik Pasien PGK berdasarkan Pekerjaan.....	8

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Kuesioner Kualitas Hidup SF-36.....	65
Lampiran 1. Kuesioner Dukungan Keluarga.....	69

DAFTAR SINGKATAN

Singkatan	Arti
<i>PGK</i>	<i>Penyakit Ginjal Kronik</i>
<i>LFG</i>	<i>Laju Filtrasi Glomerulus</i>
<i>KDIGO</i>	<i>The Kidney Disease: Improving Global Outcomes</i>
<i>HRQOL</i>	<i>Health Related Quality of Life</i>
<i>WHOQOL</i>	<i>The World Health Organization Quality of Life</i>
<i>HD</i>	<i>Hemodialisis</i>
<i>SF-36</i>	<i>Short Form 36</i>
<i>EQ5D</i>	<i>EuroQoL 5D</i>
<i>KDQOL LF</i>	<i>The Kidney Disease Quality of Life Long Form</i>
<i>KDQOL SF</i>	<i>The Kidney Disease Quality of Life Short Form</i>
<i>IRR</i>	<i>Indonesian Renal Registry</i>
<i>KDQOL</i>	<i>The Kidney Disease Quality of Life</i>
<i>CHEQ</i>	<i>Choice Health Experience Questionnaire</i>
<i>DOPPS</i>	<i>The Dialysis Outcomes and Practice Pattern Study</i>
<i>RSWS</i>	<i>Rumah Sakit Wahidin Sudirohusodo</i>
<i>PCS</i>	<i>Physical Component Summary</i>
<i>MCS</i>	<i>Mental Component Summary</i>
<i>SD</i>	<i>Sekolah Dasar</i>
<i>SMP</i>	<i>Sekolah Menengah Pertama</i>
<i>SMA</i>	<i>Sekolah Menengah Atas</i>
<i>PT</i>	<i>Perguruan Tinggi</i>
<i>KTP</i>	<i>Kartu Tanda Penduduk</i>
<i>UMP</i>	<i>Upah Minimum Provinsi</i>
<i>eGFR</i>	<i>estimated Glomerular Filtration Rate</i>
<i>CBT</i>	<i>Cognitive Behavioural Therapy</i>

Dukungan Keluarga sebagai Faktor Kunci yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Berdasarkan SF-36 pada Pasien PGK yang Menjalani HD

Rusiawati^{1*}, Haerani Rasyid^{1*}, Saidah Syamsuddin², Syakib Bakri¹, Hasyim Kasim¹, Arifin Seweng³

¹ Departemen Ilmu Penyakit Dalam, Fakultas Kedokteran, Universitas Hasanuddin, Makassar, Sulawesi Selatan

² Departemen Ilmu Psikiatri, Fakultas Kedokteran, Universitas Hasanuddin, Makassar, Sulawesi Selatan

³ Departemen Biostatistik, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Hasanuddin, Makassar, Sulawesi Selatan

*equal contributor

ABSTRAK

Latar Belakang: Penyakit Ginjal Kronik (PGK) merupakan masalah kesehatan global yang mempengaruhi 5-10% populasi di dunia. Tersedianya modalitas tatalaksana seperti dialisis dan transplantasi ginjal telah meningkatkan angka kesintasan pasien PGK, yang menyebabkan peningkatan fokus pada kualitas hidup yang berkaitan dengan kesehatan (*Health Related Quality of Life/HRQOL*). Kualitas hidup yang berkaitan dengan kesehatan merepresentasikan dampak dari suatu penyakit atau tatalaksananya terhadap perasaan subjektif pasien tentang fisik, mental, spiritual, emosional, sosial dan fungsionalnya. Kualitas hidup pasien PGK yang menjalani hemodialisis (HD) lebih rendah dibandingkan kualitas hidup pasien PGK pre-dialisis dan merupakan fakto risiko independen untuk mortalitas pada pasien yang menjalani HD. Dukungan keluarga adalah faktor penting yang memberikan dukungan bagi pasien dalam menghadapi masalah kesehatan.

Tujuan: Untuk mengetahui skor dukungan keluarga dan korelasi antara dukungan keluarga dan kualitas hidup pada pasien PGK yang menjalani HD.

Metode: Penelitian observasional potong lintang ini dilaksanakan pada bulan Agustus hingga November 2020 pada pasien PGK yang menjalani HD di RS Wahidin Sudirohusodo di Makassar. Dilakukan pengumpulan data demografik pasien HD. Kualitas hidup dinilai menggunakan kuesioner *Short Form-36 (SF-36)* yang telah divalidasi dalam Bahasa Indonesia, yang terdiri dari *Physical Component Summary (PCS)* dan *Mental Component Summary (MCS)* dan dukungan keluarga dinilai menggunakan kuesioner Dukungan Keluarga yang telah divalidasi. Data yang dikumpulkan dianalisis menggunakan SPSS versi 22.0.

Hasil: Sebanyak 60 subjek (39 laki-laki dan 21 perempuan) diikuti dalam penelitian ini. Rerata usia subjek adalah $48,9 \pm 12,1$ tahun. Sebanyak 55% subjek adalah lulusan perguruan tinggi (PT). Sebanyak 86,7% subjek berstatus menikah. Sebanyak 55% subjek tidak bekerja. Sebanyak 53,3% subjek memiliki penghasilan keluarga lebih rendah daripada Upah Minimum Provinsi (UMP). Rerata durasi HD adalah $22,1 \pm 28,6$ bulan. Rerata skor dukungan keluarga adalah $53 \pm 8,2$. Skor dukungan keluarga memiliki korelasi positif signifikan dengan setiap domain dari PCS dan MCS, dimana semakin tinggi skor dukungan keluarga semakin tinggi skor PCS dan MCS.

Kesimpulan: Kualitas hidup pasien PGK yang menjalani HD secara positif signifikan dipengaruhi oleh dukungan keluarga

Kata kunci: hemodialisis, kualitas hidup, penyakit ginjal kronik, dukungan keluarga, SF-36

Family Support as The Key Factor that Influence Quality of Life based on SF-36 among CKD on Hemodialysis Patients

Rusiawati¹, Haerani Rasyid¹*, Saidah Syamsuddin², Syakib Bakri¹, Hasyim Kasim¹, Arifin Seweng³*

¹ Internal Medicine Department, Medical Faculty, Hasanuddin University, Makassar 90245, Indonesia

² Psychiatry Department, Medical Faculty, Hasanuddin University, Makassar 90245, Indonesia

³ Biostatistics Department, Public Health Faculty, Hasanuddin University, Makassar 90245, Indonesia

*equal contributor

ABSTRACT

Background: Chronic kidney disease (CKD) is an emerging public health problem that affects 5–10% of the world population. With the availability of recent treatment modalities including renal replacement therapy, the survival of CKD patients has increased considerably which has led to an increased focus on health-related quality of life (HRQoL). Health-related quality of life represents the impact of the disease or its treatment on the subjective feelings of patients about their physical, mental, spiritual, emotional, social, and functional wellbeing. Quality of life among dialysis patients has been shown to be lower as compared to pre-dialysis CKD patients and is an independent risk factor for mortality in dialysis patients. Family support is an important factor that serves as a support system for the patients to face health problems.

Purpose: To examine levels of family support and the correlation of family support and quality of life (QoL) among CKD on hemodialysis (HD) patients.

Methods: This cross-sectional observational study was conducted in August-November 2020 and recruited chronic HD patients from Wahidin Sudirohusodo Hospital in Makassar, Indonesia. The demographic data of HD patients were collected. Quality of life was assessed using the validated Indonesian version of the Short Form-36 (SF-36) questionnaire which consists of Physical Component Summary (PCS) and Mental Component Summary (MCS) and family support that was assessed using the validated “Dukungan Keluarga” questionnaire. The data were analyzed using SPSS version 22.0 statistical software.

Results: A total of 60 subjects (39 males and 21 females) were included. The mean age was 48.9±12.1 years old. About 55% of the subjects was graduated from college. About 86.7% subject was married. About 55% of the subject is not working. About 53.3% of subjects have a family income lower than the regional minimum wage. The mean duration of HD was 22.1±28.6 months. The mean score of family support was 53±8.2. Family support score has a significant positive correlation with each domain of PCS and MCS, the higher score of family support is in accordance with higher score of PCS and MCS.

Conclusion: CKD on HD patients’ quality of life was significantly affected by family support.

Keywords: hemodialysis, quality of life, chronic kidney disease, family support, SF-36

BAB I

PENDAHULUAN

I.1 Latar Belakang Penelitian

Penyakit Ginjal Kronik (PGK) didefinisikan sebagai kerusakan ginjal yang terjadi lebih dari 3 bulan, berupa kelainan struktural atau fungsional, dengan atau tanpa penurunan laju filtrasi glomerulus (LFG).¹ *The Kidney Disease: Improving Global Outcomes* (KDIGO) tahun 2012 mengklasifikasikan PGK berdasarkan penyebab, LFG (G1, G2, G3a, G3b, G4, dan G5) dan albuminuria yang terjadi (A1, A2 dan A3).² Penyakit Ginjal Kronik stadium 5 memerlukan tatalaksana pengganti ginjal berupa dialisis atau transplantasi ginjal.³

Penyakit Ginjal Kronik merupakan masalah kesehatan global yang mempengaruhi 5-10% populasi di dunia, dengan luaran yang buruk berkaitan dengan penurunan progresif fungsi ginjal, risiko komplikasi penyakit kardiovaskular dan kematian. Tersedianya modalitas tatalaksana seperti dialisis dan transplantasi ginjal telah meningkatkan angka *survival* pasien PGK, yang menyebabkan peningkatan fokus pada kualitas hidup yang berkaitan dengan kesehatan (*Health Related Quality of Life/HRQOL*) sebagai bagian integral dalam tatalaksana dan dalam mengevaluasi luaran pada pasien PGK.⁴

Ide mengenai *HRQOL* bukanlah hal baru. Pada tahun 1946, WHO mendefinisikan sehat sebagai keadaan sejahtera, sempurna dari fisik, mental dan sosial yang tidak terbatas hanya pada bebas dari penyakit dan kelemahan saja. Penilaian *HRQOL* bertujuan untuk menilai efek dari suatu penyakit dan tatalaksana

penyakit tersebut.⁵ *The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) Group* mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi individual mengenai posisi subjek dalam kehidupan dalam konteks kultur dan nilai hidup dalam hubungannya dengan tujuan, ekspektasi, standar dan perhatian subjek tersebut.⁶ Kualitas hidup yang berkaitan dengan kesehatan merepresentasikan dampak dari suatu penyakit atau tatalaksananya terhadap perasaan subjektif pasien tentang fisik, mental, spiritual, emosional, sosial dan fungsionalnya.⁷

Penyakit Ginjal Kronik membawa efek serius terhadap kualitas hidup pasien, secara negatif mempengaruhi kesejahteraan sosial, finansial dan psikologikal pasien. Penyakit Ginjal Kronik mempengaruhi kualitas hidup secara lebih intensif dibandingkan pada gagal jantung, diabetes mellitus dan penyakit paru kronik.⁸ Kehidupan pasien dengan PGK mengalami perubahan seiring perjalanan penyakit dan harus beradaptasi dengan metode terapi yang diberikan. Pasien yang menjalani hemodialisis (HD) menjadi tergantung kepada mesin HD dan tenaga kesehatan yang ada di unit-unit HD. Hal ini dapat menyebabkan penurunan kualitas hidup pasien PGK yang menjalani HD. Tatalaksana pasien PGK yang meliputi terapi non-farmakologi seperti pengaturan diet dan pembatasan aktivitas fisik juga dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien PGK yang menjalani HD.⁹

Kualitas hidup pasien PGK semakin menurun seiring memburuknya fungsi ginjal. Kualitas hidup pasien PGK yang menjalani HD lebih rendah dibandingkan kualitas hidup pasien PGK pre-dialisis dan merupakan fakto risiko independen untuk mortalitas pada pasien yang menjalani HD.⁷ Rata-rata skor kualitas hidup ditemukan lebih rendah pada pasien PGK stadium 4 dan 5 bila dibandingkan

dengan pada pasien PGK stadium 1-3. Hal ini menunjukkan perburukan berkelanjutan kualitas hidup pasien PGK seiring memburuknya fungsi ginjal.⁴ Terapi HD adalah terapi yang memerlukan banyak waktu, biaya dan memerlukan berbagai pembatasan cairan dan diet. Terapi HD jangka panjang menyebabkan kehilangan kebebasan, ketergantungan pada pelaku rawat, permasalahan dalam pernikahan, keluarga dan kehidupan sosial, serta kehilangan pekerjaan/penghasilan.¹⁰

Penilaian kualitas hidup pada pasien PGK adalah aspek yang sangat penting karena kualitas hidup yang baik berhubungan dengan performans fisik yang lebih baik, angka kepatuhan terhadap terapi yang lebih tinggi, angka morbiditas dan mortalitas yang rendah.⁶ Kualitas hidup yang berkaitan dengan kesehatan merujuk pada domain fisik, psikologis dan sosial dari kesehatan yang unik untuk setiap pasien PGK. Setiap domain ini dapat diukur dengan penilaian objektif dari status kesehatan atau fungsi fisik dan dari persepsi subjektif individu terhadap kesehatannya.¹⁰

Alat ukur kualitas hidup dapat dikategorikan menjadi instrumen generik dan spesifik untuk penyakit tertentu. Beberapa instrumen yang telah divalidasi untuk digunakan pada PGK yaitu *Short Form 36* (SF-36), *EuroQol 5D* (EQ5D), *Kidney Disease Quality of Life Long form* (KDQOL LF) dan *Kidney Disease Quality of Life Short form* (KDQOL SF).¹¹ SF-36 merupakan instrumen yang paling sering digunakan untuk menilai HRQOL.¹² Faktor sosial-ekonomi dan kultural, selain faktor medis, sangat mempengaruhi HRQOL pasien. Pasien PGK dengan nilai HRQOL yang rendah ternyata lebih rentan untuk berhenti dari terapi HD, sehingga

penilaian HRQOL sangat mempengaruhi morbiditas dan mortalitas pasien.¹³

Penelitian mengenai kualitas hidup pasien PGK yang menjalani HD di Indonesia masih terbatas. Penelitian oleh Senduk et al tahun 2016 di Manado mendapatkan nilai kualitas hidup pasien PGK yang menjalani HD rata-rata 61,99 dengan rata-rata nilai di bawah normal pada domain fungsi fisik, keterbatasan peran akibat masalah fisik, persepsi kesehatan secara umum dan energi/vitalitas.¹⁴ Penelitian oleh Winata et al tahun 2017 di Surakarta mendapatkan hubungan yang signifikan antara adekuasi HD dan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien HD.¹⁵ Penelitian oleh Pratiwi et al tahun 2019 di Surakarta mendapatkan bahwa usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, jumlah penghasilan keluarga, stres, frekuensi HD, tingkat ketergantungan, komorbid dan dukungan kelompok mempengaruhi kualitas hidup pasien PGK yang menjalani HD.¹⁶

Kualitas hidup adalah salah satu aspek penanganan pasien PGK yang sering terlupakan, padahal penilaian kualitas hidup akan membantu tenaga medis untuk memiliki pemahaman yang lebih baik dan membantu dalam memberikan terapi yang lebih optimal.¹³ Berdasarkan latar belakang tersebut, penulis tertarik untuk meneliti kualitas hidup pasien PGK yang menjalani HD dan faktor-faktor yang mempengaruhinya.

I.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang tersebut diatas, maka rumusan masalah yang dikemukakan:

Bagaimana hubungan antara usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pernikahan, pekerjaan, penghasilan keluarga, frekuensi HD, durasi HD dan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien PGK yang menjalani HD?

I.3 Tujuan Penelitian

Berdasarkan uraian latar belakang tersebut diatas, maka tujuan penelitian ini adalah:

Untuk mengetahui hubungan antara usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pernikahan, pekerjaan, penghasilan keluarga, frekuensi HD, durasi HD dan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien PGK yang menjalani HD.

I.4 Manfaat Penelitian

I.4.1 Manfaat bagi Pengetahuan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi mengenai kualitas hidup pasien PGK yang menjalani HD dan faktor-faktor yang mempengaruhinya agar dapat dijadikan acuan untuk penelitian lebih lanjut

I.4.2 Manfaat bagi Tenaga Kesehatan

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi dalam pendekatan pelayanan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien PGK yang menjalani HD.

I.4.3 Manfaat bagi Penderita

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi mengenai kualitas hidup dan faktor-faktor yang mempengaruhinya sehingga dapat dijadikan bahan untuk evaluasi oleh pasien dan keluarganya

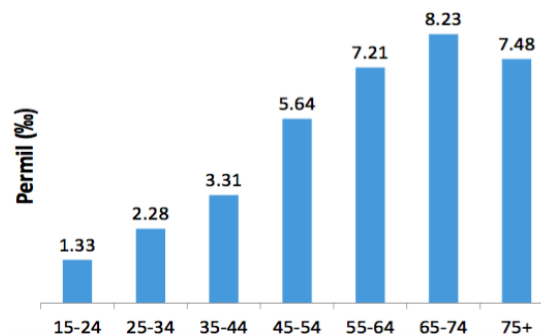
BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

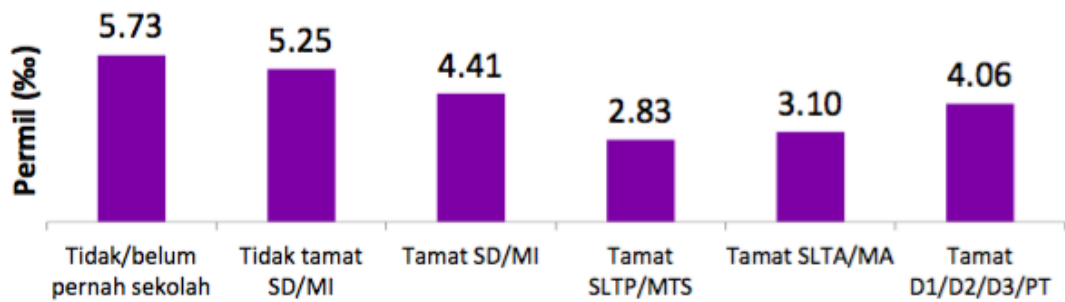
II.1 Penyakit Ginjal Kronik

II.1.1 Epidemiologi Penyakit Ginjal Kronik

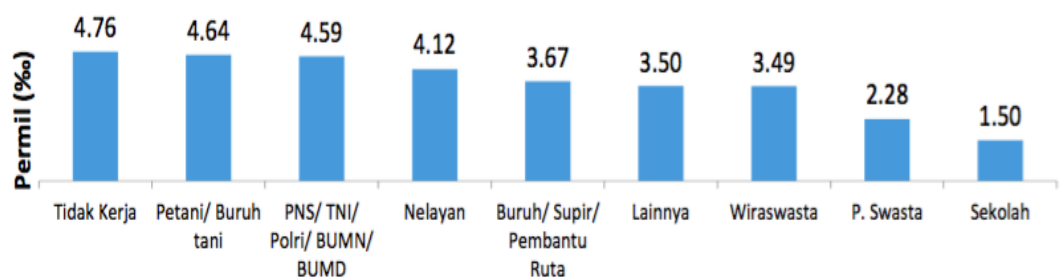
Penyakit Ginjal Kronik merupakan masalah kesehatan global yang mempengaruhi 5-10% populasi di dunia, dengan insidens yang semakin meningkat.^{4,7} Data yang diperoleh dari *Indonesian Renal Registry* (IRR) tahun 2018 menunjukkan jumlah pasien penderita PGK stadium 5 berdasarkan diagnosa etiologi di Indonesia sebesar 53.940 orang. Data ini menunjukkan peningkatan signifikan dibandingkan data tahun 2017 yaitu sebesar 23.849 orang.¹⁷ Data dari Riskesdas 2018 menunjukkan prevalensi PGK pada usia ≥ 15 tahun terbanyak pada kelompok umur 65-74 tahun yaitu 8,23 per 1000 penduduk, pada jenis kelamin laki-laki yaitu 4,17 per 1000 penduduk, dan memiliki proporsi yang sama antara penduduk perkotaan dan pedesaan yaitu 3,84 : 3,85 per 1000 penduduk. Prevalensi karakteristik pasien PGK berdasarkan usia tampak pada gambar 1, berdasarkan pendidikan pada gambar 2 dan berdasarkan pekerjaan pada gambar 3.¹⁸



Gambar 1. Karakteristik Pasien PGK berdasarkan Usia.¹⁸



Gambar 2. Karakteristik Pasien PGK berdasarkan Pendidikan.¹⁸



Gambar 3. Karakteristik Pasien PGK berdasarkan Pekerjaan.¹⁸

Data dari IRR tahun 2018 menunjukkan bahwa terdapat 66.433 pasien baru yang menjalani HD dan terdapat 132.142 pasien aktif yaitu pasien baru yang menjalani HD dan pasien lama yang masih menjalani HD rutin dan masih hidup hingga per 31 Desember 2018. Data ini menunjukkan peningkatan signifikan yaitu meningkat dua kali lipat bila dibandingkan data tahun 2017 yaitu 30.831 pasien baru dan 77.892 pasien aktif. Data ini adalah data pasien yang dilaporkan dari 797 unit HD di seluruh Indonesia. Pasien baru yang menjalani HD hingga tahun 2018 terdiri dari 43% pasien perempuan dan 57% pasien laki-laki.^{17,19} Distribusi usia pasien PGK yang menjalani HD terbanyak pada kategori 45-54 tahun yaitu sebanyak 30,82% dari jumlah pasien baru dan 30,31% dari jumlah pasien yang aktif menjalani HD hingga Desember 2018.¹⁷

II.1.2 Pendekatan Diagnosis Penyakit Ginjal Kronik

Pendekatan diagnostik untuk menegakkan PGK ialah dengan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang. Kriteria PGK yaitu¹:

1. Kerusakan ginjal yang terjadi lebih dari 3 bulan, berupa kelainan struktural atau fungsional, dengan atau tanpa penurunan LFG dengan manifestasi:
 - Kelainan patologis
 - Terdapat tanda kelainan ginjal, termasuk kelainan dalam komposisi darah atau urin, atau kelainan dalam tes pencitraan (imaging tests)
2. Laju filtrasi glomerulus kurang dari 60 ml/menit/1,73m² selama 3 bulan, dengan atau tanpa kerusakan ginjal.

Klasifikasi PGK didasarkan atas dua hal yaitu atas dasar derajat penyakit dan atas dasar diagnosis etiologi. Hal ini tampak pada tabel 1 dan tabel 2.

Tabel 1. Klasifikasi PGK atas Dasar Derajat Penyakit.¹

Derajat	Penjelasan	LFG (ml/menit/1,73m ²)
1	Kerusakan ginjal dengan LFG normal atau meningkat	≥90
2	Kerusakan ginjal dengan LFG meningkat ringan	60-89
3	Kerusakan ginjal dengan LFG meningkat sedang	30-59
4	Kerusakan ginjal dengan LFG meningkat berat	15-29
5	Gagal ginjal	<15 atau dialisis

Tabel 2. Klasifikasi PGK atas Dasar Diagnosis Etiologi.¹

Penyakit	Tipe mayor (contoh)
Penyakit ginjal diabetes	Diabetes tipe 1 dan 2
Penyakit ginjal non diabetes	Penyakit glomerular (penyakit autoimun, infeksi sistemik, obat, neoplasia), penyakit vaskular (penyakit pembuluh darah besar, hipertensi, mikroangiopati), penyakit tubulointerstisial (pielonefritis kronik, batu, obstruksi, keracunan obat), penyakit kistik (ginjal polikistik)
Penyakit pada transplantasi	Rejeksi kronik, keracunan obat (siklosporin, takrolimus), penyakit <i>recurrent</i> (glomerular), <i>transplant glomerulopathy</i>

II.1.3 Penatalaksanaan Penyakit Ginjal Kronik

Penatalaksanaan PGK meliputi¹:

1. Terapi spesifik terhadap penyakit dasarnya
2. Pencegahan dan terapi terhadap kondisi komorbid
3. Memperlambat perburukan fungsi ginjal
4. Pencegahan dan terapi terhadap penyakit kardiovaskular
5. Pencegahan dan terapi terhadap komplikasi
6. Terapi pengganti ginjal berupa dialisis atau transplantasi ginjal

Pemilihan modalitas pengganti ginjal tergantung pada karakteristik fisik dan sosiodemografik pasien. Transplantasi ginjal adalah modalitas terapi pengganti ginjal yang terbaik karena memberikan kualitas hidup yang lebih baik dan *survival* yang lebih panjang. Keterbatasan untuk mendapatkan transplantasi ginjal dari berbagai hal (biaya, donor, dan lain-lain) menyebabkan

HD dan peritoneal dialisis masih menjadi terapi pengganti ginjal yang lebih banyak dilakukan.²⁰

Hemodialisis dapat didefinisikan sebagai suatu proses perubahan komposisi solut darah oleh larutan lain (cairan dialisat) melalui membran semipermeabel (membran dialisis). Hemodialisis merupakan gabungan dari proses difusi dan ultrafiltrasi. Proses difusi dan filtrasi pada HD berjalan secara bersamaan serta dapat diprogram sesuai dengan keadaan klinis pasien. Pada prinsipnya HD adalah suatu proses pemisahan atau penyaringan atau pembersihan darah melalui suatu membran yang semipermeabel yang dilakukan pada pasien dengan gangguan fungsi ginjal.²¹

II.2 Kualitas Hidup yang Berkaitan dengan Kesehatan

Ide mengenai *HRQOL* bukanlah hal baru. Pada tahun 1946, WHO mendefinisikan sehat sebagai keadaan sejahtera, sempurna dari fisik, mental dan sosial yang tidak terbatas hanya pada bebas dari penyakit dan kelemahan saja. Penilaian *HRQOL* bertujuan untuk menilai efek dari suatu penyakit dan tatalaksana penyakit tersebut.⁵

The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) Group mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi individual mengenai posisi subjek dalam kehidupan dalam konteks kultur dan nilai hidup dalam hubungannya dengan tujuan, ekspektasi, standar dan perhatian subjek tersebut.⁶ Kualitas hidup yang berkaitan dengan kesehatan merepresentasikan dampak dari suatu penyakit atau tatalaksananya terhadap perasaan subjektif pasien tentang fisik, mental, spiritual,

emosional, sosial dan fungsionalnya.⁷

II.3 Kualitas Hidup pada Pasien Penyakit Ginjal Kronik

Penyakit Ginjal Kronik membawa efek serius terhadap kualitas hidup pasien, secara negatif mempengaruhi kesejahteraan sosial, finansial dan psikologikal pasien. Penyakit Ginjal Kronik mempengaruhi kualitas hidup secara lebih intensif dibandingkan pada gagal jantung, diabetes mellitus dan penyakit paru kronik.⁸ Kualitas hidup adalah salah satu aspek penanganan pasien PGK yang sering terlupakan, padahal penilaian kualitas hidup akan membantu tenaga medis untuk memiliki pemahaman yang lebih baik dan membantu dalam memberikan terapi yang lebih optimal.¹³

Penelitian oleh Thenmozi²² menunjukkan bahwa 92% pasien yang menjalani HD akan mengalami beban yang tinggi dari gejala PGK mencakup rasa lelah, penurunan nafsu makan, gangguan konsentrasi, pembengkakan tangan dan kaki dan kram otot dimana semua hal tersebut secara negatif mempengaruhi kualitas hidupnya. Penelitian oleh Tannor et al⁷ menunjukkan bahwa kualitas hidup pasien PGK semakin menurun seiring menurunnya fungsi ginjal, dimana kualitas hidup merupakan faktor independen untuk mortalitas pada pasien dialisis. Tannor et al⁷ juga mendapatkan bahwa kualitas hidup pasien yang menjalani dialisis lebih rendah dibandingkan pasien pre-dialisis. Nilai kualitas hidup pasien yang lebih baik ditemukan berkaitan dengan kepatuhan yang lebih baik dan penurunan angka morbiditas dan mortalitas yang signifikan.⁶

Literatur mengenai kualitas hidup pada pasien PGK di negara dengan penghasilan rendah hingga sedang sangat terbatas. Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi HRQOL adalah usia, jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan. Faktor sosial-ekonomi dan kultural, selain faktor medis, sangat mempengaruhi HRQOL pasien. Pasien PGK dengan nilai HRQOL yang rendah ternyata lebih rentan untuk berhenti dari terapi HD, sehingga penilaian HRQOL sangat mempengaruhi morbiditas dan mortalitas pasien.¹³

Penelitian mengenai kualitas hidup pasien PGK yang menjalani HD di Indonesia masih terbatas. Penelitian oleh Senduk et al¹⁴ tahun 2016 di Manado mendapatkan nilai kualitas hidup pasien PGK yang menjalani HD rata-rata 61,99 dengan rata-rata nilai di bawah normal pada domain fungsi fisik, keterbatasan peran akibat masalah fisik, persepsi kesehatan secara umum dan energi/vitalitas, sedangkan skala nyeri, fungsi sosial, keterbatasan peran akibat masalah emosional dan kesejahteraan emosional memiliki nilai di atas rata-rata nilai normal.

Penelitian oleh Winata et al¹⁵ tahun 2017 di Surakarta mendapatkan hubungan yang signifikan antara adekuasi HD dan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien HD. Subjek dengan adekuasi HD yang baik memiliki kesempatan 5,34 kali untuk memiliki kualitas hidup yang baik dibandingkan subjek yang tidak mencapai adekuasi HD. Subjek dengan dukungan keluarga yang baik memiliki kesempatan 7,74 kali untuk memiliki kualitas hidup yang baik dibandingkan subjek yang tidak mendapatkan dukungan keluarga.¹⁵ Penelitian oleh Pratiwi et al¹⁶ tahun 2019 di Surakarta mendapatkan bahwa usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, jumlah penghasilan keluarga, stres, frekuensi HD,

tingkat ketergantungan, komorbid dan dukungan kelompok mempengaruhi kualitas hidup pasien PGK yang menjalani HD.¹⁶

Penelitian oleh Bayoumi et al²³ menunjukkan bahwa pasien laki-laki memiliki kualitas hidup yg lebih rendah dibandingkan pasien wanita, dan pasien dengan usia muda memiliki kualitas hidup yang lebih baik. Tren kualitas hidup menunjukkan pola penurunan seiring rendahnya tingkat pendidikan pasien.²³ Bayoumi et al²³ juga mendapatkan bahwa kualitas hidup semakin meningkat pada pasien yang bekerja dibandingkan yang tidak bekerja.²³ Penelitian oleh Lemos et al²⁴ mendapatkan bahwa pasien PGK dengan penghasilan keluarga lebih besar dari 5,1 kali upah minimum memiliki kualitas hidup yang lebih baik bila dibandingkan pasien dengan penghasilan keluarga kurang dari 5,1 kali upah minimum. Pengangguran dan penghasilan yang rendah secara signifikan berhubungan dengan depresi, yang menyebabkan skor kualitas hidup yang rendah.²⁴ Durasi HD merupakan faktor prediktor negatif kualitas hidup pasien PGK yang menjalani HD.²³ Anees et al⁸ menemukan bahwa durasi HD memiliki korelasi negatif dengan HRQOL. Semakin tinggi durasi HD, kualitas hidup pasien semakin rendah.⁸

Dukungan keluarga memiliki efek yang penting pada tatalaksana berbagai penyakit kronik termasuk pada pasien PGK yang menjalani HD, dimana dukungan keluarga dapat membantu memperbaiki kesehatan pasien PGK yang menjalani HD dan berhubungan dengan rendahnya depresi dan perbaikan angka kepuasan hidup. Penelitian oleh Saputri et al²⁵ mendapatkan bahwa dukungan keluarga merupakan variabel yang memiliki dampak paling besar pada kualitas hidup pasien PGK. Pasien PGK yang mendapat dukungan keluarga yang rendah memiliki kualitas

hidup yang lebih rendah 4,6 kali dibandingkan yang mendapatkan dukungan keluarga yang baik.²⁵ Pendekatan terhadap faktor-faktor tersebut dapat mempengaruhi luaran pasien karena penurunan kualitas hidup pasien yang menjalani HD sangat berkaitan dengan peningkatan morbiditas dan mortalitas pasien.²³

II.4 Instrumen Penilaian Kualitas Hidup Pasien Penyakit Ginjal Kronik

Terdapat berbagai instrumen untuk menilai kualitas hidup pasien, beberapa instrumen ini spesifik untuk penyakit tertentu. Kuesioner SF-36 adalah instrumen umum yang paling sering digunakan pada pasien PGK stadium akhir dan menjadi komponen inti untuk kuesioner yang spesifik untuk penyakit ginjal, yaitu *KDQOL* dan *Choice Health Experience Questionnaire (CHEQ)*.²⁶ Kuesioner SF-36 adalah kuesioner generik yang telah melewati beberapa kali revisi dan telah menjadi instrumen yang paling sering digunakan dalam menilai *HRQOL* dengan lebih dari 4000 publikasi yang merujuk kepadanya.¹² Studi terbesar mengenai *HRQOL* pada pasien dengan PGK stadium lanjut adalah *The Dialysis Outcomes and Practice Pattern Study (DOPPS)*. DOPPS adalah studi multi-nasional, prospektif, observasional pada pasien yang menjalani HD yang berfokus pada praktik dan luaran. Penelitian ini menggunakan SF-36 dan KDQOL-SF.¹²

Penelitian psikometrik pada populasi pasien PGK telah menunjukkan reliabilitas dan validitas dari Kuesioner SF-36. Penelitian juga menunjukkan sensitifitas kuesioner SF-36 pada karakteristik pasien yang menjalani HD seperti usia serta indikator kesehatan fisik dan mental.²⁷ Kualitas hidup pada penelitian ini dinilai dengan kuesioner SF-36 dari perusahaan RAND. Kuesioner ini merupakan

kuesioner yang telah divalidasi di berbagai negara dan diterjemahkan ke dalam berbagai bahasa. Penilaian pada kuesioner ini berdasarkan pelaporan oleh pasien sendiri dan saat ini telah digunakan secara luas.²⁸

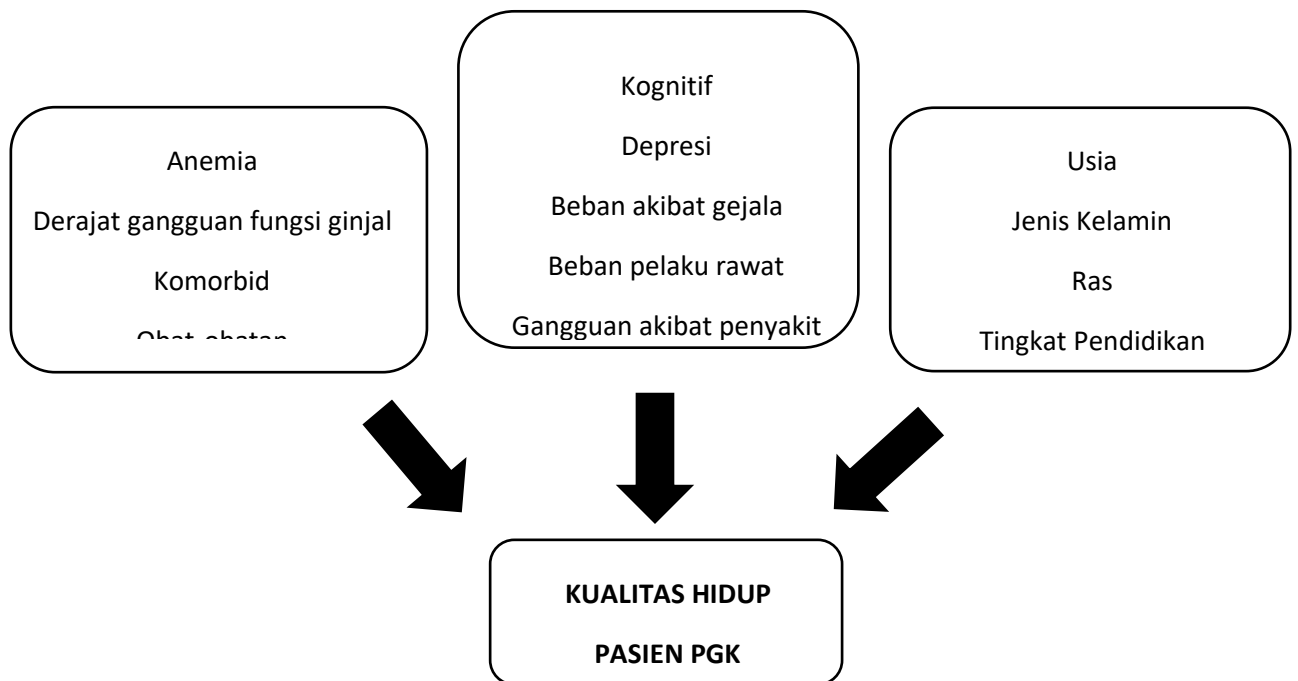
Kuesioner SF-36 terdiri dari 36 pertanyaan yang mencakup delapan domain yaitu: fungsi fisik, keterbatasan peran akibat masalah fisik, keterbatasan peran akibat masalah emosional, energi/vitalitas, kesejahteraan emosional, fungsi sosial, nyeri dan persepsi kesehatan secara umum.²⁸ Domain fungsi fisik, keterbatasan peran akibat masalah fisik, nyeri dan persepsi kesehatan secara umum dikelompokkan ke dalam komponen fisik; domain energi/vitalitas, fungsi sosial, kesejahteraan emosional dan keterbatasan peran akibat masalah emosional dikelompokkan ke dalam komponen mental.²⁶

Jumaih et al²⁹ yang meneliti kualitas hidup pasien PGK yang menjalani HD dengan menggunakan SF-36, menemukan bahwa skor 5 poin lebih tinggi berkaitan dengan 4-8% penurunan resiko rawat inap dan 9-23% penurunan resiko mortalitas. Hal ini semakin menunjukkan pentingnya menilai kualitas hidup pasien untuk tatalaksana holistik.

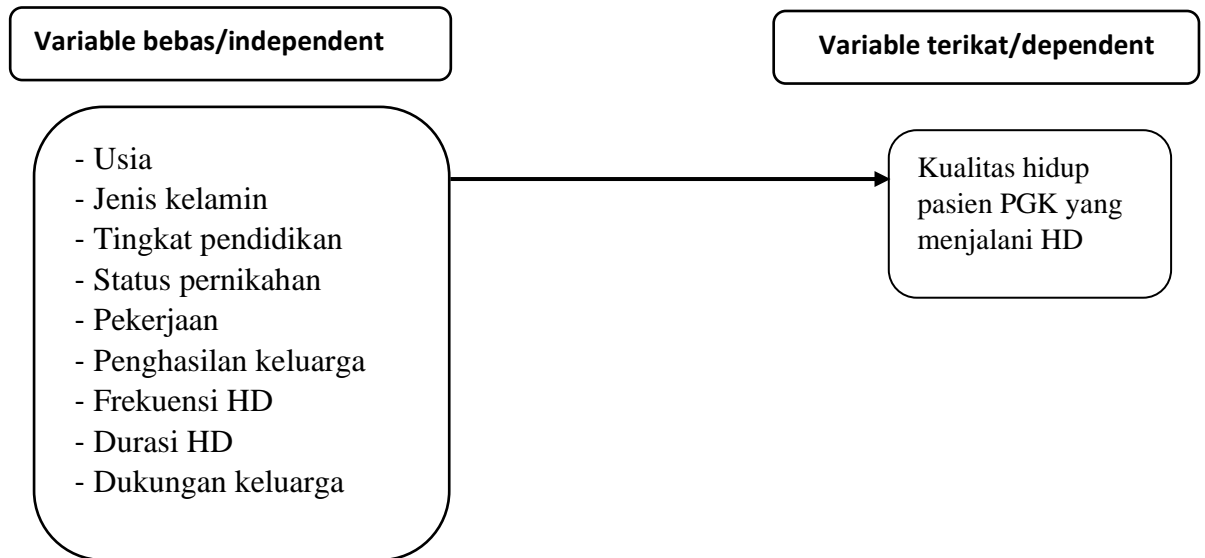
BAB III

KERANGKA TEORI PENELITIAN

III.1 Kerangka Teori



III.2 Kerangka Konsep



III.3 Hipotesis Penelitian

Hipotesis yang diajukan dalam penelitian ini adalah:

Terdapat hubungan antara usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pernikahan, pekerjaan, penghasilan keluarga, frekuensi HD, durasi HD dan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien PGK yang menjalani HD.