

**PERBANDINGAN KUALITAS HIDUP PASIEN
HEMODIALISIS DENGAN PASIEN *CONTINUOUS
AMBULATORY PERITONEAL DIALYSIS* DI RSUD
Dr.PIRNGADI KOTA MEDAN**

SKRIPSI



Oleh :

TRIA TIURMA LESTARI SIAHAAN

1908260074

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SUMATERA UTARA
MEDAN
2023**

**PERBANDINGAN KUALITAS HIDUP PASIEN
HEMODIALISIS DENGAN PASIEN *CONTINUOUS
AMBULATORY PERITONEAL DIALYSIS* DI RSUD
Dr.PIRNGADI KOTA MEDAN**

Skripsi ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh
Gelara Sarjana Kedokteran



Oleh :

**TRIA TIURMA LESTARI SIAHAAN
1908260074**

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SUMATERA UTARA
MEDAN
2023**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar

Nama : Tria Tiurma Lestari Siahaan
NPM : 1908260074
Judul skripsi : Perbandingan Kualitas Hidup Pasien Hemodialisis
Dengan Pasien *Continous Ambulatory
Peritoneal Dialysis* Di RSUD Dr.
Pirngadi Kota Medan

Demikianlah pernyataan ini saya perbuat, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Medan, 11 April 2023



(Tria Tiurma Lestari S)



MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI, PENELITIAN & PENGEMBANGAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SUMATERA UTARA

FAKULTAS KEDOKTERAN

Jalan Gedung Arca No. 53 Medan 20217 Telp. (061) 7350163 – 7333162 Ext. 20 Fax. (061)
7363488 Website : www.umsu.ac.id E-mail : rektor@umsu.ac.id

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh:

Nama : Tria Tiurma Lestari Siahaan
NPM : 1908260074
Judul skripsi : Perbandingan Kualitas Hidup Pasien Hemodialisis Dengan
Pasien *Continous Ambulatory Peritoneal Dialysis* Di RSUD
Dr. Pirngadi Kota Medan

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara

DEWAN PENGUJI

Pembimbing

(dr. Hasroni Faturrahman, Sp. U)

Penguji 1

(dr. Rahmawati, M.Ked(PD), Sp. PD)

Penguji 2

(Dr. Emni Purwoningsih, S.Pd, M.Kes)

Mengetahui,

Dekan FK UMSU

(dr. Siti Maslana Siregar, Sp. THT-KL(K))
NIDN : 0106098201

Ketua Program Studi

(dr. Desi Isnayanti, M.Pd.Ked)
NIDN 0112098605

Ditetapkan di : Medan
Tanggal : 11 April 2023

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya ucapkan kepada Allah *Subhanahu Wata'ala* karena berkat rahmatNya, saya dapat menyelesaikan skripsi ini dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Kedokteran pada Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara. Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan skripsi ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada:

1. dr. Siti Masliana Siregar., Sp.THT-KL(K) selaku Dekan Fakultas Kedokteran.
2. dr. Desi Isnayanti, M.Pd.Ked selaku Ketua Program Studi Pendidikan Dokter.
3. dr.Hasroni Faturrahman, Sp. U selaku Dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan dan membimbing
4. dr. Rahmawati, M.Ked(PD), Sp. PD selaku Penguji 1.
5. Dr. Emni Purwoningsih, S.Pd, M.Kes selaku Penguji 2.
6. Terutama dan teristimewa kepada kedua orang tua saya, surga saya dan pengabdian kepada Ayahanda Halomoan Siahaan S.T dan Ibunda Selfina Sirait A.A yang telah membesarkan, mendidik, membimbing dengan penuh kasih sayang dan cinta tak henti-hentinya mendo'akan penulis sehingga skripsi ini dapat terselesaikan dengan lancar dan tepat waktu.
7. Abang tersayang Rizky Ramadhan Syahputra Siahaan S.H, Dwiky Indra Gunawan Siahaan S.Tp, dan adik Ahmad Albukhori Siahaan yang menjadi penyemangat serta motivasi bagi penulis.
8. Sahabat tersayang saya, Rafika Baradarkhasan Zega, Ritani Rizky Pasaribu, Sri Munawaroh, Helvi Ramadhani, Rizka Amelia, Cindi Puspita Sari, dan teman satu bimbingan Jihan Maghfira yang telah memberikan banyak dukungan, semangat, dan motivasi kepada peneliti.
9. Kepada seluruh pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu yang telah berjasa dalam hidup saya, saya mengucapkan banyak terima kasih.

Saya menyadari bahwa penulisan skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu kritik dan saran demi kesempurnaan tulisan ini sangat saya harapkan. Akhir kata, saya berharap Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga skripsi ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Medan, 11 April 2023

Yang menyatakan

(Tria Tiurma Lestari S)

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI SKRIPSI UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademika Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara, saya yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama : Tria Tiurma Lestari Siahaan
NPM : 1908260074
Fakultas : Kedokteran

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara Hak Bebas Royalti Non Eksklusif atas skripsi saya yang berjudul Perbandingan Kualitas Hidup Pasien Hemodialisis Dengan Pasien *Continous Ambulatory Peritoneal Dialysis* Di RSUD Dr.Pirngadi Kota Medan.

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non Eksklusif ini Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan mempublikasikan 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 : Medan
Pada tanggal : 11 April 2023

Yang menyatakan,

(Tria Tiurma Lestari Siahaan)

Abstrak

Pendahuluan : Gagal Ginjal Kronik adalah suatu keadaan dimana ginjal mengalami kerusakan sehingga kehilangan fungsi yang progresif dan *irreversible*. Berdasarkan *Global Burden Of Disease* (GBD) tahun 2010, di tahun 1995 penyakit gagal ginjal kronik merupakan penyebab kematian urutan ke 27 dan meningkat menjadi urutan ke 18 di tahun 2010. Tersedia tiga modalitas yang dapat dipilih untuk terapi pasien penyakit ginjal, yakni hemodialisis, *peritoneal dialysis* dan transplantasi ginjal. Kualitas hidup menjadi pertimbangan untuk mengevaluasi hasil akhir efektivitas dari pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga medis.

Tujuan : Untuk mengetahui perbandingan kualitas hidup pasien hemodialisis dengan pasien CAPD di RSUD Dr.Pirngadi Kota Medan. **Metode :** Jenis penelitian ini adalah analitik observasional dengan pendekatan cross sectional dengan responden yang memenuhi kriteria inklusi. Populasi pada penelitian ini adalah pasien hemodialisis dan CAPD sebanyak 96 sampel yang diberikan kuisioner SF 36. **Hasil :** Didapatkan hasil rata rata nilai hemodialisis 8.728 dan nilai rata rata pasien CAPD 79.062. **Kesimpulan :** Berdasarkan hasil penelitian ini menunjukkan nilai Sig. sebesar $0.000 < 0.05$ yang artinya H_0 ditolak dan H_1 diterima. Maka terdapat perbandingan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis dengan pasien *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis* .

Kata Kunci: Gagal ginjal kronik, Hemodialisis, CAPD, kualitas hidup, SF 36

Abstract

Introduction: *Chronic Kidney Failure is a condition in which the kidneys are damaged resulting in a progressive and irreversible loss of function. Based on the 2010 Global Burden Of Disease (GBD), in 1995 chronic kidney disease was the 27th leading cause of death and increased to 18th in 2010. There are three modalities to choose from for the treatment of patients with kidney disease, namely hemodialysis, peritoneal dialysis and kidney transplant. Quality of life is a consideration for evaluating the final outcome of the effectiveness of health services provided by medical personnel.* **Objective:** *To determine the comparison of the quality of life of hemodialysis patients with CAPD patients at Dr.Pirngadi Hospital, Medan City.* **Methods:** *This type of research is observational analytic with a cross-sectional approach with respondents who meet the inclusion criteria. The population in this study were hemodialysis and CAPD patients as many as 96 samples who were given the SF 36 questionnaire.* **Results:** *Obtained an average hemodialysis value of 8,728 and an average value of CAPD patients 79,062.* **Conclusion:** *Based on the results of this study, the value of Sig. of $0.000 < 0.05$ which means H_0 is rejected and H_1 is accepted. So there is a comparison of the quality of life of patients with chronic kidney failure undergoing hemodialysis therapy with patients with Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis.*

Keywords: *Chronic kidney failure, Hemodialysis, CAPD, Quality of Life, SF 36*

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR.....	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	vii
ABSTRAK	viii
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	2
1.3 Tujuan	2
1.3.1 Tujuan Umum	2
1.3.2 Tujuan Khusus.....	2
1.4 Manfaat Penelitian	3
1.4.1 Manfaat Teoritis	3
1.4.2 Manfaat Praktis	3
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	4
2.1 Gagal Ginjal Kronik	4
2.1.1 Definisi	4
2.1.2 Etiologi	4
2.1.3 Manifestasi Klinis.....	5
2.1.4 Klasifikasi stadium	6
2.1.5 Tatalaksana	6
2.2 Hemodialisis.....	7
2.2.1 Definisi	7
2.2.2 Tujuan Hemodialisa	7
2.2.3 Indikasi dan Kontraindikasi Hemodialisis	8
2.2.4 Jenis Hemodialisis.....	9
2.2.5 Prinsip Hemodialisa	9

2.2.6	Komplikasi Hemodialisi.....	10
2.3	CAPD	10
2.3.1	Definisi	10
2.3.2	Pemilihan pasien CAPD	11
2.3.3	Keunggulan dan Kelemahan CAPD.....	12
2.3.4	Komponen Peritoneal Dialisis	12
2.3.5	Komplikasi	13
2.4	Kualitas Hidup.....	14
2.4.1	Definisi	14
2.4.2	Faktor Kualitas Hidup	14
2.4.3	Metode Mengukur Kualitas Hidup	15
2.5	Kerangka Teori	17
2.6	Kerangka Konsep	17
2.7	Hipotesis.	18
BAB III	METODE PENELITIAN	19
3.1	Definisi Operasional	19
3.2	Desain penelitian	20
3.3	Lokasi dan waktu penelitian	20
3.3.1	Lokasi Penelitian	20
3.3.2	Waktu penelitian	20
3.4	Populasi dan Sampel Penelitian.....	20
3.4.1	Populasi Penelitian	20
3.4.2	Sampel Penelitian	21
3.4.3	Cara pengambilan sampel.....	21
3.4.4	Besar sampel.....	21
3.5	Kriteria inklusi dan ekslusi	22
3.5.1	Kriteria inklusi	22
3.5.2	Kriteria ekslusi	22
3.6	Teknik pengolahan data	22
3.6.1	Informed consent	22
3.6.2	Aspek pengukuran	22
3.7	Pengolahan dan analisis data	23
3.7.1	Pengolahan data	23
3.7.2	Analisis data	24
3.8	Alur penelitian.....	25

BAB IV PEMBAHASAN	26
4.1 Hasil Penelitian	26
4.1.1 Distribusi Data Berdasarkan Rata-Rata Jenis Kelamin Pasien Kelompok Terapi Hemodialisis Dan Terapi CAPD.	26
4.1.2 Distribusi Data Berdasarkan Rata-Rata Usia Pasien Pada Kelompok Terapi Hemodialisis Dan Terapi CAPD	27
4.1.3 Distribusi Data Berdasarkan Rata-Rata Lama Terapi Pada Kelompok Terapi Hemodialisis Dan Terapi CAPD	28
4.1.4 Distribusi Frekuensi Kualitas Hidup.....	28
4.1.5 Hasil Uji Hipotesis Perbandingan Kualitas Hidup Pasien HD Dan CAPD Berdasarkan SF-36	29
4.1.6 Hasil Uji Hipotesis Perbandingan Kualitas Hidup Antara Pasien Hemodialisis Dengan Pasien CAPD Di RSUD Dr. Pirngadi Kota Medan	30
4.2 Pembahasan.....	31
 BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	 35
5.1 Kesimpulan.....	35
5.2 Saran.....	35
 DAFTAR PUSTAKA	 37

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Keunggulan dan kelemahan CAP	12
Tabel 3.1 Definisi operasional	19
Tabel 3.2 Waktu Penelitian	20
Tabel 3.3 Kriteria dan distribusi pertanyaan kuesioner SF-36.....	23
Tabel 4.1 Distribusi data berdasarkan rata-rata jenis kelamin pasien	26
Tabel 4.2 Distribusi data berdasarkan rata-rata usia	27
Tabel 4.3 Distribusi data berdasarkan rata-rata lama terapi.....	28
Tabel 4.4 Distribusi frekuensi kualitas hidup pasien terapi hemodialisis dengan terapi CAPD	28
Tabel 4.5 Perbandingan dimensi kualitas hidup antara pasien HD dan CAPD berdasarkan SF-36	29
Tabel 4.6 Perbandingan kualitas hidup hemodialisis dengan CAPD.....	30

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori.....	17
Gambar 2.2 Kerangka Konsep	17
Gambar 3.1 Alur Penelitian.....	25

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Penjelasan.....	40
Lampiran 2 Kuesioner Penelitian.....	41
Lampiran 3 Skor Kuesioner SF-36	45
Lampiran 4 <i>Ethical Clearance</i>	47
Lampiran 5 Surat Izin Selesai Penelitian	48
Lampiran 6 Data Responden.....	49
Lampiran 7 Data Statistik.....	52
Lampiran 8 Kegiatan Penelitian.....	54
Lampiran 9 Daftar Riwayat Hidup.....	55
Lampiran 10 Artikel Publikasi	56
Lampiran 10 Artikel Publikasi	56

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Berdasarkan *Global Burden of Disease* (GBD) tahun 2010, penyakit gagal ginjal kronik merupakan penyebab kematian urutan ke - 27 di dunia pada tahun 1995 dan menjadi urutan ke - 18 pada tahun 2010 dengan sekitar 2,3-7,1 juta orang yang mengalami penyakit ginjal stadium akhir meninggal tanpa mendapatkan akses perawatan.¹ Menurut data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) di tahun 2018, Indonesia mengalami peningkatan sebanyak 1,8% penderita Gagal Ginjal Kronik sejak 2013 dimana tercatat 2% yang mengalami Gagal Ginjal Kronik (GGK) sedangkan ditahun 2018 sebanyak 3,8% tercatat yang mengalami Gagal Ginjal Kronik (GGK).² Prevalensi penderita gagal ginjal kronik stadium V menurut Perkumpulan Nefrologi Indonesia (PERNEFRI) di tahun 2016 yakni sebanyak 16.587 penderita dengan etiologi terbanyak disebabkan oleh nefropati diabetik dengan prevalensi sebanyak 8.573 (52%) penderita, dan kedua disebabkan oleh hipertensi dengan prevalensi 3.994 (24%) penderita.³

Saat ini tersedia tiga modalitas yang dapat dipilih untuk terapi pasien penyakit ginjal, yakni hemodialisis (HD), *peritoneal dialysis* (PD) dan transplantasi ginjal.⁴ Hemodialisis adalah modalitas yang paling umum di gunakan saat ini.⁵ Hemodialisis dikenal oleh masyarakat yaitu cuci darah dengan sistem kerja yaitu pembersihan dari limbah atau zat hasil metabolisme dari tubuh, melalui proses penyaringan dengan membran semipermeable diluar tubuh dan beredar dalam sebuah mesin yang disebut dialiser.⁶ Pada hemodialisis, terapi membutuhkan biaya besar, waktu yang lebih lama, serta pembatasan cairan.⁷

Sedangkan dari dua jenis *Peritoneal Dialysis* yang ada yakni *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis* (CAPD) dan *Automatic Peritoneal Dialysis*, hanya terapi CAPD yang tersedia di Indonesia saat ini dimana dialisis dari CAPD adalah dengan menggunakan membran peritoneum bersifat *semipermeable* sebagai membran dialisis, dimana prinsip dasar CAPD yakni proses ultrafiltrasi antara cairan dialisis yang masuk kedalam rongga peritoneum dengan plasma didalam

darah.⁵ Pada CAPD memiliki beberapa keunggulan yaitu, tekniknya lebih sederhana, pasien banyak merasa lebih nyaman karena tanpa mesin, biaya relatif lebih murah.⁸ Dengan demikian masyarakat Indonesia masih memilih hemodialisis dan CAPD sebagai prioritas.⁷

Tenaga medis memberikan pelayanan kesehatan berdasarkan efektivitas layanan. Hasil akhir efektivitas dari pelayanan kesehatan dievaluasi melalui kualitas hidup pasien.⁹ Ada beberapa yang mempengaruhi kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik dalam memilih modalitas hemodialisis dan CAPD yaitu psikologis, fisik, gaya hidup dan perubahan sosial yang berdampak pada kualitas hidup.⁸

Kualitas hidup dapat dinilai dengan beberapa instrument, yaitu MLHFG, SF-36, EQ-5D, WHOQoL-BREF, WHO, CASP-19, WEMWBS dan PedsQL.¹⁰ Namun dari hasil penelitian Restu Qadrianti (2018) yang berjudul "*Penilaian Properti Psikometrik Instrumen Kualitas Hidup (HRQoL) pada Populasi Umum : Tinjauan Sistemik*" bawah SF-36 memiliki kredibilitas penilaian instrumen yang paling baik (*established*).¹¹ Oleh karena itu, pada penelitian ini penilaian kualitas hidup menggunakan kuesioner SF-36. Penelitian ini dilakukan di RSUD Dr. Pringadi Kota Medan, diharapkan mendapat hasil yang dapat dijadikan acuan dalam pemilihan modalitas terapi yang tepat dan optimal.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah perbandingan kualitas hidup pasien hemodialisis dengan pasien CAPD di RSUD Dr.Pirngadi Kota Medan ?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui perbandingan kualitas hidup pasien hemodialisis dengan pasien CAPD di RSUD Dr.Pirngadi Kota Medan.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Gambaran profil pasien hemodialisis dan CAPD
2. Gambaran kualitas hidup pasien dengan hemodialisis
3. Gambaran kualitas hidup pasien dengan CAPD

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Penelitian ini dapat digunakan sebagai pembelajaran serta sumber referensi tentang perbandingan kualitas hidup pasien hemodialisis dengan pasien CAPD di RSUD Dr.Pirngadi Kota Medan. Serta dapat juga digunakan sebagai referensi untuk penelitian selanjutnya.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran mengenai kualitas hidup pasien terapi hemodialisis dan CAPD sebagai tambahan referensi dalam proses belajar mengajar, khususnya mengenai pemberian asuhan keperawatan bagi pasien ginjal yang menjalani dialisis dengan hemodialisis dan CAPD dalam kualitas hidupnya.

2. Institusi Rumah Sakit

Hasil penelitian diharapkan dapat dijadikan dasar pertimbangan bagi pihak rumah sakit khususnya tenaga medis dalam memberikan tatalaksana kepada pasien gagal ginjal.

3. Bagi Peneliti

Sebagai pengembangan ilmu pengetahuan dan pengalaman baru dalam melakukan penelitian serta dapat mengetahui kualitas hidup pasien menjalani hemodialisis dengan CAPD pasien gagal ginjal.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Gagal Ginjal Kronik

2.1.1 Definisi

Chronic Kidney Disease (CKD) atau sering disebut Gagal Ginjal Kronik (GGK) adalah suatu keadaan dimana ginjal mengalami kerusakan sehingga kehilangan fungsi yang progresif dan *irreversible*.¹² Menurut data hasil riset kesehatan dasar (Riskesdas) pada tahun 2018, Indonesia mengalami peningkatan sebanyak 1,8% penderita Gagal Ginjal Kronik sejak 2013 dengan sekitar tahun 2013 tercatat 2% yang mengalami Gagal Ginjal Kronik (GGK) sedangkan ditahun 2018 sebanyak 3,8% tercatat yang mengalami Gagal Ginjal Kronik (GGK).³ Penderita ginjal kronik stadium V ditetapkan sebagai *chronic kidney failure* (CKF) yang merupakan tahap terminal penyakit ginjal kronik yang ditandai dengan penurunan LFG kurang dari 15ml/menit/ 1,73 m² dan diperlukan terapi pengganti ginjal berupa hemodialisis, dialisis peritoneal, serta transplantasi ginjal.¹³

2.1.2 Etiologi

Secara etiologi urutan penyebab dari gagal ginjal yaitu oleh hipertensi (37%), diabetes melitus atau nefro diabetika (27%), kelainan bawaan atau glomerulopati primer (10%), gangguan penyumbatan saluran kemih atau nefropati obstruksi (7%), karena asam urat (1%), penyakit lupus (1%) dan penyebab lainnya (18%).¹⁴ Hipertensi dapat memperberat kerusakan ginjal dengan peningkatan intraglomerular yang menimbulkan gangguan struktural dan gangguan fungsional pada glomerulus dan kelompok dengan penyebab hipertensi yaitu usia 46-65 tahun.¹⁵ Hal ini disebabkan karena seiring meningkatnya usia maka arteri besar akan kehilangan kelenturan dan menjadi kaku sehingga darah pada denyut jantung dipaksa untuk melalui pembuluh darah yang sempit sehingga menyebabkan naiknya tekanan darah.¹³

Nefrotik diabetik merupakan penyebab terbanyak kedua setelah hipertensi pada pasien gagal ginjal kronik. Pada pasien gagal ginjal kronik yang disebabkan oleh nefrotik diabetik dipengaruhi oleh faktor yang dapat dimodifikasi

seperti obesitas, merokok, albuminuria dalam tubuh yang besar dan yang tidak dapat dimodifikasi seperti genetika, hiperfiltrasi glomerulus, jenis kelamin maupun usia.¹⁶ Pada diabetes terjadi peningkatan produk glikosilasi dengan proses non-enzimatik yang disebut AGEs, peningkatan reaksi jalur poliol, protein kinase C dan glukotoksisitas memberikan kontribusi pada terjadinya kerusakan ginjal, hal ini sering terjadi pada usia 46-65 tahun dimana seiring dengan bertambahnya usia maka tubuh mempunyai daya toleransi yang rendah terhadap glukosa.¹³ Apabila pasien nefrotik diabetik sudah mencapai tahap stadium akhir maka tatalaksana yang tepat dapat diberikan adalah dengan dialisis seumur hidup ataupun transplantasi ginjal, hal inilah yang dapat menurunkan kualitas hidup penderita dan biaya yang sangat besar.¹⁷

2.1.3 Manifestasi Klinis

Pada tahap awal *Chronic Kidney Disease* tidak menunjukkan tanda dan gejala, gejala bermanifestasi pada tahap 4 atau 5 dan terdeteksi dengan tes darah atau urin rutin. Adapun beberapa gejala dan tanda umum pada tahap *Chronic Kidney Disease* adalah mual muntah, mudah kelelahan dan kelemahan, kehilangan selera makan, oliguria, gangguan tidur, pembengkakan kaki dan pergelangan kaki, serta hipertensi yang sulit dikendalikan.¹⁸ Adapun dibagi berdasarkan stadium, pada pasien ginjal kronik stadium 1 hingga 2 gejala bersifat asimtomatik ataupun tidak mengeluhkan gejala meskipun terdapat penurunan LFG sehingga sulit untuk mendapatkan diagnosis berdasarkan klinis yang dikeluhkan seperti udem pada pasien sindroma nefrotik, pada pasien dengan stadium 3 hingga 4 menunjukkan kelainan klinis pada laboratorium disebabkan karena penyakit sudah mengganggu pada seluruh sistem organ pasien, dan pada stadium 5 akan muncul tanda akumulasi toksin seperti tanda sindrom uremia seperti letargi, mual, muntah, anoreksia, neuropati perifer, kelebihan volume cairan, uremik, dan perikarditis.¹⁹ Diagnosis penyakit ginjal dapat ditegakkan dengan dengan melihat beberapa gejala yaitu : 1). Penurunan GFR minimal 3-6 bulan, 2). Lebih dari 3 bulan mengalami azotemia, 3). Gejala uremia, 4). Adanya tanda *renal osteodystrophy*, 5). Pengecilan ginjal bilateral, 6). Terdapat *broad casts* pada sedimen urin.²⁰

2.1.4 Klasifikasi stadium

Kriteria penyakit ginjal kronik: 1) kerusakan ginjal (*renal damage*), dimana terjadi lebih dari 3 bulan berupa kelainan struktural maupun fungsional dengan atau tanpa adanya penurunan LFG yang bermanifestasi dengan adanya kelainan patologis serta terdapat kelainan pada ginjal, berupa komposisi darah, urin atau kelainan pada tes pencitraan. 2) LFG kurang dari 60 mL/menit/1,73² selama 3 bulan dengan atau tanpa kerusakan ginjal.²¹ Menurut *Chronic Kidney Disease Improving Global Outcomes* (KDIGO) 2012 mengklasifikasikan penyakit gagal ginjal stadium 1 adalah LFG ≥ 90 ml/min/1,73m², pada stadium 2 LFG 60-89 ml/min/1,73m², pada stadium 3 dibedakan menjadi 3a, dan 3b, dimana 3a adalah Ketika LFG 45-89 ml/min/1,73m², dan 3b LFG 30-44 ml/min/1,73m², sedangkan stadium 4 saat LFG 15-29 ml/min/1,73m², dan stadium 5 atau stadium akhir saat LFG kurang dari 15 ml/min/1,73m².²² Serta tingkat albuminuria termasuk rasio albumin-kreatinin (ACR) dibedakan menjadi tingkat A1 ketika ACR kurang dari 30 mg/gm (kurang dari 3,4 mg/mmol), tingkat A2 ketika ACR 30 hingga 299 mg/gm (3,4 hingga 34 mg/mmol), dan tingkat A3 ketika ACR lebih besar dari 300 mg/gm (lebih besar dari 34 mg/mmol).¹⁸

2.1.5 Tatalaksana

Tatalaksana umum yaitu menyesuaikan dosis obat untuk tingkat perkiraan laju filtrasi glomerulus (GFR), dan persiapan terapi penggantian ginjal dengan menempatkan fistula arteriovenosa atau cangkok, selain itu dilakukan penanganan untuk memperlambat perkembangan dari CKD seperti proteinuria, hipertensi, asidosis metabolic, serta hiperlipidemia harus segera ditangani. Hipertensi harus di kontrol pada pasien CKD dengan menempatkan tujuan tekanan darah, sama halnya dengan juga dengan proteinuria dimana pembatasan protein dapat memperlambat perkembangan CKD.¹⁸

Terapi pengganti ginjal merupakan modalitas dari tatalaksana yang dapat diberikan kepada pasien CKD yang mengalami penurunan fungsi ginjal, yang terdiri dari transplantasi ginjal, hemodialisis, dan peritoneal dialisis, sehingga tatalaksana harus segera diberikan sejak pasien sudah memasuki stadium empat karena sulit untuk meninjau progresifitas dari penurunan fungsi ginjal kedepannya.²³ Menurut pedoman *Kidney Disease Outcomes Quality Initiative*

(KDOQI) merekomendasikan bahwa pembuatan akses untuk dilakukannya hemodialisa dengan penurunan *estimated Glomerular filtration rate* (eGFR) yang cepat terjadi ketika eGFR antara 15 dan 20mL/menit/1,73 m². Dengan demikian maka terapi pilihan pengganti ginjal dapat dilakukan, agar penderita dapat bertahan hidup.²⁴ Adapun beberapa indikasi dari terapi pengganti ginjal yaitu, pericarditis atau pleuritis, ensefalopati atau neuropati uremik progresif dengan tanda seperti asterixis maupun kejang, dan adanya indikasi hipertensi yang responsive terhadap antihipertensi, serta gangguan metabolisme yang refrakter terhadap terapi medis seperti hiperkalemia, asidosis metabolik, hipokalsemia maupun hiperfosfatemia.¹⁸

2.2. Hemodialisis

2.2.1 Definisi

Hemodialisis adalah tindakan untuk menggantikan fungsi dari ginjal yang dilakukan secara rutin. Hemodialisis dilakukan untuk mengeluarkan sisa-sisa dari metabolisme tubuh atau racun tertentu dari dalam peredaran darah manusia, contohnya seperti kelebihan kreatinin, ureum, asam urat maupun zat-zat lain melalui membran semipermeable.²⁵ Hemodialisis adalah pengobatan (*replacement treatment*) pada pasien penderita gagal ginjal kronik stadium terminal, sehingga alat yang disebut dengan dialyzer (*artificial kidney*) akan berfungsi untuk menggantikan fungsi ginjal. Pada dialyzer akan terjadi proses pemindahan zat-zat terlarut didalam darah ke dalam cairan dialisa atau sebaliknya.² Frekuensi tindakan hemodialisis bervariasi, hal ini dilihat dari banyaknya fungsi ginjal yang tersisa, namun rata-rata penderita akan menjalani tiga kali dalam seminggu, dengan durasi pelaksanaan HD paling sedikit 3-4 jam setiap kali dilakukannya tindakan terapi.²

2.2.2 Tujuan Hemodialisis

Tujuan dari terapi hemodialisa yakni :

- a) Menggantikan fungsi ginjal dalam fungsi ekskresi, yakni mengeluarkan sisa-sisa metabolisme dari dalam tubuh, seperti kreatinin, ureum dan sisa-sisa metabolisme yang lain.
- b) Menggantikan fungsi ginjal dalam mengeluarkan cairan tubuh yang mana seharusnya cairan itu dikeluarkan sebagai urin saat ginjal sehat.

- c) Meningkatkan kualitas hidup pada pasien yang mengalami penurunan fungsi ginjal.
- d) Menggantikan fungsi ginjal sembari menunggu program pengobatan yang lainnya.²⁶

2.2.3 Indikasi dan Kontraindikasi Hemodialisis

1. Indikasi

- a. Pasien yang mengalami penurunan LFG yang diikuti dengan gejala uremik, asidosis dll
- b. BUN >100 mg/dl
- c. Kreatinin > 10 mg/dl
- d. Indikasi biokimia
- e. Asidosis metabolic yang tidak dapat diatasi
- f. Anoreksia, nausea, mual muntah
- g. Ensefalopati uremik, pericarditis uremik
- h. Perdarahan uremik.²⁶

2. Kontraindikasi

Adapun beberapa kontraindikasi pada hemodialisis yaitu akses vaskuler yang sulit, gangguan kekentalan darah, hemodinamik tidak stabil, serta penyakit Alzheimer.²⁶ *Kidney Disease Outcomes Quality Initiative* KDOQL menyatakan bahwa dialisis dimulai apabila GFR <15 ml/min, dimana keadaan pasien yang memiliki GFR <15 ml/mnt tidak selamanya sama, sehingga dialisis dapat dianggap perlu dilakukan jika dijumpai satu diantara hal dibawah ini :

- a. GFR < 15 ml/menit,
- b. Gejala uremia meliputi ; nausea, mual muntah, anoreksia dan lethargy
- c. Komplikasi metabolic refrakter
- d. Adanya malnutrisi atau hilangnya massa otot
- e. Hipertensi yang sulit untuk dikontrol serta adanya kelebihan cairan.²⁷

2.2.4 Jenis Hemodialisis

1. Hemodialisis untuk pasien gangguan ginjal akut : SLEDD, SLED, HD
intermittent, dan Isolated UF.
2. Hemodialisis untuk pasien gangguan ginjal kronis :
 - a. Hemodialisis konvensional : Hemodialisis kronis dilakukan 2-3 kali perminggu dengan durasi sekitar 4-5 jam untuk setiap 10atasa10.
 - b. Hemodialisis harian : biasanya digunakan oleh pasien yang melakukancucudarah sendiri dirumah , dilakukan selama 2 jam setiap hari.
 - c. Hemodialisis nocturnal : biasanya dilakukan saat pasien tidur malam, 6 hingga 10 jam pertindakan, 3-6 kali dalam seminggu.²⁷

2.2.5 Prinsip Hemodialisis

Prinsip kerja hemodialisis secara fisiologis adalah difusi dan ultrafiltrasi, dimana difusi adalah proses berpindahnya molekul dari larutan dengan konsentrasi tinggi ke daerah dengan larutan yang berkonsentrasi rendah sampai tercapainya kondisi seimbang, sedangkan ultrafiltrasi adalah proses transport simultan pelarut (*solvent*) dan zat terlarut (*soule*) dari kompartemen darah ke kompartemen dialisat (*backfiltration*) melalui membrane dializer. Pada proses ini akan mengakibatkan cairan dan larutan dengan ukuran kecil bergerak dari daerah bertekanan tinggi ke daerah yang bertekanan rendah (tekanan hidrostatis), sehingga cairan dapat bergerak menuju membran semipermeable. Sistem hemodialisis toksin dalam darah pasien berdifusi melalui membrane dializer kedalam cairan dialisis dan darah bersih kembali ke pasien.²⁸

Pada proses ini dibutuhkan kecepatan aliran dialisat atau *Quick of Dialysate* (Qd) yang sesuai, dimana Qd menyatakan bawah disarankan untuk mencapai hemodialisis yang adekuat, maka dibutuhkan 400-800 mL/menit, hal ini dapat mempengaruhi tingkat kebersihan yang dicapai.²⁹ Jadi pada prinsip hemodialisis terdapat mekanisme perpindahan molekul pada dialisis yaitu pemindahan solute dan air dari tubuh kepada dialisat melalui mekanisme difusi, osmosis, filtrasi, ultrafiltrasi serta konveksi. Kombinasi mekanisme inilah yang digunakan pada

proses hemodialisis. Pada proses tindakan hemodialisis dibutuhkan bahan baku air yang cukup banyak sekitar 150 liter dalam setiap kali tindakan hemodialisis (5 jam), dimana hasil pemurnian harus standar medis *Association for the Advancement of Medical Instrument (AAMI)*.²⁶

2.2.6 Komplikasi Hemodialisis

Komplikasi yang sering terjadi pada pasien yang menjalani hemodialisis yaitu gangguan hemodinamik, dimana tekanan darah umumnya akan mengalami penurunan dengan dilakukannya UF atau penarikan cairan saat hemodialisis. Hipotensi intradialitis terjadi pada 50-40% penderita yang menjalani hemodialisis regular. Namun 5-15% dari pasien hemodialisis tekanan darah justru meningkat. Hal ini disebut dengan hipertensi intradialitik atau *intradialytic hypertension (HID)*.²⁶ Selain itu terdapat komplikasi lain diantara lain disequilibrium (ketidakseimbangan) dialisis, mual dan muntah, nyeri kepala, hingga hipoksia. Hemodinamik merupakan komplikasi yang paling sering terjadi pada pasien berupa perubahan nadi, tekanan darah, pernapasan maupun indikator perfusi perifer.³⁰ Komplikasi hemodialisis yang sering terjadi adalah hipertensi 70%, sakit kepala 40% dan hipotensi 26%, keram otot 18%, aritmia 12%, serta sesak nafas 10%.³¹

2.3 *Continous Ambulatory Peritoneal Dialysis*

2.3.1 Definisi

CAPD adalah salah satu bentuk dialisis peritoneal yang menggunakan membrane peritoneum yang bersifat semi permeable sebagai membrane dialisis dan prinsip kerja peritoneal dialisis yakni proses ultrafiltrasi antara cairan dialisis yang masuk kedalam rongga peritoneum dengan plasma dalam darah. CAPD menjadi terapi yang cocok untuk diterapkan di Indonesia dikarenakan Indonesia merupakan negara kepulauan yang masih kurang dalam fasilitas mesin hemodialisis beserta dokter maupun perawat yang terlatih untuk hemodialisis.⁵ Penggunaan terapi CAPD mempunyai keuntungan karena mudah untuk dilakukan dirumah, asupan protein dan mineral yang bebas serta kontrol tekanan darah dan anemia yang lebih baik. Penggunaan pada pasien dapat melakukan CAPD dirumah secara sendiri maupun dibantu oleh anggota keluarga, baik didaerah pegunungan ataupun pedesaan yang terpencil.⁹ *Continuous ambulatory peritoneal dialysis* dilakukan 3-

5 kali perhari, 7 hari perminggu dengan pemberian setiap kalicairan dialisis dalam kavum peritoneum lebih dari 4 jam. *Dwell time* yang biasanya dilakukan pada waktu siang 4-6 jam, sedangkan untuk waktu malam 8 jam.⁶

2.3.2 Pemilihan pasien CAPD

Dalam keberhasilan program PD maka harus melakukan seleksi pasien, mengingat PD membutuhkan kemandirian pasien, maka seleksi pasien akan dilaksanakan dengan mempertimbangkan hal berikut :

1. kontraindikasi relatif dan absolut
2. indikasi medis dan non medias
3. persyaratan

karena pentingnya faktor seleksi pasien maka konsesus PD dari Perhimpunan Nefrologi Indonesia menyatakan bahwa seleksi pasien dilaksanakan oleh Dr.SpPD atau Dr.SpPD-KGH yang terlatih PD.²⁷

Indikasi :

1. Non medis : tempat tinggal jauh dari jangkauan unit hemodialisi
2. Medis : Sesuai dengan indikasi penyakit ginjal kronik pada umumnya.²⁷

Kontraindikasi PD :

1. Relatif
 - a. Gangguan jiwa
 - b. Hernia
 - c. Gangguan penglihatan
 - d. Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK)
 - e. Inflamasi kronik saluran cerna
 - f. Obesitas tanpa *residual renal function*.²⁷
2. Absolut
 - a. Luka yang luas di dinding abdomen.
 - b. Kesulitan teknik operasi
 - c. Perlekatan yang luas dalam rongga peritoneum (adanya riwayat inflamasisebelumnya, serta akibat operasi daerah abdomen).
 - d. Tidak dapat melakukan PD secara mandiri dan tidak ada yang membantu untuk melakukan dialisis.²⁷

2.3.3 Keunggulan dan Kelemahan CAPD

Pemilihan modalitas antara CAPD dan HD banyak menjadi pertimbangan untuk pasien sebelum melakukan terapi ginjal. Telah banyak penelitian yang membandingkan CAPD dengan HD mengenai *survival* pasien, risiko peritonitis, *technique survival*, kualitas hidup, dan kepuasan pasien.⁵

Tabel 2.1 Keunggulan dan kelemahan CAP

Keunggulan	Kelemahan
1. Lebih baik	1. Risiko peritonitis
2. Pola diet dan manajemen cairan yang lebih baik dan kebebasan berpergian	2. Masalah yang berhubungan dengan kateter dan konektor
3. Derajat anemia yang lebih rendah	3. Komplikasi hernia
4. Tidak memerlukan anti koagulan	4. Pasien mudah bosan dan kelelahan
5. Komplikasi hipertensi lebih sedikit	5. Obesitas dan hiperlipidemia
6. Risiko hipertensi selama dialisis lebih rendah	6. Hilangnya ultrafiltrasi dan bersihan peritoneum (kegagalan membran)
7. Lebih baik untuk pasien anak, lanjut usia dan diabetes	
8. Akses yang lebih baik	
9. Ekonomis	

2.3.4. Komponen Peritoneal Dialisis

Komponen dari peritoneal dialisis terdiri dari kateter peritoneal dialisis (kateter *Tenckhoff*), sistem koneksi (*transfer set*), cairan dialisat serta kantong drainase, dimana kantong drainase digunakan sebagai penampung cairan dialisat jenuh yang dikeluarkan dari rongga peritoneum. Pada cairan dialisat umumnya berbasis dextrose dengan konsentrasi yang berbeda-beda, selain itu juga terdapat pada cairan dialisat berbasis non-dextrose contohnya *nutrineal* dan *icodextrin*. Pada cairan dialisat juga mengandung elektrolit termasuk kalsium, NaCL, magnesium dan laktat sebagai prekursor bikarbonat.²⁷

Samahalnya dengan hemodialisis, dialisat dan kompartemen darah pada *peritoneal dialysis* dipisahkan dengan membran semipermeabel yang berfungsi sebagai penghalang selektif untuk pembersihan difusif dari cairan. Berbeda dengan hemodialisis dimana darah dialirkan ke dialisat sehingga darah dan cairan dialisis bersifat ekstrakorporeal, pada *peritoneal dialysis* cairan bersifat intraperitoneal. Cairan peritoneal dimasukkan kedalam rongga peritoneum dan dibiarkan selama difusi dan ultradifusi berlangsung.³² Rongga peritoneal memiliki

luas permukaan 1-2 m² dan biasanya berisi sekitar 100 mL cairan, namun pada individu dewasa dapat mentolerir 2 L ataupun lebih tanpa ada rasa tidak nyaman ataupun gangguan fungsi paru.³³

2.3.5. Komplikasi

a. Infeksi

Infeksi bakteri yang menyebabkan peritonitis merupakan komplikasi tersering terjadi, dengan frekuensi yang didapatkan setiap satu episode setiap 20-30 bulan perpasien, dan menjadikan penyebab paling umum dari penggantian kateter. Selain itu terdapat infeksi TB yang sering terlihat pada pasien CAPD karena penurunan imunitas seluler. Infeksi juga dapat melibatkan struktur-struktur ekstra-peritoneum dinding perut, terutama pada tempat keluarnya kateter.³⁴

b. Kebocoran dialisat

Kebocoran dialisat merupakan komplikasi yang terjadi pada >5% pasien dan sering tidak bermakna secara klinis. Kemungkinan dapat terjadi akibat dari robekan mekanis atau bedah pada membrane peritoneum. Dengan terjadinya peningkatan tekanan intra-abdomen dari infus dialisat memungkinkan peningkatan kebocoran dari rongga peritoneum serta gangguan pernapasan dari diafragma. Hal lain yang meningkatkan tekanan intra-abdomen yakni seperti batuk, obesitas ataupun mengejan dapat menjadi predisposisi kebocoran.³⁴

c. Hernia

Terlihat pada 25% pasien CAPD mengalami hernia, hal ini sering terjadi akibat dari peningkatan tekanan intra-abdomen serta defek peritoneum akibat insersi dari kateter, dengan yang paling umum di umbilicus, berdekatan dengan kateter dan di inguinal.³⁴

d. Encapsulating sclerosing peritonitis

Encapsulating sclerosing peritonitis (ESP) adalah proses inflamasi yang menyebabkan deposisi membrane fibrosa tebal pada peritoneum, ESP terjadi pada sekitar 1% pasien CAPD secara keseluruhan dengan prevalensi yang meningkat dengan proses lamanya pengobatan CAPD.³⁴

2.4 Kualitas Hidup

2.4.1 Definisi

The World Health Organization (WHO) menyatakan kualitas hidup yaitu persepsi seorang individu kepada posisi dalam kehidupannya meliputi konteks budaya dan sistem nilai, dimana individu tersebut tinggal dan dalam hubungannya dengan harapan, tujuan, standar, serta perhatian. Secara garis besar komponen dari kualitas hidup dibagi menjadi fungsi fisik, sosial maupun psikologis.³⁵ Pada beberapa penulis mengatakan bahwa kualitas hidup manusia di pengaruhi beberapa faktor yaitu kondisi global, kondisi interpersonal, kondisi eksternal, dan kondisi personal.³⁶ Namun secara umum, kualitas hidup adalah keadaan dimana seorang individu merasakan perasaan atau pernyataan puas akan kehidupannya secara menyeluruh dan secara status mental orang lain akan mengakui bawah individu tersebut terlihat dalam kondisi yang nyaman, dan adekuat untuk memenuhi kebutuhan dasarnya.³⁷

2.4.2. Faktor Kualitas Hidup

Adapun beberapa faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yaitu :

1. Usia

Usia merupakan batasan atau tingkat ukuran dari hidup yang dapat mempengaruhi kondisi fisik seseorang, dimana usia tidak produktif yakni usia dibawah dari 15 tahun dan usia di atas dari 65 tahun, sedangkan untuk usia produktif adalah usia 15 tahun sampai dengan 54 tahun. Meskipun suatu penyakit dapat menyerang setiap orang pada setiap golongan usia, namun ada beberapa penyakit tertentu yang lebih banyak menyerang golongan umur tertentu. Menurut peneliti usia dapat mempengaruhi kualitas hidup pada pasien penyakit gagal ginjal kronik.³⁸

2. Penghasilan pekerjaan.

Kualitas hidup pada pasien dengan gagal ginjal kronik dengan status ekonomi yang berkecukupan akan mampu menyediakan segala fasilitas yang dibutuhkan dalam memenuhi kebutuhan hidupnya. Namun sebaliknya, individu dengan status sosial ekonomi yang rendah akan

mengalami kesulitan untuk memenuhi kebutuhan hidupnya dalam pengobatan yang mengenai penyakit gagal ginjal kronik.

3. Lamanya proses menjalani hemodialisis.³⁸

Pasien yang menjalani hemodialisa mengalami penurunan kualitas hidup karena menyebabkan pasien untuk mengubah kebiasaan rutin hidupnya. Terutama pasien yang baru menjalani hemodialisa karena pasien belum siap untuk menerima dan beradaptasi atas perubahan yang terjadi dengan hidupnya. Pada penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara lamanya dijalarkannya hemodialisa dengan kualitas hidup pada pasien GJK hal ini disebabkan karena semakin lama seorang pasien menjalani HD berbanding terbalik dengan kualitas hidup. Pasien akan mengalami kekhawatiran yang meningkat serta stress karena berpikir seharusnya HD dapat menyembuhkan penyakitnya.³⁸

2.4.3 Metode Mengukur Kualitas Hidup

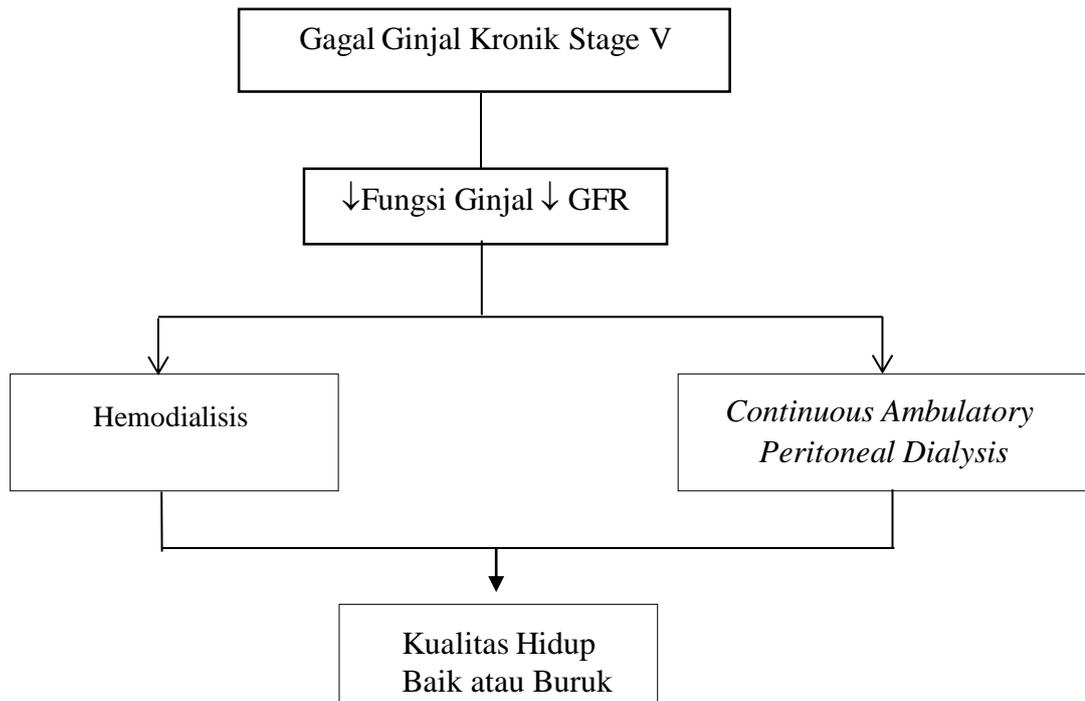
Short form-36 adalah salah satu instrumen baku untuk menilai kualitas hidup pasien yang menderita penyakit kronik, terdiri dari 8 kriteria yakni peranan fisik, fungsi fisik, peranan emosional, energi, kesehatan jiwa, rasanya nyeri, fungsi sosial, dan kesehatan umum. Pada 8 kriteria terdiri dari 10 pertanyaan (kriteria fungsi fisik), 2 pertanyaan (kriteria fungsi sosial), 5 pertanyaan (kesehatan jiwa), 4 pertanyaan (kriteria peran fisik), 3 pertanyaan (kriteria peran emosional), 4 pertanyaan (kriteria energi), 2 pertanyaan (kriteria rasa nyeri), dan 5 pertanyaan (kriteria kesehatan umum), dimana pada setiap kriteria akan diberikan skor 0-100, semakin tinggi skor yang didapatkan maka semakin tinggi kualitas hidup pada setiap kriteria.¹¹

Pada kriteria fungsi fisik bertujuan untuk melihat bagaimana suatu kendala kecil maupun sedang dalam menggambarkan baik atau tidak dari fungsi fisik seseorang, seperti mengangkat ataupun membawa makanan, menaiki tangga, ataupun membungkuk. Pada peran fisik dapat diukur dengan melihat apakah pekerjaan dapat diselesaikan tepat waktu, terbatas pada beberapa pekerjaan atau aktivitas lain, serta mengalami kesulitan dengan aktivitas seperti mendongkrak atau bertukang.³⁹ Pada kriteria peran emosi, jika memiliki peran emosi yang tinggi

maka dapat saja menjadi masalah dalam pekerjaan atau aktivitas sehari-hari akibat dari masalah emosi, seperti tidak menyelesaikan pekerjaan atau bahkan menjadi tidak berhati-hati dalam pekerjaan.⁴⁰

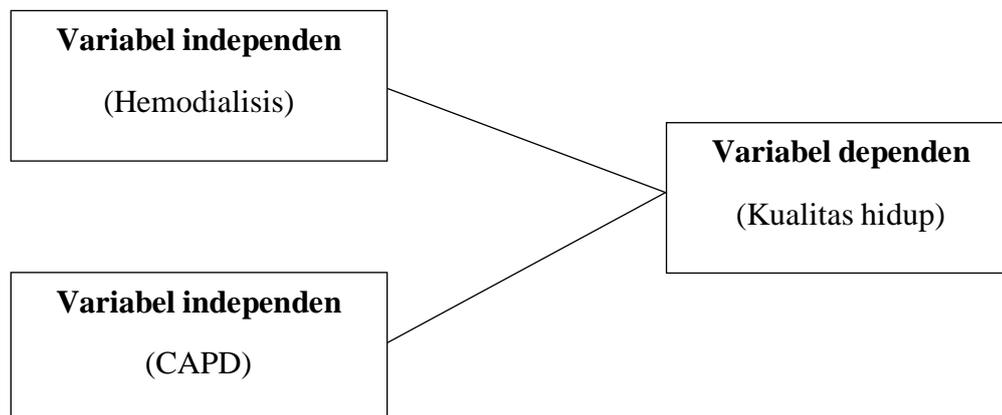
Pada kriteria nyeri dapat ditanyakan apakah rasa nyeri parah atau tidak, jika skor rendah maka akan didapatkan rasa nyeri dan menyebabkan keterbatasan dalam aktivitas, namun jika mendapatkan skor tinggi maka tidak ada rasa nyeri ataupun keterbatasan karena nyeri.⁴⁰ Pada peran fungsi sosial untuk melihat kualitas maupun kuantitas seseorang pada aktivitas sosial yakni dengan pertanyaan “apakah kondisi kesehatan fisik maupun emosi anda mempengaruhi aktivitas sosial dengan keluarga ataupun kelompok?”, apabila skor tinggi maka dapat melakukan aktivitas sosial normal tanpa adanya gangguan masalah dari fisik maupun emosi.³⁹ Pada kriteria kesehatan umum untuk mengevaluasi kesehatan pribadi seseorang buruk, jika tidak percaya maka akan menjadi lebih buruk, dan jika skor tinggi maka kesehatan pribadi sangat baik. Kualitas hidup pada kesehatan jiwa dikatakan baik apabila pasien merasakan bahagia dan tenang sepanjang waktu, dan apabila kesehatan jiwa tidak baik maka akan merasa gugup dan depresi sepanjang waktu.⁴⁰ Pada peran emosi akan didapatkan memiliki skor rendah jika pasien mengalami masalah dengan kerja ataupun aktivitas sehari-harinya sebagai akibat dari emosional, begitupun sebaliknya apabila mendapatkan skor yang tinggi. Pada kriteria energi untuk melihat sejauh mana pasien mampu melakukan aktivitas sehari-hari dengan menanyakan “apakah anda memiliki banyak tenaga, ataupun mudah lelah?” jika pasien memiliki skor rendah maka akan merasakan kelelahan sepanjang waktu.³⁹

2.5 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

2.6 Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

2.7 Hipotesis

H0 : Tidak terdapat perbedaan rata rata kualitas hidup pasien HD denganCAPD.

H1 : Terdapat perbedaan rata rata kualitas hidup pasien HD dengan CAPD

BAB III

Metode Penelitian

3.1 Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi operasional

Variable	Definisi operasional	Alat ukur	Skala ukur	Hasil ukur
Kualitas Hidup	Kualitas hidup adalah persepsi seseorang mengenai kehidupan dari tujuan, harapan, standar, dan keinginan mereka (WHO). Instrumen <i>Short form 36</i> merupakan instrumen kualitas hidup yang terdiri 8 kriteria dalam menilai kualitas hidup bagi pasien dengan penyakit kronik.	SF-36	Nominal	Kualitas hidup baik (>50) kualitas hidup buruk (<50)
Hemodialisis	Hemodialisis adalah Tindakan untuk menggantikan fungsi dari ginjal yang dilakukan secara rutin. Hemodialisis dilakukan untuk mengeluarkan sisa sisa dari metabolisme tubuh atau racun tertentu dari dalam darah manusia	Rekam medik	Ordinal	1. Ya 2. Tidak
CAPD	CAPD adalah salah satu bentuk dialisis peritoneal yang menggunakan membran peritoneal yang bersifat semi permeable sebagai membran dialisis dan prinsip kerja peritonealdialisis yakni proses ultrafiltrasi antara cairan dialisis yang masuk kedalam rongga peritoneum dengan plasma dalam darah	Rekam medik	Ordinal	1. Ya 2. Tidak

3.2 Desain penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian dengan menggunakan metode analitik observasional dengan pendekatan *cross sectional* dengan responden yang memenuhi kriteria inklusi. *Cross sectional* merupakan suatu penelitian yang mempelajari hubungan antara kualitas hidup (*dependent*) dengan pasien hemodialisis dan CAPD (*independent*), observasi atau pengukuran variabel sekali dan sekaligus pada waktu yang sama.

3.3 Lokasi dan waktu penelitian

3.3.1 Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUD Dr.Pirngadi Kota Medan.

3.3.2 Waktu penelitian

Waktu penelitian dimulai di bulan November 2022 hingga Januari 2023

Tabel 3.2 Waktu penelitian

No	Jenis Kegiatan	2022-2023											
		Bulan											
		6	7	8	9	10	11-1	2	3	4	5		
1	Persiapan Proposal	■	■										
2	Sidang Proposal			■									
3	Ethical Clearance				■	■							
4	Penelitian						■	■					
5	Analisis Data								■	■	■		
6	Penyusunan Laporan									■	■	■	
7	Presentasi Hasil Penelitian												■

3.4 Populasi dan Sampel Penelitian

3.4.1 Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah pasien yang menjalani terapi Hemodialisis dan CAPD (*Continous ambulatory peritoneal dialysis*) di RSUD Dr.Pirngadi Kota Medan

3.4.2 Sampel Penelitian

Pengambilan sampel penelitian ini adalah pasien dengan terapi Hemodialisis dan CAPD yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Sampel dari penelitian ini adalah populasi yang memenuhi kriteria inklusi dan lolos dari kriteria eksklusi.

3.4.3 Cara pengambilan sampel

Teknik pengambilan sampel digunakan pada penelitian ini adalah *non-probability sampling* yaitu sampel tidak dipilih secara acak dengan metode *consecutive sampling* yaitu suatu metode pengambilan sampel yang dilakukan dengan mengambil responden yang tersedia.

3.4.4 Besar sampel

Besar sampel yang dipakai pada penelitian ini dihitung dengan menggunakan rumus penelitian untuk menghitung minimum besarnya sampel yang dibutuhkan. Penentuan besar sampel dalam penelitian ini menggunakan rumus oleh Lemeshow (Lemeshow *et al.*, 1997) sebagai berikut :

$$n = \frac{Z^2 \times P (1-P)}{d^2}$$

n = jumlah sampel

Z = skor Z pada kepercayaan 95% = 1,96

P = maksimal estimasi 0,5

d = alpha (0,10) atau sampling eror 10%

$$n = \frac{(1,96)^2 \times 0,5 (1-0,5)}{(0,10)^2}$$

$$n = \frac{3,84 \times 0,25}{0,01}$$

$$n = 96$$

Berdasarkan rumus diatas didapatkan total sampel penelitian adalah sebanyak 96 sampel yakni 48 pasien terapi hemodialisis dan 48 pasien terapi CAPD.

3.5 Kriteria inklusi dan eksklusi

3.5.1 Kriteria inklusi

Kriteria inklusi pada pemeriksaan ini adalah :

- 3.5.1.1 Pasien yang menjalani terapi Hemodialisis dan CAPD lebih dari 3 bulan di RSUD Dr. Pirngadi Kota Medan
- 3.5.1.2 Pasien yang diagnosis gagal ginjal kronik stage V
- 3.5.1.3 Pasien yang bersedia mengikuti penelitian

3.5.2 Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi pada pemeriksaan ini adalah :

1. Pasien tidak kooperatif
2. Pasien dengan Riwayat operasi pada abdomen

3.6 Teknik pengolahan data

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner yang dibagikan kepada responden. Kuesioner diisi langsung oleh masing-masing responden. Penelitian ini juga memiliki lembar *informed consent* dimana sebelum mengisi kuesioner, peneliti memberikan lembar persetujuan yang ditanda tangani oleh responden.

3.6.1 Informed consent

Responden diberikan penjelasan tentang penelitian yang berisi judul penelitian, tujuan penelitian dan manfaat penelitian. Dalam lembar *informed consent* ini responden diberi penjelasan bahwa responden berhak untuk mengikuti atau menolak penelitian ini tanpa anjuran apapun. Jika responden bersedia mengikuti penelitian maka responden akan menandatangani lembar *informed consent*

3.6.2 Aspek pengukuran

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini dibuat dalam bentuk kuesioner dengan berpedoman kepada tinjauan pustaka dan kerangka konsep. Instrumen berisi kuesioner kualitas hidup dari *36-item short-form*. SF36 merupakan salah satu instrumen pengukuran kualitas hidup yang dipakai secara luas untuk berbagai macam penyakit kronik. SF-36 sebuah kuesioner survei yang

mengukur 8 kriteria kesehatan yaitu fungsi fisik, keterbatasan fisik, nyeri tubuh, kesehatan secara umum, vitalitas, fungsi sosial, keterbatasan emosional, dan kesehatan mental. Penilaian SF-36 dilakukan dengan 2 tahap yaitu pertama, melakukankonversi nilai menjadi 0-100, dimana interpretasi total skor dilakukan dengan menjumlahkan skor yang didapatkan setiap kriteria dibagi dengan jumlah item pertanyaan yang ada di setiap domain. Penilaian secara umum merupakan rata- rata dari seluruh domain kualitas hidup dan di golongan menjadi menjadi kualitas hidup buruk jika nilai rata rata <50 dan kualitas hidup baik >50.

Tabel 3.3 Kriteria dan distribusi pertanyaan kuesioner SF-36

Kriteria	Jumlah item	Nomor pertanyaan
Fungsi fisik	10	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10,11,12
Peranan fisik	4	13, 14, 15, 16
Peranan emosional	3	17, 18, 19
Energi	4	23, 27, 29, 31
Kesehatan jiwa	5	24, 25, 26, 28, 30
Fungsi sosial	2	20. 32
Rasa nyeri	2	21, 22
Kesehatan umum	5	1, 33, 34, 35, 36

3.7 Pengolahan dan analisis data

Setelah data dari penelitian terkumpul maka selanjutnya adalah pengolahan data dari kuesioner yang selanjutnya diperiksa kelengkapannya dengan langkah-langkah berikut :

3.7.1 Pengolahan data

3.7.1.1 Editing

Mengumpulkan seluruh sampel kuesioner dan memeriksa daftar pertanyaan dan memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan.

3.7.1.2 Coding

Data yang dikumpulkan dikoreksi dan diberikan kode tertentu sebelum diolah dengan komputer.

3.7.1.3 Entry data

Memasukkan data yang dikumpulkan ke software komputer

3.7.1.4 Data cleaning

Pemeriksaan data yang dimasukkan ke program komputer kembali untuk menghindari adanya kesalahan.

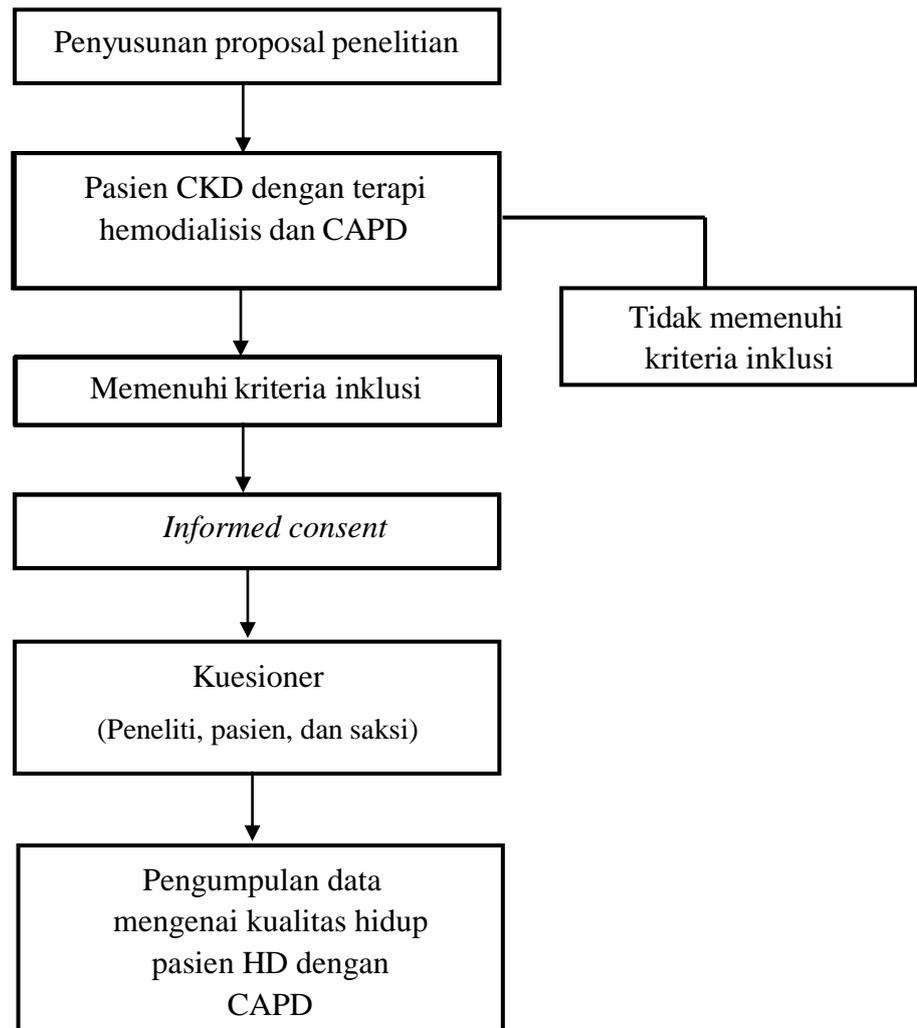
3.7.1.5 Penyimpanan

Penyimpanan data yang sudah siap untuk diolah.

3.7.2 Analisis data

Data yang diperoleh dianalisis menggunakan analisis bivariat. Analisis bivariat untuk meringkas kumpulan data hasil pengukuran dan dapat disajikan berupa statistik, dan tabel. Analisis bivariat untuk mengetahui perbandingan lebih dari dua variabel dimana untuk mencari perbandingan kualitas hidup dari pasien hemodialisis dengan pasien CAPD. Semua data yang terkumpul akan diolah dan disusun dalam bentuk tabel menggunakan program *Statistical Product and Service Solution* (SPSS). Selanjutnya dilakukan uji homogenitas dan normalitas, jika data berdistribusi normal maka uji hipotesis menggunakan *t-test*, namun jika data tidak berdistribusi normal uji hipotesis menggunakan *Mann-Whitney*.

3.8 Alur Penelitian



Gambar 3.1 Alur Penelitian

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUD Dr.Pirngadi Kota Medan dan penelitian ini dilakanakan pada bulan November 2022 hingga Januari 2023. Data penelitian ini diperoleh melalui pengisian kuesioner. Penelitian ini melibatkan 96 subjek penelitian yang telah memenuhi kriteria inklusi dan lolos kriteria eksklusi.

Penelitian ini sudah mendapatkan persetujuan kode etik dari Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara Nomor 917/ KEPK/ FKUMSU/ 2022.

4.1.1 Distribusi Data Berdasarkan Rata-rata Jenis Kelamin Pasien Pada Kelompok Terapi Hemodialisis dan Terapi CAPD

Data distribusi pasien berdasarkan jenis kelamin dari hasil kuesioner pasien November 2022 hingga januari 2023 didapatkan hasil :

Tabel 4.1. Distribusi data berdasarkan rata- rata Jenis Kelamin

Hasil	Frekuensi	Persentase (%)
Jenis Kelamin CAPD		
Laki laki	35	72,9
Perempuan	13	27,1
Jenis Kelamin Hemodialisis		
Laki laki	34	70,8
Perempuan	14	29,2
Total	96	100

Berdasarkan tabel di atas diperoleh informasi bahwa dari 48 responden yang digunakan sebagai sampel penelitian didapatkan hasil responden yang memiliki jenis kelamin laki-laki CAPD sebanyak 35 responden dengan presentase 72.9%, dan responden yang memiliki jenis kelamin laki-laki hemodialisis sebanyak 34 responden dengan presentase 70.8%. Sedangkan pada jenis kelamin

perempuan, responden capd sebanyak 13 responden dengan presentase 27.1% dan responden hemodialisis sebanyak 14 responden dengan presentase 29.2%

4.1.2 Distribusi Data Berdasarkan Rata-rata Usia Pasien Pada Kelompok Terapi Hemodialisis Dan Terapi CAPD

Data distribusi pasien berdasarkan usia dari hasil kuesioner pasien November 2022 hingga januari 2023 didapatkan hasil.

Tabel 4.2. Distribusi Data Berdasarkan Rata-rata Usia

Hasil	Frekuensi	Presentase (%)
Usia CAPD		
<40 Tahun	21	43,8
>40 Tahun	27	56,3
Usia Hemodialisis		
<40 Tahun	11	22,9
>40 Tahun	37	77,1
Total	96	100

Berdasarkan tabel di atas diperoleh informasi bahwa dari 48 responden yang digunakan sebagai sampel penelitian didapatkan hasil responden capd yang memiliki usia < 40 tahun sebanyak 21 responden dengan presentase 43,8%, dan responden hemodialisis yang memiliki usia < 40 tahun sebanyak 11 responden dengan presentase 22,9%. Sedangkan pada responden CAPD yang memiliki usia > 40 tahun sebanyak 27 responden dengan presentase 56,3% dan responden hemodialisis yang memiliki usia > 40 tahun sebanyak 37 responden dengan presentase 77,1%

4.1.3 Distribusi Data Berdasarkan Rata-rata Lama Terapi Pada Kelompok Terapi Hemodialisis Dan Terapi CAPD

Data distribusi pasien berdasarkan lama terapi dari hasil kuesioner pasien November 2022 hingga januari 2023 didapatkan hasil.

Tabel 4.3. Distribusi Data Berdasarkan Rata-rata Lama Terapi

Hasil	Frekuensi	Presentase (%)
Lama Pasien CAPD		
<5 Tahun	46	95,8
>5 Tahun	2	4,2
Lama Pasien Hemodialisis		
<5 Tahun	42	87,5
>5 Tahun	6	12,5
Total	96	100

Berdasarkan tabel di atas diperoleh informasi bahwa dari 48 responden yang digunakan sebagai sampel penelitian didapatkan hasil lama pasien capd yang < 5 tahun sebanyak 46 responden dengan presentase 95,8%, dan lama pasien hemodialisis yang < 5 tahun sebanyak 42 responden dengan presentase 87,5%. Sedangkan pada lama pasien CAPD yang > 5 tahun sebanyak 2 responden dengan presentase 4,2%, dan lama pasien hemodialisis yang > 5 tahun sebanyak 6 responden dengan presentase 12,5%.

4.1.4 Distribusi Frekuensi Kualitas Hidup

Data distribusi frekuensi kualitas hidup pasien hasil kuesioner November 2022 hingga januari 2023 didapatkan hasil.

Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Kualitas Hidup Pasien Terapi Hemodialisis dengan CAPD

Kualitas Hidup	CAPD	HD
Buruk	0 (0%)	0 (0%)
Baik	48 (100%)	48 (100%)
Total	48 (100%)	48 (100%)

Berdasarkan tabel di atas diperoleh informasi bahwa dari 48 responden yang kualitas hidup baik dengan presentase 100%. Sedangkan pada HD didapatkan hasil responden memiliki kualitas hidup buruk dengan presentase 0% dan 48 responden memiliki kualitas hidup baik dengan presentase 100%.

4.1.5 Hasil Uji Hipotesis Perbandingan Kualitas Hidup Pasien HD Dan CAPD Berdasarkan SF-36

Data distribusi pasien berdasarkan perbandingan kualitas hidup pasien HD dan CAPD hasil kuesioner pasien November 2022 hingga januari 2023. Berdasarkan hasil homogenitas dan normalitas diperoleh *p-value* 0.000, maka $p > 0.05$ artinya data berdistribusi normal (**Lampiran 6**), selanjutnya dilakukan uji hipotesis dengan menggunakan t-test.

Tabel 4.5 Perbandingan Kualitas Hidup antara Pasien HD dan CAPD berdasarkan SF-36

Kriteria	Kelompok		p-value
	HD	CAPD	
	<i>Mean ± SD</i>	<i>Mean ± SD</i>	
Dimensi Kesehatan			
Fisik			
Fungsi Fisik	18.770 ± 6.071	22.791 ± 4.068	0.000
Peran Fisik	3.958 ± 0.921	6.041 ± 1.147	0.000
Rasa Nyeri	5.020 ± 1.994	4.916 ± 2.081	0.803
Kesehatan Umum	12.833 ± 2.747	14.062 ± 2.147	0.016
Dimensi Kesehatan			
Psikis			
Peranan Emosional	5.166 ± 0.952	4.937 ± 0.860	0.219
Kesehatan Jiwa	15.437 ± 1.687	16.041 ± 2.020	0.115
Fungsi Sosial	3.020 ± 1.391	5.583 ± 1.234	0.000
Energi	10.458 ± 2.020	10.812 ± 1.453	0.327

Pada kriteria fungsi fisik diperoleh hasil *p-value* sebesar 0.000, nilai tersebut < 0.05 yang artinya terdapat perbedaan signifikan antara kelompok HD dan CAPD pada fungsi fisik. Pada peran fisik diperoleh hasil *p-value* sebesar 0.000, nilai tersebut < 0.005 maka terdapat perbedaan signifikan antara kelompok HD dan CAPD pada peran fisik. Kriteria Rasa nyeri diperoleh hasil *p-value* 0.803, nilai tersebut > 0.005 maka tidak terdapat perbedaan signifikan antara kelompok HD dan CAPD pada rasa nyeri.

Pada kriteria kesehatan umum diperoleh hasil *p-value* sebesar 0.016, nilai tersebut < 0.05 maka terdapat perbedaan signifikan antara kelompok HD dan CAPD pada kesehatan umum. Pada kriteria peranan emosional diperoleh hasil *p-value* sebesar 0.219, nilai tersebut > 0.05 maka tidak terdapat perbedaan signifikan antara kelompok HD dan CAPD pada peranan emosional. Kriteria kesehatan jiwa diperoleh hasil *p-value* sebesar 0.115, nilai tersebut > 0.05 maka tidak terdapat perbedaan signifikan antara kelompok HD dan CAPD pada kesehatan jiwa. Pada kriteria fungsi sosial diperoleh hasil *p-value* sebesar 0.000, nilai tersebut < 0.05 yang artinya terdapat perbedaan signifikan antara kelompok HD dan CAPD pada fungsi sosial. Kriteria energi diperoleh hasil *p-value* 0.327, nilai tersebut > 0.005 maka tidak terdapat perbedaan signifikan antara kelompok HD dan CAPD pada rasa energi.

4.1.6 Hasil Uji Hipotesis Perbandingan Kualitas Hidup Antara Pasien Hemodialisis dengan Pasien CAPD di RSUD Dr.Pirngadi Kota Medan

Hasil uji hipotesis pasien berdasarkan perbandingan kualitas hidup dari hasil kuesioner pasien November 2022 hingga januari 2023 didapatkan hasil.

Tabel 4.6. Perbandingan Kualitas Hidup Pasien Hemodialisis dengan CAPD

Kualitas Hidup	<i>Mean ± SD</i>	<i>Selisih Mean</i>	<i>p-value</i>
Hemodialisis	79.062 ± 8.728	-8.229	0.000
CAPD	87.2917 ± 6.164		

Berdasarkan tabel di atas diperoleh bahwa nilai rata-rata kualitas hidup pada kelompok terapi CAPD memiliki skor lebih besar dibandingkan dengan kelompok terapi hemodialisis, hal ini dilihat dari nilai rata rata kelompok terapi

CAPD sebesar 87.2917 ± 6.164 , sedangkan pada kelompok terapi hemodialisis yaitu sebesar 79.062 ± 8.728 . Selain itu didapatkan nilai *p-value* 0.000, yang artinya nilai tersebut <0.05 , maka H_0 ditolak dan H_1 diterima yang artinya terdapat perbedaan rata-rata kualitas hidup pasien terapi hemodialisis dengan CAPD.

4.2 Pembahasan

Selama periode penelitian didapatkan sampel penelitian sejumlah 96 orang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Sampel pasien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis sebanyak 48 orang dan menjalani terapi CAPD berjumlah 48 orang. Dari sampel penelitian, didapatkan jenis kelamin responden dengan HD laki-laki sebanyak 34 (70,8%) orang dan perempuan 14 (29,2%) orang, responden dengan CAPD, laki-laki sebanyak 35 (72,9%) orang dan perempuan sebanyak 13 (27,1%) orang. Penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan di Poli Penyakit Dalam RSSA Malang yang menunjukkan hasil jenis kelamin responden dengan HD laki-laki sebanyak 16 (53,3%) orang dan perempuan 14 (46,7%) orang, responden dengan CAPD, laki-laki sebanyak 19 (63,3%) orang dan perempuan sebanyak 11 (36,7%) orang.⁸ Maka kelompok yang lebih banyak mengalami gagal ginjal kronik yaitu kelompok dengan jenis kelamin laki laki dibandingkan perempuan.

Hal ini dapat karena penderita secara klinik laki-laki mempunyai risiko mengalami penyakit ginjal kronik 2x kali lebih besar dari pada perempuan. Hal ini dimungkinkan karena perempuan lebih memperhatikan kesehatan dan menjaga pola hidup sehat dibandingkan laki-laki, sehingga laki-laki lebih mudah terkena penyakit ginjal kronik dibandingkan perempuan. Perempuan lebih patuh dibandingkan laki-laki dalam menggunakan obat karena perempuan lebih dapat menjaga diri mereka sendiri serta bisa mengatur tentang pemakaian obat.²⁶

Pada distribusi berdasarkan usia, sesuai dengan tabel 4.2 rata rata usia pasien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi CAPD yaitu sebanyak 21 orang (43,8 %) usia <40 tahun dan sebanyak 27 orang (56,3%) usia >40 tahun. Sedangkan pasien yang menjalani hemodialisis yaitu sebanyak 11 orang (22,9%) usia <40 tahun dan sebanyak 37 orang (77,1%) usia >40 tahun. Berdasarkan data

didapatkan bahwa proporsi pasien terbanyak pada rentang usia >40 tahun. Sejalan dengan penelitian sebelumnya dimana rata rata usia pasien gagal ginjal kronik >40 tahun, hal ini sama dengan hasil data 8th *Report of Indonesia Renal Registry* dimana proporsi pasien rentang usia 45-54 tahun.²⁷ Rata-rata lama terapi pasien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi CAPD <5 tahun 46 responden dan >5 tahun 2 responden, sedangkan terapi hemodialisis <5 tahun 42 responde dan >5 tahun 6 responden. Dengan hasil kualitas hidup yang baik. Semakin lama pasien menjalani terapi, makan pasien akan semakin patuh karena sudah mencapai tahap untuk menerima keadaan ditambah pasien juga mendapatkan Pendidikan Kesehatan dari perawat ataupun dokter mengenai penyakit yang diderita serta pentingnya melaksanakan terapi secara teratur.

Dimensi kesehatan fisik dari 8 kriteria, didapatkan beberapa perbedaan nilai rata rata dari pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis dengan terapi CAPD. Pada domain fungsi fisik dan peran fisik pasien gagal ginjal kronik baik kelompok hemodialisis dengan CAPD memiliki skor yang tidak begitu jauh berbeda. Hal ini sejalan dengan penelitian sebelumnya bahwa pasien gagal ginjal kronik akan membutuhkan usaha yang lebih untuk melakukan suatu aktivitas yang lebih kuat seperti mengangkat benda berat, berlari, maupun olahraga berat, bahkan banyak penderita gagal ginjal kronik yang tidak melakukan aktivitas tersebut akibat dari menurunnya fungsi fisik. Penderita juga akan mengalami kesusahan seperti menaiki anak tangga, berjalan beberapa kilometer, memindahkan meja dan mencuci baju. Hal ini dikarenakan adanya alat seperti selang kateter maupun jarum vascular yang ada pada pasien hemodialisis dan CAPD, sehingga membatasi aktivitas sehari hari dari pasien. Selain dari pada itu, kebanyakan pada pasien yang menjalani terapi hemodialisis tidak bisa beraktivitas normal seperti sebelumnya, bahkan kehilangan pekerjaan dikarenakan pasien harus rutin mengikuti jadwal terapi sehingga skor rata rata yang didapat pada kelompok hemodialisis lebih rendah.²⁷

Pasien gagal ginjal kronik yang menjalani CAPD memiliki fungsi sosial yang lebih baik dibandingkan dengan pasien yang mejalani hemodialisis. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Ismi Nur Jamila, dan Santi Herlina., 2019), menggunakann alat ukur *WHOQoL-Bref* dimana skor rata-rata pada

kelompok hemodialisis lebih rendah dibandingkan CAPD. Hal ini dikarenakan pasien dengan CAPD dapat beraktivitas sekitar lingkungan rumah dengan lebih baik serta leluasa untuk berpergian jauh dikarenakan penggantian cairan dapat dilakukan dimana saja asalkan kebersihan area untuk mengganti kateter dan sekitarnya dapat dijaga dengan baik saat dilakukan pergantian cairan. Berbeda dengan pasien hemodialisis yang sulit untuk berpergian jauh seperti ingin mengunjungi keluarga, menghadiri acara-acara, maupun berekreasi ke tempat yang tidak terdapat fasilitas hemodialisis, sehingga menetap dirumah merupakan pilihan bagi pasien dengan terapi hemodialisis.⁵

Pada penelitian ini dilakukan dengan metode memberikan kuesioner *SF-36* kepada 96 sampel yang menjalani terapi hemodialisis dan *continuous ambulatory peritoneal dialysis* (CAPD). Hasil penelitian yang didapatkan yaitu dari 96 sampel adalah responden terapi CAPD menunjukkan bahwa memiliki kualitas hidup yang lebih baik dibandingkan dengan pasien yang menjalani terapi hemodialisis. Sesuai dengan data tabel 4.6 dimana hasil skor rata rata kualitas hidup pada pasien hemodialisi diperoleh nilai rata-rata 79.062 sedangkan untuk kelompok terapi CAPD 87.2917 sehingga terdapat selisih nilai rata rata 8.229 yang artinya terdapat perbedaan rata-rata kualitas hidup hemodialisis dengan CAPD. Selain itu pada didapatkan nilai $p = 0.000$, nilai tersebut < 0.05 maka H_0 ditolak dan H_1 diterima yang artinya terdapat perbedaan rata-rata kualitas hidup hemodialisis dengan CAPD.

Hasil penelitian ini tidak berbeda jauh dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan pada tahun 2019 di RSPAD Gatot Soebroto yang menunjukkan adanya perbedaan kualitas hidup pasien pada pasien yang menjalani terapi CAPD dan hemodialisis dengan p value ($P=0,001$), sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan perbedaan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis dengan pasien yang menjalani terapi CAPD. Didukung dengan hasil skor rata-rata kualitas hidup pada kelompok terapi CAPD diperoleh nilai rata-rata 73,32, sedangkan untuk kelompok terapi hemodialisis sebesar 57,87. Maka kelompok terapi CAPD memiliki skor kualitas hidup lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok terapi HD.²⁶

Penelitian ini diperkuat dengan penelitian sebelumnya pada tahun 2022 di RSUD Dr. Moewardi menggunakan alat ukur yang berbeda yaitu *WHOQoL-Bref* yang menyatakan bahwa terdapat perbedaan kualitas hidup yang signifikan antara pasien terapi hemodialisis dengan terapi CAPD dengan *P value* ($P = 0,000$) yang artinya nilai tersebut lebih kecil dari nilai signifikan yaitu 0,05. Maka dapat disimpulkan bahwa H_0 ditolak atau terdapat perbedaan kualitas hidup pasien yang menjalani terapi hemodialisis dengan CAPD. Sedangkan nilai rata-rata kelompok terapi hemodialisis adalah 68,90 dan CAPD 83,95.²⁹

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian perbandingan kualitas hidup pasien hemodialisis dengan pasien *continuous ambulatory peritoneal dialysis* di RSUD Dr. Pirngadi Kota Medan. Maka dapat disimpulkan bahwa :

1. Terdapat perbedaan kualitas hidup pasien hemodialisis dengan pasien *continuous ambulatory peritoneal dialysis* di RSUD Dr. Pirngadi Kota Medan, dengan $p = 0.000$, dimana nilai tersebut < 0.05 maka terdapat perbedaan rata-rata kualitas hidup pasien hemodialisis dengan *continuous ambulatory peritoneal dialysis*.
2. Berdasarkan distribusi data pada kelompok jenis kelamin, didapatkan responden paling banyak yaitu berjenis kelamin laki-laki, pada kelompok usia didapatkan rata-rata usia pasien yaitu > 40 tahun, pada kelompok lama terapi didapatkan hasil rata-rata < 5 tahun paling banyak dan pada distribusi kualitas hidup didapatkan pasien dengan terapi hemodialisis dan *continuous ambulatory peritoneal dialysis* memiliki kualitas hidup baik.
3. Hasil dari kriteria kuesioner kualitas hidup didapatkan bahwa fungsi fisik, peran fisik, kesehatan umum, dan fungsi sosial bahwa kualitas hidup pasien CAPD lebih baik dibandingkan dengan kualitas hidup pasien hemodialisis. Sedangkan pada kriteria rasa nyeri, peranan emosional, kesehatan jiwa, dan energi didapatkan tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara kualitas hidup pasien hemodialisis dengan CAPD

5.2 Saran

1. Peneliti berharap untuk penelitian selanjutnya dapat dilakukan penelitian beserta edukasi mengenai kualitas hidup terhadap pasien agar menambah wawasan dan pengetahuan pasien mengenai pentingnya kualitas hidup dan dapat meningkatkan pengetahuan mengenai gagal ginjal kronik.
2. Peneliti berharap untuk penelitian selanjutnya dapat lebih banyak

menambahkan karakteristik responden seperti memiliki riwayat penyakit penyerta, pendidikan, pekerjaan dari responden.

3. Hasil penelitian dapat digunakan sebagai pengembangan pengetahuan dalam pendidikan dan menjadi pelengkap bahan bacaan mengenai kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik dengan terapi hemodialisis maupun *continuous ambulatory peritoneal dialysis*.

REFRENSI

1. Bachtiar F, Purnamadyawati P. Gambaran Activity Daily Living (ADL) Pasien Penyakit Ginjal Kronis yang Menjalani Hemodialisis di RS Setia Mitra Jakarta. *J Epidemiol Kesehat Komunitas*. 2021;6(1):127-134. doi:10.14710/jekk.v6i1.9993
2. Wiliyanarti PF, Muhith A. Life Experience Of Chronic Kidney Disease Undergoing Hemodialysis. *J Bionursing*. 2019;4(1):55-60. <http://bionursing.fikes.unsoed.ac.id/bion/index.php/bionursing/article/download/14/37>
3. Arianti, Rachmawati A. Karakteristik Pasien Chronic Kidney Disease (Ckd) Yang Menjalani Program Hemodialisis Rutin Di Rsi Fatimah Cilacap. *Tens Trends Nurs Sci*. 2020;1(1):19-28. doi:10.36760/tens.v1i1.102
4. Imron Rosyidi M, Wakhid A. Gambaran Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronis Yang Menjalani Terapi Hemodialisa. *J Keperawatan Jiwa*. 2017;5(2):7-107.
5. Lydia A. Peran Continous Ambulatory Peritoneal Dialysis dalam Pemerataan Layanan Pengganti Ginjal di Indonesia. *J Penyakit Dalam Indones*. 2020;7(3):186. doi:10.7454/jpdi.v7i3.469
6. Nabila A, Puspitasari CE, Erwinayanti GA. Gambaran Diagnosis Pasien Hemodialisa. *J Sains dan Kesehat*. 2020;3(1):242237.
7. Soelistyoningsih D. Kualitas Hidup Pasien Penyakit Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisis Dan Capd Di Rssa Malang. *J Ilm Kesehat Media Husada*. 2019;8(1):47-55. doi:10.33475/jikmh.v8i1.191
8. Chasani S, Saktini F, Ramadhan M G. Pebandingan kualitas hidup pasien penyakit ginjal kronik yang diterapi dengan CAPD atau Hemodialisis. *J Kedokt dipenogoro*. 2017;6(4):1518-1528.
9. Widyana R, Mercu U, Yogyakarta B, Tengah J. Kronis Dengan Hemodialisa.
10. Qadrianti N. Penggunaan Instrumen Untuk Menilai Kualitas Hidup Pasien Dengan Gagal Jantung Di Asia: A Scoping Review. *Progr Stud Magister Ilmu Keperawatan Univ Hasanudin Makassar*. Published online 2021. doi:10.52386/neurona.v35i1.44
11. Haris RNH, Makmur R, Andayani TM, Kristina SA. Penilaian Properti Psikometrik Instrumen Kualitas Hidup (HRQol) pada Populasi Umum: Tinjauan Sistematis. *J Manaj Dan Pelayanan Farm (Journal Manag Pharm Pract*. 2019;9(2):65-75. doi:10.22146/jmpf.41911
12. Siagian KN, Damayanty AE. Artikel Penelitian Identifikasi Penyebab Penyakit Ginjal Kronik pada Usia Dibawah 45 Tahun di Unit Hemodialisis Rumah Sakit Ginjal Rasyida Medan Tahun 2015. 2015;1(3).
13. Pralisa K, Dewi DAK, Ilmiawan MI. Gambaran etiologi penyakit ginjal kronik stadium V pada pasien rawat inap di RSUD Dokter Soedarso Pontianak tahun 2017-2018. *J Cerebellum*. 2021;6(3):59. doi:10.26418/jc.v6i3.45308
14. Marfianti E, Anisa R. Karakteristik Faktor Risiko Pasien Chronik Kidney Disease (CKD) Yang Menjalani Hemodialisa Di RS X Madiun. *Biomedika J*. 2020;1. doi:10.1201/9781315382319

15. Salsabila A. Gambaran Karakteristik Gagal Ginjal Kronik Obstruktif. Published online 2023:40-44.
16. Shabrina SA, Saftarina F, Pramesona BA. Faktor Risiko Penyakit Ginjal Kronik Pada Pasien Diabetes Risk Factors for Chronic Kidney Disease in Diabetic Patients. *J Kedokt Unila*. 2022;6:58-62.
17. Wahyuningsih S, Nugroho H, Suhartono S, Hadisaputro S, Adi MS. Faktor Risiko Kejadian Nefropati Diabetika pada Wanita. *J Epidemiol Kesehatan Komunitas*. 2019;4(1):18. doi:10.14710/jekk.v4i1.4426
18. Satyanarayana R, Aedulla narothama R. Chronic Renal Failure. Published online 2022. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535404/>
19. Anggraini D. Aspek Klinis Dan Pemeriksaan Laboratorium Penyakit Ginjal Kronik. *An-Nadaa J Kesehatan Masy*. 2022;9(2):236. doi:10.31602/ann.v9i2.9229
20. Rahmawati F. Aspek Laboratorium Gagal Ginjal Kronik. *J Ilm Kedokt Wijaya Kusuma*. 2018;6(1):14. doi:10.30742/jikw.v6i1.323
21. Haryanti IAP, Nisa K. Terapi Konservatif dan Terapi Pengganti Ginjal sebagai Penatalaksanaan pada Gagal Ginjal Kronik. *Majority*. 2015;4:49-54.
22. AJ.Rusdi. Jurnal Medika Udayana Rabdomiosarkoma. 2022;11(9):7-12.
23. Syukri M. Terapi Pengganti Ginjal. *Teraspi pengganti ginjal*. Published online 2015:43-48.
24. Zasra R, Harun H, Azmi S. Indikasi dan Persiapan Hemodialis Pada Penyakit Ginjal Kronis. *J Kesehatan Andalas*. 2018;7(Supplement 2):183. doi:10.25077/jka.v7i0.847
25. Reza F, Wulandari ER, Nurisani R, Kusmayadi IM. Pengalaman Komunikasi Pasien Penderita Gagal Ginjal Kronik Bertahan Hidup Dengan Hemodialisis dan Continous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD). *ArtComm J Komun dan Desain*. 2019;2(1):46-54. doi:10.37278/artcomm.v2i1.161
26. Musnelina L, Kurniati D, Ferdinal D. Perbedaan Kualitas Hidup antara Terapi Hemodialisis dengan Terapi Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) pada Pasien Gagal Ginjal Kronik. 2023;16(1):7-12.
27. Tjokroprawiro A, Setiawan poernomo boedi, Santoso D, Soegiarto G, Rahmawati lita diah. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. 2nd ed. Airlangga University Press; 2015.
28. Sulistini R. *Fatigue Pasien Yang Menjalani Hemodialisis Pendekatan Asuhan Keperawatan*. Chakra Brahmanda Lentera; 2020.
29. Utami TF. Perbedaan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik Dengan Hemodialisa Dan Peritoneal Dialisa Di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Moewardi. 2022;05:1-6.
30. Ulya L, Krisbiantoro P, Hartinah D, Karyati S, Widaningsih. Hubungan Durasi Hemodialisa Dengan Tekanan Darah Pasien Gagal Ginjal Kronik Di Ruang Hemodialisis RSI Pati. 2020;5.
31. Sucipto A, Pranatha IGS, Rahil NH. Studi komparatif status hemodinamik pasien Gagal Ginjal Kronis yang menjalani hemodialisa. *Infokes*. 2019;9(02):113-121.
32. Aggarwal V, Schreiber MJ. Techniques in Peritoneal Dialysis. *Appl Perit Dial*. 2021;(1):121-131. doi:10.1007/978-3-030-70897-9_11

33. Teitelbaum I, Burkart J. Peritoneal Dialysis. *Am J Kidney Dis.* 2003;42(5):1082-1096. doi:10.1016/j.ajkd.2003.08.036
34. Goldstein M, Carrillo M, Ghai S. Continuous ambulatory peritoneal dialysis-a guide to imaging appearances and complications. doi:10.1007/s13244-012-0203-y
35. Jacob DE, Sandjaya. Faktor faktor yang mempengaruhi kualitas hidup masyarakat Karubaga district sub district Tolikara propinsi Papua. *J Nas Ilmu Kesehat.* 2018;1(69):1-1
36. Haris RNH, Makmur R, Andayani TM, Kristina SA. Penilaian Properti Psikometrik Instrumen Kualitas Hidup (HRQol) pada Populasi Umum: Tinjauan Sistematis. *J Manaj DAN PELAYANAN Farm (Journal Manag Pharm Pract.* 2019;9(2):65-75. doi:10.22146/jmpf.41911
37. Afiyanti Y. Analisis Kualitas Hidup Lansia. *J Keperawatan Indones.* 2010;13(2):81-86.
38. Lela Aini L, Astuti E, Maharani S. Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Kualitas Hidup Gagal Ginjal Kronik (GGK) Yang Menjalani Hemodialisa. *J Ilmu Kedokt Dan Kesehat.* 2021;8.
39. Luxfiyati. Penyusunan Instrumen Kualitas Hidup Yang. Published online 2019.
40. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. *SF-36 Health Survey Manual & Interpretation Guide.*; 1993.

Lampiran 1. Lembar Penjelasan

LEMBAR PERSETUJUAN (INFORMED CONSENT)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Alamat :

No. Hp :

Menyatakan bersedia menjadi
responden kepada Nama :

Tria Tiurma Lestari Siahaan

NPM 1908260074

Instansi : Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah
Sumatera Utara.

Dalam rangka berpartisipasi penelitian dengan judul “Perbandingan Kualitas Hidup Pasien Hemodialisis Dengan Pasien *Continous Ambulatory Peritoneal Dialysis*”. Dengan ini saya menyatakan bersedia dengan sukarela menjadi subjek penelitian tersebut. jika sewaktu-waktu ingin berhenti, saya berhak untuk tidak melanjutkan keikutsertaan saya terhadap penelitian ini tanpa sanksi apapun.

Medan,..... 2022

(.....)

Lampiran 2. Kuesioner Penelitian

1. Bagaimana anda mengatakan kondisi kesehatan anda saat ini ?

- Sangat baik sekali = 1
- Sangat baik = 2
- Baik = 3
- Cukup baik = 4
- Buruk = 5

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

- Sangat lebih baik = 1
- Lebih baik = 2
- Sama saja = 3
- Lebih buruk = 4
- Sangat buruk = 5

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

Keterangan :

SM = Sangat Membatasi SdM = Sedikit Membatasi TM = Tidak Membatasi

NO	Pernyataan	SM	SdM	TM
3	Aktivitas yang membutuhkan banyak energi, mengangkat benda berat, melakukan olahragaberat.			
4	Aktivitas ringan seperti memindahkan meja, menyapu, jogging/jalan santai			
5	Mengangkat atau membawa barang ringan (misalnya belanjaan, tas)			
6	Menaiki beberapa anak tangga			
7	Menaiki satu tangga			
8	Menekuk leher/tangan/kaki, bersujud atau membungkuk			
9	Berjalan lebih dari 1,5 km			
10	Berjalan melewati beberapa gang/1km			
11	Berjalan melewati satu gang/0,5 km			
12	Mandi atau memakai baju sendiri.			

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

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

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

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

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

- Tidak mengganggu = 1
- Sedikit mengganggu = 2
- Cukup mengganggu = 3
- Mengganggu sekali = 4
- Sangat mengganggu sekali = 5

21. Seberapa besar anda merasakan nyeri pad
22. a tubuh anda selama 4 mingguterakhir
- Tidak ada nyeri = 1
 - Nyeri sangat ringan = 2
 - Nyeri ringan = 3
 - Nyeri sedang = 4
 - Nyeri sekali = 5
 - Sangat nyeri sekali = 6
23. Dalam 4 minggu terakhir, seberapa besar rasa sakit/nyeri mengganggu pekerjaan anda sehari-hari (termasuk pekerjaan diluar rumah dan pekerjaan didalam rumah)?
- Tidak mengganggu sedikitpun = 1
 - Sedikit mengganggu = 2
 - Cukup mengganggu = 3
 - Sangat mengganggu = 4
 - Sangat mengganggu sekali = 5

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

Keterangan :

S	= Selalu
HS	= Hampir Selalu
CS	= Cukup Sering
KK	= Kadang-kadang
J	= Jarang
TP	= Tidak Pernah

No	Pernyataan	S	HS	CS	KK	J	TP
23	Apakah anda merasa penuh semangat ?						
24	Apakah anda orang yang sangat gugup ?						
25	Apakah anda merasa sangat tertekan dan tak ada yang menggembirakan anda ?						

26	Apakah anda merasa tenang dan damai ?						
27	Apakah anda memiliki banyak tenaga?						
28	Apakah anda merasa putus asa & sedih ?						
29	Apakah anda merasa bosan ?						
30	Apakah anda seorang yang periang ?						
31	Apakah anda merasa cepat lelah ?						

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

- Selalu = 1
- Hampir selalu = 2
- Kadang-kadang = 3
- Jarang = 4
- Tidak pernah = 5

Petunjuk berikut dimaksud untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan no.33-

36. Menurut anda, sejauh mana kebenaran pernyataan berikut menggambarkan keadaan kesehatan anda.

Keterangan :

- B = Benar
- BS = Benar Sekali
- TT = Tidak Tahu
- S = Salah
- SS = Salah Sekali

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

Lampiran 3. Skor Kuesioner SF-36

No Pertanyaan	No respon	Skor
1, 2, 20, 22, 34, 36	1	100
	2	75
	3	50
	4	25
	5	0
3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10,11, 12	1	0
	2	50
	3	100
13, 14, 15, 16, 17,18, 19	1	0
	2	100
21, 23, 26, 27, 30	1	100
	2	80
	3	60
	4	40
	5	20
	6	0
24, 25, 28, 29, 31	1	0
	2	20
	3	40

	4	60
	5	80
	6	100
32, 33, 35	1	0
	2	25
	3	50
	4	75
	5	100

Lampiran 4 : Ethica Clearance



KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SUMATERA UTARA
FACULTY OF MEDICINE UNIVERSITY OF MUHAMMADIYAH SUMATERA UTARA

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL
"ETHICAL APPROVAL"
No : 917/KEPK/FKUMSU/2022

Protokol penelitian yang diusulkan oleh :
The Research protocol proposed by

Peneliti Utama : Tria Tiurma Lestari Siahaan
Principal in investigator

Nama Institusi : Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara
Name of the Institution
Faculty of Medicine University of Muhammadiyah Sumatera Utara

Dengan Judul
Title

"PERBANDINGAN KUALITAS HIDUP PASIEN HEMODIALISIS DENGAN PASIEN CONTINUOUS AMBULATORY PERITONEAL DIALYSIS DI RSUD DR.PIRNGADI KOTA MEDAN"

"COMPARISON OF QUALITY OF LIFE OF HEMODIALYSIS PATIENTS WITH CONTINUOUS AMBULATORY PERITONEAL DIALYSIS PATIENTS AT DR. PIRNGADI HOSPITAL MEDAN CITY"

Dinyatakan layak etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Ilmiah
3) Pemerataan Beban dan Manfaat, 4) Resiko, 5) Bujukan / Eksploitasi, 6) Kerahasiaan dan Privacy, dan
7) Persetujuan Setelah Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator setiap standar.

Declared to be ethically appropriate in accordance to 7 (seven) WHO 2011 Standards, 1) Social Values, 2) Scientific Values, 3) Equitable Assessment and Benefits, 4) Risks, 5) Persuasion / Exploitation, 6) Confidentiality and Privacy, and 7) Informed Consent, referring to the 2016 CIOMS Guidelines. This is as indicated by the fulfillment of the indicator of each standard

Pernyataan Laik Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 08 Oktober 2022 sampai dengan tanggal 08 Oktober 2023
The declaration of ethics applies during the periode Oktober' 08, 2022 until Oktober' 08, 2023



Lampiran 5 : Surat izin selesai penelitian



PEMERINTAH KOTA MEDAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. PIRNGADI KOTA MEDAN
 (AKREDITASI PARIPURNA NO. KARS-SERT/974/X/2019 TGL. 2 OKTOBER 2019)
 Jalan Prof.H.M. Yamin, SH No. 47 Medan, Kode Pos 20234
 Tel : (061) 4158701 – Fax. (061) 4521223
 E-mail : rsupirngadi@gmail.com Website : www.rsudpirngadi.pemkomedan.go.id



Nomor : 070/ *687* / B.LITBANG /2023 Medan, 31 Januari 2023
 Sifat : -
 Lampiran : -
 Perihal : Selesai Penelitian Kepada:
 An. *Tria Tiurma Lestari Siahaan* Yth. Dekan Fakultas Kedokteran
 Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara
 di-
 Tempat

Dengan hormat,
 Membalas surat saudara no : 1261/II.3.AU/UMSU-08/A/2022 tanggal : 17 Oktober 2022 perihal: Mohon Izin Penelitian, dengan ini kami sampaikan bahwa:

NAMA : TRIA TIURMA LESTARI SIAHAAN
NIM : 1908260074
Institusi : S-1 FK UMSU

Telah selesai melaksanakan Penelitian di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Pirngadi Kota Medan dengan judul :

Perbandingan Kualitas Hidup Pasien Hemodialisis Dengan Pasien Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis Di RSUD Dr. Pirngadi Kota Medan.

Untuk kelangsungan kegiatan Penelitian, kiranya saudara dapat memberikan kepada kami 1 (satu) eksp. skripsi jilid Lux dan 1 (satu) buah dalam bentuk CD.

Demikian disampaikan atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Plt. Direktur
 RSUD Dr. Pirngadi Kota Medan

dr. Taufik Ririansyah, M.K.M
Pembina Utama Muda
NIP. 19760718 200312 1 002

Lampiran 6. Data Responden

Data CAPD

Nama	Umur	Jenis Kelamin	Lama CAPD ?
LFS	32	L	3 tahun
FR	39thn	L	1 tahun
MCR	26	L	5 tahun
BS	72	L	3 tahun
R	35	L	6 tahun
MP	54 tahun	P	6 bulan
D	33 tahun	P	7 tahun
S	30 tahun	P	5 tahun
SI	60 tahun	P	5 tahun
AS	36 tahun	P	2 tahun
B	37	L	4tahun
W	31 tahun	L	5 tahun
R	33	L	3 tahun
YZ	52	L	3 tahun
AN	31	L	4 tahun
AF	44	L	3 tahun
S	47	L	9 bulan
BZ	34 Tahun	L	4 Bulan
H	41 tahun	P	8 bulan
HS	41	L	11 Bulan
S	48 tahun	P	10 bulan
D	5 tahun	P	5 tahun
PS	41 tahun	L	3 tahun
MA	41 tahun	P	3 tahun
A	56 tahun	L	3 tahun
HF	42 tahun	L	2 tahun
S	59 tahun	L	2 tahun
MS	64 tahun	L	4 tahun
I	38 tahun	L	2 tahun
RM	55 tahun	L	2 tahun
SF	39 thn	P	6 bulan
JA	46thn	L	1 thn
MS	42 tahun	P	2th
MFS	55 tahun	L	2 tahun
BZ	34 Tahun	L	7 bulan
LS	57 tahun	L	1 tahun
JS	63 tahun	L	3 tahun

AW	53 thn	L	5bulan
HS	37 tahun	P	5 bulan
DS	58 tahun	L	1 thn
ES	45 tahun	L	9 bulan
MS	32 tahun	P	4 bulan
AS	28 tahun	L	7 bulan
RM	41 tahun	L	8 bulan
SP	37 tahun	L	2 tahun
S	35 tahun	L	1 tahun
GS	54 tahun	L	3 tahun
HS	58 tahun	L	4 tahun

Data Hemodialisis

Nama	Usia	Jenis Kelamin	lama pasien HD
H	62	L	5 tahun
M.	59	L	11 tahun
E	55	P	6 tahun
S	63	P	4 tahun
S	46	L	5 tahun
L	55	L	2,5 tahun
J	48	P	7 tahun
T	47	L	2 tahun
E	66	L	8 tahun
H	47	P	3 tahun
D	59	L	4,5 tahun
S	32	L	1 tahun
I	33	P	1 tahun
S	49	L	3 tahun
N	55	P	3 tahun
A	45	L	4 tahun
MD	56	L	2 tahun
DS	38	L	1,5 tahun
Yu	48	L	4 tahun
M	60	P	2 tahun
W	36	L	3 tahun
M	36	P	3 tahun
S	43	L	1 tahun
S	49	L	2 tahun
RW	81	L	6,5 tahun
G	50	L	2 tahun

EP	40	P	3,5 tahun
BR	54	L	2 tahun
D	57	L	4 tahun
T	68	P	5,5 tahun
R	52	L	3 tahun
M.G	23	L	1 tahun
I	55	P	5 tahun
PS	34	L	2 tahun
ML	45	L	4,5 tahun
FA	40	P	1,5 tahun
S	60	L	4 tahun
S	45	L	2 tahun
RH	51	L	1 tahun
MP	43	L	3,5 tahun
ER	57	P	5 tahun
L	57	L	3 tahun
ES	42	L	4 tahun
ER	39	L	3 tahun
E	38	L	3,5 tahun
AP	42	L	1,5 tahun
RP	49	L	2,5 tahun
E	44	P	4 tahun

Lampiran 7. Data Statistik

JENIS KELAMIN CAPD

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	35	72.9	72.9	72.9
	Perempuan	13	27.1	27.1	100.0
Total		48	100.0	100.0	

JENIS KELAMIN HEMODIALISIS

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	34	70.8	70.8	70.8
	Perempuan	14	29.2	29.2	100.0
Total		48	100.0	100.0	

USIA CAPD

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<40 Tahun	21	43.8	43.8	43.8
	>40 Tahun	27	56.3	56.3	100.0
Total		48	100.0	100.0	

USIA HEMODIALISIS

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<40 Tahun	11	22.9	22.9	22.9
	>40 Tahun	37	77.1	77.1	100.0
Total		48	100.0	100.0	

LAMA PASIEN CAPD

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<5 Tahun	46	95.8	95.8	95.8
	>5 Tahun	2	4.2	4.2	100.0
Total		48	100.0	100.0	

LAMA PASIEN HEMODIALISIS

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<5 Tahun	42	87.5	87.5	87.5
	>5 Tahun	6	12.5	12.5	100.0
Total		48	100.0	100.0	

KUALITAS HIDUP CAPD

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	KUALITAS HIDUP BAIK	48	100.0	100.0	100.0

KUALITAS HIDUP HEMODIALISIS

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	KUALITAS HIDUP BAIK	48	100.0	100.0	100.0

Tests of Normality

Variabel	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk			
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.	
Kualitas Hidup	Hemodialisis	.065	48	.200*	.989	48	.934
	CAPD	.084	48	.200*	.990	48	.958

Group Statistics

	Variabel	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Fungsi Fisik	Hemodialisis	48	18.7708	6.07135	.87632
	CAPD	48	22.7917	4.06834	.58721
Peranan Fisik	Hemodialisis	48	3.9583	.92157	.13302
	CAPD	48	6.0417	1.14777	.16567
Peranan Emosional	Hemodialisis	48	5.1667	.95279	.13752
	CAPD	48	4.9375	.86063	.12422
Energi	Hemodialisis	48	10.4583	2.02073	.29167
	CAPD	48	10.8125	1.45363	.20981
Kesehatan Jiwa	Hemodialisis	48	15.4375	1.68733	.24354
	CAPD	48	16.0417	2.02073	.29167
Fungsi Sosial	Hemodialisis	48	3.0208	1.39130	.20082
	CAPD	48	5.5833	1.23484	.17823
Rasa Nyeri	Hemodialisis	48	5.0208	1.99456	.28789
	CAPD	48	4.9167	2.08167	.30046
Kesehatan Umum	Hemodialisis	48	12.8333	2.74702	.39650
	CAPD	48	14.0625	2.14780	.31001

Lampiran 8. Kegiatan Penelitian



Lampiran 10. Artikel Publikasi

Perbandingan Kualitas Hidup Pasien Hemodialisis Dengan Pasien *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis* Di RSUD Dr. Pirngadi Kota Medan

Tria Tiurma Lestari Siahaan¹, Hasroni Fathurrahman²

¹Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara, Medan, Indonesia
Email korespondensi : hasronif@gmail.com

Abstrak

Pendahuluan : Berdasarkan *Global Burden Of Disease* (GBD) tahun 2010, di tahun 1995 penyakit gagal ginjal kronik merupakan penyebab kematian urutan ke 27 dan meningkat menjadi urutan ke 18 di tahun 2010. Tersedia tiga modalitas yang dapat dipilih untuk terapi pasien penyakit ginjal, yakni hemodialisis, *peritoneal dialysis* dan transplantasi ginjal. Kualitas hidup menjadi pertimbangan untuk mengevaluasi hasil akhir efektivitas dari pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga medis. **Tujuan :** Untuk mengetahui perbandingan kualitas hidup pasien hemodialisis dengan pasien CAPD di RSUD Dr. Pirngadi Kota Medan. **Metode :** Jenis penelitian ini adalah analitik observasional dengan pendekatan cross sectional dengan responden yang memenuhi kriteria inklusi. Populasi pada penelitian ini adalah pasien hemodialisis dan CAPD sebanyak 96 sampel yang diberikan kuesioner SF 36. **Hasil :** Didapatkan hasil rata rata nilai hemodialisis 8.728 dan nilai rata rata pasien CAPD 79.062. **Kesimpulan :** Terdapat perbedaan kualitas hidup pasien hemodialisis dengan pasien *continuous ambulatory peritoneal dialysis* di RSUD Dr. Pirngadi Kota Medan, dengan $p = 0.000$, dimana nilai tersebut <0.05 maka terdapat perbedaan rata-rata kualitas hidup pasien hemodialisis dengan *continuous ambulatory peritoneal dialysis*.

Kata Kunci: Gagal ginjal kronik, Hemodialisis, CAPD, kualitas hidup, SF 36

Comparison of Quality of Life of Hemodialysis Patients with Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis Patients at RSUD Dr. Pirngadi Kota Medan

Tria Tiurma Lestari Siahaan¹, Hasroni Fathurrahman²

¹*Faculty of Medicine Muhammadiyah University of North Sumatra, Medan, Indonesia*
Corresponding Author : hasronif@gmail.com

Abstract

Introduction : Based on the 2010 Global Burden Of Disease (GBD), in 1995 chronic kidney disease was the 27th leading cause of death and increased to 18th in 2010. There are three modalities to choose from for the therapy of patients with kidney disease, namely hemodialysis, peritoneal dialysis and kidney transplantation. Quality of life is a consideration for evaluating the final outcome of the effectiveness of health services provided by medical personnel. **Objective:** To determine the comparison of the quality of life of hemodialysis patients with CAPD patients at Dr.Pirngadi Hospital, Medan City. **Methods:** This type of research is observational analytic with a cross-sectional approach with respondents who meet the inclusion criteria. The population in this study were hemodialysis and CAPD patients as many as 96 samples who were given the SF 36 questionnaire. **Results:** The results obtained were an average hemodialysis value of 8,728 and an average value of CAPD patients 79,062. **Conclusion:** There are differences in the quality of life of hemodialysis patients and continuous ambulatory peritoneal dialysis patients at Dr. Pirngadi City of Medan, with $p = 0.000$, where the value is <0.05 , there is a difference in the average quality of life of hemodialysis patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis.

Keywords: Chronic kidney failure, Hemodialysis, CAPD, quality of life, SF 36

PENDAHULUAN

Berdasarkan *Global Burden of Disease* (GBD) tahun 2010, penyakit gagal ginjal kronik merupakan penyebab kematian urutan ke - 27 di dunia pada tahun 1995 dan menjadi urutan ke - 18 pada tahun 2010 dengan sekitar 2,3-7,1 juta orang yang mengalami penyakit ginjal stadium akhir meninggal tanpa mendapatkan akses perawatan.¹ Menurut data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) di tahun 2018, Indonesia mengalami peningkatan sebanyak 1,8% penderita Gagal Ginjal Kronik sejak 2013 dimana tercatat 2% yang mengalami Gagal Ginjal Kronik (GGK) sedangkan ditahun 2018 sebanyak 3,8% tercatat yang mengalami Gagal Ginjal Kronik (GGK).² Prevalensi penderita gagal ginjal kronik stadium V menurut Perkumpulan Nefrologi Indonesia (PERNEFRI) di tahun 2016 yakni sebanyak 16.587 penderita dengan etiologi terbanyak disebabkan oleh nefropati diabetik dengan prevalensi sebanyak 8.573 (52%) penderita, dan kedua disebabkan oleh hipertensi dengan prevalensi 3.994 (24%) penderita.³

Chronic Kidney Disease (CKD) atau sering disebut Gagal Ginjal Kronik (GGK) adalah suatu keadaan dimana ginjal mengalami kerusakan sehingga kehilangan fungsi yang progresif dan *irreversible*.⁴ Penderita ginjal kronik stadium V ditetapkan sebagai *chronic kidney failure* (CKF) yang merupakan tahap terminal penyakit ginjal kronik yang ditandai dengan penurunan LFG kurang dari 15ml/menit/ 1,73 m² dan diperlukan terapi pengganti ginjal berupa hemodialisis, dialisis peritoneal, serta transplantasi ginjal.⁵

Secara etiologi urutan penyebab dari gagal ginjal yaitu oleh hipertensi (37%), diabetes melitus atau nefro diabetika (27%), kelainan bawaan atau glomerulopati primer (10%), gangguan penyumbatan saluran kemih atau nefropati obstruksi (7%), karena asam urat (1%), penyakit lupus (1%) dan penyebab lainnya (18%).⁶ Adapun beberapa gejala dan tanda umum pada tahap *Chronic Kidney Disease* adalah mual muntah, mudah kelelahan dan kelemahan, kehilangan selera makan, oliguria, gangguan tidur, pembengkakan kaki dan pergelangan kaki, serta hipertensi yang sulit dikendalikan.⁷ Terapi pengganti ginjal merupakan modalitas dari tatalaksana yang dapat diberikan kepada pasien CKD yang mengalami penurunan fungsi ginjal, yang terdiri dari transplantasi ginjal, hemodialisis, dan peritoneal dialisis, sehingga tatalaksana harus segera diberikan sejak pasien sudah memasuki stadium empat karena sulit untuk meninjau progresifitas dari penurunan fungsi ginjal kedepannya.⁸

Hemodialisis adalah tindakan untuk menggantikan fungsi dari ginjal yang dilakukan secara rutin. Hemodialisis dilakukan untuk mengeluarkan sisa-sisa dari metabolisme tubuh atau racun tertentu dari dalam peredaran darah manusia, contohnya seperti kelebihan kreatinin, ureum, asam urat maupun zat-zat lain melalui membrane semipermeable.⁹ Tujuan dari terapi hemodialisa yakni :

- a) Menggantikan fungsi ginjal dalam fungsi ekskresi, yakni mengeluarkan sisa-sisa metabolisme dari dalam tubuh, seperti kreatinin, ureum dan sisa- sisa metabolisme yang lain,
- b) Menggantikan fungsi ginjal

dalam mengeluarkan cairan tubuh yang mana seharusnya cairan itu dikeluarkan sebagai urin saat ginjal sehat, c) Meningkatkan kualitas hidup pada pasien yang mengalami penurunan fungsi ginjal, d) Menggantikan fungsi ginjal sembari menunggu program pengobatan yang lainnya.¹⁰ Komplikasi hemodialisis yang sering terjadi adalah hipertensi 70%, sakit kepala 40% dan hipotensi 26%, keram otot 18%, aritmia 12%, serta sesak nafas 10%.¹¹

CAPD adalah salah satu bentuk dialisis peritoneal yang menggunakan membrane peritoneum yang bersifat semi permeable sebagai membrane dialisis dan prinsip kerja peritoneal dialisis yakni proses ultrafiltrasi antara cairan dialisis yang masuk kedalam rongga peritoneum dengan plasma dalam darah.¹² Keunggulan CAPD yaitu lebih baik, pola diet dan manajemen cairan yang lebih baik dan kebebasan berpergian, derajat anemia yang lebih rendah, tidak memerlukan anti koagulan, komplikasi hipertensi lebih sedikit, risiko hipertensi selama dialisis lebih rendah, lebih baik untuk pasien anak, lanjut usia dan diabetes, akses yang lebih baik, dan ekonomis sedangkan kelemahan CAPD yaitu risiko peritonitis, masalah yang berhubungan dengan kateter dan konektor, komplikasi hernia, pasien mudah bosan dan kelelahan, obesitas dan hiperlipidemia, hilangnya ultrafiltrasi dan bersihan peritoneum (kegagalan membran).¹² Komplikasi dari CAPD yaitu infeksi, kebocoran dialisat, hernia, dan *encapsulating sclerosing peritonitis* (ESP).¹³

The World Health Organization (WHO) menyatakan

kualitas hidup yaitu persepsi seorang individu kepada posisi dalam kehidupannya meliputi konteks budaya dan sistem nilai, dimana individu tersebut tinggal dan dalam hubungannya dengan harapan, tujuan, standar, serta perhatian. Secara garis besar komponen dari kualitas hidup dibagi menjadi fungsi fisik, sosial maupun psikologis.¹⁴ Faktor kualitas hidup yaitu usia, penghasilan pekerjaan, dan lamanya proses menjalani hemodialisis.¹⁵ Kualitas hidup dapat dinilai dengan beberapa instrument, yaitu MLHFG, SF-36, EQ-5D, WHOQoL-BREF, WHO, CASP-19, WEMWBS dan PedsQL.¹⁶ Namun dari hasil penelitian Restu Qadrianti (2018) yang berjudul "*Penilaian Properti Psikometrik Instrumen Kualitas Hidup (HRQoL) pada Populasi Umum : Tinjauan Sistemik*" bawah SF-36 memiliki kredibilitas penilaian instrumen yang paling baik (*established*).¹⁷ Oleh karena itu, pada penelitian ini penilaian kualitas hidup menggunakan kuesioner SF-36. Penelitian ini dilakukan di RSUD Dr. Pringadi Kota Medan, diharapkan mendapat hasil yang dapat dijadikan acuan dalam pemilihan modalitas terapi yang tepat dan optimal.

METODE

Jenis penelitian ini adalah analitik observasional dengan pendekatan cross sectional dengan responden yang memenuhi kriteria inklusi. Populasi pada penelitian ini adalah pasien hemodialisis dan CAPD sebanyak 96 sampel yang diberikan kuesioner SF 36.

HASIL

Distribusi Data Berdasarkan Rata-rata Jenis Kelamin Pasien Pada Kelompok Terapi Hemodialisis dan Terapi CAPD

Tabel 4.1. Distribusi data berdasarkan rata-rata Jenis Kelamin

Hasil	Frekuensi	Persentase (%)
Jenis Kelamin CAPD		
Laki laki	35	72,9
Perempuan	13	27,1
Jenis Kelamin Hemodialisis		
Laki laki	34	70,8
Perempuan	14	29,2
Total	96	100

Berdasarkan tabel di atas diperoleh informasi bahwa dari 48 responden yang digunakan sebagai sampel penelitian didapatkan hasil responden yang memiliki jenis kelamin laki-laki CAPD sebanyak 35 responden dengan presentase 72.9%, dan responden yang memiliki jenis kelamin laki-laki hemodialisis sebanyak 34 responden dengan presentase 70.8%. Sedangkan pada jenis kelamin perempuan, responden capd sebanyak 13 responden dengan presentase 27.1% dan responden hemodialisis sebanyak 14 responden dengan presentase 29.2%.

Distribusi Data Berdasarkan Rata-rata Usia Pasien Pada Kelompok Terapi Hemodialisis Dan Terapi CAPD

Tabel 4.2. Distribusi Data Berdasarkan Rata-rata Usia

Hasil	Frekuensi	Persentase (%)
Usia CAPD		
<40 Tahun	21	43,8
>40 Tahun	27	56,3
Usia Hemodialisis		
<40 Tahun	11	22,9
>40 Tahun	37	77,1
Total	96	100

Berdasarkan tabel di atas diperoleh informasi bahwa dari 48 responden yang digunakan sebagai sampel penelitian didapatkan hasil responden capd yang memiliki usia < 40 tahun sebanyak 21 responden dengan presentase 43,8%, dan responden hemodialisis yang memiliki usia < 40 tahun sebanyak 11 responden dengan presentase 22,9%. Sedangkan pada responden CAPD yang memiliki usia > 40 tahun sebanyak 27 responden dengan presentase 56,3% dan responden hemodialisis yang memiliki usia > 40 tahun sebanyak 37 responden dengan presentase 77,1%.

Distribusi Data Berdasarkan Rata-rata Lama Terapi Pada Kelompok Terapi Hemodialisis Dan Terapi CAPD

Tabel 4.3. Distribusi Data Berdasarkan Rata-rata Lama Terapi

Hasil	Frekuensi	Persentase (%)
Lama Pasien CAPD		
<5 Tahun	46	95,8
>5 Tahun	2	4,2
Lama Pasien Hemodialisis		
<5 Tahun	42	87,5
>5 Tahun	6	12,5
Total	96	100

Berdasarkan tabel di atas diperoleh informasi bahwa dari 48 responden yang digunakan sebagai sampel penelitian didapatkan hasil lama

pasien capd yang < 5 tahun sebanyak 46 responden dengan presentase 95,8%, dan lama pasien hemodialisis yang < 5 tahun sebanyak 42 responden dengan presentase 87,5%. Sedangkan pada lama pasien CAPD yang > 5 tahun sebanyak 2 responden dengan presentase 4.2%, dan lama pasien hemodialisis yang > 5 tahun sebanyak 6 responden dengan presentase 12,5%.

Distribusi Frekuensi Kualitas Hidup

Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Kualitas Hidup Pasien Terapi Hemodialisis dengan CAPD

Kualitas Hidup	CAPD	HD
Buruk	0 (0%)	0 (0%)
Baik	48 (100%)	48 (100%)
Total	48 (100%)	48 (100%)

Berdasarkan tabel di atas diperoleh informasi bahwa dari 48 responden yang kualitas hidup baik dengan presentase 100%. Sedangkan pada HD didapatkan hasil responden memiliki kualitas hidup buruk dengan presentase 0% dan 48 responden memiliki kualitas hidup baik dengan presentase 100%.

Hasil Uji Hipotesis Perbandingan Kualitas Hidup Pasien HD Dan CAPD Berdasarkan SF-36

Tabel 4.5 Perbandingan Kualitas Hidup antara Pasien HD dan CAPD berdasarkan SF-36

Kriteria	Kelompok		p-value
	HD Mean ± SD	CAPD Mean ± SD	
Dimensi Kesehatan			
Fisik			
Fungsi Fisik	18.770 ± 6.071	22.791 ± 4.068	0.000
Peran Fisik	3.958 ± 0.921	6.041 ± 1.147	0.000
Rasa Nyeri	5.020 ± 1.994	4.916 ± 2.081	0.803
Kesehatan Umum	12.833 ± 2.747	14.062 ± 2.147	0.016
Dimensi Kesehatan			
Psikis			
Peranan Emosional	5.166 ± 0.952	4.937 ± 0.860	0.219
Kesehatan Jiwa	15.437 ± 1.687	16.041 ± 2.020	0.115
Fungsi Sosial	3.020 ± 1.391	5.583 ± 1.234	0.000
Energi	10.458 ± 2.020	10.812 ± 1.453	0.327

Pada kriteria fungsi fisik diperoleh hasil *p-value* sebesar 0.000, nilai tersebut <0.05 yang artinya terdapat perbedaan signifikan antara kelompok HD dan CAPD pada fungsi fisik. Pada peran fisik diperoleh hasil *p-value* sebesar 0.000, nilai tersebut < 0.005 maka terdapat perbedaan signifikan antara kelompok HD dan CAPD pada peran fisik. Kriteria Rasa nyeri diperoleh hasil *p-value* 0.803, nilai tersebut > 0.005 maka tidak terdapat perbedaan signifikan antara kelompok HD dan CAPD pada rasa nyeri.

Pada kriteria kesehatan umum diperoleh hasil *p-value* sebesar 0.016, nilai tersebut < 0.05 maka terdapat perbedaan signifikan antara kelompok HD dan CAPD pada kesehatan umum. Pada kriteria peranan emosional diperoleh hasil *p-value* sebesar 0.219, nilai tersebut >0.05 maka tidak terdapat perbedaan signifikan antara kelompok HD dan CAPD pada peranan emosional. Kriteria kesehatan jiwa diperoleh hasil *p-value* sebesar 0.115, nilai tersebut > 0.05 maka tidak terdapat perbedaan signifikan antara kelompok HD dan CAPD pada kesehatan jiwa. Pada kriteria fungsi sosial diperoleh hasil *p-value* sebesar 0.000, nilai tersebut <0.05 yang artinya terdapat perbedaan signifikan

antara kelompok HD dan CAPD pada fungsi sosial. Kriteria energi diperoleh hasil *p-value* 0.327, nilai tersebut > 0.005 maka tidak terdapat perbedaan signifikan antara kelompok HD dan CAPD pada rasa energi.

Hasil Uji Hipotesis Perbandingan Kualitas Hidup Antara Pasien Hemodialisis dengan Pasien CAPD di RSUD Dr.Pirngadi Kota Medan

Tabel 4.6. Perbandingan Kualitas Hidup Pasien Hemodialisis dengan CAPD

Kualitas Hidup	Mean \pm SD	Selisih Mean	p-value
Hemodialisis	79.062 \pm 8.728	-8.229	0.000
CAPD	87.2917 \pm 6.164		

Berdasarkan tabel di atas diperoleh bahwa nilai rata-rata kualitas hidup pada kelompok terapi CAPD memiliki skor lebih besar dibandingkan dengan kelompok terapi hemodialisis, hal ini dilihat dari nilai rata rata kelompok terapi CAPD sebesar 87.2917 ± 6.164 , sedangkan pada kelompok terapi hemodialisis yaitu sebesar 79.062 ± 8.728 . Selain itu didapatkan nilai *p-value* 0.000, yang artinya nilai tersebut < 0.05 , maka H_0 ditolak dan H_1 diterima yang artinya terdapat perbedaan rata-rata kualitas hidup pasien terapi hemodialisis dengan CAPD.

KESIMPULAN

Terdapat perbedaan kualitas hidup pasien hemodialisis dengan pasien *continuous ambulatory peritoneal dialysis* di RSUD Dr. Pirngadi Kota Medan, dengan $p = 0.000$, dimana nilai tersebut < 0.05 maka terdapat perbedaan rata-rata kualitas hidup pasien hemodialisis dengan

continuous ambulatory peritoneal dialysis. Berdasarkan distribusi data pada kelompok jenis kelamin, didapatkan responden paling banyak yaitu berjenis kelamin laki-laki, pada kelompok usia didapatkan rata-rata usia pasien yaitu > 40 tahun, pada kelompok lama terapi didapatkan hasil rata-rata < 5 tahun paling banyak dan pada distribusi kualitas hidup didapatkan pasien dengan terapi hemodialisis dan *continuous ambulatory peritoneal dialysis* memiliki kualitas hidup baik. Hasil dari kriteria kuesioner kualitas hidup didapatkan bahwa fungsi fisik, peran fisik, kesehatan umum, dan fungsi sosial bahwa kualitas hidup pasien CAPD lebih baik dibandingkan dengan kualitas hidup pasien hemodialisis. Sedangkan pada kriteria rasa nyeri, peranan emosional, kesehatan jiwa, dan energi didapatkan tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara kualitas hidup pasien hemodialisis dengan CAPD

UCAPAN TERIMAKASIH

Terimakasih kepada kedua orang tua saya yang telah mendo'akan, memotivasi serta memberikan dukungan baik secara materil maupun moral. Terimakasih kepada dosen pembimbing saya dr. Hasroni Fathurrahman serta kepada dosen penguji saya dr. Rahmawati serta Dr. Emni Purwoningsih yang berperan dalam penyusunan

DAFTAR PUSTAKA

1. Bachtiar F, Purnamadyawati P. Gambaran Activity Daily Living (ADL) Pasien Penyakit Ginjal Kronis yang Menjalani Hemodialisis di RS Setia

- Mitra Jakarta. *J Epidemiol Kesehatan Komunitas*. 2021;6(1):127-134.
doi:10.14710/jekkk.v6i1.9993
2. Wiliyanarti PF, Muhith A. Life Experience Of Chronic Kidney Disease Undergoing Hemodialysis. *J Bionursing*. 2019;4(1):55-60.
<http://bionursing.fikes.unsoed.ac.id/bion/index.php/bionursing/article/download/14/37>
 3. Arianti, Rachmawati A. Karakteristik Pasien Chronic Kidney Disease (Ckd) Yang Menjalani Program Hemodialisis Rutin Di Rsi Fatimah Cilacap. *Tens Trends Nurs Sci*. 2020;1(1):19-28.
doi:10.36760/tens.v1i1.102
 4. Imron Rosyidi M, Wakhid A. Gambaran Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronis Yang Menjalani Terapi Hemodialisa. *J Keperawatan Jiwa*. 2017;5(2):7-107.
 5. Lydia A. Peran Continous Ambulatory Peritoneal Dialysis dalam Pemerataan Layanan Pengganti Ginjal di Indonesia. *J Penyakit Dalam Indones*. 2020;7(3):186.
doi:10.7454/jpdi.v7i3.469
 6. Nabila A, Puspitasari CE, Erwinayanti GA. Gambaran Diagnosis Pasien Hemodialisa. *J Sains dan Kesehatan*. 2020;3(1):242237.
 7. Soelistyoningsih D. Kualitas Hidup Pasien Penyakit Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisis Dan Capd Di Rssa Malang. *J Ilm Kesehat Media Husada*. 2019;8(1):47-55.
doi:10.33475/jikmh.v8i1.191
 8. Chasani S, Saktini F, Ramadhan M G. Pebandingan kualitas hidup pasien penyakit ginjal kronik yang diterapi dengan CAPD atau Hemodialisis. *J Kedokt dipenogoro*. 2017;6(4):1518-1528.
 9. Widyana R, Mercu U, Yogyakarta B, Tengah J. Kronis Dengan Hemodialisa.
 10. Qadrianti N. Penggunaan Instrumen Untuk Menilai Kualitas Hidup Pasien Dengan Gagal Jantung Di Asia: A Scoping Review. *Progr Stud Magister Ilmu Keperawatan Univ Hasanudin Makassar*. Published online 2021.
doi:10.52386/neurona.v35i1.44
 11. Haris RNH, Makmur R, Andayani TM, Kristina SA. Penilaian Properti Psikometrik Instrumen Kualitas Hidup (HRQol) pada Populasi Umum: Tinjauan Sistematis. *J Manaj Dan Pelayanan Farm (Journal Manag Pharm Pract*. 2019;9(2):65-75.
doi:10.22146/jmpf.41911
 12. Siagian KN, Damayanty AE. Artikel Penelitian Identifikasi Penyebab Penyakit Ginjal Kronik pada Usia Dibawah 45 Tahun di Unit Hemodialisis Rumah Sakit Ginjal Rasyida Medan Tahun 2015. 2015;1(3).
 13. Pralisa K, Dewi DAK, Ilmiawan MI. Gambaran etiologi penyakit ginjal kronik stadium V pada pasien rawat inap di RSUD Dokter Soedarso Pontianak tahun 2017-2018. *J Cerebellum*. 2021;6(3):59.
doi:10.26418/jc.v6i3.45308
 14. Marfianti E, Anisa R.

- Karakteristik Faktor Risiko Pasien Chronik Kidney Disease (CKD) Yang Menjalani Hemodialisa Di RS X Madiun. *Biomedika J.* 2020;1.
doi:10.1201/9781315382319
15. Salsabila A. Gambaran Karakteristik Gagal Ginjal Kronik Obstruktif. Published online 2023:40-44.
 16. Shabrina SA, Saftarina F, Pramesona BA. Faktor Risiko Penyakit Ginjal Kronik Pada Pasien Diabetes Risk Factors for Chronic Kidney Disease in Diabetic Patients. *J Kedokt Unila.* 2022;6:58-62.
 17. Wahyuningsih S, Nugroho H, Suhartono S, Hadisaputro S, Adi MS. Faktor Risiko Kejadian Nefropati Diabetika pada Wanita. *J Epidemiol Kesehatan Komunitas.* 2019;4(1):18.
doi:10.14710/jekk.v4i1.4426
 18. Satyanarayana R, Aedullana R. Chronic Renal Failure. Published online 2022.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535404/>
 19. Anggraini D. Aspek Klinis Dan Pemeriksaan Laboratorium Penyakit Ginjal Kronik. *An-Nadaa J Kesehatan Masy.* 2022;9(2):236.
doi:10.31602/ann.v9i2.9229
 20. Rahmawati F. Aspek Laboratorium Gagal Ginjal Kronik. *J Ilm Kedokt Wijaya Kusuma.* 2018;6(1):14.
doi:10.30742/jikw.v6i1.323
 21. Haryanti IAP, Nisa K. Terapi Konservatif dan Terapi Pengganti Ginjal sebagai Penatalaksanaan pada Gagal Ginjal Kronik. *Majority.* 2015;4:49-54.
 22. AJ.Rusdi. Jurnal Medika Udayana Rabdomiosarkoma. 2022;11(9):7-12.
 23. Syukri M. Terapi Pengganti Ginjal. *Teraspi pengganti ginjal.* Published online 2015:43-48.
 24. Zasra R, Harun H, Azmi S. Indikasi dan Persiapan Hemodialis Pada Penyakit Ginjal Kronis. *J Kesehatan Andalas.* 2018;7(Supplement 2):183.
doi:10.25077/jka.v7i0.847
 25. Reza F, Wulandari ER, Nurisani R, Kusmayadi IM. Pengalaman Komunikasi Pasien Penderita Gagal Ginjal Kronik Bertahan Hidup Dengan Hemodialisis dan Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD). *ArtComm J Komun dan Desain.* 2019;2(1):46-54.
doi:10.37278/artcomm.v2i1.161
 26. Musnelina L, Kurniati D, Ferdinal D. Perbedaan Kualitas Hidup antara Terapi Hemodialisis dengan Terapi Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) pada Pasien Gagal Ginjal Kronik. 2023;16(1):7-12.
 27. Tjokroprawiro A, Setiawan poernomo boedi, Santoso D, Soegiarto G, Rahmawati lita diah. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam.* 2nd ed. Airlangga University Press; 2015.
 28. Sulistini R. *Fatigue Pasien Yang Menjalani Hemodialisis Pendekatan Asuhan Keperawatan.* Chakra Brahmanda Lentera; 2020.
 29. Utami TF. Perbedaan Kualitas

- Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik Dengan Hemodialisa Dan Peritoneal Dialisa Di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Moewardi. 2022;05:1-6.
30. Ulya L, Krisbiantoro P, Hartinah D, Karyati S, Widaningsih. Hubungan Durasi Hemodialisa Dengan Tekanan Darah Pasien Gagal Ginjal Kronik Di Ruang Hemodialisis RSI Pati. 2020;5.
 31. Sucipto A, Pranatha IGS, Rahil NH. Studi komparatif status hemodinamik pasien Gagal Ginjal Kronis yang menjalani hemodialisa. *Infokes*. 2019;9(02):113-121.
 32. Aggarwal V, Schreiber MJ. Techniques in Peritoneal Dialysis. *Appl Perit Dial*. 2021;(1):121-131. doi:10.1007/978-3-030-70897-9_11
 33. Teitelbaum I, Burkart J. Peritoneal Dialysis. *Am J Kidney Dis*. 2003;42(5):1082-1096. doi:10.1016/j.ajkd.2003.08.036
 34. Goldstein M, Carrillo M, Ghai S. Continuous ambulatory peritoneal dialysis-a guide to imaging appearances and complications. doi:10.1007/s13244-012-0203-y
 35. Jacob DE, Sandjaya. Faktor faktor yang mempengaruhi kualitas hidup masyarakat Karubaga district sub district Tolikara propinsi Papua. *J Nas Ilmu Kesehatan*. 2018;1(69):1-1
 36. Haris RNH, Makmur R, Andayani TM, Kristina SA. Penilaian Properti Psikometrik Instrumen Kualitas Hidup (HRQol) pada Populasi Umum: Tinjauan Sistematis. *J Manaj DAN PELAYANAN Farm (Journal Manag Pharm Pract*. 2019;9(2):65-75. doi:10.22146/jmpf.41911
 37. Afyanti Y. Analisis Kualitas Hidup Lansia. *J Keperawatan Indones*. 2010;13(2):81-86.
 38. Lela Aini L, Astuti E, Maharani S. Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Kualitas Hidup Gagal Ginjal Kronik (GGK) Yang Menjalani Hemodialisa. *J Ilmu Kedokt Dan Kesehat*. 2021;8.
 39. Luxfiyati. Penyusunan Instrumen Kualitas Hidup Yang. Published online 2019.
 40. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. *SF-36 Health Survey Manual & Interpretation Guide*.; 1993.