

**HUBUNGAN ANTARA EFIKASI DIRI DALAM PERAWATAN
KESEHATAN MANDIRI DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN
PENYAKIT GINJAL KRONIK YANG MENJALANI HEMODIALISIS
DI RSUD TUGUREJO SEMARANG**

SKRIPSI

Disusun untuk Memenuhi Persyaratan mencapai Sarjana Keperawatan



Oleh :

HERNINGTYAS KUSUMASTUTI

22020111130081

**JURUSAN KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS DIPONEGORO**

APRIL, 2016

SURAT PERNYATAAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Herningtyas Kusumastuti

NIM : 22020111130081

Fakultas/ Jurusan : Kedokteran/ Ilmu Keperawatan

Jenis : Skripsi

Judul : Hubungan Antara Efikasi Diri dalam Perawatan Kesehatan Mandiri dengan Kualitas Hidup Pasien Penyakit Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis di RSUD Tugurejo Semarang

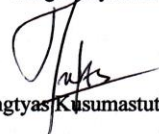
Dengan ini menyatakan bahwa saya menyetujui untuk :

1. Memberikan hak bebas royalti kepada Perpustakaan Jurusan Keperawatan Universitas Diponegoro atas penulisan karya ilmiah saya, demi pengembangan ilmu pengetahuan.
2. Memberikan hak menyimpan, mengalih mediakan/ mengalih formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (data base), mendistribusikannya, serta menampilkan dalam bentuk soft copy untuk kepentingan akademis kepada Perpustakaan Jurusan Keperawatan Universitas Diponegoro, tanpa perlu meminta ijin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/ pencipta.
3. Bersedia dan menjamin untuk menanggung secara pribadi tanpa melibatkan pihak Perpustakaan Jurusan Keperawatan Universitas Diponegoro dari semua bentuk tuntutan hukum yang timbul atas pelanggaran hak cipta dalam karya ilmiah ini.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan semoga dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, April 2016

Yang menyatakan



Herningtyas Kusumastuti

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

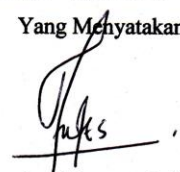
Nama : Herningtyas Kusumastuti
Tempat/ tanggal lahir : Tegal, 28 Maret 1993
Alamat Rumah : Jl Semboja I no. 22 RT 03/III Pakembaran-Slawi Kab. Tegal
No. Telp : 085641161090
Email : noonatyaz@yahoo.com

Dengan ini saya menyatakan dengan sesungguhnya bahwa penelitian saya yang berjudul “ Hubungan Antara Efikasi Diri dalam Perawatan Kesehatan Mandiri dengan Kualitas Hidup Pasien Penyakit Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis di RSUD Tugurejo Semarang” bebas dari plagiarism dan bukan hasil karya orang lain.

Apabila di kemudian hari ditemukan sebagian atau seluruh bagian dari penelitian dan karya ilmiah dari hasil-hasil penelitian tersebut terdapat indikasi plagiarism, saya bersedia menerima sanksi sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Demikian pernyataan ini dibuat dalam keadaan sadar tanpa unsur paksaan dari siapa pun.

Semarang, April 2016
Yang Menyatakan



Herningtyas Kusumastuti

LEMBAR PERSETUJUAN

Yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa Skripsi yang berjudul :

**HUBUNGAN ANTARA EFIKASI DIRI DALAM PERAWATAN
KESEHATAN MANDIRI DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN PENYAKIT
GINJAL KRONIK YANG MENJALANI HEMODIALISIS DI SEMARANG**

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Herningtyas Kusumastuti

NIM : 22020111130081

Telah disetujui dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diseminarkan

Pembimbing,



Ns. Henni Kusuma.,M.Kp.,Sp.KepMB
NIP. 1985120 82014042 001

LEMBAR PENGESAHAN

Yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa Skripsi yang berjudul :

**HUBUNGAN ANTARA EFIKASI DIRI DALAM PERAWATAN
KESEHATAN MANDIRI DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN
PENYAKIT GINJAL KRONIK YANG MENJALANI HEMODIALISIS**

DI RSUD TUGUREJO SEMARANG

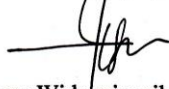
Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Herningtyas Kusumastuti

NIM : 22020111130081

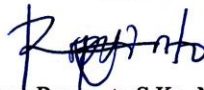
Telah diuji pada April 2016 dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk
mendapatkan gelar Sarjana Keperawatan.

Penguji I,



Ns.Susana Widyaningsih,S.Kp.,MNS
NIK 201310222052

Penguji II,



Chandra Bagus Ropyanto,S.Kp.,M.Kep.,Sp.KMB
NIP 19790521 200710 001

Penguji III,



Ns.Henni Kusuma,S.Kp.,M.Kep.,Sp.KMB
NIP 1985120 82014042 001

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kepada Allah SWT atas rahmat dan karuniaNya, sehingga kami dapat menyelesaikan penyusunan proposal yang berjudul “Hubungan Antara Efikasi Diri dalam Perawatan Kesehatan Mandiri dengan Kualitas Hidup Pasien Penyakit Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis di RSUD Tugurejo Semarang”. Penulisan skripsi ini merupakan salah satu tugas mata kuliah Skripsi semester delapan di Universitas Diponegoro Semarang.

Keberhasilan penyusunan proposal ini tidak lepas dari arahan, bimbingan, bantuan dan dorongan dari berbagai pihak. Untuk itu peneliti menyampaikan ucapan terima kasih, khususnya kepada:

1. Dr. Untung Sujianto, S.Kep.,M.Kep., selaku Ketua Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.
2. Sarah Ulliya, S.Kep.,M.Kes selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan (PSIK) Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.
3. Elis Hartati,S.Kep.,M.Kep selaku dosen wali yang membimbing dan memberikan motivasi dalam menyelesaikan penelitian ini.
4. Ns. Henni Kusuma, S.Kp.,M.Kep.,Sp.KMB selaku dosen pembimbing yang telah membimbing dan mengarahkan dalam menyelesaikan penelitian ini.
5. Ns. Susana Widyaningsih, S.Kep.,MNS selaku penguji I yang telah memberikan masukan kepada penulis.

6. Chandra Bagus Ropyanto, S.Kep., M.Kep., Sp.KMB selaku penguji II yang telah memberikan masukan kepada penulis.
7. Seluruh civitas akademik Jurusan Keperawatan FK UNDIP
8. Kepala Ruang Hemodialisa RSUD Tugurejo dan RSUD Kota Semarang yang telah membimbing penulis selama melakukan penelitian.
9. Seluruh Responden yaitu pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis di ruang hemodialisa RSUD Tugurejo Semarang yang telah bersedia meluangkan waktunya untuk membantu proses penelitian ini.
10. Bapak Faizin, Ibu Sinta Kusumadewi, Eyang Putri, dan Adikku Titis yang terus memberikan dukungan finansial dan moril serta doa yang tiada henti.
11. Kepada eman-teman Wisma Hidayati Tandut, Tancil, Adinda, Mba Muph, Mpip, Birthda, Ayu, Putri, Dita, Wulan, Tiya, dan Tuta, terima kasih telah mendorong dan menyemangati aku.
12. Kepada teman-teman *Rainbow* Mumu, Ninda, Ciyus, Tika, Anggi, Endah, Juju, Prima, Ela, Nana, dan Yesi, terimakasih telah mengajarku banyak hal, dan tetap mendoakanku.
13. Afieb dan Agnes terima kasih telah membantu peneliti selama penyusunan skripsi.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih banyak kekurangan, baik pada penulisan maupun materi, mengingat kemampuan yang penulis miliki. Untuk kritik dan saran sangat kami harapkan demi penyempurnaan penelitian ini.

Semarang, April 2016

Penulis

Herningtyas Kusumastuti

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
SURAT PERNYATAAN	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
ABSTRAK	xvi
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	7
C. Tujuan	8
1. Tujuan Umum	8
2. Tujuan Khusus	8
D. Manfaat Penelitian	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	10
A. Penyakit Ginjal Kronik	10
1. Pengertian	10
2. Etiologi	10
3. Patofisiologi	11

4. Manifestasi klinis	13
5. Stadium PGK.....	14
6. Penatalaksanaan	14
7. Komplikasi.....	15
B. Hemodialisis	17
1. Pengertian	17
2. Prinsip Hemodialisis	17
3. Komponen Utama Hemodialisis	18
4. Komplikasi Hemodialisis	19
5. <i>Self-care</i> pasien HD.....	20
C. Kualitas Hidup	24
1. Pengertian	24
2. Dimensi	26
3. Faktor-faktor yang mempengaruhi Kualitas Hidup.....	27
4. Kualitas Hidup Pasien HD	29
5. Pengukuran Kualitas Hidup	32
D. Efikasi Diri	33
1. Pengertian	33
2. Sumber efikasi diri	34
3. Proses pembentukan.....	36
4. Dimensi efikasi diri.....	38
5. Efikasi diri pada pasien HD.....	39
6. Pengukuran Efikasi Diri.....	40

E. Hubungan Efikasi diri dengan Kualitas Hidup Pasien PGK.....	41
F. Kerangka Teori	42
BAB III METODE PENELITIAN	43
A. Kerangka Konsep	43
B. Hipotesis	43
C. Jenis dan Rancangan Penelitian	43
D. Populasi dan Sampel	44
E. Tempat dan Waktu Penelitian	46
F. Variabel Penelitian Definisi Operasional dan Skala Pengukuran	46
G. Alat Penelitian, Uji Validitas dan Reliabilitas, dan Cara Pengumpulan Data	51
H. Teknik Pengolahan Data dan Analisa Data	61
I. Etika Penelitian	66
BAB IV HASIL PENELITIAN	68
A. Karakteristik Responden	68
B. Efikasi Diri	70
C. Kualitas Hidup.....	71
D. Hubungan Efikasi Diri dengan Kualitas Hidup	72
BAB V PEMBAHASAN	74
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN	84
A. Kesimpulan	90
B. Saran	91
DAFTAR PUSTAKA	93

DAFTAR TABEL

Nomor Tabel	Judul Tabel	Halaman
2.1	Penyebab PGK yang Menjalani HD di Indonesia	11
2.2	Tanda dan Gejala Penyakit Ginjal Kronik	13
2.3	Penatalaksanaan PGK Sesuai dengan Derajatnya	15
2.4	Nilai Terendah, Nilai Tertinggi dan Range Domain dalam WHOQoL-BREF	33
2.5	Skor setiap domain dalam WHOQoL-BREF	33
3.1	Variabel Penelitian, Definisi Operasional dan Skala Pengukuran	48
3.2	Kisi – kisi Kuesioner Efikasi diri	52
3.3	Koding Data	62
4.1	Distribusi Frekuensi Responden Pasien PGK yang Menjalani HD di RSUD Tugurejo, Semarang Bulan Maret 2016 (n= 63)	68
4.2	Deskripsi Nilai Efikasi Diri Pasien PGK yang Menjalani HD di RSUD Tugurejo, Semarang Bulan Maret 2016 (n= 63)	69
4.3	Deskripsi Nilai Tiap Domain Efikasi Diri Pasien PGK yang Menjalani Hemodialisis di RSUD Tugurejo Semarang, Bulan Maret 2016 (n=63)	70
4.4	Deskripsi Nilai Efikasi Diri Berdasarkan Sub Domain <i>Self-Care</i> Pasien PGK yang Menjalani Hemodialisis di RSUD Tugurejo Semarang, Bulan Maret 2016 (n=63)	71
4.5	Deskripsi Nilai Kualitas Hidup Pasien PGK yang Menjalani HD di RSUD Tugurejo, Semarang Bulan Maret 2016 (n= 63)	71

Nomor Tabel	Judul Tabel	Halaman
4.6	Deskripsi Nilai Kualitas Hidup Pasien PGK yang Menjalani Hemodialisis di RSUD Tugurejo Semarang, Bulan Maret 2016 (n=63)	72
4.7	Hubungan antara Efikasi Diri dengan Kualitas Hidup Pasien PGK yang Menjalani HD di RSUD Tugurejo, Semarang Bulan Maret 2016 (n =63)	72

DAFTAR GAMBAR

Nomor Gambar	Judul Gambar	Halaman
2.1	Kerangka Teori	42
3.1	Kerangka Konsep	43

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor	Judul Lampiran
Lampiran	
1	Jadwal Penelitian
2	Lembar Informed Consent
3	Lembar Kuesioner
4	Lembar Konsultasi
5	Bukti Balasan <i>email</i> perijinan penggunaan kuesioner
6	Permohonan Ijin Pengkajian Data Awal Proposal Penelitian Ke RSUD Tugurejo Semarang
7	Surat Pemberian Ijin Pengkajian Data Awal dari RSUD Tugurejo Semarang
8	Permohonan Uji <i>Expert</i> Kuesioner Penelitian
9	Surat Keterangan Telah Melakukan Uji <i>Expert</i> Kuesioner Penelitian
10	Permohonan Ethical Clearance ke KEPK UNDIP
11	Surat Ethical Clearance dari KEPK UNDIP
12	Permohonan Uji Validitas dan Reliabilitas ke RSUD Kota Semarang
13	Jawaban Ijin Uji Validitas dan Reliabilitas dari RSUD Kota Semarang
14	Permohonan Ijin Penelitian ke RSUD Tugurejo Semarang
15	Surat Pemberian Ijin Penelitian dari RSUD Tugurejo Semarang
16	Hasil Uji Statistik Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Penelitian
17	Hasil Uji Statistik Data Penelitian

ABSTRAK

Herningtyas Kusumastuti

Hubungan antara Efikasi Diri dalam Perawatan Kesehatan Mandiri dengan Kualitas Hidup Pasien Penyakit Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis di RSUD Tugurejo Semarang

xvii + 100 halaman + 15 tabel + 2 gambar + 17 lampiran

Pasien Penyakit Ginjal Kronik (PGK) yang menjalani hemodialisis mengalami perubahan dalam berbagai dimensi kehidupan yang berakibat menurunnya kualitas hidup. Pasien PGK harus menjalani perawatan mandiri seperti yang dianjurkan oleh tim medis supaya kualitas hidupnya tidak semakin rendah. Peran efikasi diri dalam perawatan mandiri pasien PGK menentukan tinggi rendahnya kualitas hidup pasien. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara efikasi diri dalam perawatan kesehatan mandiri dengan kualitas hidup pasien PGK yang menjalani hemodialisis di RSUD Tugurejo Semarang. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif korelatif yang melibatkan 63 responden. Penelitian ini menggunakan teknik *total sampling* yang melibatkan seluruh pasien PGK yang rutin HD 2 kali seminggu dengan usia 18-65 tahun. Kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner Efikasi Diri dengan 32 item dan WHOQoL-BREF dengan 26 item. Hasil penelitian menunjukkan responden yang efikasi dirinya baik (50,8%) dan kualitas hidup baik (54%). Ditemukan adanya hubungan antara efikasi diri dan kualitas hidup pasien PGK yang menjalani hemodialisis. Uji statistik yang digunakan adalah uji *chi square* dengan nilai $p: 0,001$. Hasil penelitian ini diharapkan perawat dapat melakukan skrining berkala dan intervensi untuk meningkatkan efikasi diri dalam pengelolaan pasien PGK yang menjalani hemodialisis sehingga kualitas hidupnya pun akan meningkat.

Kata kunci : penyakit ginjal kronik, efikasi diri, kualitas hidup

Daftar Pustaka : 82 (1994- 2014)

ABSTRACT

Herningtyas Kusumastuti

The Correlation between Self Health Care Self-Efficacy and Quality of Life Patients With Chronic Kidney Disease Undergoing Hemodialysis at Tugurejo Hospital Semarang

xvii + 100 pages + 15 tables + 2 images + 17 attachments

Patients suffering from Chronic Kidney Disease (CKD) under hemodialysis process experience changes in their life resulting in lower quality of life. The patients have to undergo self-care as advised by medical officer to maintain their quality of life. The role of self-efficacy in self-care of patients suffering from CKD determines the level of patients' quality of life. The objective of this study was to determine the correlation of self-efficacy in self-health care and CKD patients quality of life undergoing hemodialysis in Tugurejo Hospital, Semarang. The research was a correlative descriptive which involved 63 respondents. Total sampling technique was applied on the entire CKD patients who undergo twice-a-week hemodialysis of age 18-65. Questionnaire used in this research was Self Efficacy Questionnaire with 32 items and WHOQoL-BREF with 26 item. The result of the research shows that respondents with good self-efficacy (50,8%) and good life quality (54%). There is a correlation between self-efficacy and life quality of CKD patients who undergo hemodialysis. Statistical test used is chi square with p value: 0,001. This research expects the nurses can perform regular screening and interventions to improve the self-efficacy in treating CKD patients who undergo hemodialisys in order to develop patients' quality of life.

Key word : chronic kidney disease, self efficacy, quality of life
Reference : 82 (1994- 2014)

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit Ginjal Kronik (PGK) atau *Chronic Kidney Disease* kini menjadi masalah kesehatan serius di dunia. PGK merupakan suatu penyakit pada sistem perkemihan yang disebabkan karena penurunan fungsi ginjal yang bersifat progresif dan pada umumnya berakhir dengan keadaan klinis yang ditandai dengan penurunan fungsi ginjal yang irreversibel, pada suatu derajat yang memerlukan terapi pengganti ginjal tetap, berupa dialisis atau transplantasi ginjal.^{1,2}

Kasus penyakit ginjal kronik menurut laporan *The United States Renal Data System (USRDS)* menunjukkan kasus penyakit ginjal kronik di Amerika Serikat pada tahun 2012 mencapai 114.813 pasien. *Treatment of End-Stage Organ Failure in Canada*, tahun 2000 sampai 2009 menyebutkan bahwa hampir 38.000 warga Kanada hidup dengan penyakit ginjal kronik dan telah meningkat hampir 3 kali lipat dari tahun 1990, dari jumlah 59% (22.300) telah menjalani hemodialisis dan sebanyak 3.000 orang berada di jadwal tunggu untuk transplantasi ginjal.³

Prevalensi penderita penyakit ginjal kronik di Indonesia tergolong tinggi. Data dari Persatuan Nefrologi Indonesia (PERNEFRI) diperkirakan terdapat 70.000 penderita penyakit ginjal kronik di Indonesia dan angka ini akan terus meningkat setiap tahunnya. Jumlah penderita penyakit ginjal kronik pada tahun 2011 sejumlah 22.304 orang yang terdiri dari 15.353 pasien baru dan

6.951 pasien aktif menjalani HD. Sedangkan tahun 2012 terjadi peningkatan 29% dari tahun 2011 menjadi 28.782 yang terdiri dari 19.621 pasien baru dan 9.161 pasien aktif menjalani HD.⁴

Ketika penderita terdiagnosa menderita penyakit ginjal kronik tahap akhir, pasien dianjurkan untuk mengikuti terapi pengganti ginjal, salah satunya adalah hemodialisis.^{4,5} Hemodialisis lebih dipilih menjadi terapi pengganti ginjal utama karena dinilai lebih efisien dan tidak membutuhkan keterampilan khusus pada pasien dan keluarga.^{6,7} Hemodialisis berfungsi untuk membuang kelebihan cairan dan zat-zat sisa dengan cara penyaringan darah dari tubuh melalui dialiser yang terjadi secara difusi dan ultrafiltrasi. Penderita penyakit ginjal kronik harus menjalani terapi hemodialisis yang dilakukan 2 sampai 3 kali dalam seminggu dengan durasi waktu 4 sampai 5 jam setiap kali menjalani hemodialisis.^{6,7}

Pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani HD akan mengalami dampak negatif yang akan mempengaruhi kualitas hidupnya seperti terjadi perubahan fisik seperti edema ekstremitas, hipertensi, dan anemia. Perubahan psikologi, respon psikologis pasien terhadap penyakit dapat bervariasi seperti cemas, stress hingga depresi. Pada pasien penyakit ginjal kronik juga akan mengalami perubahan sosial, seperti pembatasan kegiatan bermasyarakat dan disfungsi seksual, kehilangan pekerjaan, serta perubahan lingkungan seperti, tidak dapat melakukan aktivitas yang menyenangkan seperti sebelum menderita penyakit ginjal kronik.^{9,10}

Kualitas hidup merupakan persepsi individu dalam kemampuan, keterbatasan, gejala serta sifat psikososial hidupnya dalam konteks budaya dan nilai untuk menjalankan peran dan fungsinya.^{8,10} Hal ini berarti jika seseorang sehat secara aspek fisik, psikologi, sosial dan lingkungan maka seseorang tersebut dapat dikatakan mencapai kepuasan dalam hidupnya.¹⁰ Kualitas hidup penting untuk dimonitor karena sebagai dasar mendeskripsikan konsep sehat dan berhubungan erat dengan morbiditas dan mortalitas.⁹

Penelitian yang dilakukan oleh Supriyadi tentang kualitas hidup pada pasien penyakit ginjal kronik dengan menggunakan instrumen WHOQOL-BREF menyebutkan bahwa seluruh pasien penyakit ginjal kronik berada pada kualitas hidup yang lebih baik setelah melakukan hemodialisis, responden mengatakan sesak berkurang, lebih rileks dan dapat istirahat dengan tenang, serta lebih merasa nyaman di lingkungannya, namun keadaan itu hanya dirasakan selamanya, namun hanya sesaat setelah menjalani hemodialisis, saat akan menjelang hemodialisis berikutnya pasien merasa kurang nyaman lagi terhadap tubuhnya, hal inilah yang membuat kualitas hidup pasien penyakit ginjal kronik naik turun.¹⁰

Kualitas hidup seseorang baik dalam jangka pendek maupun panjang dapat diprediksi dengan efikasi diri pasien itu sendiri. Banyak pasien penyakit ginjal kronik yang tidak mampu mengontrol penyakitnya dalam kehidupannya. Mereka tidak lagi percaya terhadap kemampuannya dalam menghadapi berbagai kesulitan akibat penyakit ginjal.^{13,14} Karena hal

tersebut, menjadi sebuah hal penting bagi pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani HD untuk meningkatkan efikasi dirinya dalam mematuhi regimen perawatan diri, karena hal ini diperlukan untuk menentukan sebuah tindakan atau tidak. Penilaian efikasi diri ini menjadi jembatan antara pengetahuan dan perilaku perawatan diri yang sebenarnya.^{11,14}

Efikasi diri dikembangkan oleh Albert Bandura sebagai teori sosial kognitif pada tahun 1977. Didefinisikan sebagai keyakinan yang menentukan bagaimana seseorang berfikir, memotivasi dirinya dan bagaimana akhirnya memutuskan untuk melakukan sebuah perilaku untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Dimensi efikasi diri ada 3 menurut Bandura yaitu *magnitude*, *generality* dan *strength*. Efikasi diri membantu seseorang untuk menentukan pilihan dan mempunyai komitmen dalam mempertahankan tindakan yang dipilihnya.¹³

Ketika pasien sudah divonis mengalami penyakit kronis seperti penyakit ginjal kronik dan harus menjalani hemodialisis, secara otomatis pasien akan melakukan tindakan supaya penyakitnya tidak bertambah parah, dalam hal ini efikasi diri berperan penting dalam pengambilan keputusan pasien. Penelitian yang dilakukan oleh Luszczynska tentang *general self-efficacy* menyatakan bahwa efikasi diri dapat memprediksi kepatuhan dalam regimen pengobatan, perilaku kesehatan dan aktivitas fisik, manajemen nyeri yang efektif, serta manajemen penyakit.¹⁵

Pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis diharapkan dapat meningkatkan keyakinan dalam menjalankan perawatan mandiri karena

mereka didorong untuk dapat memajemen penyakitnya secara efektif baik dari aspek fisik seperti hemodialisis, diet, pengaturan intake cairan, perawatan akses vaskuler, dan istirahat dan tidur serta olahraga, aspek psikologis seperti stress koping dan spiritual serta aspek sosial seperti peran dalam keluarga dan hubungan interpersonal untuk dapat memajemen penyakitnya. Pasien yang memiliki keyakinan terhadap kemampuan mereka dalam melakukan perawatan diri akan lebih mungkin untuk melakukan tugas-tugas tersebut. Oleh karena itu individu dengan efikasi diri yang tinggi akan lebih mampu untuk mengelola penyakitnya.^{11,14}

Penelitian yang dilakukan Shioh Luan Tsay dan Marilyn Healstead tentang *Self care self-efficacy* pada pasien hemodialisis menyatakan bahwa pasien hemodialisis dengan tingkat efikasi diri tinggi dapat melakukan aktifitas fisik dan fungsi psikososial yang lebih tinggi dibandingkan dengan yang mempunyai efikasi diri lebih rendah.¹⁴ Pada penelitian lainnya yang dilakukan oleh Charron dan Skelly dalam Tsay menyatakan hal yang senada bahwa efikasi diri dapat memberikan prediksi terhadap kepatuhan seseorang dalam melakukan perawatan dirinya sendiri.¹⁴ Penelitian Ika Setyo Rini tentang efikasi diri dan kualitas hidup pada pasien PPOK menyatakan bahwa ada hubungan antara efikasi diri dengan kualitas hidup pada pasien PPOK. Beliau menyebutkan bahwa dampak dari PPOK berdampak pada berbagai aspek kehidupannya dan dengan kondisi yang dirasakan membuat pasien tidak yakin dapat melakukan perawatan pada dirinya sendiri.²⁶

Berdasarkan data yang diperoleh dari Sub Bagian Rekam Medik RSUD Tugurejo Semarang pada tanggal 8 Juni 2015 tentang jumlah pasien PGK yang menjalani hemodialisis, yakni pada tahun 2015 dari bulan Januari-Juni sebanyak 465 pasien dengan rawat jalan. Selanjutnya data yang diperoleh dari Ruang Hemodialisa RSUD Tugurejo Semarang, jumlah pasien PGK tetap yang menjalani hemodialisis per bulan sebanyak 86 pasien. Pasien tersebut menjalani hemodialisis sebanyak 2 kali setiap minggu.

Berdasarkan hasil wawancara dengan 4 pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani HD di RSUD Tugurejo Semarang menyampaikan bahwa dampak dari penyakit ginjal kronik setelah menjalani hemodialisis mempengaruhi banyak aspek. Pasien pertama dan kedua sudah melakukan terapi hemodialisis sejak empat tahun yang lalu. Pasien ketiga, sudah menjalani terapi hemodialisis sejak tiga setengah tahun yang lalu. Pasien keempat, sudah menjalani terapi hemodialisis sejak satu tahun yang lalu. Pasien pertama dan ketiga tidak pernah mengikuti kegiatan sosial di lingkungannya. Pasien kedua dan ketiga mengatakan jarang berolahraga. Pasien pertama dan keempat mengatakan terkadang melakukan olahraga dengan jalan kaki. Pasien pertama dan kedua sudah tidak bekerja dan mengurangi kegiatan sosial di lingkungannya. Keempat pasien mengatakan kurang yakin untuk melakukan perawatan diri seperti diet, regimen cairan, dan olah raga. Keempat pasien mengatakan masih merasa sulit untuk mengontrol makan dan minum jika berada di luar rumah.

Dengan demikian hal ini menunjukkan perlu adanya penelitian untuk mengkaji lebih dalam tentang efikasi diri pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis dalam hubungannya dengan kualitas hidupnya. Berdasarkan kondisi di atas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang hubungan antara efikasi diri dalam perawatan kesehatan mandiri dengan kualitas hidup pada pasien penyakit ginjal kronik.

B. Rumusan Masalah

Pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis akan mengalami gejala dan dampak pada seluruh aspek kehidupan yaitu aspek fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan. Hal ini akan semakin memperburuk kualitas hidup pasien hemodialisis yang juga akan berdampak pada efikasi diri pasien tersebut terutama dalam hal perawatan kesehatan mandiri pasien. Efikasi diri merupakan keyakinan individu akan kemampuan melakukan suatu perilaku untuk mencapai tujuan yang diinginkan, contohnya seperti efikasi dalam perawatan diri. Pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis diharuskan untuk dapat memajemen perawatan dirinya baik dari aspek fisik seperti diet, regimen cairan, perawatan akses vaskuler, dan istirahat tidur, aspek psikologis seperti stress koping dan spiritual, serta aspek sosial seperti peran dalam keluarga dan hubungan interpersonal agar mencapai kualitas hidup yang lebih baik. Oleh karena itu berdasarkan uraian di atas peneliti tertarik untuk meneliti lebih lanjut tentang bagaimana hubungan antara efikasi diri dalam perawatan kesehatan mandiri dengan

kualitas hidup pada pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis di RSUD Tugurejo Semarang.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penelitian dilakukan untuk mengidentifikasi hubungan antara efikasi diri dengan kualitas hidup pada pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis di RSUD Tugurejo Semarang.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik demografi responden pasien PGK yang menjalani hemodialisis di RSUD Tugurejo Semarang, berdasarkan jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan, pekerjaan, tekanan darah dan lama HD.
- b. Mengidentifikasi tingkat efikasi diri pada pasien PGK yang menjalani hemodialisis di RSUD Tugurejo Semarang.
- c. Mengidentifikasi tingkat kualitas hidup pada pasien PGK yang menjalani hemodialisis di RSUD Tugurejo Semarang.
- d. Mengidentifikasi hubungan antara efikasi diri dengan kualitas hidup pada pasien PGK yang menjalani hemodialisis di RSUD Tugurejo Semarang.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi tenaga keperawatan

Membantu perawat dalam memberikan asuhan keperawatan secara menyeluruh baik fisik, sosial, psikologis, maupun spiritual kepada pasien

penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis. Selain itu, hasil penelitian ini dapat dijadikan dasar dalam mengembangkan intervensi keperawatan khususnya dalam membentuk efikasi diri untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dengan penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis.

2. Bagi institusi pendidikan

Memberikan gambaran mengenai hubungan efikasi diri dengan kualitas hidup pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis kepada masyarakat dan menjadi bahan pengembangan kurikulum pembelajaran bagi mahasiswa kesehatan.

3. Bagi peneliti selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai data dasar dalam melaksanakan penelitian lebih lanjut yang berkaitan dengan efikasi diri dalam memprediksi kualitas hidup pasien dengan penyakit ginjal kronik, dengan desain dan metodologi yang berbeda.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. PGK

1. Pengertian PGK

Penyakit Ginjal Kronik (PGK) merupakan keadaan terjadinya penurunan fungsi ginjal yang bersifat progresif dan irreversibel sehingga tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit.^{1,2} PGK adalah destruksi struktur ginjal yang progresif dan terus menerus.⁴ PGK adalah penyimpangan fungsi ginjal yang tidak dapat pulih sehingga kemampuan tubuh untuk mempertahankan keseimbangan metabolik, cairan dan elektrolit mengalami kegagalan yang mengakibatkan uremia.⁵⁰ Kesimpulan dari beberapa pengertian di atas, PGK (PGK) adalah suatu gangguan pada fungsi ginjal yang bersifat terus-menerus (progresif) dan tidak dapat kembali seperti semula (irreversibel) sehingga tubuh tidak bisa mempertahankan metabolisme, keseimbangan cairan dan elektrolit sehingga menyebabkan uremia.

2. Etiologi

Penyebab PGK tidak hanya disebabkan oleh satu sebab saja melainkan berbagai macam. Berdasarkan survey dari Perhimpunan Nefrologi Indonesia (PERNEFRI) pada tahun 2010 mencatat penyebab penyakit ginjal yang menjalani hemodialisis di Indonesia yaitu:

Tabel 2.1
Penyebab PGK yang Menjalani HD di Indonesia⁴

Penyebab	Insiden
Glomerulonefritis	12%
Diabetes Mellitus	26%
Obstruksi dan Infeksi	8%
Asam urat	2%
Pielonefritis kronik	7%
Hipertensi	35%
Sebab lain	6%
Tidak diketahui	2%

3. Patofisiologi

Saat penderita penyakit ginjal dengan LFG (Laju Filtrasi Glomerulus) sebesar 60% akibat berbagai penyebab, tanda dan gejala penyakit tersebut belum tampak karena sebagian nefron yang masih utuh dan berfungsi mengambil alih fungsi nefron yang telah rusak. Nefron yang masih utuh dan berfungsi akan terus meningkatkan laju filtrasi, reabsorpsi dan sekresi sehingga akan mengalami hipertrofi dan menghasilkan filtrat dalam jumlah banyak. Reabsorpsi tubula juga meningkat walaupun laju filtrat glomerulus semakin berkurang. Kompensasi nefron yang masih utuh dapat membuat ginjal mempertahankan fungsinya sampai tiga perempat nefron yang rusak. Namun pada akhirnya nefron yang sehat akan rusak dan tidak berfungsi lagi karena harus mengambil alih tugas nefron yang telah rusak. Akhirnya, nefron yang rusak bertambah dan terjadi oliguria akibat sisa metabolisme yang tidak diekskresikan.^{5,6}

Penurunan fungsi ginjal pada PGK mengakibatkan produk akhir metabolisme protein yang mulanya diekskresikan melalui urin tertimbun di dalam darah. Hal ini menyebabkan uremia yang mempengaruhi sistem tubuh dan menyebabkan tanda gejala penyakit ginjal yang dialami semakin berat. Ketidakseimbangan cairan dan elektrolit terjadi akibat urin tidak dapat diencerkan secara normal. Penurunan laju filtrasi glomerulus menyebabkan ginjal tidak mampu membersihkan substansi darah yang menimbulkan penurunan pembersihan kreatinin sehingga kadar kreatinin serum meningkat. Hal tersebut menyebabkan anoreksia karena adanya gangguan metabolisme protein dalam usus sehingga timbul mual muntah yang pada akhirnya terjadi perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.¹⁶

Akibat mengeluarkan muatan asam yang berlebihan, maka akan terjadi asidosis metabolik. Produksi hormon eritropoietin akan mengalami penurunan sehingga menimbulkan anemia dan kelelahan kronis yang menyebabkan penurunan oksigenasi jaringan di seluruh tubuh. Selain itu, refleks untuk meningkatkan curah jantung akan lebih aktif guna memperbaiki oksigenasi penderita. Refleks tersebut meliputi aktivasi susunan saraf simpatis dan peningkatan curah jantung. Adanya perubahan-perubahan yang terjadi menyebabkan penderita PGK akan selalu disertai dengan faktor risiko yang terkait dengan penyakit jantung.^{5,16}

Selanjutnya saat LFG sudah dibawah 15% maka penderita memerlukan terapi pengganti ginjal (*renal replacement therapy*) antara lain dialisis atau transplantasi ginjal.¹⁸

4. Manifestasi Klinis

Kadar ureum yang terdapat pada PGK sudah menyebar ke seluruh organ tubuh, maka penderita yang mengalami PGK akan memperlihatkan tanda dan gejala. Tanda dan gejala yang dirasakan oleh penderita berbeda-beda sesuai pada bagian dan tingkat kerusakan ginjal, kondisi lain yang mendasari serta usia penderita.²

Tabel 2.2
Tanda Dan Gejala PGK^{2,19}

Sistem	Tanda dan Gejala
Kardiovaskuler	Hipertensi Pitting edema (kaki, tangan, sakrum) Edema periorbital
Integumen	Pembesaran vena leher Warna kulit abu-abu mengkilat Kulit kering bersisik Pruritus Ekimosis
Pulmoner	Kuku tipis dan rapuh Krekels sputum kental nafas dangkal
Gastrointestinal	Nafas berbau ammonia Anoreksia, mual dan muntah Konstipasi dan diare
Neurologi	Kelemahan dan keletihan Disorientasi Konfusi Kejang
Muskuloskeletal	Perubahan perilaku Kram otot Kekuatan otot hilang
Reproduksi	Amenorea Atrofi Tertikuler

5. Stadium PGK

Penurunan fungsi ginjal tidak berlangsung secara sekaligus, melainkan berlangsung secara bertahap seiring berjalannya waktu. Apabila masalah ginjal dapat dideteksi sedini mungkin maka terapi untuk memperlambat penurunan fungsi ginjal dapat dilakukan dengan cepat. Sehingga penurunan fungsi ginjal tidak mencapai stadium akhir. Untuk itu penting bagi penderita mengetahui pada stadium berapa PGK yang dideritanya agar tim medis dapat memberikan terapi yang tepat.²¹

Yayasan Ginjal Diatrans Indonesia (YGDI) membagi 5 stadium PGK yang ditentukan melalui penghitungan nilai Laju Filtrasi Glomerulus (LFG).⁵¹

- a. Stadium 1, dengan LFG normal (>90 ml/menit)
- b. Stadium 2, dengan penurunan LFG ringan (60-89 ml/menit)
- c. Stadium 3, dengan penurunan LFG moderat (30-59 ml/menit)
- d. Stadium 4, dengan penurunan LFG parah (15-29 ml/menit)
- e. Stadium 5, PGK stadium akhir/ terminal (<15 ml/menit)

6. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan penderita PGK secara umum meliputi pencegahan dan pengobatan PGK serta komplikasinya. Serta menghambat laju penurunan fungsi ginjal secara progresif, pencegahan dan pengobatan terhadap penyakit kardiovaskuler dan persiapan pemilihan terapi pengganti ginjal terutama jika terjadi tanda dan gejala utama.

Tabel 2.3
 Penatalaksanaan PGK Sesuai dengan Derajatnya¹⁸

Derajat	LFG (ml/mnt/1,73m ²)	Penatalaksanaan
1	≥ 90	Terapi penyakit dasar, kondisi komorbid, evaluasi pemburukan (progression) fungsi ginjal, memperkecil risiko kardiovaskuler
2	60-89	Menghambat perburukan (progression) fungsi ginjal
3	30-59	Evaluasi dan terapi komplikasi
4	15-29	Persiapan untuk terapi pengganti ginjal
5	< 15	Terapi pengganti ginjal

7. Komplikasi penyakit ginjal kronis

a. Osteodistrofi ginjal

Osteodistrofi ginjal merupakan kelainan tulang yang disebabkan karena tulang kehilangan kalsium akibat gangguan metabolisme mineral. Jika kadar kalsium dan fosfat dalam darah sangat tinggi, akan terjadi pengendapan garam kalsium fosfat di berbagai jaringan lunak. Kelainan ini dapat ditandai dengan nyeri pada persendian (*arthritis*), batu ginjal (*nefrolaksonosis*), pengerasan dan penyumbatan pembuluh darah, gangguan irama jantung dan gangguan penglihatan.^{5,21} Terapinya dengan pembatasan fosfat makanan dengan atau tanpa pengikat fosfat (kalsium karbonat).²²

b. Penyakit Kardiovaskular

Penyakit kardiovaskular adalah penyebab mortalitas tertinggi pada penderita penyakit ginjal kronis. Pada penyakit ini jantung kehilangan

kemampuan untuk memompa darah dalam jumlah yang memadai untuk dialirkan ke seluruh tubuh, tetapi jantung tetap bekerja walaupun kekuatan memompa atau daya tampungnya berkurang. Gagal jantung pada penderita PGK diawali dari anemia yang mengakibatkan jantung harus bekerja lebih keras, sehingga terjadi pelebaran pada ventrikel kiri. Jika terjadi pelebaran ventrikel kiri secara terus menerus akan menyebabkan otot jantung melemah dan tidak mampu lagi memompa darah sebagaimana mestinya.^{21,22}

c. Anemia

Anemia pada penderita PGK disebabkan karena gangguan pada produksi hormon eritropoietin yang bertugas mematangkan sel darah merah (eritrosit). Akibat gangguan tersebut, tubuh kekurangan energi karena sel darah merah yang bertugas mengangkut energi ke seluruh tubuh dan jaringan tidak mencukupi sehingga terjadi keletihan (*fatigue*). Gejala gangguan sirkulasi darah yaitu kesemutan, kurang energi, lemas, cepat lelah, kehilangan rasa (baal) pada kaki, dan tangan.^{21,22}

d. Disfungsi seksual

PGK (PGK) dapat menyebabkan disfungsi seksual seperti penurunan libido dan impotensi. Disfungsi ereksi pada penderita PGK dapat disebabkan karena abnormalitas sistem *control neurohormonal* pada sistem hormon ereksi di *hypothalamic-pituitary-gonadal axis*, hiperparatiroid, gangguan pada corpora spongium penis dan terjadinya

penurunan pasokan arteri atau vena pada penis. Selain itu disfungsi ereksi pada penderita PGK dipengaruhi oleh psikologis penderita yang mengalami perubahan emosi sehingga menguras energi dan cenderung tidak ingin melakukan hubungan seksual.^{21,23}

B. Hemodialisis

1. Definisi Hemodialisis

Hemodialisis adalah pengalihan darah penderita dari tubuhnya melalui dialiser yang terjadi secara difusi dan ultrafiltrasi, kemudian darah akan kembali ke tubuh penderita. Terapi ini dilakukan ketika ginjal tidak dapat melakukan fungsi ginjal.² Hemodialisis merupakan suatu proses yang menggunakan sistem dialisis eksternal untuk membuang cairan yang berlebihan dan toksin dari darah dan mengoreksi ketidakseimbangan elektrolit.²⁸ Jadi, hemodialisis adalah proses penyaringan darah untuk membuang kelebihan cairan dan toksin dalam darah dengan tujuan untuk menyeimbangkan elektrolit yang dilakukan dengan bantuan dialiser.

2. Prinsip kerja hemodialisis

Prinsip kerja hemodialisis ada 3 yaitu^{17,18} :

a. Proses difusi

Merupakan proses berpindahnya suatu zat terlarut yang disebabkan karena adanya perbedaan konsentrasi zat-zat terlarut dalam darah dan dialisat. Perpindahan molekul terjadi dari zat yang berkonsentrasi tinggi ke yang berkonsentrasi rendah. Pada HD pergerakan molekul/zat ini melalui suatu

membran semi permeabel yang membatasi kompartemen darah dan kompartemen dialisat.

b. Proses ultrafiltrasi

Berpindahnya zat pelarut (air) melalui membran semi permeabel akibat perbedaan tekanan hidrostatis pada kompartemen darah dan kompartemen dialisat. Tekanan hidrostatis / ultrafiltrasi adalah yang memaksa air keluar dari kompartemen darah ke kompartemen dialisat. Besar tekanan ini ditentukan oleh tekanan positif dalam kompartemen darah dan tekanan negatif dalam kompartemen dialisat yang disebut TMP (*Trans Membran Pressure*) dalam mmHg.

c. Proses osmosis

Berpindahnya air karena tenaga kimiawi yang terjadi karena adanya perbedaan tekanan osmotik darah dan dialisat. Proses osmosis ini lebih banyak ditemukan pada peritoneal dialisis.

3. Komponen utama pada hemodialisis

Hemodialisis terdiri dari 3 komponen dasar yaitu²⁹ :

a. Sirkulasi darah

Bagian yang termasuk dalam sirkulasi darah adalah mulai dari jarum/kanula arteri (*inlet*), *Arteri Blood Line* (ABL), kompartemen darah pada dialyzer, *Venus Blood Line* (VBL), sampai jarum/kanula vena (*outlet*).

b. Sirkulasi dialisat

Dialisat adalah cairan yang digunakan untuk prosedur HD, berada dalam kompartemen dialisat berseberangan dengan kompartemen darah yang dipisahkan oleh membran semi permeabel dalam dialyzer. Terdapat 2 dialisat yaitu dialisat pekat (*consentrate*) dan air.

c. Membran semi permeabel

Membran semi permeabel adalah suatu selaput atau lapisan yang sangat tipis dan mempunyai lubang (pori) sub mikroskopis. Dimana partikel dengan ukuran kecil dan sedang (*small and middle molekuler*) dapat melewati pori membran, sedangkan partikel dengan ukuran besar (*large molekuler*) tidak dapat melalui pori membran tersebut.

4. Komplikasi hemodialisis

Komplikasi terapi dialisis dapat mencakup hal-hal berikut²⁹ :

- a. Hipotensi dapat terjadi selama terapi dialisis ketika cairan dikeluarkan.
- b. Emboli udara merupakan komplikasi yang jarang tetapi dapat saja terjadi jika udara memasuki sistem vaskuler pasien.
- c. Nyeri dada dapat terjadi karena $p\text{CO}_2$ menurun bersamaan dengan terjadinya sirkulasi darah di luar tubuh.
- d. Pruritus dapat terjadi selama terapi dialisis ketika produk akhir metabolisme meninggalkan kulit.

- e. Gangguan keseimbangan dialisis terjadi karena perpindahan cairan serebral dan muncul sebagai serangan kejang. Komplikasi ini kemungkinan terjadinya lebih besar jika terdapat gejala uremia yang berat.
- f. Kram otot dan nyeri terjadi ketika cairan dan elektrolit dengan cepat meninggalkan ruang ekstrasel.
- g. Mual dan muntah merupakan peristiwa yang sering terjadi.

5. *Self-care* pada pasien PGK yang menjalani Hemodialisis

Komplikasi baik fisik maupun psikis tentu menjadi gangguan dalam melakukan perawatan diri secara mandiri pada pasien PGK. Konsep teori *self-care* (perawatan diri) yang diprakarsai oleh Orem dapat diaplikasikan sebagai upaya optimal dalam melakukan perawatan pasien secara mandiri guna memenuhi kebutuhan tubuhnya. *Self-care* merupakan konsep yang sangat penting dalam mengukur kemampuan seseorang serta tingkat kemandirian yang harus dicapai oleh pasien. Orem percaya bahwa manusia memiliki kemampuan dalam merawat dirinya sendiri.⁵²

Manajemen perawatan diri menurut Richard mencakup kesediaan dan kepatuhan dalam terapi, memiliki pengetahuan dan kemampuan untuk merawat diri sendiri, membuat keputusan, mengidentifikasi masalah, membuat tujuan, serta memonitor dan menangani gejala.⁵⁷ Dalam penelitian Heidarzadeh dkk menunjukkan adanya hubungan yang langsung dan signifikan antara kualitas hidup pasien PGK yang menjalani hemodialisis dengan kemampuan *self-care*.^{57,58}

Pasien PGK yang menjalani hemodialisis harus merubah gaya hidupnya yang dapat mempengaruhi berbagai aspek kehidupan. Pasien PGK membutuhkan perawatan yang lama dan rutin, sehingga pasien harus memiliki strategi untuk manajemen penyakitnya. Pasien PGK yang memiliki kepercayaan diri untuk dapat melakukan perawatan diri akan lebih mungkin dapat melaksanakan tindakan-tindakan yang harus dilakukan, seperti diit, manajemen diri, dan melakukan hemodialisis secara rutin.^{45,52}

Gambaran *self-care management* dapat dideskripsikan dalam 3 aspek, yakni :

a. Aspek Pemenuhan Kebutuhan Fisik

Aspek ini pada pasien PGK yang menjalani hemodialisis meliputi pengaturan nutrisi (diit), pengaturan intake cairan, regimen pengobatan, perawatan akses vaskuler, serta aktifitas istirahat dan tidur serta olahraga. Selain terapi hemodialisis pasien PGK diharapkan dapat mengikuti regimen perawatan yang kompleks dan taat terhadap pengobatan, diet khusus, pembatasan cairan, dan perawatan akses vaskuler.⁵⁷

1) Pengaturan Nutrisi (Diet)

Makanan merupakan sumber energi dan nutrisi yang diperlukan tubuh untuk membangun dan mempertahankan sel dalam tubuh. Jika seseorang sedang menjalani terapi hemodialisis, diet menjadi bagian yang penting dalam semua perawatannya.⁶⁵ Hal tersebut bertujuan untuk mencegah terjadinya komplikasi sehingga kualitas hidup pasien meningkat.⁶⁶

Pasien PGK harus selalu menjaga pola makannya. Secara umum pasien PGK dianjurkan untuk diet rendah garam, rendah fosfat, diet protein yang berbeda jumlahnya antara stadium 1-4 dengan stadium 5 maupun antara pasien hemodilisis dan peritoneal dialisis.⁶⁴

2) Pengaturan Intake Cairan

Pada pasien hemodialisis hal lain yang perlu diperhatikan adalah pengaturan intake cairan. Pengaturan intake cairan ditentukan dengan jumlah urin output pasien PGK. Intake cairan bagi pasien PGK yang menjalani hemodialisis yaitu total urin output dalam sehari (24 jam) ditambah dengan cairan yang keluar melalui keringat dan pernafasan (IWL) kurang lebih 500ml.^{59,64}

3) Regimen Pengobatan

Regimen pengobatan dalam hal ini adalah mengikuti anjuran dokter yakni untuk rutin menjalani hemodialisis, mengikuti regimen diet yang dianjurkan dan pembatasan cairan. Hemodialisis merupakan terapi yang harus dilakukan rutin dan seumur hidup.

4) Perawatan akses vaskuler

Jika pasien PGK menjalani hemodialisis, akses vaskuler yang dibuat untuk keperluan terapi dialysis harus dirawat agar tidak terjadi kerusakan. Tindakan penjagaan diperlukan untuk memastikan agar ekstremitas dengan akses vaskuler tidak digunakan untuk pengambilan darah maupun pengukuran darah. Suara bising (bruit) atau getaran

(thrill) di daerah akses vena harus dievaluasi paling sedikit 8 jam sekali.^{2,64}

5) Aktivitas istirahat/ tidur dan olahraga

Pasien PGK yang menjalani hemodialisis sering mengalami gangguan tidur. Gangguan tidur ini erat kaitannya dengan menurunnya kualitas hidup dan meningkatkan risiko kematian. Insomnia merupakan gangguan tidur yang paling sering dialami oleh pasien PGK yang menjalani hemodialisis.

Selain tidur, olahraga juga merupakan bentuk perawatan mandiri. Olahraga tidak hanya berpengaruh pada fisik, namun juga berpengaruh positif terhadap kesehatan mental dan emosional. Pasien PGK dianjurkan untuk melakukan olahraga secara rutin, misalnya jalan kaki selama kurang dari 30 menit setiap hari.^{59,64}

b. Aspek Kondisi Psikologis dari *Self-care Management*

Aspek ini pada pasien PGK yang menjalani hemodialisis meliputi kepatuhan dan ketidakpatuhan terhadap regimen pengobatan dan stress koping.⁵⁹ Penelitian oleh John (2012) melaporkan bahwa terdapat hubungan yang kuat antara efikasi diri dengan kepatuhan terhadap pembatasan cairan dan diet.⁶⁰ Semakin tinggi efikasi diri yang dilaporkan respondennya, maka semakin tinggi kepatuhan terhadap pembatasan cairan dan diet yang dilaporkan respondennya.⁵⁹

Salah satu strategi koping untuk mengatasi masalah beban secara psikologis pada pasien PGK yakni melalui prinsip penggunaan agama dan spiritualitas sebagai upaya untuk meningkatkan penyesuaian diri secara psikologis dan melalui agama sebagai bentuk dukungan. Koping strategi lain dalam segi spiritual adalah keyakinan kepada Tuhan dan berdoa yang dilakukan paling sering oleh pasien PGK.

c. Aspek Sosial *Self- Care Management*

Aspek ini tidak dapat dipisahkan dari *self-care management* pasien PGK yang menjalani hemodialisis karena merupakan aspek penting dalam elemen kehidupan. Dalam aspek sosial, pasien PGK dengan hemodialisis mengalami gangguan peran dan perubahan gaya hidup sangat berhubungan dengan beban fisik dan psikologis karena sakit, pasien tidak diikut sertakan dalam kehidupan sosial di keluarga dan masyarakat seperti sebelumnya, tidak mengurus pekerjaan, sehingga terjadi perubahan peran dan tanggung jawab dalam keluarga. Maka dari itu, pada aspek ini manajemen diri dari pasien PGK diharuskan dapat mengelola efek penyakit ini yang dapat berdampak pada aspek sosial menjadi gaya hidup seperti yang mereka inginkan.⁵⁹

C. Kualitas Hidup

1. Pengertian kualitas hidup

Kualitas hidup merupakan suatu derajat keadaan yang menyatakan perwujudan hakikat kemanusiaan manusia, dan kemampuan yang terkandung

didalamnya bagaimana manusia mempertahankan dan mengembangkan dirinya serta hidupnya. Kualitas hidup manusia harus dipahami tidak hanya secara statis melainkan dinamis, artinya selalu terbuka bagi kemungkinan adanya perubahan dan perkembangan.³²

World Health Organization (WHO) mengemukakan bahwa kualitas hidup adalah persepsi individu dalam kemampuan, keterbatasan, gejala serta sifat psikososial hidupnya dalam konteks budaya dan sistem nilai untuk menjalankan peran dan fungsinya.⁸ WHO juga menjelaskan bahwa sehat tidak hanya terbebas dari penyakit dan kelemahan, tetapi juga terdapatnya kesejahteraan fisik, mental, sosial dan lingkungan.⁹

Kualitas hidup dapat dikelompokkan dalam tiga bagian yang berpusat pada suatu aspek hidup yang baik, yaitu¹⁰ :

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

seseorang untuk beradaptasi pada nilai-nilai budaya dan menyatakan tentang kehidupannya.

2. Dimensi kualitas hidup

Menurut WHOQoL group pada tahun 2004 menyebutkan bahwa kualitas hidup terdiri dari 4 dimensi. Keempat dimensi WHOQoL group meliputi⁸:

a. Kesehatan fisik

Berhubungan dengan kesakitan dan kegelisahan, ketergantungan pada perawatan medis, energi dan kelelahan, mobilitas, tidur dan istirahat, aktifitas kehidupan sehari-hari, dan kapasitas kerja.

b. Kesehatan psikologis

Berhubungan dengan pengaruh positif dan negatif spiritual, pemikiran pembelajaran, daya ingat dan konsentrasi, gambaran tubuh dan penampilan, serta penghargaan terhadap diri sendiri.

c. Hubungan sosial

Terdiri dari hubungan personal, aktivitas seksual, dan hubungan sosial.

d. Lingkungan

Terdiri dari keamanan dan kenyamanan fisik, lingkungan fisik, sumber penghasilan, kesempatan memperoleh informasi, keterampilan baru, partisipasi dan kesempatan untuk rekreasi atau aktifitas pada waktu luang.

3. Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup

a. Usia

Umumnya kualitas hidup penderita PGK akan menurun seiring dengan bertambahnya usia. Pada penderita PGK dengan usia muda, kualitas hidupnya jauh lebih baik dikarenakan kondisi fisik usia muda jauh lebih baik daripada usia yang sudah tua. Usia juga berkaitan dengan prognosis penyakit dan harapan hidup, setelah usia 40 tahun akan terjadi proses degeneratif yang akan menyebabkan perubahan anatomi, fisiologi dan biokimia sehingga menyebabkan penurunan kerja ginjal dan menurunnya kualitas hidup 1% tiap tahunnya. Pada usia 40-70 tahun, laju filtrasi glomerulus akan menurun secara progresif hingga 50% dari normal. Hal ini dapat meningkatkan risiko infeksi, obstruksi sehingga dapat terjadi kerusakan pada ginjal.^{2,33}

b. Jenis Kelamin

Pembesaran prostat pada laki-laki dapat menyebabkan terjadinya obstruksi dan infeksi yang dapat berkembang menjadi gagal ginjal. Selain itu, pembentukan batu ginjal lebih banyak diderita oleh laki-laki karena saluran kemih pada laki-laki lebih panjang daripada perempuan. Laki-laki juga lebih banyak memiliki kebiasaan hidup yang tidak sehat yang dapat mempengaruhi kesehatannya seperti merokok, minum kopi, alkohol, dan suplemen yang dapat memicu terjadinya penyakit sistemik yang dapat menyebabkan penurunan fungsi ginjal dan berdampak pada kualitas hidupnya.^{2,63}

c. Pendidikan

Penderita PGK yang memiliki tingkat pendidikan yang tinggi akan mempunyai wawasan yang luas serta memungkinkan untuk mengontrol dirinya dalam mengatasi masalah yang dihadapi. Mereka juga memiliki rasa percaya diri, berpengalaman, dan mempunyai perkiraan yang tepat untuk mengatasi masalahnya serta mudah mengerti anjuran dari pihak medis. Sehingga pasien dengan pendidikan yang lebih tinggi akan lebih mudah mengambil keputusan untuk menunjang kesehatannya sehingga kualitas hidupnya pun semakin tinggi.^{33,49}

d. Pekerjaan

Penghasilan dari sebuah pekerjaan akan berpengaruh pada terapi hemodialisis. Seseorang kurang memanfaatkan pelayanan kesehatan karena tidak mempunyai cukup uang untuk membayarnya.³³

Pasien yang memiliki penghasilan lebih rendah memiliki rasa khawatir yang lebih tinggi akan kondisi sakitnya yang dapat mempengaruhi fungsi kehidupannya dikarenakan sulit mempertahankan pekerjaan yang pada akhirnya mempengaruhi kualitas hidupnya. Selain itu pasien yang tidak memiliki pekerjaan akan merasa khawatir akan kehidupan masa yang akan datang diakibatkan karena hidup mereka hanya bergantung pada mesin dialisis sehingga menyulitkan mereka untuk mendapatkan penghasilan.

e. Lama hemodialisis

Pertama kali respon pasien yang menjalani hemodialisis tidak dapat menerima atas kehilangan fungsi ginjalnya, marah dengan kejadian yang ada serta merasa sedih dengan kejadian yang dialami. Adaptasi dan penyesuaian diri masing-masing pasien berbeda-beda. Semakin lama pasien menjalani terapi hemodialisis maka pasien akan semakin baik serta patuh karena pasien mendapatkan pendidikan kesehatan atau informasi tentang penyakitnya semakin banyak sehingga dapat mempengaruhi kualitas hidupnya menjadi semakin tinggi.^{33,49}

f. Tekanan darah

Tekanan darah yang tinggi jika tidak terkontrol mengakibatkan terjadinya komplikasi lain seperti morbiditas dan mortalitas. Tekanan darah yang tinggi menyebabkan penurunan vaskularisasi di area otak yang membuat pasien merasa susah untuk berkonsentrasi, mudah marah, merasa tidak nyaman, dan berdampak pada aspek sosial yang membuat pasien tidak mau bersosialisasi. Dampak ini dapat mempengaruhi kualitas hidup pada pasien PGK.^{33,49}

4. Kualitas hidup pasien PGK yang menjalani HD

Kualitas hidup menjadi aspek penting setelah pasien menjalani terapi hemodialisis. Beberapa pasien memiliki kualitas hidup yang lebih baik dan sebagian lagi memiliki kualitas hidup yang lebih rendah dibanding sebelum

menjalani hemodialisis, karena selain menghadapi masalah terkait penyakitnya juga terkait dengan terapi yang dijalani seumur hidupnya.^{10,14}

Dampak hemodialisis akan berakibat terhadap respon pasien. Hal ini dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya karakteristik individu, pengalaman sebelumnya, dan mekanisme koping. Masing-masing dimensi mempunyai pengaruh tersendiri terhadap kualitas hidup.

a. Dimensi fisik

Dimensi fisik mempunyai beberapa dampak terhadap kualitas hidup pasien PGK. Pada pasien PGK akan mengalami perubahan fisik. Kelemahan atau *fatigue* merupakan hal utama yang dirasakan oleh pasien PGK. Kelemahan fisik berhubungan dengan gangguan pada kondisi fisik, termasuk mal nutrisi, anemia. Kelemahan fisik dapat menurunkan motivasi. Kelemahan secara signifikan berhubungan dengan timbulnya gejala gangguan tidur, status kesehatan fisik yang menurun, dan depresi yang dapat mempengaruhi kualitas hidup.³⁸

Penelitian yang dilakukan Farida mengenai kualitas hidup pasien PGK dalam konteks asuhan keperawatan didapatkan hasil bahwa kualitas hidup secara fisik akan menurun setelah mengalami PGK. Seluruh aktivitasnya terbatas dikarenakan kelemahan, respon fisik menurun, merasa mudah capek, dan keterbatasan dalam asupan cairan dan nutrisi serta merasakan kurang tidur. Hal ini mempengaruhi semua kesehatan fisik pasien PGK

sehingga tidak dapat melakukan kegiatan seperti saat sebelum menjalani hemodialisis.³⁸

b. Dimensi psikologis

Respon psikologis pada pasien PGK dapat bervariasi dan sering berhubungan dengan kerugian. Depresi merupakan respon psikologis yang paling umum. Kemarahan dan penolakan yang sering dilakukan oleh pasien untuk melindungi diri dan emosi tak terkendali, ini dapat memiliki efek negatif yang dapat menyebabkan penurunan kepatuhan pasien terhadap regimen pengobatan dan mengurangi komunikasi yang efektif.⁹

Pasien PGK akan mengalami perubahan dalam hal spiritual. Pasien lebih mendekati diri kepada Tuhan dibandingkan sebelum terkena PGK dan melakukan hemodialisis. Lebih memikirkan kehidupan untuk bekal di akhirat. Kualitas hidup secara spiritual dirasakan lebih meningkat dengan cara mendekati diri kepada Tuhan dan berbuat baik.³⁸

c. Dimensi sosial

Nutrisi merupakan komponen penting dalam kehidupan pasien dengan PGK. Sebagian besar dari interaksi orang, melibatkan makan dan minum sehingga tidak jarang untuk pasien dengan PGK untuk mengurangi keterlibatan sosial mereka karena pembatasan makanan dan minuman yang ketat. Selain itu juga masalah kelemahan yang umum dihadapi pasien PGK yang dapat menghambat dalam berkegiatan sosial di masyarakat.⁹

Pasien hemodialisis juga mengalami gangguan sosial berupa disfungsi seksual terjadi pada klien PGK tahap akhir dengan hemodialisis. Pada pasien PGK, umumnya mendapatkan terapi antidepresan, dimana obat ini dapat berefek menurunkan libido dan menunda orgasme pada wanita, menurunkan ereksi dan ejakulasi pada laki-laki. Selain faktor depresan, hal lain yang berkontribusi pada disfungsi seksual adalah *body image*, defisiensi zinc dan gangguan hormonal.³⁹

d. Dimensi lingkungan

Penelitian yang dilakukan oleh Nasiri dkk mengenai faktor-faktor yang menyebabkan stres dan koping pada pasien yang menjalani hemodialisis. Faktor-faktornya seperti tidak dapat berekreasi, tidak dapat melakukan hobi atau kesenangan seperti sebelum sakit dan tidak optimal dalam berpartisipasi dalam kegiatan keluarga dan masyarakat.⁴⁰

5. Pengukuran Kualitas Hidup

Instrumen WHOQoL-BREF terdapat empat domain dan dua item mengenai persepsi keseluruhan individu dari kualitas hidup dan kesehatan. Keempat skor domain menunjukkan arah skala yang positif dengan rentang skor 0-100 dan skor yang tinggi akan menunjukkan kualitas hidup yang baik. WHOQoL-BREF memiliki 26 item pertanyaan dengan nilai tiap item pertanyaan memiliki rentang nilai 1-5, dimana semakin tinggi nilainya maka kualitas hidup yang dicapai juga semakin baik. Untuk analisis selanjutnya, nilai kualitas hidup dibagi menjadi 2 yaitu kualitas tinggi dan kualitas hidup

rendah dengan nilai kualitas hidup rendah jika skor jawaban <55, kualitas hidup tinggi jika skor jawaban ≥ 55 .

Tabel 2.4
Nilai Terendah, Nilai Tertinggi dan Range Domain dalam WHOQoL-BREF⁸

Domain	Nilai Terendah	Nilai Tertinggi	Possible raw score range
Fisik	7	35	28
Psikologis	6	30	24
Hubungan Sosial	3	15	12
Lingkungan	8	40	32

Tabel 2.5
Skor setiap domain dalam WHOQoL-BREF⁸

No	Domain	Perhitungan	Raw Score
1.	Fisik	$(6-Q3)+(6-Q4)+Q10+Q15+Q16+Q17+Q18$	7-35
2.	Psikologis	$Q5+Q6+Q7+Q11+Q19+(6-Q26)$	6-30
3.	Hubungan Sosial	$Q20+Q21+Q22$	3-15
4.	Lingkungan	$Q8+Q9+Q12+Q13+Q14+Q23+Q24+Q25$	8-40

Skor keseluruhan domain dapat diperoleh dengan perhitungan :

$$\text{Skor akhir} = \frac{\text{actual raw score} - \text{lowest possible raw score}}{\text{possible raw score range}} \times 100$$

$$\text{Skor akhir} = \frac{\dots - 24}{96} \times 100$$

D. Efikasi Diri

1. Pengertian efikasi diri

Efikasi diri adalah keyakinan seseorang tentang kemampuan mereka untuk mencapai suatu tingkat kinerja yang mempengaruhi setiap peristiwa dalam hidupnya. Efikasi diri menentukan bagaimana seseorang merasa,

berfikir, memotivasi dirinya dan berperilaku. Efikasi diri terbentuk melalui 4 proses utama yaitu kognitif, motivasi, afektif, dan proses seleksi.¹³

Teori efikasi diri didasarkan pada premis bahwa individu membuat penilaian tentang kapasitas mereka untuk terlibat dalam perilaku perawatan diri dalam menghasilkan sesuatu yang diinginkan. Penilaian ini memberikan jembatan antara pengetahuan dan perilaku perawatan diri yang sebenarnya. Efikasi diri juga membantu menentukan seberapa banyak usaha yang dikeluarkan seseorang dalam suatu perilaku, berapa lama mereka akan bertahan dalam menghadapi rintangan dan seberapa tangguh mereka dalam menghadapi situasi yang merugikan.¹³

2. Sumber efikasi diri

a. *Performance accomplishment* (pencapaian prestasi)

Orang yang mengalami keberhasilan akan mudah mengharapkan hasil yang cepat dan mudah berkecil hati apabila mengalami kegagalan. Sementara itu, untuk mencapai keberhasilan, seseorang membutuhkan berbagai pengalaman dalam mengatasi hambatan atau masalah. Beberapa kesulitan dan kegagalan akan bermanfaat bagi seseorang untuk mencapai keberhasilan yang biasanya memerlukan usaha berkelanjutan.¹³

b. *Vicarious experience* (pengalaman orang lain)

Efikasi diri dapat diperkuat melalui pengalaman orang lain atau biasa disebut model sosial. Melihat orang lain yang kondisinya mirip, dan seseorang tersebut sukses melakukan suatu kegiatan dengan upaya terus-

menerus akan menimbulkan keyakinan bagi pengamat. Hal ini akan menanamkan keyakinan bahwa mereka juga mempunyai kemampuan yang sama untuk berhasil melakukan kegiatan tersebut. Begitupun sebaliknya, ketika seseorang mengamati orang lain mengalami kegagalan, meskipun dengan upaya tinggi, hal ini akan menurunkan keyakinan terhadap keberhasilan mereka sendiri.¹³

c. *Verbal persuasion* (persuasi verbal)

Persuasi verbal adalah cara lain untuk memperkuat keyakinan seseorang tentang efikasi diri. Persuasi verbal termasuk kalimat verbal yang memotivasi seseorang untuk melakukan suatu perilaku.³⁰ Seseorang yang mendapatkan persuasi verbal berupa sugesti dari luar bahwa dirinya memiliki kemampuan untuk melakukan suatu kegiatan, maka mereka akan lebih mampu bertahan ketika berada dalam kesulitan. Dan sebaliknya akan sulit menanamkan efikasi diri pada seseorang ketika persuasi verbal tidak mendukung dengan baik.¹³

d. *Physiological feedback and emotional arousal* (umpan balik fisiologi dan kondisi emosional)

Seseorang sering menunjukkan gejala somatik dan respon emosional dalam menginterpretasikan sebuah ketidakmampuan. Gejala somatik seperti kecemasan, ketegangan, mood dapat mempengaruhi keyakinan efikasi seseorang. Dalam sebuah kegiatan yang akan melibatkan kekuatan stamina orang akan mengalami kelelahan, sakit dan nyeri sebagai tanda-

tanda kelemahan fisik. *Mood* akan mempengaruhi keberhasilan seseorang. *Mood* yang positif akan meningkatkan keberhasilan seseorang, begitupun sebaliknya keputusan akan menyebabkan kegagalan. Orang yang mempunyai keyakinan keberhasilan yang tinggi akan mempunyai kemauan yang efektif sebagai fasilitator dalam melakukan kegiatan, begitu pun sebaliknya seseorang yang penuh keraguan akan menganggap kemauan yang mereka miliki sebagai penghambat.¹³

3. Proses pembentukan efikasi diri

a. Proses kognitif

Efikasi diri terbentuk melalui proses kognitif, misalnya melalui perilaku manusia dan tujuan. Penentuan tujuan dipengaruhi oleh penilaian atas kemampuan diri sendiri. Semakin kuat efikasi diri seseorang maka semakin tinggi seseorang berkomitmen untuk mencapai tujuan yang ditentukannya. Keyakinan tentang keberhasilan akan membentuk sebuah skenario dimana seseorang akan berusaha dan berlatih mewujudkan keyakinannya.¹³

b. Proses motivasional

Tingkat motivasi seseorang tercermin seberapa banyak upaya yang dilakukan dan seberapa lama bertahan dalam menghadapi hambatan. Semakin kuat keyakinan akan kemampuan seseorang maka akan lebih besar upaya yang dilakukannya. Keyakinan dalam proses berfikir sangat penting bagi pembentukan motivasi, karena sebagian besar motivasi

dihasilkan melalui proses berfikir. Proses motivasi tersebut dibentuk oleh 3 teori pemikiran yaitu *causal attributions*, *outcome expectancies value theory*, dan *cognized goal*. Motivasi sendiri diatur oleh harapan seseorang dan nilai dari tujuan yang ditentukan.¹³

c. Proses afektif

Keyakinan tentang seberapa kuat seseorang mengatasi stres dan depresi melalui berbagai pengalaman yang dialaminya akan sangat berpengaruh pada motivasi seseorang. Efikasi diri dapat mengendalikan depresi yaitu mengontrol stres. Seseorang yang dapat mengontrol depresi maka pikirannya tidak akan terganggu, tetapi bagi orang-orang yang tidak bisa mengontrol berbagai ancaman maka akan mengalami kecemasan yang tinggi. Kecemasan tidak hanya dipengaruhi oleh mekanisme koping seseorang tetapi juga dipengaruhi oleh kemampuan untuk mengendalikan pikiran yang mengganggu.¹³

d. Proses seleksi

Tujuan akhir dari proses efikasi adalah untuk membentuk lingkungan yang menguntungkan dan dapat dipertahankan. Efikasi dipengaruhi tipe aktifitas dan lingkungan yang dipilihnya. Seseorang akan menghindari sebuah aktifitas dan lingkungan bila orang tersebut merasa tidak mampu untuk melakukannya. Tetapi mereka akan siap dengan berbagai tantangan dan situasi yang dipilihnya bila mereka menilai dirinya mampu untuk melakukannya.¹³

4. Dimensi efikasi diri

a. *Magnitude*

Dimensi *magnitude* berfokus pada tingkat kesulitan yang setiap orang tidak akan sama. Seseorang bisa mengalami tingkat kesulitan yang tinggi terkait dengan usaha yang dilakukan. Semakin tinggi efikasi diri yang dimiliki maka akan semakin mudah usaha terkait yang dapat dilakukan. Sehingga walaupun dalam keadaan sulit, seseorang tetap dapat melakukan sebuah usaha.³¹

b. *Generality*

Dimensi generalisasi berfokus pada harapan penguasaan terhadap pengalaman dari usaha terkait yang dilakukan. Seseorang akan menggeneralisasikan keyakinan akan keberhasilan yang diperolehnya tidak hanya pada hal tersebut tetapi akan digunakan pada usaha yang lainnya.³¹

c. *Strength*

Dimensi kekuatan berfokus pada keyakinan dalam melakukan sebuah usaha. Harapan yang lemah bisa disebabkan oleh pengalaman yang buruk. Tetapi bila seseorang mempunyai harapan yang kuat mereka akan tetap berusaha walaupun mengalami kegagalan. Harapan disini berperan besar dalam tindakan pengambilan keputusan. Sehingga meskipun seseorang tersebut pernah mengalami pengalaman buruk, namun dia mempunyai harapan untuk lebih baik di masa depan.³¹

5. Efikasi diri pada pasien PGK yang menjalani hemodialisis

Pasien PGK didorong untuk mampu melakukan manajemen diri yang efektif untuk mengurangi stres yang dirasakan pasien. Hal ini berkaitan dengan tingkat efikasi diri masing-masing pasien, semakin tinggi efikasi dirinya maka kesadaran pasien untuk melakukan manajemen diri pun semakin meningkat. Pasien PGK perlu memajemen dirinya karena mereka menghadapi banyak tekanan fisik dan psikososial seperti hipertensi, kurang nafsu makan, anemia, gangguan seksual, pendapatan berkurang, isolasi sosial hingga ketergantungan pada pengasuh.⁴⁵

Peningkatan efikasi diri berhubungan dengan sikap positif dan pengambilan keputusan seseorang. Contohnya seperti peningkatan kepatuhan terhadap pengobatan, perilaku yang dianggap untuk meningkatkan kesehatan dan menurunkan gejala fisik dan psikologis, melakukan hal-hal yang disukai untuk mengurangi stres, dan percaya bahwa dirinya dapat melakukan segala tindakan dan membantu orang lain sesuai kemampuannya.¹⁴

Dalam sebuah penelitian yang dilakukan oleh Rayyani, efikasi diri terbukti mempengaruhi keputusan individu untuk melakukan tindakan perawatan diri seperti yang dianjurkan oleh tenaga medis. Dikemukakan bahwa efikasi diri bertindak sebagai mediator antara perubahan dalam kualitas hidup. Pengukuran efikasi diri dirancang untuk menguji keyakinan individu untuk melakukan kegiatan yang dipilih sebagai usaha yang diinginkan.⁴⁵

Sebuah penelitian lainnya dilakukan oleh Balaga menunjukkan bahwa pasien PGK dengan tingkat efikasi diri tinggi dapat melakukan aktifitas fisik dan fungsi psikososial yang lebih tinggi pula dibandingkan dengan yang mempunyai efikasi diri yang lebih rendah.⁴⁴ Sedangkan Penelitian yang dilakukan oleh Moattari menyatakan hal senada bahwa efikasi diri akan meningkat apabila pasien tersebut diberdayakan dengan cara memotivasi dan memberi penjelasan mengenai penyakitnya serta bagaimana cara penanganan penyakitnya, sehingga kualitas hidupnya pun juga akan meningkat.⁵³

6. Pengukuran Efikasi Diri

Kuesioner efikasi diri dibuat sendiri oleh peneliti berdasarkan teori efikasi diri dan *self-care management* untuk pasien PGK yang menjalani hemodialisis. Instrumen ini berisi 32 item yang terbagi menjadi 3 sub skala. Tiga subskala ini adalah *magnitude*, *generality* dan *strength* dengan jumlah pernyataan 32 item.

Instrumen ini menggunakan 5 poin skala dari sangat yakin, yakin, ragu-ragu, tidak yakin dan sangat tidak yakin. Pemberian skor dalam kuesioner ini menggunakan menggunakan skala *Likert* yang terdiri dari 21 item pernyataan *favorable* dengan skor Sangat Yakin= 5, Yakin= 4, Ragu-ragu= 3, Cukup Yakin= 2, Tidak Yakin= 1. Sedangkan pada pernyataan *unfavorable* terdiri dari 11 item dengan skor Sangat Yakin= 1, Yakin= 2, Ragu-ragu= 3, Cukup Yakin= 4, Tidak Yakin= 5. Nilai dari masing-masing sub skala didapatkan dari menambahkan nilai respon tiap item untuk mendapatkan skor total.

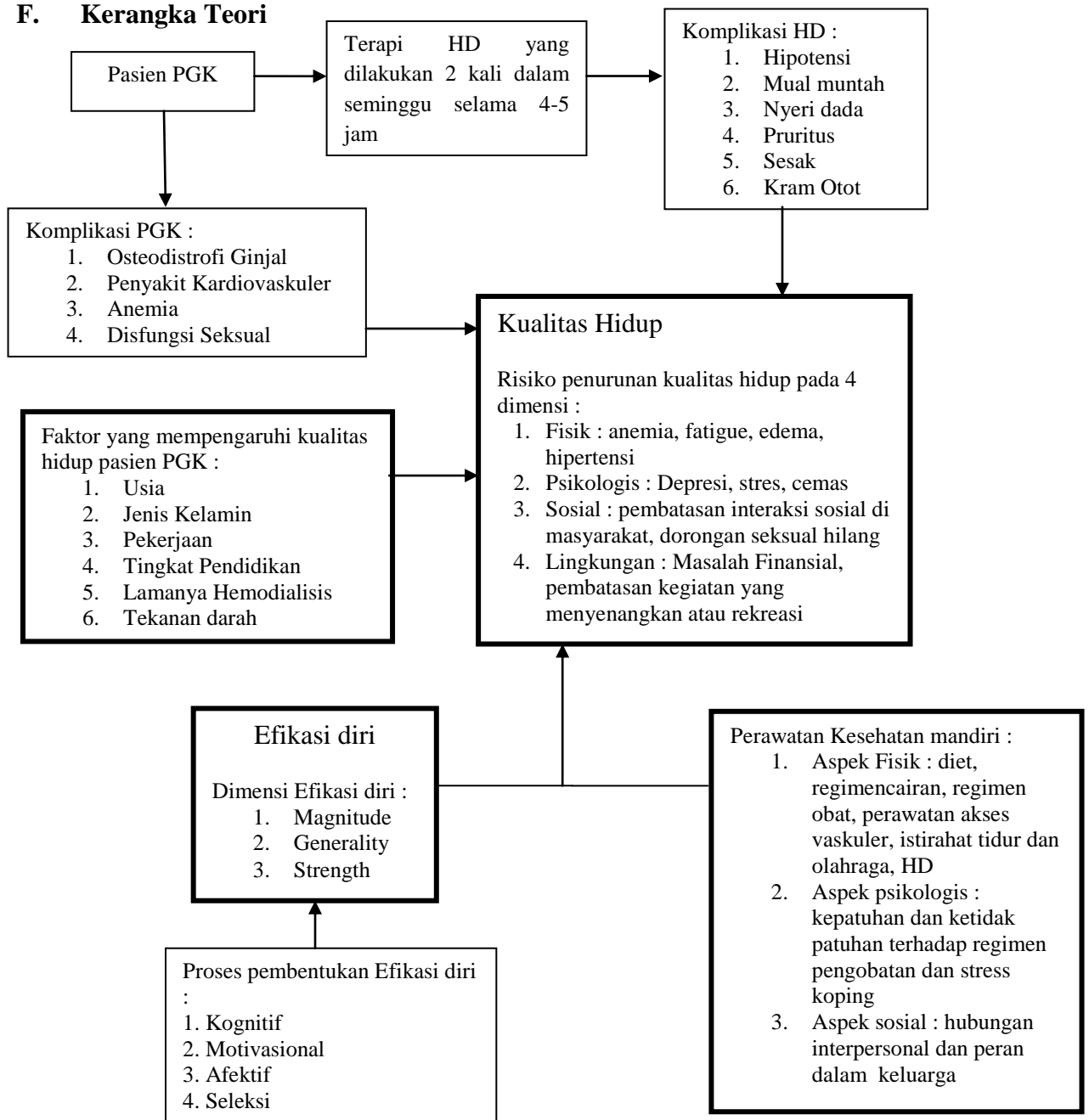
Untuk analisis selanjutnya, pengkategorian total skor efikasi diri menjadi 2 kategori yaitu efikasi diri baik : $x \geq 112$ dan efikasi diri buruk : $x < 112$.

E. Hubungan Efikasi Diri dengan Kualitas Hidup Pasien PGK yang menjalani Hemodialisis

Pasien hemodialisis didorong untuk mampu melakukan manajemen diri yang efektif, baik dalam manajemen fisik, psikologis maupun sosial. Dalam sebuah penelitian yang dilakukan oleh Balaga efikasi terbukti mempengaruhi keputusan individu untuk melakukan tindakan perawatan diri di rumah. Dikemukakan bahwa efikasi diri bertindak sebagai mediator antara perubahan dalam kualitas hidup dan fungsi fisiologis pada pasien. Pengukuran efikasi diri dirancang untuk menguji keyakinan individu untuk melakukan kegiatan yang dipilih sebagai usaha yang diinginkan.⁴⁴

Sebuah penelitian lainnya dilakukan oleh Tsay menunjukkan bahwa pasien hemodialisis dengan tingkat efikasi diri tinggi dapat melakukan aktifitas fisik dan fungsi psikososial yang lebih tinggi dibandingkan dengan yang mempunyai efikasi diri lebih rendah.¹⁴ Sedangkan pada penelitian lainnya yang dilakukan oleh Charron dan Skelly dalam Tsay menyatakan hal yang senada bahwa efikasi diri dapat memberikan prediksi terhadap kepatuhan seseorang dalam melakukan perawatan dirinya sendiri. Efikasi diri yang tinggi akan berpengaruh terhadap peningkatan kualitas hidup bagi pasien hemodialisis.¹⁴

F. Kerangka Teori

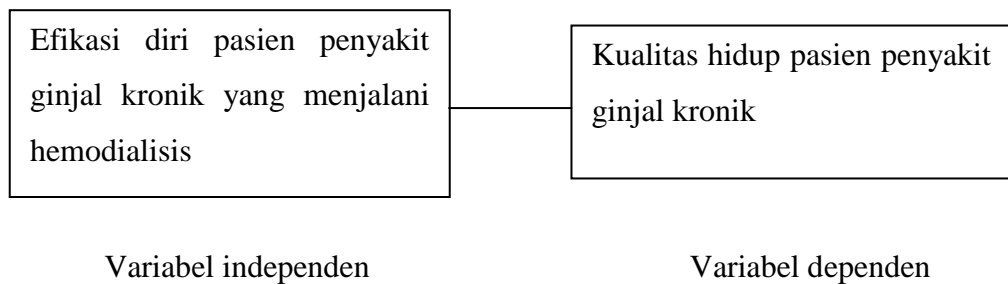


Gambar 2.1. Kerangka Teori ^{2,5,13,33,49,62,64,65,66}

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Kerangka Konsep



Gambar 3.1 Kerangka Konsep

B. Hipotesis

Hipotesis merupakan kebenaran dan baru dapat diangkat menjadi suatu kebenaran jika telah disertai bukti-bukti. Hipotesis merupakan jawaban sementara terhadap masalah penelitian yang kebenarannya harus diuji secara empiris.²⁵ Sehingga hipotesis dari penelitian ini adalah ada hubungan antara efikasi diri dengan kualitas hidup pada pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis.

C. Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan penelitian kuantitatif, yaitu penelitian yang menggunakan pendekatan formal, objektif, dan proses sistemik. Penelitian kuantitatif data numeris digunakan untuk memperoleh informasi

untuk menjelaskan variabel, menguji hubungan antar variabel dan menentukan interaksi sebab dan akibat antar variabel.³⁵

Rancangan penelitian ini menggunakan deskriptif korelatif dengan pendekatan *cross sectional*. Deskriptif yakni rancangan penelitian yang bertujuan menggambarkan masalah penelitian keperawatan dan korelatif yakni rancangan penelitian yang mengkaji hubungan antar variabel dan melibatkan minimal dua variabel. Penelitian *cross sectional* adalah penelitian yang dilakukan tanpa adanya perlakuan terhadap responden dan penelitian ini bertujuan untuk mempelajari ada tidaknya suatu hubungan antara variabel bebas dan terikat.³⁶

D. Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi

Populasi merupakan kumpulan semua objek penelitian atau objek yang akan diteliti.²⁵ Populasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah seluruh pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis di RSUD Tugurejo Semarang. Jumlah pasien diambil dari jumlah pasien menetap per bulan di Ruang Hemodialisis RSUD Tugurejo sebanyak 68 pasien rawat jalan.

2. Sampel

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi.²⁵ Tujuan dalam penentuan sampel adalah mendapatkan keterangan tentang objek penelitian dengan mengamati sebagian dari

populasi yang merupakan reduksi dari objek penelitian.⁴¹ Penelitian ini menggunakan *total sampling* yaitu dengan cara mengambil keseluruhan dari jumlah populasi. Peneliti ketika melakukan penelitian, tidak dapat mengambil keseluruhan dari jumlah populasi karena calon responden kurang memungkinkan untuk menjadi responden seperti sesak napas, lemas dll. Peneliti mendapatkan 63 responden. Besar sampel dalam penelitian ini ditentukan berdasarkan criteria sampel yaitu inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi dan eksklusi dalam penelitian ini :

a. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi merupakan penentuan sampel yang didasarkan atas karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau yang akan diteliti.

Kriteria inklusi sampel penelitian ini adalah :

- 1) Pasien PGK yang menjalani hemodialisis rutin (2 kali seminggu)
- 2) Pasien hemodialisis usia 18-65 tahun.

b. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi merupakan kriteria untuk menghilangkan atau mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi dari studi oleh karena berbagai sebab.

Kriteria eksklusi sampel penelitian ini adalah :

- 1) Pasien yang kondisinya tidak memungkinkan untuk menjadi responden seperti pusing, nyeri, mengalami penurunan kesadaran dan tidak dapat berkonsentrasi.
- 2) Pasien dengan penyakit penyerta seperti gagal jantung, DM dengan ulkus, kanker dan tuberkulosis.
3. Prosedur dan teknik pengambilan sampel

Sampling merupakan proses seleksi sejumlah subjek yang dapat mewakili populasi yang ada. Teknik sampling pada penelitian ini merupakan *Total Sampling* yang berarti dimana seluruh populasi menjadi sampel dalam penelitian ini.²⁵ *Total sampling* dalam penelitian ini berjumlah 63 pasien rawat jalan.'

E. Tempat dan waktu penelitian

Lokasi penelitian adalah ruang hemodialisis di RSUD Tugurejo Semarang dan pengambilan data penelitian dilaksanakan pada 9-11 Maret 2016.

F. Variabel Penelitian, definisi operasional, dan skala pengukuran

1. Variabel penelitian

Variabel merupakan segala sesuatu yang akan menjadi objek penelitian, dimana didalamnya terdapat faktor-faktor yang berperan dalam peristiwa yang akan diteliti dan memiliki variasi nilai.^{25,36} dalam penelitian ini terdapat dua variabel, yaitu :

a. Variabel bebas (*Variabel Independent*)

Variabel bebas merupakan variabel yang dapat mempengaruhi atau yang menjadi sebab perubahan atau timbulnya variabel dependen (terikat). Variabel bebas yang terdapat dalam penelitian ini adalah efikasi diri dalam perawatan kesehatan mandiri pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis.

b. Variabel terikat (*Variabel Dependent*)

Variabel terikat merupakan variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat karena adanya variabel bebas. Variabel terikat dalam penelitian ini adalah kualitas hidup pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis.

2. Definisi operasional

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Independen : Efikasi diri	Pernyataan keyakinan pasien PGK yang menjalani hemodialisis terkait kemampuan melakukan perawatan kesehatan mandiri meliputi aspek fisik seperti diet, regimen cairan, regimen pengobatan, perawatan akses vaskuler, hemodialisis, serta aktivitas dan istirahat, aspek psikologis seperti kepatuhan dan ketidak patuhan dalam menjalani pengobatan dan stress koping, aspek sosial seperti hubungan interpersonal serta peran dalam keluarga.	Kuesioner efikasi diri dengan 30 item pertanyaan. Pengukuran menggunakan skala Likert dengan nilai : 1: Tidak yakin 2 : Cukup Yakin 3 : Ragu-ragu 4 : Yakin 5 : Sangat Yakin	Total skor efikasi diri : 32-160. Hasil skor responden menunjukkan data tidak normal, sehingga digunakan nilai median ; 112, lalu dikelompokkan menjadi 2 : 1 : Baik ($x \geq 112$) 2 : Buruk ($x < 112$)	Ordinal

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Dependen : Kualitas Hidup	Pernyataan pasien mengenai kondisi tubuh yang dirasakan pasien, yang diukur dari 4 domain meliputi : fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan	Kuesioner kualitas hidup WHOQoL BREF, 26 item, dengan skor 1 = sangat buruk sampai skor 5 = sangat baik. Dengan skor total 0-100	Skor total maksimal 100, dikategorikan menjadi 2 : 1 : Tinggi, ≥ 55 2 = : Rendah, < 55	Ordinal
Jenis kelamin	Penggolongan responden yang terdiri dari laki-laki dan perempuan	Kuesioner karakteristik demografi tentang jenis kelamin responden	1: Laki-laki 2: perempuan	Nominal
Usia	Lama hidup responden berdasarkan tanggal lahir sampai dengan usia saat menjadi responden	Kuesioner umur dalam tahun pada karakteristik demografi	Umur dalam tahun dikategorikan menjadi 3 : 1 : Dewasa awal (18-40 tahun) 2 : Dewasa Madya (41-59 tahun) 3 : Dewasa lanjut (≥ 60 tahun)	Ordinal

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Tingkat Pendidikan	Jenjang sekolah formal terakhir yang berhasil ditempuh responden hingga memperoleh ijazah	Kuesioner karakteristik demografi tentang pendidikan responden	Dinyatakan dengan : 1: Tidak Sekolah 2: SD 3: SMP 4: SMA 5: PT	Ordinal
Pekerjaan	Status responden terkait dengan kegiatan yang bertujuan untuk mendapatkan gaji/upah	Kuesioner karakteristik demografi tentang pekerjaan responden	Dinyatakan dengan : 1 : Bekerja 2 : Tidak bekerja	Nominal
Lama HD	Jumlah waktu lama responden telah menjalani HD dalam bulan	Kuesioner karakteristik demografi tentang lama HD	1 : <12bulan 2 : \geq 12 bulan	Ordinal
Tekanan Darah	Tekanan yang ditimbulkan pada dinding arteri (Sistolik= saat kontraksi ventrikel, Diastolik= saat jantung relaksasi)	Kuesioner karakteristik demografi tentang Tekanan darah	1 : Hipertensi (TD \geq 140/90 mmHg) 2 : Non Hipertensi (TD < 140/90 mmHg)	Ordinal

Tabel 3.1 Variabel Penelitian, Definisi Operasional dan Skala Pengukuran

G. Alat penelitian, validitas, reliabilitas, dan cara pengumpulan data

1. Alat penelitian

Alat yang digunakan untuk pengumpulan data pada penelitian ini adalah lembar kuesioner. Kuesioner adalah daftar pertanyaan yang disusun secara terstruktur berdasarkan variabel yang diteliti.⁴⁶ Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dimana kualitas datanya ditentukan oleh kualitas instrumen yang digunakan.⁴⁶ Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan 3 kuesioner yang terdiri dari :

a. Kuesioner A

Kuesioner A berisi tentang data karakteristik demografi responden yang terdiri dari nomor responden, nama responden (inisial), usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, dan lama HD.

b. Kuesioner B

Kuesioner B yaitu kuesioner yang dibuat oleh peneliti. Item pertanyaan mengacu pada teori efikasi diri dari Albert Bandura pada tahun 1994. Efikasi diri merupakan keyakinan seseorang tentang kemampuan mereka untuk mencapai suatu tingkat kinerja yang mempengaruhi setiap peristiwa dalam hidupnya yang terdiri dari 3 domain yaitu *magnitude*, *generality* dan *strength* dan perawatan mandiri dari Dorothea Orem pada tahun 1971. Orem dalam hal *self-care* melihat

individu sebagai satu kesatuan utuh yang terdiri dari aspek fisik, psikologis, dan sosial dengan derajat kemampuan merawat dirinya yang berbeda-beda. Kisi-kisi kuesioner sebagai berikut :

Tabel 3.2
Kisi-Kisi Kuesioner Efikasi Diri Pasien Hemodialisis

Variabel	Sub Variabel	Sub-sub variabel	No Pertanyaan	
			Favorable	Unfavorable
Efikasi Diri	Magnitude	1. Aspek Fisik :	1,3,4,6	2,5,16
		2. Aspek Psikologis :	25	20
		3. Aspek Sosial :	26,31	-
	Generality	1. Aspek Fisik :	8,10,12	7,9,11
		2. Aspek Psikologis :	21,27	22
		3. Aspek Sosial :	28,32	-
	Strength	1. Aspek Fisik :	14,15,17,18	13,19
		2. Aspek Psikologis :	24,29	23
		3. Aspek Sosial :	30	-

Kuesioner ini terdiri dari sejumlah pertanyaan untuk mendapatkan informasi dari responden. Pernyataan dinilai responden dengan memberikan tanda centang (√) pada pilihan jawaban yang paling sesuai dengan kondisinya. Pernyataan dalam penelitian ini merupakan pernyataan mengenai efikasi diri dalam perawatan mandiri pasien hemodialisis. Pemberian skor dalam kuesioner ini menggunakan menggunakan skala *Likert* yang terdiri dari 21 item pernyataan *favorable* dengan skor Sangat Yakin= 5, Yakin= 4, Ragu-ragu= 3, Cukup Yakin= 2, Tidak Yakin= 1. Sedangkan pada pernyataan *unfavorable* terdiri dari 11 item dengan skor Sangat Yakin= 1, Yakin= 2, Ragu-ragu= 3, Cukup Yakin= 4, Tidak Yakin= 5.

Nilai dari masing-masing sub skala didapatkan dari menambahkan nilai respon tiap item untuk mendapatkan skor total.

Kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini merupakan instrumen baru yang dibuat oleh peneliti. Pengujian dilakukan terhadap kuesioner untuk melihat valid dan reliabel dari tiap butir pertanyaan, maka dilakukan uji validitas dan reliabilitas.

c. Kuesioner C

Kuesioner C yaitu kuesioner WHOQoL BREF untuk mengukur kualitas hidup, meliputi 4 domain, yaitu : fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungan. Pada domain fisik terdapat 7 item pertanyaan, yaitu pertanyaan nomor 3,4,10,15,16,17,18. Domain psikologis terdapat 6 item pertanyaan yaitu nomor 5,6,7,11,19,26. Domain hubungan sosial terdapat 3 item pertanyaan yaitu nomor 20,21,22. Domain lingkungan terdapat 8 item pertanyaan yaitu nomor 8,9,12,13,14,23,24,25. Selain itu juga terdapat 2 pertanyaan tambahan di awal yaitu tentang perasaan terhadap kualitas hidup dan perasaan tentang kesehatan. Jumlah total pertanyaan kuesioner adalah sebanyak 26 buah, masing-masing memiliki 5 pilihan jawaban dengan skor 1 sampai 5.

2. Uji validitas dan reliabilitas

Uji validitas bertujuan agar instrumen yang digunakan saat penelitian valid sehingga diharapkan penelitian akan menjadi valid.⁴⁷ Uji reliabilitas dilakukan untuk mengetahui konsistensi dari alat penelitian. Pengujian reliabilitas instrumen menyatakan hasil pengukuran dapat dipercaya meskipun dilakukan beberapa kali pengukuran pada kelompok subjek yang sama (homogen), maka akan diperoleh hasil yang relatif sama.⁴⁷ Pengujian dilakukan setelah pertanyaan dinyatakan valid.⁴¹ Kuesioner WHOQOL-BREF sudah menggunakan versi bahasa Indonesia yang tidak dimodifikasi, dan sudah dilakukan uji validitas dan reliabilitas, sehingga tidak perlu melakukan alih bahasa dan uji validitas dan reliabilitas lagi. Sedangkan kuesioner efikasi diri perlu adanya uji validitas dan reliabilitas karena merupakan kuesioner yang dibuat sendiri oleh peneliti.

a. Uji Validitas

Pada kuesioner WHOQoL-BREF versi Indonesia sudah di uji validitas dan reliabilitasnya oleh Ch. Salim pada tahun 2005 pada pasien penyakit kronis. Koefisien korelasi validitas konstruk sebesar 0,6-0,7 setiap item pertanyaan.⁴⁸

Kuesioner efikasi diri perlu adanya uji validitas karena kuesioner dibuat sendiri oleh peneliti. Pengujian validitas kuesioner ini menggunakan uji validitas isi dan konstruk.

1) Uji Validitas Isi (*Content Validity*)

Validitas isi bertujuan untuk mengukur sejauh mana kuesioner yang digunakan mampu mewakili semua aspek yang dianggap sebagai kerangka konsep. Peneliti melakukan validitas isi kuesioner efikasi diri melalui uji *expert* dengan salah satu perawat Unit Hemodialisa di RSUD Tugurejo Semarang Ns. Nugroho Lazuardi., S.Kep, dosen KMB (Keperawatan Medikal Bedah) Jurusan Keperawatan FK UNDIP Wahyu Hidayati, S.Kp., M.Kp., Sp.KMB. Item pertanyaan dalam kuesioner yang dinyatakan gugur oleh *expert* tidak diikutsertakan dalam penelitian, dengan nilai 1 = tidak relevan, 2 = tidak dapat dikaji relevansinya tanpa merevisi, 3 = relevan dibutuhkan sedikit revisi, 4 = sangat relevan.

a) Menghitung *Content Validity Ratio*

Perhitungan *Content Validity Ratio* (CVR)

menggunakan rumus :

$$CVR = \frac{(n) - \left(\frac{N}{2}\right)}{\frac{N}{2}}$$

Dengan hasil $-1 \leq CVR \leq 1$.

Keterangan :

N_e : jumlah expert yang menyatakan item tersebut relevan (nilai 3 atau 4)

N : jumlah expert yang melakukan uji validitas

Penentuan validitas isi dinyatakan dari 32 pertanyaan. Item mendapat skor 1 atau 2 dari dua orang expert, maka dihapuskan dari daftar item kuesioner, sedangkan item yang mendapat skor 3 dilakukan revisi, dan skor 4 dipertahankan. Hasil pengujian validitas isi didapatkan 17 pertanyaan mendapat skor 3 dan 15 pernyataan mendapat skor 4. Peneliti melakukan pengujian lagi kepada expert setelah dilakukan revisi berupa mengganti susunan kalimat pada item yang mendapat skor 3 sehingga item dinyatakan relevan untuk penelitian. Jumlah item pernyataan yang dinyatakan valid dalam uji validitas isi adalah sebanyak 32 item.

b) Menghitung *Content Validity Index*

Setelah mengidentifikasi item pada kuesioner dengan menggunakan CVR maka peneliti menghitung *Content Validity Index* (CVI) dengan menggunakan rumus :

$$CVI = \frac{CVR}{Jumlah\ Pertanyaan}$$

$$CVI = \frac{32}{32}$$

$$= 1 \text{ (Sangat sesuai)}$$

Kategori hasil penghitungan CVI :

0-0,33 : tidak sesuai

0,34-0,67 : sesuai

0,68-1 : sangat sesuai

2) Uji Validitas Konstruk (*Construct Validity*)

Uji validitas konstruk dilakukan dengan menguji cobakan kuesioner kepada responden lain untuk mencari suatu instrumen yang valid (*content validity*). Uji coba instrumen pada penelitian ini dilakukan di Unit Hemodialisa RSUD Kota Semarang. Peneliti memilih RSUD Kota Semarang karena berada di Jawa Tengah dan memiliki tipe B yang sama dengan RSUD Tugurejo Semarang.

Setelah melakukan uji coba instrumen, peneliti melakukan tabulasi data. Peneliti melakukan analisis faktor dengan mengkorelasikan antar skor item instrumen. Analisa faktor pada uji validitas ini menggunakan *pearson product moment* dengan rumus berikut :

$$r_{xy} = \frac{n \sum XY - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{\{n \sum X^2 - (\sum X)^2\} \{n \sum Y^2 - (\sum Y)^2\}}}$$

Keterangan :

r_{xy} : Koefisien korelasi product moment

N : Jumlah responden

x : Jumlah tiap item

y : Jumlah total item

x^2 : Jumlah skor kuadrat skor item

y^2 : Jumlah skor kuadrat skor total item

Hasil perhitungan pada setiap item pertanyaan menunjukkan bahwa nilai r hitung lebih besar dari nilai r tabel ($> 0,334$) yaitu pada rentang 0,343-0,746 sehingga kuesioner dengan jumlah 32 item dinyatakan valid.

b. Uji Reliabilitas

Pengujian reliabilitas instrumen menyatakan hasil pengukuran dapat dipercaya meskipun dilakukan beberapa kali pengukuran pada kelompok subjek yang sama (homogen), maka akan diperoleh hasil yang relatif sama.³⁶ Pengujian dilakukan setelah pernyataan dinyatakan valid. Pengujian reliabilitas alat ukur menggunakan metode *Cronbach's Alpha*.⁴² Pada kuesioner WHOQoL-BREF versi Indonesia oleh Ch. Salim Nilai *Cronbach's Alpha*

sebesar $\alpha = 0,64$. Hasil-hasil penelitian ini menunjukkan secara keseluruhan WHOQoL-BREF reliabel untuk mengukur kualitas hidup.⁴⁸ Sedangkan untuk kuesioner efikasi diri hasil uji reliabilitas yang dilakukan peneliti pada bulan Februari 2016 dengan 35 responden diperoleh nilai alfa sebesar 0,923 yang dihitung dengan menggunakan uji *Cronbach's Alpha*.

$$r_1 = \frac{k}{(k-1)} \left[1 - \frac{\sum Si^2}{\sum St^2} \right]$$

Keterangan :

r_1 : koefisien uji reliabilitas

k : mean kuadrat antara subjek

Si^2 : mean kuadrat kesalahan

St^2 : varians total

Kuesioner dikatakan reliabel karena nilai alfa $> 0,6$.

3. Cara pengumpulan data

Sumber data yang digunakan dalam penelitian ini adalah sumber primer. Penelitian primer mengumpulkan informasi dari sumber pertama, yang disebut responden.⁴⁷

Cara pengumpulan data penelitian yang dilakukan oleh peneliti berdasarkan prosedur :

- a. Sebelumnya peneliti membuat surat ijin penelitian yang diserahkan ke pihak akademik Program Studi Ilmu

Keperawatan Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro dan Direktur RSUD Tugurejo Semarang.

- b. Setelah mendapatkan ijin penelitian dari Direktur RSUD Tugurejo Semarang, peneliti mensosialisasikan maksud dan tujuan penelitian kepada kepala ruang dan tim keperawatan.
- c. Sebelum peneliti menentukan responden yang memenuhi kriteria inklusi sesuai teknik pengambilan sampel, peneliti dibantu oleh satu mahasiswa tingkat empat Ilmu Keperawatan UNDIP untuk menjadi enumerator dan melakukan persamaan persepsi.
- d. Peneliti dan enumerator menjelaskan maksud dan tujuan penelitian kepada responden.
- e. Peneliti dan enumerator meminta dengan sukarela kepada responden yang bersedia ikut berpartisipasi dalam penelitian untuk menandatangani lembar persetujuan responden.
- f. Peneliti menjelaskan cara pengisian kuesioner pada responden dalam penelitian dan memberikan kesempatan kepada responden untuk bertanya mengenai hal-hal yang tidak dimengerti.
- g. Peneliti membaca dan mengisikan kuesioner untuk setiap responden. Setelah selesai memeriksa kelengkapan dan

konsistensi jawaban dari responden. Apabila belum lengkap, maka responden diminta untuk melengkapinya.

H. Teknik pengolahan dan analisis data

1. Teknik pengolahan data

Pengolahan data merupakan suatu proses guna untuk memperoleh data atau data ringkasan berdasarkan suatu kelompok data mentah dengan menggunakan rumus tertentu sehingga menghasilkan informasi yang diperlukan.⁴³

Ada beberapa tahap yang digunakan dalam pengolahan data :

a. *Editing*

Setelah data terkumpul, peneliti melakukan proses *editing*, yang meliputi :

- 1) Peneliti menyeleksi kuesioner yang masuk
- 2) Semua kuesioner layak diproses
- 3) Peneliti memberi nomor pada kuesioner yang telah diisi responden dimulai dari 1 hingga nomor 63.
- 4) Peneliti memeriksa kembali kelengkapan jawaban. Kuesioner yang telah disebar menunjukkan bahwa semua jawaban terisi oleh responden.
- 5) Peneliti memeriksa jawaban antar relevansinya. Pemeriksaan yang dilakukan didapatkan semua jawaban sudah relevan dengan pernyataan.

b. Coding

Peneliti melakukan pengkodean dengan mengklarifikasi dari jawaban yang ada, hal ini dilakukan dengan peneliti member tanda pada tiap jawaban dengan menggunakan angka, lalu dimasukkan ke dalam tabel kerja sehingga pembacaan dapat lebih mudah.

1) Kuesioner A (karakteristik responden)

Tabel 3.3
Koding Data

Poin yang dinilai		Koding
Jenis Kelamin	Pria	1
	Wanita	2
Usia	Dewasa awal	1
	Dewasa madya	2
	Dewasa lanjut	3
Tingkat Pendidikan	Tidak Sekolah	1
	SD	2
	SMP	3
	SMA	4
	PT	5
Pekerjaan	Bekerja	1
	Tidak Bekerja	2
Poin yang dinilai		Koding
Lama HD	≤ 12 bulan	1
	≥ 12 bulan	2
Tekanan Darah	Hipertensi	1
	Non Hipertensi	2

2) Kuesioner B

Kuesioner tentang efikasi diri pada pasien hemodialisis yang terdiri dari 32 pertanyaan. Hasil akhir yang menunjukkan efikasi diri baik diberi kode = 1 dan buruk = 2.

3) Kusioner C

Kuesioner tentang kualitas hidup pasien hemodialisis yang terdiri dari 26 pertanyaan. Hasil akhir yang menunjukkan kualitas hidup tinggi diberi kode = 1 dan rendah = 2.

c. Scoring

Peneliti melakukan penilaian dengan memberikan nilai dari jawaban responden yang telah didapatkan sesuai dengan skor yang telah ditentukan dari tiap pertanyaan pada lembar kusioner. Skala Likert digunakan dengan skoring 1 sampai dengan 5.

d. Tabulating

Peneliti melakukan tabulasi dengan memasukkan data hasil penelitian ke dalam tabel sesuai dengan kriteria kategorisasi yang telah ditentukan.

e. Entry data

Peneliti memasukkan data yang telah diberi kode kemudian data dimasukkan ke dalam komputer untuk menghitung frekuensi data. Peneliti memasukkan data ke komputer untuk dilakukan penghitungan presentase dan frekuensi.

f. Cleaning data

Peneliti melakukan pengecekan kembali data yang sudah dientri apakah ada kesalahan atau tidak. Setelah dipastikan tidak ada

kesalahan, maka pengolahan data dilanjutkan pada tahap analisis data yaitu meliputi analisis univariat dan bivariat.

2. Analisa data

Analisa data dalam penelitian ini menggunakan analisis univariat dan analisis bivariat

a. Uji Normalitas

Uji normalitas digunakan untuk mengetahui apakah sampel yang diambil berasal dari populasi yang berdistribusi normal atau tidak.²⁵ Pada penelitian ini uji normalitas menggunakan metode Kolmogorov-Smirnov karena jumlah sampel ≥ 50 orang. Data akan berdistribusi normal apabila $p \geq 0,05$, jika data berdistribusi tidak normal apabila $p < 0,05$. Selanjutnya adalah mengkategorikan menjadi 2 kategori yaitu apabila data berdistribusi normal didasarkan pada mean (rata-rata) yaitu kategori efikasi diri baik: $x \geq \text{mean}$ dan efikasi diri buruk : $x < \text{mean}$, apabila data berdistribusi tidak normal didasarkan pada median yaitu kategori efikasi diri baik : $x \geq \text{median}$ dan efikasi diri buruk : $x < \text{median}$. Setelah di uji normalitas data, ternyata data efikasi diri memiliki distribusi tidak normal, sehingga digunakan nilai median = 112. Selanjutnya dikategorikan menjadi 2 yaitu efikasi diri baik = ≥ 112 dan efikasi diri buruk = < 112 .

b. Analisis univariat

Analisis univariat dilakukan untuk menganalisis tiap variabel. Analisis univariat bertujuan untuk meringkas kumpulan data hasil pengukuran sehingga kumpulan data tersebut berubah menjadi informasi yang berguna. Kumpulan data tersebut adalah dalam bentuk tabel distribusi frekuensi. Distribusi frekuensi merupakan suatu data yang menjelaskan jumlah pada tiap variabel penelitian menurut nilai variabel yang diambil.²⁵ Pada tabel distribusi frekuensi juga dilengkapi persentase tiap variabel. Analisis univariat digunakan untuk mengetahui data frekuensi karakteristik responden, efikasi diri, dan kualitas hidup pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis.

c. Analisis bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk membuktikan hipotesa penelitian yaitu adakah hubungan antara efikasi diri dengan kualitas hidup pasien penyakit ginjal kronik. Penelitian ini menggunakan analisis Chi Square dengan tingkat kemaknaan 5% ($\alpha = 0,05$). Hasil yang diperoleh pada analisis Chi Square yaitu nilai p dibandingkan dengan $\alpha = 0,05$, jika nilai $p \leq \alpha$ maka keputusannya adalah ada hubungan antara variabel independen yaitu efikasi diri dengan variabel dependen yaitu kualitas hidup. Jika nilai $p > \alpha$ maka keputusannya adalah tidak

ada hubungan antara variabel independen yaitu efikasi diri dengan variabel dependen yaitu kualitas hidup.

I. Etika penelitian

Ketika melakukan penelitian, peneliti mengajukan izin kepada instansi Rumah Sakit yang akan dijadikan tempat penelitian, dalam penelitian ini adalah RSUD Tugurejo Semarang.

Kuesioner yang diberikan kepada responden sebagai bentuk pengumpulan data penelitian menekankan etika yang meliputi :^{42,47}

1. Autonomy

Hal yang pertama dilakukan adalah peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian yang akan dilakukan serta menjelaskan tentang lembar persetujuan. Jika partisipan bersedia atau setuju menjadi partisipan, maka partisipan memberikan kesediaannya untuk menandatangani lembar persetujuan, jika tidak bersedia maka peneliti akan menghormati hak-hak partisipan dengan tidak memaksa untuk menjadi partisipan. Dalam penelitian ini, peneliti akan mengajukan lembar persetujuan penelitian terlebih dahulu kepada responden sebelum dilakukan wawancara.

2. Anonymity

Anonymity merupakan masalah etika dalam penelitian yang tidak mencantumkan nama partisipan pada alat ukur, tetapi hanya mencantumkan kode pada lembar alat ukur tersebut. Peneliti hanya

meminta responden mencantumkan nama responden sebagai inisial saja, tanpa menyebutkan nama lengkapnya.

3. *Confidentiality*

Kerahasiaan merupakan masalah etika dalam penelitian yang akan menjamin kerahasiaan penelitian baik informasi atau masalah-masalah lain. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti.

4. *Non maleficence*

Peneliti tidak memaksakan responden yang tidak mampu mengikuti penelitian, seperti merasa sesak, pusing, nyeri, mengalami penurunan kesadaran dan tidak dapat berkonsentrasi. Sehingga tidak merugikan responden.

DAFTAR PUSTAKA

1. Pearces, Evelyn C. Anatomi dan fisiologi untuk para medis. Jakarta : Gramedia; 2009.
2. Smeltzer, Suzzane C. Buku ajar keperawatan medikal bedah Brunner & Suddarth. Ed 8. Jakarta: EGC; 2009.
3. USRDS Annual Data Report 2014. Available from : <http://www.usrds.org/adr.aspx>. diakses pada tanggal 1Mei 2015
4. 5th Annual Report of IRR 2012. Available from: <http://www.pernefri-inasn.org>. iakses pada tanggal 20 mei 2015
5. Corwin EJ. Patofisiologi: buku saku. Jakarta: EGC; 2009.
6. Baradero, M. Klien gangguan ginjal. Jakarta : EGC; 2009.
7. Corrigan, RM. The experience of the older adult with end-stage renal disease on hemodialysis. Thesis. Queen's University. Canada; 2011.
8. Skevington,S.M., Lotfy,M.,& O'Connell,K.A. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment : psychometric properties and result of the international field trial a report from the WHOQOL group. Quality of Life Research. 2004;13: 299-310.
9. Tallis, K. How to improve the quality of life in patient living with end stage renal failure. Renal Nursing Society of Australian Journal. 2005; 1 (1); 18-24.
10. Supriyadi., Wagiyono, & Widowati, S.R. Tingkat kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik terapi hemodialisis. Jurnal Kesehatan Masyarakat. 2011; 6(2): 107-112.
11. Sulistyarningsih, Dwi R. Efektivitas training efikasi diri pada pasien penyakit ginjal kronik dalam meningkatkan kepatuhan terhadap intake cairan.2012;1-15.
12. Handayani, Siska Arista. Hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di RSUP Sanglah Denpasar. 2012.

13. Bandura, A. Self-efficacy in V.S Ramachaudran. Encyclopedia of mental health.1994. Available from: <http://sites.education.uky.edu/motivation/>. Diakses pada tanggal 25 Mei 2015
14. Tsay, Shiow-Luan & Healstead, Marilyn. Self-care self-efficacy, depression, and quality of life among patients receiving hemodialysis in Taiwan. *International Journal of Nursing Studies*. 2002; 39(3): 245-51.
15. Luszczynska, Alexandra. General self-efficacy in various domains of human functioning : Evidence from five countries. *International Journal of Psychology*. 2005; 40 (2): 80-89.
16. Reeves, Charlene J, dkk. Keperawatan medikal bedah . Ed 1. Jakarta : Salemba Medika. 2001.
17. Gallieni M, Butti A, Guazzi, et al. Impaired brachial artery endotracheal flow mediated dilation and orthostatic stress in hemodialysis patient. *The Internatiaonal Journal of Artificial Organs*.2008; 31(1): 31-42.
18. Sudoyo, Aru W dkk. Buku ajar ilmu penyakit dalam jilid I edisi IV. Jakarta : Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI; 2006
19. Baughman, DC. Keperawatan medikal bedah: buku saku untuk Bunner Suddarth. Ester M, editor. Jakarta: EGC; 2000.
20. Farid, Julianto. Panduan pelayanan medik model interdisiplin penatalaksanaan kanker serviks dengan gangguan ginjal. Jakarta: EGC; 2009.
21. Alam, Syamsir. Gagal ginjal. Jakarta: PT Gramedia PustakaUtama; 2007.
22. Rubenstein, David., & David Wanney. JB. Lecture note: kedokteran klinis. 6th.ed. Safitri A, editor. Jakarta: Erlangga; 2006.
23. Rafiuddin, Ahmad M. HU. Impact of renal transplantation on erectile dysfunction due to chronic renal failure in male patient. *J Psychosom Res*. 2009;21:69–71
24. Lacson EJR, Xu Janglin, Lin ShuFang, et al. A comparison of sf-36 and sf-12 composite score and subsequent hospitalization and mortality risk in long-term dialysis patient. *Clinical Sciences*. USA : 2010.
25. Nasir, Abdul, Muhith, Abdul & Ideputri, M.E. Buku ajar: metodologi penelitian kesehatan konsep pembuatan karya tulis dan thesis untuk mahasiswa kesehatan. Yogyakarta : Nuha Medika; 2011.

26. Rini, Ika Setyo. Hubungan antara efikasi diri dengan kualitas hidup pasien penyakit paru obstruktif kronis dalam konteks asuhan keperawatan di RS Paru Batu dan RSU Dr. Saiful Anwar Malang Jawa Timur. Thesis. Universitas Indonesia. Jakarta; 2011.
27. Ariani, Yesi. Hubungan antara motivasi dengan efikasi diri pasien dm tipe 2 dalam konteks asuhan keperawatan di RSUP H. Adam Malik Medan. Thesis. Universitas Indonesia. Jakarta; 2011.
28. Marrelli TM. Buku saku dokumentasi keperawatan. 3rd ed. Rosidah D, editor. Jakarta: EGC; 2007.
29. Muttaqin, Arif dkk. Asuhan keperawatan gangguan sistem perkemihan. Jakarta: Salemba Medika; 2011.
30. Peterson, S.J., & Bredow, T.S. Middle range theories. Application to nursing research. Philadelphia: Lippincot; 2004.
31. Bandura, A. Self-efficacy: the exercise of control. 1997. Available from : <http://www.des.emory.edu/mfp/effbook5.html>. diakses pada tanggal 30 Mei 2015
32. Supardan. Ilmu teknologi dan etika. Cetakan 2. Jakarta: Gunung Mulia; 1996.
33. Yuwono. Kualitas hidup menurut Splitzer pada penderita gagal ginjal terminal yang menjalani hemodialisis di RSUP DR. Kariadi Semarang. 2000. Available from : <http://eprints.undip.ac.id/14424/>. diakses pada tanggal 1 Juni 2015.
34. Departemen Kesehatan RI. Profil kesehatan Indonesia. Jakarta : Departemen Kesdata; 2008.
35. Danim, Sudarwan. Riset keperawatan : sejarah dan metodologi. Jakarta : EGC; 2003.
36. Nursalam. Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan pedoman skripsi, tesis, dan instrumen penelitian keperawatan. Jakarta : Salemba Medika; 2008.
37. Ayanda, Kazeem A., Abiodun, Olatunji A., & Ajiboye, Peter O. Self Efficacy and Quality of life of chronic kidney disease patients in a Nigerian Teaching Hospital. Journal of Biology, Agriculture and Healthcare. 2014; 4 (5) : 17-28.

38. Farida, A. Pengalaman klien hemodialisis terhadap kualitas hidup dalam konteks asuhan keperawatan di RSUP Fatmawati Jakarta. Thesis. Universitas Indonesia. Jakarta; 2010.
39. Diaz, FM, Ferrer, AR & Cascales. FR 2006. "Sexual functioning and quality of life of male patients on hemodialysis. *Nephrologia Journal*. 2006; 26 (4): 453-458.
40. Nasiri, Mahboobeh et.al. Stressful factors, coping mechanism and quality of life in hemodialysis patients. *Iran Journal Critical Care Nursing*. 2013; 6 (2) : 119-126.
41. Sugiyono. Statistika untuk penelitian. Ed.5.Bandung : Alfabeta ; 2009.
42. Hidayat, A. Aziz Alimul. Riset keperawatan dan teknik penulisan ilmiah. Jakarta: Salemba Medika; 2008.
43. Setiadi. Konsep & penulisan riset keperawatan.Ed.1. Yogyakarta: Graha Ilmu; 2007.
44. Balaga, Paolo Angelo G. Self-efficacy and self care management outcome of chronic renal failure patients. *International Peer Reviewed Journal*. 2012; 2: 111-129.
45. Rayyani, Masoud, Malekyan, Lila, Mansooreh, Azzizadeh Forouzi & Razban, Farideh. Self-care self-efficacy among patients receiving hemodialysis in South-East of Iran. *Asian Journal Nursing Edu and Research*. 2014; 4(2) : 165-171.
46. Sarwono, Jonathan. Metode penelitian kuantitatif & kualitatif. Yogyakarta : Graha Ilmu; 2006.
47. Notoatmojo S. Metode Penelitian Kesehatan. Jakarta: Renea Cipta; 2009.
48. Salim, Oktavianus dkk. Validitas dan reliabilitas *World Health Organization Quality of Life-BREF* untuk mengukur kualitas hidup lanjut usia. *Universa Medicina*.2007;26: 27-38.
49. Butar-butar, Aguswina & Siregar, Cholina Trisa. Karakteristik pasien dan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisa. *Jurnal Keperawatan USU*. 2012; 4:1-6.
50. Baughman DC. Keperawatan Medikal Bedah: Buku Saku untuk Bunner Suddarth. Esnter M, editor. Jakarta: EGC; 2000.

51. YDGI. Penderita penyakit gagal ginjal. 2008. Available from : <http://www.ygdi.org/> diakses pada tanggal 1 Juni 2015
52. Orem, Dorothea E & Taylor, Susan.E. Nursing concepts of practice. United States of America : Mosby A Harcourt Health Sciences Company; 1995.
53. Moattari, Marzieh.et.al. The effect of empowerment on the self-efficacy , quality of life and clinical and laboratory indicators of patients treated with hemodialysis : a randomized controlled trial. Health and Quality of Life Outcomes. 2012;10(115): 1-10.
54. Arikunto,S. Prosedur penelitian : suatu pendekatan praktek.Edisi Revisi V. Jakarta : Rineka Cipta; 2002.
55. Harmaini.Uji keandalan dan kesahihan Formulir European Quality of Life-5 Dimensions (EQ-5D) untuk mengukur kualitas hidup terkait kesehatan pada usia lanjut di RSUPNCM. Thesis. Universitas Indonesia. Jakarta; 2006
56. Silva,Patricia dkk. Cut-off point for WHOQoL-BREF as measure of quality of life of older adults. Rev Saude Publica. 2014;48:390-397.
57. Richard, Cleo J. Self care management in adults undergoing hemodialysis. Nephrology Nursing Journal.2006. Available from : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17001996> diakses pada 12 November 2015.
58. Heidarzadeh M, Atashpeikar S, & Jalilazar T., Relationship between quality of life and self care ability in patients receiving hemodialysis.2010. Available from : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21589783> diakses pada 12 November 2015.
59. Curtin, Roberta Braun dkk. Self management in patient with end stage renal disease : exploring domains and dimensions. Nephrology Nursing Journal. 2005. Available from : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16180780> diakses pada 12 November 2015.
60. John, Ansy. The relationship between self efficacy and fluid and dietary compliance in hemodialysis patients. 2012. Available from : <http://digitalscholarship.unlv.edu/thesesdissertations/1582/> diakses pada 12 November 2015.

61. Bragazzi dkk. Chronic kidney disease, spirituality and religiosity : a systematic overview with the list of eligible studies. 2013.
62. Yuliaw, A. Hubungan karakteristik individu dengan kualitas hidup dimensi fisik pasien gagal ginjal kronik di RS Dr.Kariadi Semarang. 2009.
63. Black, J.M.,& Hawks, J.H. Medical surgical nursing clinical management for positive outcome. 8th.ed. St. Louis: Elsevier; 2009.
64. Alam, Samsyir. Gagal ginjal. Jakarta : Gramedia Pustaka Utama; 2007.
65. NIDDK. *Nutrition and Hemodialysis*. New York : National Kidney Foundation. 2010.
66. Ariyanto, Eko Fuji, Dewi Marhaeni Diah Herawati dan Gaga Irawan Nugraha. Penatalaksanaan nutrisi pada pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis. Available from : <http://pustaka.unpad.ac.id/archives/126766/> diakses pada tanggal 29 November 2015.
67. Tim Redaksi Kamus Besar Bahasa Indonesia. Kamus besar Bahasa Indonesia. Edisi Keempat. Jakarta : Gramedia; 2008.
68. Dewi. Hubungan antara Qb dengan adekuasi hemodialisis pada pasien yang menjalani terapi hemodialisis di ruang HD BRSU Daerah Tabanan Bali.2010
69. Ulya, I & Suryanto. Perbedaan kadar Hb pra dan post hemodialisa pada penderita gagal ginjal kronis di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. 2005 : 7 (1); 29-33. Available from : <http://jurnal.umy.ac.id/index.php> diakses pada tanggal 12 Maret 2016
70. Azwar, S. Sikap manusia dan pengukurannya. Jakarta : Pustaka Setia;2005.
71. Asri, P. Marthon. Hubungan dukungan sosial dengan tingkat depresi pasien yang menjalani hemodialisis. 2006. Available from: <http://www.i-lib.ugm.ac.id> diakses pada tanggal 12 Maret 2015
72. Rachmawati, Tika Yeni. Hubungan pengetahuan gizi dengan asupan energi, protein, phosphor dan kalium pasien penyakit ginjal kronik dengan hemodialisis rutin di RSUD Tugurejo Semarang. 2013.

73. Melati W, Benyamin T, dan Salawaney. Hipertensi pada penderita gagal ginjal kronik saat inisiasi terapi hemodialisa di Renal Unit RSAdvent Bandung. 2007. Available from : <http://b11nk.wordpress.com/2010/02/01> diakses pada tanggal 12 Maret 2016.
74. Maulidawati. Hipertensi sebagai faktor risiko terjadinya gagal ginjal kronik di RSUD Kota Semarang. 2009. Available from : <http://www.unissula.ac.id/perpus/> diakses pada tanggal 14 Maret 2016.
75. Da Silva, J. Motivation for self-care in older women with heart disease and diabetes : A balancing act. 2003. Available from : <http://proquest.umi.com/pqdweb> diakses pada tanggal 21 Maret 2016.
76. Al-Arabi, S. Quality of life : subjective descriptions of challenges to patients with end stage renal disease. *Nephrol Nurs Journal*. 2006; 33 :285-292. Available from : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16859200> diakses pada tanggal 17 Maret 2016.
77. EL, Lev & SV, Owen. A measure of self efficacy. *Res Nurs Health*.1996; 19 (5);421-9. Available from : <https://www.researchgate.net/publication/14356049> diakses pada 17 Maret 2016
78. MR, Krespy Boothby & P, Salmon. Self efficacy and hemodialysis treatment : a qualitative approach. *Turk Psikiyatri Derg*. 2013; 24 (2): 84-94.
79. Jeong Yeon, Kim et.al. Health related quality of life with KDQOL-36 and its association with self efficacy and treatment satisfaction in Korean dialysis patients. *Qual Life Res*. 2013; 22: 753-758.
80. Kusumawardani, AN. Hubungan karakteristik individu dengan kualitas hidup dimensi fisik pasien penyakit ginjal kronik di RS Dr. kariadi Semarang. Thesis. Universitas Muhammadiyah Semarang. Semarang; 2009.
81. Rini, Ika Setyo. Hubungan antara efikasi diri dengan kualitas hidup pasien penyakit paru obstruktif kronis dalam konteks asuhan keperawatan di RS Paru Batu dan RSUD Dr. Saiful Anwar Malang Jawa Timur. Thesis. Universitas Indonesia. Jakarta; 2011.
82. Nurchayati, Sofiana. Analisis factor-faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis

di RS Islam Fatimah Cilacap dan RSUD Banyumas. Thesis. Universitas Indonesia.2010.

