

**PENGARUH INTERVENSI *SUPPORT GROUP* TERHADAP
KUALITAS HIDUP PASIEN PENYAKIT GINJAL KRONIS
YANG MENJALANI HEMODIALISA**



TESIS

**Untuk Memenuhi Persyaratan
Mencapai Gelar Magister Keperawatan**

**Konsentrasi
Keperawatan Dewasa**

OLEH

NUGROHO LAZUARDI

NIM . 22020114410048

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS DIPONEGORO
DESEMBER, 2016**

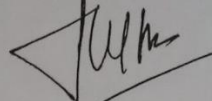
**PENGARUH INTERVENSI *SUPPORT GROUP* TERHADAP KUALITAS
HIDUP PASIEN PENYAKIT GINJAL KRONIS
YANG MENJALANI HEMODIALISA**

Telah disetujui sebagai Tesis
untuk memenuhi persyaratan Pendidikan Program S2

Program Studi Magister Keperawatan

Menyetujui,

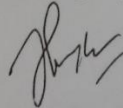
Pembimbing Utama



Dr. dr. Hery Djagat Purnomo, Sp.PD-KGEH

NIP. 19660415 199503 1 001

Pembimbing Anggota

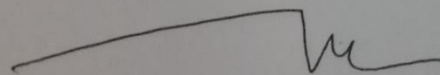


Ns. Henni Kusuma, S.Kep, M.Kep, Sp.KMB

NIP. 19851208 201409 2 001

Mengetahui,

Ketua Program Studi Magister Keperawatan



Dr. Meidiana Dwidiyanti, S.Kp, MSc

NIP. 19600515 198303 2 002

PENGESAHAN TESIS

Yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa tesis
yang berjudul :

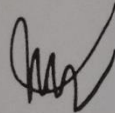
PENGARUH INTERVENSI *SUPPORT GROUP* TERHADAP KUALITAS HIDUP PASIEN PENYAKIT GINJAL KRONIS YANG MENJALANI HEMODIALISA

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Nugroho Lazuardi
NIM : 22020114410048

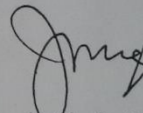
Telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal
29 Desember 2016 dan dinyatakan telah memenuhi syarat
untuk diterima

Penguji Ketua.



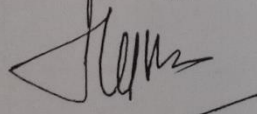
Dr. Untung Sujianto, S.Kp, M.Kes
NIP. 19710919 199403 1 001

Penguji anggota 1



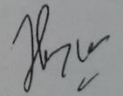
Dr. dr. Shofa Chasani, SpPD-KGH
NIP. 19510205 197901 1 001

Penguji Anggota II



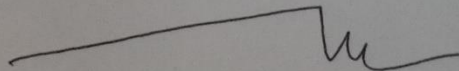
Dr. dr. Hery Djagat Purnomo, Sp.PD-KGEH
NIP. 19660415 199503 1 001

Penguji anggota III



Ns. Henni Kusuma, S.Kep, M.Kep, Sp.KMB
NIP. 19851208 201409 2 001

Semarang, Desember 2016
Kapodi,
Magister Keperawatan FK Undip



Dr. Meidiana Dwidiyanti, S.Kp, MSc
NIP. 19600515 198303 2 002

PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT

Yang bertanda tangan dibawah ini :

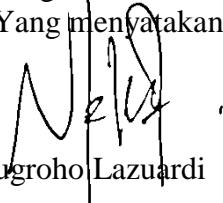
Nama : Nugroho Lazuardi
Tempat/Tanggal Lahir : Magelang, 17 Desember 1980
Alamat : Jln Lawas, RT 07/ Rw. IV Duwet, Bringin,
Ngalian, Kota Semarang, Jawa Tengah
No Telp/Hp : 0858 6988 4044
Email : nugroz_lazuardy@yahoo.com

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa penelitian saya yang berjudul “Pengaruh Intervensi *Support Group* Terhadap Kualitas Hidup Pasien Penyakit Ginjal Kronis Yang Menjalani Hemodialisa” bebas dari plagiarisme dan bukan hasil karya orang lain. Apabila dikemudian hari ditemukan seluruh atau sebagian dari penelitian dan karya ilmiah dari hasil-hasil penelitian tersebut terdapat indikasi plagiarisme, saya bersedia menerima sanksi sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

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

Semarang, Desember 2016.

Yang menyatakan


Nugroho Lazuardi

SURAT PERNYATAAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya :

Nama : Nugroho Lazuardi
NIM : 22020114410048
Fakultas : Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang
Jenis : Tesis
Judul : Pengaruh Intervensi *Support Group* Terhadap Kualitas Hidup Pasien Penyakit Ginjal Kronis Yang Menjalani Hemodialisa

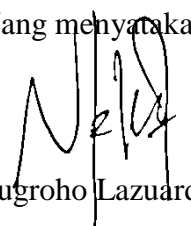
Dengan ini menyatakan bahwa saya menyetujui untuk :

1. Memberikan hak bebas royalti kepada perpustakaan Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Diponegoro Semarang atas penulisan karya ilmiah saya, demi pengembangan ilmu pengetahuan.
2. Memberikan hak menyimpan, mengalih mediakan/mengalihkkan formatkan mengelola dalam bentuk pangkalan data (*data base*), mendistribusikannya serta menampilkan dalam bentuk *soft copy* untuk kepentingan akademis kepada perpustakaan Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Diponegoro Semarang tanpa perlu ijin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta.
3. Bersedia dan menjamin untuk menanggung secara pribadi tanpa melibatkan pihak perpustakaan Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Diponegoro Semarang 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, Desember 2016.

Yang menyatakan



Nugroho Lazuardi

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

A. Identitas Diri

Nama	Nugroho Lazuardi
NIM	22020114410048
Tempat/ Tanggal Lahir	Magelang/ 17 Desember 1980
Alamat Asal	Jl. Lawas Rt 07/ Rw IV, Duwet, Kel. Bringin, Kec. Ngalian Kota. Semarang
Nomor Telp (Hp)	0858 6988 4044
Email	nugroz_lazuardy@yahoo.com
Institusi Kerja	RSUD Tugurejo Provinsi Jawa Tengah
Alamat Kantor	Jl. Raya Tugurejo – Semarang Kota Semarang, Jawa Tengah
Nomor Telp.	(024) 7605378/ 7605297

B. Riwayat Pendidikan Formal

Tingkat	Sekolah/ PT	Tahun Lulus
SD	SDN III Bandongan Kab. Magelang	1993
SMP	SMPN 1 Bandongan Kab. Magelang	1996
SMA	SPK Kesdam IV/ Diponegoro Magelang	1999
S1	Fakultas Ilmu Kesehatan dan Keperawatan Universitas Muhammadiyah Semarang	2007
Profesi Ners	Fakultas Ilmu Kesehatan dan Keperawatan Universitas Muhammadiyah Semarang	2010

C. Pengalaman Penelitian

Judul Penelitian	Tahun	Peran
-	-	-

D. Pengalaman Publikasi

Judul Artikel/ Paper	Nama Jurnal/ Konferensi/ Seminar	Tahun dan Nomor
Support Group terhadap Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal yang Menjalani Hemodialisa	Prosiding Seminar Keperawatan UNDIP	ISBN. 978-602-72795-0-6 tahun 2015
<i>Support Group</i> Program pada Pasien Hemodialisa	Adi Husada Nursing Journal ISSN 2443-4019, ESSN 2502-2083	Vol 3 No. 1 Juni 2017

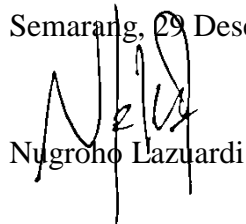
E. Pengalaman Seminar/ Pelatihan

Pengalaman Seminar/ Pelatihan	Waktu	Peran
Pertemuan Ilmiah Tahunan Daerah Ikatan Perawat Dialisis Indonesia Jawa Tengah	2016	Panitia
The Annual Meeting Workshop and Symposium of Indonesian Society of Nephrology Nurses	2016	Peserta
Seminar Keperawatan “ Penatalaksanaan Dialysis Disequilibrium Syndrome (DDS)”	2016	Pembicara
4 rd Adult Nursing in Practice: Using Evidence in Care Integrasi Multiprofesional dalam End of Life Care	2016	Peserta
3 rd Java International Nursing Conference 2015 “Harmony of Caring and Healing Inquiry for Holistic Nursing Practice”	2015	Peserta
Seminar Nasional Keperawatan “ Palliative Care sebagai intervensi Terpadu dalam tatanan Undang – Undang Keperawatan “	2014	Panitia

F. Pengalaman Organisasi

Nama Organisasi	Kedudukan	Tahun
IPDI PD. Jawa Tengah	Sekretaris	2016 - 2021
PPNI DPK RSUD. Tugurejo	Anggota	2016 - 2021
IPDI Korwil Semarang Atlas	Ketua	2016 - 2021

Semarang, 29 Desember 2016



Nugroho Lazuardi

KATA PENGANTAR

Puji syukur hanya kepada Allah SWT, Rabb semesta alam, karena atas limpahan rahmat dan karunia-Nya sampai saat ini penulis masih diberikan nikmat iman dan Islam. Sungguh pertolongan dan kasih sayang-Nya sungguh besar sehingga dapat tersusun tesis yang berjudul ” **Pengaruh Intervensi Support Group Terhadap Kualitas Hidup Pasien Penyakit Ginjal Kronis Yang Menjalani Hemodialisa** “.Tak lupa shalawat serta salam semoga tercurahkan kepada junjungan kita Nabi Muhammad SAW, beserta keluarga serta para sahabat.

Penulis menyadari bahwa penelitian ini dapat diselesaikan atas bantuan dari berbagai pihak, dengan suka rela memberikan dukungan, doa, kesempatan, bantuan pemikiran, tenaga dan fasilitas sehingga penelitian ini berjalan sebagaimana mestinya. Oleh karena itu melalui kesempatan ini ijin penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Bapak Dr. Untung Sujianto, S.Kp, M.Kes selaku ketua Departemen Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Diponegoro.
2. Ibu Dr. Meidiana Dwidiyanti, S.Kp, MSc selaku ketua Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.
3. Ibu Dr. Anggorowati, S.Kp, M.Kep, Sp.Mat, selaku sekretaris Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro
4. Bapak Dr. dr. Hery Djagat Purnomo, Sp.PD-KGEH selaku pembimbing utama yang senantiasa memberikan bimbingan, ide-ide, dan motivasi dalam penyusunan tesis ini.
5. Ibu Ns. Henni Kusuma, S.Kep, M.Kep, Sp.KMB selaku pembimbing anggota yang senantiasa memberikan masukan, arahan dan motivasi dalam penyusunan tesis ini sehingga penulis dapat memahami penelitian ini.

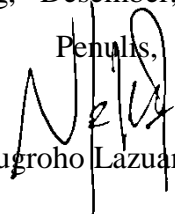
6. Bapak Dr. dr. Shofa Chasani, SpPD-KGH selaku penguji yang senantiasa memberikan masukan dan arahan dalam penyusunan tesis ini.
7. Ibu Wahyu Hidayati, SKp, M.Kep, Sp.KMB yang selalu memberikan motivasi dan inspirasi bagi penulis.
8. Seluruh Dosen Program Studi Magister Keperawatan Universitas Diponegoro, khususnya tim Keperawatan Dewasa yang sangat kompak.
9. Direktur RSUD Tugurejo yang telah memberikan ijin belajar kepada penulis untuk melanjutkan pendidikan.
10. Kepala Bidang Keperawatan RSUD Tugurejo dan staf yang telah banyak memberikan fasilitas penulis dalam studi.
11. Kepala ruangan dan staf perawat Instalasi Hemodialisa RSUD Tugurejo, yang telah memberikan kelonggaran waktu penulis dalam menempuh studi dan pengumpulan data penelitian.
12. Orang Tua dan ibu mertua yang senantiasa memberikan doa dan semangat penulis dalam melaksanakan pendidikan ini.
13. Istriku Septiana Dyah P.H dan anakku Nayara Callysta N.P tercinta yang telah banyak berkorban untuk pendidikan penulis, dan telah memberikan semangat, inspirasi, dorongan dan doa yang tiada hentinya.
14. Seluruh teman - teman Program Magister Keperawatan Universitas Diponegoro angkatan 2014 khususnya keperawatan dewasa, yang selalu memberikan semangat dan bantuannya selama penulis mengikuti studi.

Penulis menyadari bahwa penyusunan tesis ini masih banyak kekurangan oleh karena itu kritik dan saran yang bersifat membangun sangat diharapkan demi kesempurnaan penelitian ini.

Semoga tesis ini dapat bermanfaat bagi kita semua dalam membangun dan mengembangkan profesi keperawatan.

Semarang, Desember, 2016

Penulis,


Nugroho Lazuardi

DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	i
Halaman Persetujuan Pembimbing	ii
Halaman Pengesahan Penguji	iii
Halaman Pernyataan Bebas Plagiarism	iii
Pernyataan Publikasi Karya Ilmiah	iv
Daftar Riwayat Hidup	vi
Kata Pengantar	viii
Daftar Isi	x
Daftar Tabel	xii
Daftar Gambar.....	xiii
Daftar Lampiran.....	xiv
Abstrak.....	xv
Abstract	xvi
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar belakang	1
B. Rumusan Masalah	10
C. Tujuan Penelitian	11
D. Manfaat Penelitian	12
E. Keaslian Penelitian	13
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	15
A. Tinjauan Teori	15
1. Konsep Penyakit Ginjal Kronik.....	15
a. Definisi	15
b. Klasifikasi	16
c. Etiologi	17
d. Penatalaksanaan	18
2. Konsep Hemodialisa	19
a. Definisi	19
b. Prinsip Dasar	19
c. Indikasi dan Komplikasi	21
3. Konsep Dukungan Sosial	24
a. Definisi	24
b. Sumber	24
4. Konsep Dukungan Kelompok	25
a. Definisi	25
b. Tujuan	27
c. Bentuk	28
d. Intervensi Dukungan Kelompok.....	31
e. Manfaat	34
5. Teori yang Mendasari <i>Intervensi Support Group</i>	34

6. Kualitas Hidup pada pasien penyakit ginjal kronis	37
a. Teori Kualitas Hidup	37
b. Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup	38
c. Dimensi Kualitas Hidup	40
d. Pengukuran Kualitas Hidup	41
B. Kerangka Teori	43
C. Kerangka Konsep	44
D. Hipotesis	44
BAB III METODOLOGI PENELITIAN.....	45
A. Jenis dan Rancangan Penelitian	45
B. Populasi dan Sampel	46
C. Tempat dan Waktu Penelitian	47
D. Variabel Penelitian, Definisi Operasional dan Skala Penelitian	47
E. Alat penelitian dan Cara Pengumpulan Data	49
F. Pengolahan Data	54
G. Analisa Data	55
H. Etikan Penelitian	58
BAB IV. HASIL PENELITIAN	61
A. Analisa Univariat	61
B. Analisa Bivariat.....	63
C. Analisa Multivariat.....	68
BAB V. PEMBAHASAN	71
A. Kualitas Hidup Pasien Hemodialisa.....	71
B. Hubungan antara Variabel Potensial Konfounding terhadap Kualitas Hidup	80
C. Pengaruh antara Variabel Potensial Konfounding terhadap Kualitas Hidup	87
D. Keterbatasan Penelitian	88
E. Implikasi Penelitian.....	89
BAB VI PENUTUP	88
A. Kesimpulan	91
B. Saran	92
Daftar Pustaka	94
Lampiran	99

DAFTAR TABEL

Nomor Tabel	Judul Tabel	Halaman
1.1	Keaslian Penelitian	13
2.1	Penyebab Umum CKD	18
3.1	Variabel Penelitian, Definisi Operasional dan Skala Penelitian	48
3.2	Analisa Bivariat	55
4.1	Distribusi Frekuensi dan Persentase Partisipan Menurut Kualitas Hidup Pasien PGK	60 61
4.2	Distribusi Frekuensi dan Persentase Menurut Karakteristik Partisipan Penyakit Ginjal Kronis	62
4.3	Perbedaan Nilai Kualitas Hidup Partisipan Sebelum dan Sesudah <i>Intervensi Support Group</i>	63
4.4	Perbedaan Kualitas Hidup Partisipan dari Dimensi Fisik, Psikologis, Sosial, dan Lingkungan Sebelum dan Sesudah <i>Intervensi Support Group</i>	64 67 68
4.5	Hasil Analisa Bivariat : Variabel Potensial Konfounding terhadap Kualitas Hidup	
4.6	Uji Ancova : Tanpa Kontribusi Variabel <i>Covariat</i>	
4.7	Uji Ancova : Dengan Kontribusi Variabel <i>Covariat</i>	

DAFTAR GAMBAR

Nomor gambar	Judul Gambar	Halaman
2.1	Rumus <i>Cockroft – Gault</i>	17
2.2	Kerangka Teori	43
2.3	Kerangka Konsep	44
3.1	Rancangan Penelitian	45

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor Lampiran	Judul Lampiran
1	<i>Ethical Clearance</i>
2	Surat Ijin Penelitian
3	Surat Keterangan Penelitian
4	Surat Keterangan Uji Expert
5	<i>Informed Consent</i>
6	Kuesioner Kualitas Hidup
7	Form Catatan Intervensi
8	Analisa Data Statistik
9	Buklet <i>Supportt Group</i>
10	Dokumentasi Kegiatan <i>Support</i>
11	<i>Group</i> Jadwal Penelitian

**Program Studi Magister Keperawatan
Konsentrasi Keperawatan Dewasa
Departemen Keperawatan
Fakultas Kedokteran
Universitas Diponegoro
Desember 2017**

ABSTRAK

Nugroho Lazuardi

PENGARUH INTERVENSI SUPPORT GROUP TERHADAP KUALITAS HIDUP PASIEN PENYAKIT GINJAL KRONIS YANG MENJALANI HEMODIALISA

XVI + 137 Halaman + 11 Table + 4 Gambar + 11 Lampiran

Pasien penyakit ginjal kronis yang menjalani hemodialisa beresiko mengalami penurunan kualitas hidup dengan dampak perubahan kondisi kesehatan secara fisik, psikologis, sosial dan spiritual serta lingkungan. *Support group* merupakan salah satu proses terapi pada suatu kelompok yang memiliki permasalahan yang sama untuk saling memotivasi dan belajar bersama dalam perawatan sesuai dengan permasalahannya sehingga meningkatkan kualitas hidup mereka. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh intervensi *support group* terhadap kualitas hidup pasien penyakit ginjal kronis yang menjalani hemodialisis. Desain penelitian ini adalah *quasi eksperiment pre-post test without control group* dengan intervensi *support group*. Penelitian dilakukan pada bulan Juli sampai Agustus 2016 dengan partisipan pasien yang menjalani hemodialisa di RSUD Tugurejo berjumlah 60 pasien. Partisipan mengisi kuesioner WHOQOL-BREF sebelum dimulai intervensi *support group*. Setelah perlakuan selama 12 sesi pertemuan, partisipan mengisi kembali kuesioner kualitas hidup. Data kualitas hidup dianalisa menggunakan uji *wilcoxon*. Untuk mengetahui hubungan antara variabel potensial konfounding dengan variabel kualitas hidup, digunakan uji *chi square*. Analisa multivariat dilakukan dengan uji Ancova. Hasil penelitian menunjukkan perbedaan yang bermakna pada kualitas hidup partisipan sebelum dan sesudah dilakukan intervensi *support group* ($p = 0,000$). Selain itu, tidak ada hubungan antara variabel potensial konfounding (usia:0,802, jenis kelamin:0,387, pendidikan:0,504, pernikahan:0,910, pekerjaan:0,610, lama hemodialisa:0,508, dan kadar Hb:0,839) terhadap kualitas hidup. Uji selanjutnya menunjukkan tidak ada pengaruh variabel covariat terhadap perbedaan kualitas hidup sesudah intervensi *support group* (rentang nilai p antara 0,52 – 0,756). Intervensi *support group* terbukti dapat meningkatkan kualitas hidup pasien penyakit ginjal kronis yang menjalani hemodialisa. Intervensi *support group* perlu dilanjutkan dan dikembangkan pada pelayanan di instalasi hemodialisa sebagai intervensi keperawatan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien.

Kata kunci: *Support Group*, Hemodialisa, Penyakit Ginjal Kronis
Daftar Pustaka: 50 (tahun 2000 – tahun 2016)

**Master Program in Nursing
Adult Nursing Specialty
Department of Nursing
Faculty of Medicine
Diponegoro University
Desember 2016**

ABSTRACT

Nugroho Lazuardi

Effects of Support Group Intervention on Quality of Life of Patients with Chronic Kidney Disease Undergoing Hemodialysis

XVI + 137 pages + 11 tables + 4 figures + 11 appendixes

Patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis are at risks of decreased quality of life and will give effects on the deterioration of their physical, psychological, social, spiritual and environmental health. The support group is one of the therapeutic processes in a group of people who have similar problems to motivate each other and learn together to care themselves according to the problem, and thus will improve their quality of life. This study aimed to determine the effects of support group intervention on the quality of life of patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis. This study used a quasi-experimental pre-post-test design without a control group with an intervention of support group. The study was conducted in July to August 2016 and involved 60 patients undergoing hemodialysis treatment in Tugurejo public hospital. The participants were requested to complete the questionnaire of the WHOQOL-BREF before the support group intervention was given. After the treatment for 12 sessions, the participants were again requested to fill out the quality of life questionnaire. The collected data were analyzed using the Wilcoxon test. To determine the relationship between the potential confounding variables and the quality of life variable, a chi-square test was used. A multivariate analysis was also performed by ANCOVA test. The results showed a significant difference in the quality of life of the participants before and after the intervention of support group ($p = 0.000$). Furthermore, there was no relationship between the potential confounding variables (age = 0.802, gender = 0.387, education = 0.504, marriage = 0.910, occupation = 0.610, duration of hemodialysis treatment: 0.508, and Hb = 0.839) on the quality of life. A further analysis showed that the covariate variables gave no effects on the difference in the quality of life after the support group intervention (p -value ranged from 0.52 to 0.756). The support group intervention was evident to improve the quality of life of the patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis. The support group intervention needs to be continuously implemented and developed in the hemodialysis unit as a nursing intervention to improve the quality of life of the patients.

Keywords: Support Group, Hemodialysis, Chronic Kidney Disease

References: 50 (year 2000 - year 2016)

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit Ginjal Kronis merupakan masalah kesehatan di seluruh dunia yang berdampak pada masalah medis, ekonomi, dan sosial yang sangat besar bagi pasien dan keluarganya baik di negara - negara maju maupun di negara - negara berkembang. Penyakit ginjal kronis (PGK) menurut *National Kidney Foundation Kidney Disease Outcome Quality Initiative* (NKF-KDOQI) adalah kerusakan ginjal yang telah berlangsung selama 3 bulan atau lebih, berupa kelainan struktur ginjal atau gangguan fungsi ginjal, dengan atau tanpa penurunan laju filtrasi glomerulus, yang ditandai dengan kelainan patofisi atau adanya pertanda kerusakan ginjal, termasuk kelainan komposisi darah atau urin, atau kelainan dalam evaluasi radiologis, atau penurunan laju filtrasi glomerulus mencapai kurang dari 60 ml permenit/ 1.73 m² dengan atau tanpa kerusakan ginjal.^{1,2}

Populasi penyakit ginjal kronis di dunia dari tahun ke tahun kian meningkat. Di Indonesia pada tahun 2011 terdapat 15.353 pasien yang baru menjalani terapi hemodialisis dan jumlah penderita PGK yang menjalani terapi hemodialisis meningkat sebanyak 4.268 orang pada tahun 2012. Peningkatan yang signifikan per tahunnya terjadi, disebabkan oleh meningkatnya populasi penderita diabetes dan hipertensi.³

Prevalensi PGK tertinggi didapatkan di Jepang dengan jumlah 2000 per juta penduduk, di Amerika 1500 per juta penduduk, di Eropa 800 per juta penduduk. Di Malaysia, dengan populasi 18 juta, diperkirakan terdapat 1800 kasus baru Penyakit Ginjal Kronis pertahunnya. Di negara - negara berkembang lainnya, insiden ini diperkirakan sekitar 40 - 60 kasus perjuta penduduk per tahun.^{2,4}

Angka kejadian di Indonesia yang mengalami penyakit ginjal kronis cukup tinggi. Menurut data dari Persatuan Nefrologi Indonesia (PERNEFRI) tahun 2013 Di Indonesia, terdapat 400 orang per juta penduduk PGK tahap akhir. Apabila Indonesia mempunyai penduduk ± 250 juta, berarti ada sekitar 100.000 orang penderita PGK. Dilaporkan oleh *Indonesian Renal Registry* (IRR) pada tahun 2011 sebanyak 89 % penderita PGK yang menjalani hemodialisis berumur 35 - 70 tahun dengan kelompok umur terbanyak 45 - 54 tahun yaitu 27 %. Namun, angka mortalitas dan morbiditasnya masih cukup tinggi, sekitar 32 – 33 % pasien yang menjalani terapi hemodialisa hanya bisa bertahan pada tahun kelima.^{3,4}

Hemodialisa merupakan salah satu terapi pengganti pada penderita Penyakit Ginjal Kronis Terminal (PGKT) yang banyak digunakan di dunia termasuk di Indonesia. Hemodialisa istilah yang digunakan untuk menggambarkan suatu proses fisiologis adanya hubungan antara zat yang terlarut dalam darah yang berubah setelah kontak dengan zat terlarut dalam suatu cairan melalui membran semipermeabel. Menurut Suddarth,⁵ hemodialisa merupakan proses difusi melintasi membran semipermeabel untuk

menyingkirkan substansi yang tidak diinginkan dari darah sementara menambahkan komponen yang diinginkan, aliran konstan darah dari sisi membran dan larutan dialisis pembersih disisi lain sehingga penyingkiran produk buangan serupa dengan filtrasi glomerulus. Hemodialisa perlu dilakukan untuk menggantikan fungsi ekresi ginjal sehingga tidak terjadi gejala uremia yang lebih berat. Pada pasien dengan fungsi ginjal yang minimal, hemodialisa dilakukan untuk mencegah komplikasi membahayakan yang dapat menyebabkan kematian.^{2,3}

Tujuan hemodialisa adalah mempertahankan fungsi nefron yang masih baik, mengurangi morbiditas, menurunkan angka uremia perikarditis, uremia encephalopathy, overload cairan, gangguan nutrisi, dan infeksi sehingga kualitas kesehatan membaik serta kualitas hidup pasien meningkat. Pasien hemodialisa dirawat di rumah sakit atau unit hemodialisa dimana mereka menjadi pasien rawat jalan. Sebagian besar pasien membutuhkan waktu 12 - 15 jam hemodialisa setiap minggunya yang terbagi dalam dua atau tiga sesi dimana setiap sesi berlangsung 3-6 jam. Kegiatan ini akan berlangsung terus menerus seumur hidupnya kecuali pasien menjalani transplantasi ginjal.^{3,5}

Menurut Gallieni et al.; Orlic et al. , dalam Widowati,⁶ setiap kali proses hemodialisa membutuhkan waktu selama 4– 5 jam umumnya akan menimbulkan efek samping seperti stres fisik, pasien akan merasakan kelelahan, sakit kepala, kram dan keluar keringat dingin akibat tekanan darah dan kadar gula yang menurun. Menurut Smeltzer,⁷ gangguan fisik

yang dialami pasien yang menjalani hemodialisa seperti anemia dan rasa letih dapat menyebabkan penurunan kesehatan fisik serta mental, berkurangnya tenaga serta kemauan, dan kehilangan perhatian. Ulkus lambung dan masalah gastrointestinal lainnya terjadi akibat stress fisiologi yang disebabkan oleh sakit yang kronis dan obat-obatan. Semua kondisi tersebut akan menyebabkan menurunnya kualitas hidup pasien PGK yang menjalani hemodialisa.

Terapi hemodialisa juga mempengaruhi keadaan psikologis pasien seperti depresi. Pada penelitian Pratiwi⁷ menunjukkan bahwa responden paling banyak mengalami depresi sedang yaitu sebanyak 15 responden (50%) sedangkan 10 responden (33,3%) mengalami depresi ringan, 3 responden (10%) mengalami depresi berat dan 2 responden (6,7%) mengalami depresi minimal atau tidak depresi. Hal ini disebabkan kondisi pasien ketergantungan pada mesin dialisa dan waktu yang diperlukan untuk terapi hemodialisa akan mengurangi waktu yang tersedia untuk melakukan aktivitas sosial, yang dapat menciptakan konflik, frustrasi, rasa bersalah serta depresi. faktor lain yang berhubungan dengan terapi hemodialisa seperti pembatasan asupan makanan dan cairan, dorongan seksual yang menghilang serta komplikasi hemodialisa menjadi dasar perubahan gaya hidup pasien penyakit ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa.⁴

Menurut Doyle & Macdonald,⁸ pasien dengan penyakit kronis tidak hanya mengalami berbagai masalah fisik seperti nyeri, sesak nafas, penurunan berat badan, gangguan aktivitas tetapi juga mengalami gangguan psikososial dan spiritual yang mempengaruhi kualitas hidup pasien dan keluarga. Pasien

mengalami perubahan penampilan yang drastis disebabkan penurunan berat badan, perubahan warna kulit atau kerontokan rambut, dan stres karena pengobatan sehingga dapat mengalami ketidakmampuan untuk berkonsentrasi. Maka kebutuhan pasien pada stadium lanjut suatu penyakit tidak hanya pemenuhan/ pengobatan gejala fisik, namun juga pentingnya dukungan terhadap kebutuhan psikologis, sosial dan spiritual yang dilakukan dengan pendekatan interdisiplin. Dukungan sangat diperlukan dan sangat dibutuhkan oleh pasien yang mengidap penyakit terminal, yang terlibat harus mendukung yaitu orang tua, teman-teman, orang tua yang lainnya (kakek, nenek, tante, paman), dan *support group*.⁹

Support group atau dukungan kelompok adalah suatu dukungan oleh kelompok yang memiliki permasalahan yang sama untuk mengkondisikan dan memberi penguatan pada kelompok maupun perorangan dalam kelompok. Kelompok yang memiliki problem yang relatif sama dengan cara *sharing* informasi tentang permasalahan yang dialami serta solusi yang perlu dilakukan sekaligus proses saling belajar dan menguatkan, sering disebut kelompok sebaya. Tujuan utama dari intervensi *Support Group* adalah tercapainya kemampuan coping yang efektif terhadap masalah ataupun trauma yang dialami.¹⁰ *Support group* adalah suatu proses terapi pada suatu kelompok yang memiliki permasalahan yang sama untuk mengkondisikan dan memberi penguatan pada kelompok maupun perorangan dalam kelompok sesuai dengan permasalahannya.⁶

Pada pasien Penyakit Ginjal Kronis, terapi hemodialisa yang diberikan akan berlangsung lama sehingga mempengaruhi perubahan fisik, psikologis, sosial dan ekonomi serta tidak optimalnya fungsi keluarga. Dukungan sangat diperlukan dan sangat dibutuhkan oleh pasien yang PGK yang menjalani hemodialisa, salah satunya dukungan dari kelompok. Dukungan kelompok dapat diberikan dalam bentuk *emotional support*, *esteem support*, *informational support*, *instrumental or tangible support*, dan *companionship support*.^{11,12}

Menurut Orford, Sarafino, Sheridan,⁹ ada lima bentuk dasar dari dukungan sosial yang dapat diberikan dan diterima oleh individu yaitu: *Emotional support* adalah dukungan dengan melibatkan ekspresi empati, perhatian, pemberian semangat, kehangatan pribadi, cinta, atau bantuan emosional. Seperti bantuan ketika ada anggota kelompok yang mengalami kecemasan saat hemodialisa, teman dalam kelompok dapat menjadi support koping yang dapat menenangkannya. *Esteem support* adalah dukungan terjadi melalui ekspresi penghargaan yang positif, dorongan yang semangat, atau persetujuan dengan ide atau perasaan yang dikemukakan individu serta perbandingan yang positif antara individu dengan orang lain. Ketika ada subjek pasien yang baru dilakukan tindakan hemodialisa, temannya dapat memberikan semangat dan motivasi kepada subjek untuk mampu senantiasa menjaga kesehatannya.

Instrumental support adalah pemberian dukungan yang melibatkan bantuan secara langsung, seperti bantuan finansial ataupun mengerjakan tugas

rumah sehari-hari. Ketika saat temannya kesulitan saat menuju ke instalasi hemodialisa, teman lainnya dapat membantu bersama menuju ke ruang tersebut. *Informational support* adalah dukungan diberikan dalam bentuk saran, penghargaan dan umpan-balik mengenai cara menghadapi atau memecahkan masalah yang ada. Ketika pasien tidak tahu cara pendaftaran atau kesulitan jalan untuk ke instalasi hemodialisa, teman pasien membantu untuk mengarahkan ke tempat yang dituju. Ketika pasien sedang sakit, temannya memberikan informasi mengenai rumah sakit rujukan, temannya menyarankan kepada pasien agar dapat membatasi cairan, pola makan yang baik dan hemodialisa teratur.

Companionship support adalah dukungan diberikan dalam bentuk kebersamaan sehingga individu merasa sebagai bagian dari kelompok.⁹ Keterlibatan subjek dalam sebuah kelompok pasien hemodialisa. Kebersamaan yang ada dalam kelompok subjek yaitu saling berbagi pengalaman, kekuatan dan harapan.

Dukungan kelompok pada pasien hemodialisa telah dilakukan di beberapa negara maju seperti *Dialysis Care & Outcomes in the United States*, 2014 mengembangkan *Peer Kidney Care Initiative*. Program ini menggambarkan bagaimana interaksi dokter, perawat, pasien, dan keluarga tetap di pusat pelayanan medis, dengan menempatkan hubungan teman sebaya di tengah *Peer Kidney Care*, untuk memajukan perawatan dan meningkatkan kualitas pasien yang menerima terapi dialisis. *The National Kidney Foundation* (NKF), pada tahun 2009 memiliki program baru dan

cocok bagi pasien yang membutuhkan dukungan dengan mentor sebaya yang positif sebagai panutan. *Telephone-based peer support* telah dipelajari dalam berbagai populasi pasien, dan telah terbukti efektif pada pasien dengan gagal ginjal. Di Belanda sejak 2007 mengembangkan *Camp COOL Program* bertujuan untuk membantu orang-orang muda Belanda dengan stadium akhir penyakit ginjal (ESRD) mengembangkan ketrampilan *self - manajemen*.

Dukungan kelompok di Indonesia mulai diterapkan, salah satunya Yayasan Ginjal Diatrans Indonesia (YGDI) mengembangkan *support group* dalam usaha mengurangi stress dan meningkatkan kualitas hidup pasien Penyakit Ginjal Kronis dan keluarga. *Support group* atau kelompok dukungan adalah tempat bagi sekelompok orang untuk berbagi informasi dan memberi serta menerima dukungan emosi dari sesama anggota. Pelaksanaan kegiatan *support group* oleh YGDI dengan topik tertentu setiap bulannya yang bertujuan untuk menambah pengetahuan pasien seputar penyakit ginjal.

Penelitian lain terkait *support group*, Kessler, D, Egan, M., & Kubina, L.A.¹³ tentang dukungan kelompok pada pasien stroke menghasilkan peningkatan hubungan sosial, kepercayaan diri pasien meningkat, dan kenyamanan. Keterlibatan tim kesehatan, rekan pelatihan pendukung dan koordinator terampil adalah penting untuk keberhasilan program ini. Hasil penelitian Menon, J. A., dkk¹⁴ menunjukkan bahwa 42 persen dari 130 pasien HIV mengalami gejala depresi. Namun, setelah intervensi terapi dukungan kelompok, hanya 15 pasien dari jumlah responden penelitian tersebut yang masih menunjukkan gejala depresi. Penelitian Perez, J., & Kidd, J.⁶

menjelaskan dukungan sebaya efektif pada pasien kesehatan jiwa menunjukkan *Global Assessment of Functioning scores* membaik, peningkatan integrasi masyarakat, kualitas hidup, pemberdayaan, serta ada penurunan gejala distress dan jumlah hari rawat inap.

Dari paparan beberapa penelitian di atas diketahui *support group* dapat meningkatkan kualitas hidup pasien dengan penyakit kronis. Diperlukannya penelitian yang mengkaji tentang intervensi dukungan kelompok sebaya (*support group*) pada pasien yang menjalani hemodialisa, hal ini dapat menjadi acuan untuk implementasi kegiatan *support group* pada pasien hemodialisa. Adanya intervensi dukungan kelompok pasien penyakit ginjal kronis menjadi perhatian perawat agar mampu meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan perawatan kesehatan diri pasien penyakit ginjal kronis. selain itu perawat juga diharapkan mampu memfasilitasi pasien PGK dalam mempertahankan kualitas hidupnya agar tetap optimal.

Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo merupakan rumah sakit pendidikan tipe B yang digunakan oleh berbagai institusi pendidikan kesehatan baik swasta maupun negeri mulai dari profesi kedokteran, keperawatan, farmasi serta gizi. Saat ini, Instalasi hemodialisa RSUD Tugurejo berjumlah 14 unit mesin hemodialisa dengan pelayanan hemodialisa dilakukan 2 shif, pagi dan sore pada hari senin sampai sabtu . Jumlah pasien yang sedang menjalani hemodialisa pada bulan Oktober 2015 sebanyak 70 pasien. Jadwal yang disediakan untuk tindakan hemodialisa seminggu 2 kali

(Senin - Kamis, Selasa – Jumat, Rabu - Sabtu). Waktu yang dialokasikan untuk satu kali tindakan hemodialisis adalah 4 - 5 jam.

Hasil wawancara kepada kepala ruang instalasi hemodialisa RSUD Tugurejo, menyatakan belum pernah menerapkan atau mengimplementasikan kegiatan *support group* pada pasien penyakit ginjal kronis yang menjalani hemodialisa. Hal ini didukung juga oleh pernyataan beberapa pasien yang menjalani hemodialisa di RSUD Tugurejo. Berdasarkan studi pendahuluan pada 10 pasien didapatkan bahwa mereka datang ke Instalasi hemodialisa hanya untuk dilakukan tindakan hemodialisa, tidak ada kegiatan lain. Tujuh pasien mengatakan mengalami kecemasan tentang penyakit yang dialami dan beranggapan penyakit ini mengganggu aktifitas sehari hari dan menyatakan cemas saat datang ke hemodialisa. Tiga pasien lainnya sudah dapat menerima penyakitnya dan menjalaninya dengan ikhlas.

Dari 10 pasien, hanya 2 pasien yang masih bekerja, 8 pasien lainnya mengatakan sudah tidak sanggup bekerja sehingga lebih sering berada didalam rumah tidak melakukan sosialisasi dengan tetangga. Enam pasien menyimpulkan bahwa ia membutuhkan dukungan dari sesama pasien gagal ginjal. Hal tersebut didukung dari hasil pengamatan peneliti dimana terdapat adanya komunikasi/ hubungan sesama pasien di instalasi hemodialisa.

B. Rumusan Masalah

Penyakit PGK tahap akhir berdampak terhadap perubahan-perubahan dalam kehidupan penderitanya. Perubahan yang dialami berupa fisik, psikologis, sosial dan spiritual. Selain itu, terapi hemodialisa yang diberikan

pada pasien ini akan berlangsung lama sehingga mempengaruhi perubahan fisik, psikologis, sosial dan spiritual. Dukungan sangat diperlukan dan sangat dibutuhkan oleh pasien yang PGK yang menjalani hemodialisa, salah satunya dukungan dari kelompok. Di negara Eropa dan Amerika dukungan kelompok terbukti dapat meningkatkan kualitas hidup pasien pengakit ginjal kronis. Namun belum ada bukti ilmiah di Indonesia.

Hal tersebut perlu diteliti dan dievaluasi efektifitas terhadap *outcome* pasien, dengan rumusan masalah “ bagaimana pengaruh *intervensi support group* terhadap kualitas hidup pasien penyakit ginjal kronis yang menjalani hemodialisa?”

C. Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan pengaruh *intervensi support group* terhadap kualitas hidup pasien penyakit ginjal kronis yang menjalani hemodialisa.

Adapun tujuan khusus penelitian ini teridentifikasinya:

- a) Mengidentifikasi kualitas hidup pasien penyakit ginjal kronis yang menjalani hemodialisa sebelum dilakukan *intervensi support groups*.
- b) Menjelaskan kualitas hidup pasien penyakit ginjal kronis yang menjalani hemodialisa sesudah dilakukan *intervensi support groups*.
- c) Menganalisa perbedaan kualitas hidup pasien penyakit ginjal kronis yang menjalani hemodialisa sebelum dan sesudah dilakukan *intervensi support groups*.
- d) Mengidentifikasi variabel potensial konfounding (usia, jenis kelamin, status pernikahan, pendidikan, pekerjaan, lama menjalani hemodialisa

dan kadar hemoglobin) terhadap kualitas hidup pasien penyakit ginjal kronis yang menjalani hemodialisa sesudah dilakukan intervensi *support groups*.

D. Manfaat Penelitian

a) Manfaat Bagi Pelayanan Kesehatan

Hasil penelitian ini dapat bermanfaat sebagai bahan masukan, acuan dan pertimbangan terkait intervensi *support group* pasien, sehingga tenaga kesehatan dapat meningkatkan mutu pelayanan dan menyiapkan strategi untuk menerapkan program *support group* dan mampu mengoptimalkan kualitas kehidupan pasien.

b) Manfaat Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini menjadi masukan bagi pendidikan dalam proses pembelajaran mahasiswa keperawatan khususnya keperawatan medikal bedah sehingga dapat diperoleh gambaran yang nyata tentang intervensi *support group/* dukungan kelompok, disamping mendukung terwujudnya *evidence based* dalam praktik keperawatan serta menambah pengetahuan dan wawasan perawat terutama perawatan pasien hemodialisis pada umumnya.

c) Manfaat bagi peneliti

Hasil penelitian ini menambah pengalaman dalam melakukan penelitian dan menjadi acuan untuk penelitian selanjutnya secara lebih spesifik pada program dukungan kelompok sebaya (*support group*) pada pasien penyakit ginjal kronis yang menjalani hemodialisa.

E. Keaslian Penelitian

Perbedaan penelitian yang telah dilaksanakan dengan penelitian yang akan dilakukan adalah pada penelitian sebelumnya belum ada yang meneliti variabel intervensi *support group* / dukungan kelompok dengan kualitas hidup pada pasien penyakit ginjal kronis yang menjalani hemodialisa. Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan pendekatan *quasy experimental pre-post test without control group design*.

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

NO	JUDUL	PENELITI (TAHUN)	DESAIN	HASIL
1	<i>Peer support for stroke survivors: a case study</i>	Kessler, D., Egan, M., & Kubina, L. A. (2014).	Desain studi kasus	Emosional , affirmational dan dukungan informasi yang ditawarkan oleh pendukung kelompok sebaya. Kunjungan rekan yang dianggap memberikan dorongan , motivasi , validasi , dan menurunkan perasaan sendirian . Dampak pada pendukung sebaya termasuk peningkatan hubungan sosial , pertumbuhan kepercayaan diri, dan kepercayaan dalam menghadapi kehidupannya. Keterlibatan tim kesehatan, rekan pendukung dan koordinator yang baik, penting untuk keberhasilan program ini.
2	<i>A systematic review and meta-analysis of RCT of peer support for people with severe mental illness</i>	Lloyd-Evans, B., Mayo-Wilson, Harrison, B., Istead, Brown, E., Pilling, S.,& Kendall, T. (2014).	RCT of peer support.	18 percobaan termasuk 5.597 peserta yang disertakan. Ini terdiri dari 4 percobaan program saling mendukung , sebelas percobaan program dukungan sebaya, dan 3 uji coba program <i>peer delivery</i> . Terbukti bahwa dukungan sebaya dikaitkan dengan efek positif pada langkah-langkah dari harapan , pemulihan dan pemberdayaan dengan akhir intervensi.
3	<i>What is the effect of peer support on diabetes</i>	Dale, J. R., Williams, S. M., & Bowyer, V.	A systematic review	25 studi , termasuk 14 uji RCT, memenuhi kriteria inklusi. Dukungan sebaya dikaitkan dengan perbaikan yang signifikan secara statistik pada kontrol

	<i>outcomes in adults? A systematic review</i>	(2012).		glikemik (3 dari 14 percobaan) , tekanan darah (1 dari 4 percobaan) ,kolesterol (1 dari 6 percobaan), berat BMI (2 dari 7), aktivitas fisik (2 dari 5), self-efficacy (2 dari 3), depresi (4 dari 6) dan dukungan sosial yang dirasakan (2 dari 2).
4	<i>Impact of HIV Information and Peer Support on Psychiatric Outcomes in HIV positive Young People</i>	Menon, J, Paul, R., Nkumbula, T., Lwatula, & Ngoma, M. S. (2015).		Hasil penelitian menunjukkan bahwa 52 persen dari subjek memiliki gejala depresi . Namun, setelah intervensi (<i>peer support</i>), hanya 15 pasien didiagnosis dengan gejala depresi ; mewakili 65 pasien merasa sangat terbantu dengan intervensi ini.
5	Hubungan Antara Dukungan Sosial Dengan Depresi pada Pasien Penyakit Ginjal Kronis Yang Menjalani hemodialisa	Rina Oktaviana, Psyche. (2010)		Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan yang negatif antara dukungan sosial dengan depresi pada pasien Penyakit Ginjal Kronis yang menjalani hemodialisis di RSPU. Dr. Mohammad Hoesin Palembang. Yang didapatkan dari hasil $r = 0,722$ dan nilai $p = 0,000$ yang berarti $p < 0,01$ Artinya semakin negatif atau kurang dukungan sosial maka semakin tinggi depresi pada pasien Penyakit Ginjal Kronis yang menjalani hemodialisis.
6	Pengaruh Self Help Group Terhadap Kualitas Hidup Pasien Hemodialisa di Rumah Sakit PKU Muhamma diyah Yogyakarta	Ambar Relawati, dkk. (2015)	Desain <i>Quasy experimen t pre-post test with control group,</i>	Hasil analisis terhadap selisih nilai kualitas hidup pasien HD pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah dilakukan kegiatan SHG didapatkan nilai p sebesar 0,404 yang bermakna ada perbedaan yang signifikan antara nilai kualitas hidup pasien HD sebelum dan sesudah dilaksanakan SHG antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Menunjukkan bahwa pemberian terapi SHG mampu membantu meningkatkan kualitas hidup pasien HD.
7	Pengaruh Intervensi Support Group Terhadap Kualitas Hidup Pasien Hemodialisa	Nugroho Lazuardi, (2016)	Desain <i>Quasy experimen t pre-post test without control group</i>	Hasil penelitian didapat nilai p sebesar 0,000 Artinya Ada perbedaan yang bermakna terhadap kualitas hidup sebelum dan sesudah dilakukan intervensi <i>support group</i> . Menunjukkan bahwa intervensi <i>support group</i> dapat membantu meningkatkan persepsi kualitas hidup pasien Hemodialisa.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. TINJAUAN TEORI

1. Konsep Penyakit Ginjal Kronis

a. Definisi Penyakit Ginjal Kronis

Menurut Smeltzer and Bare,¹⁵ Penyakit Ginjal Kronik/ *Chronic Kidney Disease* (CKD) atau *End Stage Renal Disease* (ESRD) adalah kerusakan fungsi ginjal yang *progresif* (perlahan) dan *irreversible* (tidak dapat pulih kembali), dimana tubuh tidak mampu memelihara metabolisme dan gagal memelihara keseimbangan cairan dan elektrolit berakibat peningkatan ureum (azotemia). Penyakit Ginjal Kronik terjadi setelah berbagai macam penyakit yang merusak masa nefron ginjal. Black & Hawks,¹⁶ mengungkapkan PGK sebagai penurunan fungsi jaringan ginjal secara *progresif* dimana massa ginjal yang masih ada tidak mampu lagi mempertahankan lingkungan internal tubuh.

Penyakit Ginjal Kronis (PGK) menurut *National Kidney Foundation Kidney Disease Outcome Quality Initiative* (NKF-KDOQI) adalah kerusakan ginjal yang telah berlangsung selama 3 bulan atau lebih, berupa kelainan struktur ginjal atau gangguan fungsi ginjal, dengan atau tanpa penurunan laju filtrasi glomerulus, yang ditandai dengan kelainan patofisiologi atau adanya pertanda kerusakan ginjal, termasuk kelainan komposisi darah atau urin, atau kelainan dalam evaluasi radiologis, atau penurunan laju filtrasi glomerulus

mencapai kurang dari 60 ml permenit/ 1.73 m² dengan atau tanpa kerusakan ginjal.¹⁷

Dalam Nursalam,¹⁸ Penyakit Ginjal Kronis merupakan kerusakan ginjal progresif yang berakibat fatal dan ditandai dengan uremia (urea dan limbah nitrogen lainnya yang beredar dalam darah serta komplikasinya jika tidak dilakukan dialisis atau transplantasi ginjal). Penyakit Ginjal Kronik terjadi setelah berbagai macam penyakit yang merusak masa nefron ginjal sampai pada titik ketika keduanya tidak mampu untuk menjalankan fungsi regulatorik dan ekstetoriknya untuk mempertahankan homeostatis dan harus menjalani tindakan hemodialisa untuk mempertahankan hidupnya. Adanya dampak dari prosedur pengobatan yang harus dijalannya merupakan suatu stressor yang dapat terjadinya depresi.^{17,18}

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

b. Klasifikasi Penyakit Ginjal Kronis

Klasifikasi Penyakit Ginjal Kronik di dasarkan atas dua hal yaitu, atas derajat (*stage*) penyakit dan atas dasar diagnosis etiologis. Klasifikasi berdasarkan derajat (*stage*) penyakit, ditetapkan atas dasar perhitungan nilai

dari GFR. Pedoman K/DOQI merekomendasikan perhitungan GFR dengan rumus Cockcroft-Gault untuk orang dewasa, yaitu:

$$\text{Klirens kreatinin (ml/men.)} = \frac{(124 - \text{usia}) \times \text{berat badan}^*}{72 \times \text{kreatinin serum}}$$

*(jika wanita X 0,86)²

Gambar 2.1 Rumus *Cockcroft-Gault*

Sesuai rekomendasi *The National Kidney Foundation Kidney Disease Improving Global Outcomes* (NKF - KDIGO) tahun 2012, Klasifikasi PGK menurut derajat penyakit di kelompokkan menjadi 5 derajat, dikelompokkan atas penurunan faal ginjal berdasarkan LFG, yaitu :

- 1) Kerusakan ginjal dengan LFG normal (LFG > 90 ml/menit/1.73 m²)
- 2) Kerusakan ginjal dengan LFG ringan (LFG > 60 - 89 ml/ menit/ 1.73 m²)
- 3) Kerusakan ginjal dengan LFG sedang (LFG > 30 - 59 ml/ menit/ 1.73 m²)
- 4) Kerusakan ginjal dengan LFG berat (LFG > 15 - 29 ml/ menit/ 1.73 m²)
- 5) Penyakit Ginjal Kronis(LFG < 15 ml/menit/1.73 m² atau dialisis)⁴

c. Etiologi Penyakit Ginjal Kronis

Penyebab CKD diberbagai negara hampir sama, akan tetapi akan berbeda dalam perbandingan persentasenya. CKD pada umumnya dapat disebabkan oleh beberapa hal sebagai berikut :

Tabel 2.1. Penyebab umum PGK

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

Sumber: Harrison’s Manual of Medicine 17th Edition, International Edition¹⁸

d. Penatalaksanaan Penyakit Ginjal Kronis

Terapi pengganti yang dapat dilakukan pada pasien dengan penyakit ginjal tahap akhir adalah dengan hemodialisis, dialisis peritoneal dan transplantasi ginjal. Manfaat transplantasi sudah jelas terbukti lebih baik dibandingkan dengan hemodialisis terutama dalam hal perbaikan kualitas hidup pasien. Susalit,² menjelaskan transplantasi ginjal adalah terapi yang paling ideal, karena mengatasi seluruh jenis penurunan fungsi ginjal, Di sisi lain hemodialisis dan dialisis peritoneal hanya mengatasi akibat dari sebagian jenis penurunan fungsi ginjal sehingga pasien mempunyai tingkat ketergantungan yang tinggi terhadap tindakan ini.

Menurut Suharyanto & Majid,¹⁹ proses tranplantasi dari donor ke pasien tidak mudah dilakukan oleh tenaga medis. Keterbatasan jumlah donor adalah masalah utama pada transplantasi ginjal. Jumlah yang terbatas ini membuat pasien penyakit ginjal tahap akhir harus dilakukan hemodialisis

untuk mempertahankan kondisi klinis yang optimal hingga pasien mendapatkan donor ginjal yang sesuai Konsep Hemodialisa.

2. Konsep Hemodialisa

a. Definisi Hemodialisa

Hemodialisis merupakan terapi pengganti bagi pasien dengan penyakit Penyakit Ginjal Kronis tahap terminal selain dialisis peritoneal dan transplantasi ginjal. Hemodialisis didefinisikan sebagai pergerakan larutan dan air dari darah pasien melewati membrane semipermeabel (alat dialisa) ke dalam dialisat. Alat dialisa juga dapat digunakan untuk memindahkan sebagian besar volume cairan. Pemindahan ini dilakukan melalui ultrafiltrasi dimana tekanan hidrostatik menyebabkan aliran yang besar dari air plasma (dengan perbandingan sedikit larutan) membrans.⁴

Hemodialisa perlu dilakukan untuk menggantikan fungsi ekresi ginjal sehingga tidak terjadi gejala uremia yang lebih berat. Pada pasien dengan fungsi ginjal yang minimal, hemodialisa dilakukan untuk mencegah komplikasi membahayakan yang dapat menyebabkan kematian.⁴

b. Prinsip Dasar Konsep Hemodialisa

Proses hemodialisa dimulai dengan pemasangan kanula Inlet kedalam pembuluh darah arteri dan kanula outlet kedalam pembuluh darah vena, melalui *fistula arteriovenosa* (Cimino) yang telah dibuat melalui proses pembedahan. Sebelum darah sampai ke dialiser, diberikan injeksi heparin untuk mencegah terjadinya pembekuan darah. Darah akan tertarik oleh pompa darah (*blood pump*) melalui kanula inlet arteri kedialiser dan akan

mengisi kompartemen 1 (darah). Sedangkan cairan dialisat akan dialirkan oleh mesin dialisis untuk mengisi kompartemen 2 (dialisat).⁵

Didalam dialiser terdapat selaput membran semi permeabel yang memisahkan darah dari cairan dialisat yang komposisinya merupai cairan tubuh normal. Ada tiga prinsip yang mendasari kerja dari hemodialisa yaitu difusi, osmosis, dan ultrafiltrasi. Toksin dan zat limbah didalam darah akan dikeluarkan melalui proses difusi dengan cara bergerak dari darah, yang memiliki konsentrasi tinggi, kecairan dialisat dengan konsentrasi yang lebih rendah. Air yang berlebihan dikeluarkan dari dalam tubuh melalui proses osmosis. Pengeluaran air dapat dikendalikan dengan menciptakan Gradien tekanan, Gradien ini dapat ditingkatkan melalui penambahan tekanan negatif yang dikenal sebagai ultrafiltrasi pada mesin dialisis. Karena pasien tidak dapat mengekskresikan air, kekuatan ini diperlukan untuk mengeluarkan cairan hingga tercapai isovolemia atau keseimbangan cairan. Sistim bufer tubuh dipertahankan dengan penambahan asetat yang akan berdifusi dari cairan dialisat kedalam darah pasien dan mengalami metabolisme untuk membentuk bikarbonat.^{7,20}

Setelah terjadi proses hemodialisa didalam dialiser, maka darah akan dikembalikan kedalam tubuh melalui kanula outlet vena. Sedangkan cairan dialisat yang telah berisi zat toksin yang tertarik dari darah pasien akan dibuang oleh mesin dialisis oleh cairan pembuang yang disebut ultrafiltrat. Semakin banyak zat toksik atau cairan tubuh yang dikeluarkan maka bersihan ureum yang dicapai selama hemodialisa akan semakin optimal .⁸

c. Indikasi dan Komplikasi Terapi Hemodialisa

1) Indikasi Terapi Hemodialisa

Tindakan hemodialisis dilakukan pada pasien Penyakit Ginjal Kronis tahap akhir adalah kondisi overload cairan yang tidak berespon terhadap pemberian diuretik, pasien menunjukkan tanda dan gejala terjadinya sindrom uremia (dengan nilai ureum > 50 dan kreatinin > 1.5), terjadinya mual dan muntah, anorexia berat, LFG kurang dari 10ml/menit per 1.73 m² serta tanda dan gejala hiperkalemia.¹⁸

Indikasi yang mungkin untuk dialisis jangka pendek :¹⁸

- a) Penyakit Ginjal Akut.
- b) Hiperkalemi > 7 mmol/L.
- c) pH arterial < 7.35 .
- d) Urea darah > 35 mmol/L.
- e) Urea darah cepat meningkat.
- f) Beban cairan berlebihan.
- g) Hiperkalsemi tak terkontrol.
- h) Gangguan elektrolit.
- i) Keracunan dengan ;
 - Salisilat.
 - Barburat.
 - Etanol.
- j) Penyakit Ginjal Kronis eksaserbasi akut mendahului pemberian terapi konservatif. Indikasi yang mungkin untuk hemodialisa jangka panjang :

- Kegagalan penanganan konservatif.
- Kreatinin serum > 1200 mmol/L.
- GFR < 3 ml/min.
- Penyakit tulang progresif.
- Neuropati yang berlanjut.
- Timbulnya perikarditis (dialisis peritoneal mungkin perlu dilakukan untuk menghindari hemoperikardium).

Keuntungan dari tindakan hemodialisis adalah pasien tidak perlu menyiapkan peralatan sendiri, kondisi pasien lebih terpantau karena tindakan ini dilakukan di rumah sakit oleh perawat dan dokter yang sudah terlatih dan jumlah protein yang hilang selama pada proses lebih sedikit. Meskipun sebagai terapi pengganti ginjal (*renal replacement therapy*), tetapi tindakan dialisis ini tidak mampu menyebabkan beberapa abnormalitas klinis uremia dapat dihilangkan. Selain keuntungan, hemodialisis juga memiliki beberapa komplikasi, yaitu terjadinya kram dan hipotensi intradialisis.¹⁸

2) Komplikasi Terapi Hemodialisa

Komplikasi yang dapat muncul ketika individu melakukan hemodialisis antara lain tekanan darah rendah, kram otot, mual, muntah, sakit kepala, sakit didada, gatal gatal, demam, kedinginan, perdarahan, penurunan gula darah, anemia, gangguan ritme jantung dan otak, gangguan gisi serta masalah psikososial.⁹ Masalah-masalah yang dihadapi pasien yang menjalani hemodialisa terdiri dari :

- FISIK :
 - Kelemahan, muntah, mual
 - Nafsu Makan Kurang, Sakit Kepala, dsb
- PSIKOLOGIS :
 - Kaget saat mendengar harus HD
 - Menyangkal
 - Marah
 - Kecemasan
 - Depresi sampai putus asa
 - Bergantung pada lingkungan
- SOSIAL :
 - Tak mampu bekerja
 - Kesulitan dana
 - Tak mau bersosialisasi

Terjadinya gangguan pada fungsi tubuh pasien hemodialisa, menyebabkan pasien harus melakukan adaptasi diri secara terus menerus selama sisa hidupnya. Bagi pasien hemodialisa, adaptasi ini mencakup keterbatasan dalam memanfaatkan kemampuan fisik dan motoric, adaptasi terhadap perubahan fisik dan pola hidup. Ketergantungan secara fisik dan ekonomi pada orang lain serta ketergantungan pada mesin dialysis selama sisa hidup.

Pasien dengan PGK harus dapat menerima fakta terapi hemodialisis akan diperlukan untuk sepanjang hidupnya. Pasien dengan PGK seringkali menyangkal apa yang sedang terjadi pada mereka pada saat awal terapi hemodialisis. Hal ini mungkin berlanjut beberapa waktu dan menghalangi beberapa pasien untuk menerima aspek-aspek penting dalam pengobatan mereka. Pemberian informasi tentang penyakit mereka dan keterlibatan dalam perencanaan dan implementasi perawatan membantu pasien untuk melawan

perasaan perasaan ketergantungan dan menjadi termotivasi untuk mempertahankan kesehatan mereka sedapat mungkin.^{17,18}

3. Konsep Dukungan Sosial

a. Definisi Dukungan Sosial

Terdapat banyak definisi tentang dukungan sosial yang dikemukakan oleh para ahli. Sheridan dan radmacher menekankan pengertian dukungan sosial sebagai sumber daya yang disediakan lewat interaksi orang lain. Pendapat lain dikemukakan oleh Siegel yang menyatakan bahwa dukungan sosial adalah informasi dari orang lain bahwa ia dicintai dan diperhatikan, memiliki harga diri dan dihargai, serta merupakan bagian dari jaringan komunikasi dan kewajiban bersama. Menurut Thoits menyatakan bahwa dukungan sosial adalah derajat dimana kebutuhan dasar individu akan afeksi, persetujuan, kepemilikan dan keamanan didapatkan lewat interaksi dengan orang lain.^{9,19}

Dari definisi diatas, dapat ditarik kesimpulan bahwa dukungan sosial merupakan ketersediaan sumber daya yang memberikan kenyamanan fisik dan psikologis yang didapat lewat pengetahuan bahwa individu tersebut, dicintai, diperhatikan, dihargai oleh orang lain dan juga merupakan anggota dalam suatu kelompok yang berdasarkan kepentingan bersama.

b. Sumber Dukungan Sosial

Sumber dukungan sosial adalah orang lain yang berinteraksi dengan individu sehingga individu tersebut dapat merasa kenyamanan secara fisik

dan psikologis. Orang lain ini terdiri dari pasangan hidup, orang tua, saudara, anak, kerabat rekan kerja, staf medis serta kelompok sebaya. Dan pada penelitian ini dukungan sosial yang akan digunakan adalah dukungan kelompok / *support group*.^{9,19}

4. Konsep Dukungan Kelompok

a. Definisi Dukungan Kelompok

Menurut Yalom (1985), *Support group* adalah suatu terapi yang dilakukan dengan menggunakan kelompok sebaya yang memiliki masalah yang relative sama dengan cara care sharing informasi tentang permasalahan yang dialami serta solusi yang perlu dsekaligus proses saling belajar dan menguatkan.^{9,18}

Definisi lain menjelaskan, *support groups* adalah suatu proses terapi pada kelompok yang memiliki permasalahan yang sama untuk mengkondisikan dan memberi penguatan pada kelompok maupun perorangan dalam kelompok sesuai dengan permasalahannya.^{21,22}

Dukungan kelompok (*support group*) biasanya terdiri atas 4 sampai 12 anggota dengan pertemuan bulanan, mingguan, atau bahkan dua kali mingguan. Di dalam kelompok jenis ini, para anggota berbagi pemikiran dan perasaan tentang dirinya sendiri. Saling berbagi dan mendengarkan orang lain memunculkan variasi berbagai sudut pandang untuk menguji permasalahan-permasalahan dan mengembangkan perasaan terhadap para anggota. Dengan demikian, kelompok dukungan memungkinkan para anggota untuk belajar bahwa orang lain sedang berjuang keras untuk mengatasi permasalahan-

permasalahan yang sama, emosi yang serupa, dan memiliki pemikiran yang serupa. Contoh lain dari kelompok dukungan meliputi hal berikut:^{22,23}

- 1) Para narapidana berkumpul bersama-sama untuk berbagi perhatian tentang hilangnya kebebasan, pelepasan dan pembebasan yang akan datang, atau kesepian.
- 2) Anak-anak dari orang tua yang bercerai yang ingin memperbincangkan tentang pengalaman-pengalaman dan penyesuaian mereka.
- 3) Korban-korban bencana alam, seperti banjir atau angin topan, gempa, tsunami, badai, gunung meletus, yang berbagi perasaan perihal hilangnya orang-orang yang dikasihi, hilangnya harta, atau perasaan ketakberdayaan.
- 4) Orang-orang tua yang sedang dalam berada di pusat penyembuhan. Kelompok dukungan atau kelompok pertumbuhan memberikan dukungan satu sama lain dalam usaha mengatasi kesepian dan pengasingan.
- 5) Pembuat rumah yang mencari kenyamanan dan persahabatan dari teman-teman yang seprofesi dengannya.
- 6) Orang-orang yang sedang bergelut dengan kematian akibat menderita sakit kanker dan penyakit kronis. Individu ini akan menemukan kenyamanan pada saat mendengar bahwa ada orang lain yang juga mengalami kesedihan, keputusasaan dan sedang berjuang untuk melanjutkan hidup mereka.

- 7) Individu dengan kecacatan yang datang bersama-sama untuk berbagi perasaan dan ketakutan-ketakutan mereka tentang kecacatannya.
- 8) Veteran-veteran peperangan yang berbagi perasaan saat di pengasingan dan kengerian serta berkabung karena kehilangan teman-teman atau sahabat-sahabat mereka.
- 9) Orang-orang dengan sindrom AIDS.
- 10) Sebuah kelompok para orangtua tiri yang sangat tertolong karena dapat berbagi berbagai kesulitan yang spesifik ketika mengalami kehidupan dalam keluarga tersebut.
- 11) Individu yang mengalami perceraian ingin menemukan bagaimana orang lain sedang menghadapi juga.
- 12) Burnout dan kelompok manajemen stres.

b. Tujuan dukungan kelompok

Tujuan kelompok dukungan dapat mengacu pada tujuan konseling dalam pendekatan Alder, yaitu:^{22,24,25}

- 1) Membentuk dan memelihara hubungan empatik di antara klien dengan konselor yang didasarkan atas saling mempercayai dan menghargai di mana klien merasa dipahami dan diterima oleh konselor.
- 2) Memberikan suatu iklim terapeutik di mana klien dapat memahami keyakinan-keyakinan dan perasaan-perasaan dasarnya mengenai diri sendiri dan memahami penyebab bahwa keyakinan tersebut salah.

- 3) Membantu klien mengembangkan wawasan mengenai tujuan tujuannya yang keliru dan perilakunya yang cenderung merugikan dirinya, melalui proses konfrontasi dan penafsiran.
- 4) Membantu klien menemukan pilihan-pilihan dan mendorongnya untuk membuat pilihan.

Selaras dengan tujuan konseling kelompok tersebut, menurut Natawidjaja terdapat empat tahap dalam kelompok dukungan dengan pendekatan Adler, antara lain: (1) membentuk dan memelihara hubungan terapeutik yang tepat, (2) menjajaki dinamika yang terjadi di dalam diri individu (menganalisis), (3) mengkomunikasikan kepada individu tentang pemahaman diri sendiri, dan (4) melihat berbagai pilihan yang baru dan membuat pilihan yang baru.

c. Bentuk Dukungan kelompok

Menurut Sheridan dan Radmacher, Sarafino serta Taylor^{9,12,25} membagi dukungan Sosial ke dalam lima bentuk, yaitu:

1) Dukungan *emosional*

Bentuk dukungan ini membuat individu memiliki perasaan nyaman, yakin, diperdulikan dan dicintai oleh sumber dukungan sosial sehingga individu dapat menghadapi masalah dengan lebih baik. Dukungan ini sangat penting dalam menghadapi keadaan yang dianggap tidak dapat dikontrol.

Dukungan emosional merupakan dukungan yang diberikan orang terdekat kepada klien, sehingga klien merasa berharga, nyaman, aman, disayangi dan tidak sendiri dalam menghadapi berbagai permasalahan yang

ada. Dukungan ini mencakup ungkapan ekspresi empati, kepedulian, dan perhatian terhadap orang yang bersangkutan, misalnya meyakinkan penderita bahwa mereka masih dicintai, disayangi dan diharapkan dalam keluarga, mendengarkan keluhan klien, bersikap terbuka, menunjukkan sikap percaya terhadap apa yang dikeluhkan, memahami keadaan klien, ekspresi kasih sayang dan perhatian.

2) Dukungan *informasional*

Dukungan *informasional* meliputi pemberian informasi, saran dan nasihat atas pemecahan permasalahan yang dihadapi penderita, berusaha untuk mencari berbagai informasi berkaitan dengan penyakit ginjal dan hemodialisis. Dukungan ini bertujuan untuk memberikan penjelasan tentang situasi dan segala sesuatu yang berhubungan dengan masalah yang sedang dihadapi oleh penderita. Diharapkan dengan adanya informasi maka pasien memiliki pengetahuan yang lebih – terkait penyakitnya, perubahan sikap seseorang yang menganggap dirinya tidak berdaya atas kondisi yang dihadapi dapat merubah kearah yang lebih baik dalam menghadapi penyakitnya. Jenis informasi seperti ini dapat menolong individu untuk mengenali dan mengatasi masalah dengan lebih mudah.

3) Dukungan *instrumental* (*tangible assistnace*)

Dukungan *instrumental* meliputi pemberian bantuan langsung kepada penderita, ketika mereka sedang membutuhkan bantuan. Seperti menyiapkan makanan ketika mereka sedang sakit, mengingatkan penderita untuk teratur minum obat, merawat ketika mereka sedang sakit, ataupun bantuan berupa

materi untuk keperluan pengobatannya. Dukungan ini diperlukan klien untuk mendapatkan sarana dalam memenuhi kebutuhannya, baik kebutuhan sehari-harinya maupun kebutuhan pengobatannya.

Bentuk dukungan ini dapat mengurangi stres karena individu dapat langsung memecahkan masalahnya yang berhubungan dengan materi. Dukungan instrumental sangat diperlukan terutama dalam mengatasi masalah yang dianggap dapat dikontrol.

4) Dukungan atas penghargaan (*esteem support*)

Bentuk dukungan ini berupa penghargaan positif pada individu, pemberian semangat, persetujuan pada pendapat individu, perbandingan yang positif dengan individu lain. Bentuk dukungan ini membantu individu dalam membangun harga diri dan kompetensi.

Dukungan penghargaan meliputi pemberian penghargaan yang positif terhadap penderita, seperti tidak menyalahkan atas penyakit yang dideritanya, memberikan dorongan, motivasi, dan penguatan kepada penderita dalam menghadapi berbagai macam tekanan yang ada, dan memberikan perbandingan positif pada penderita bahwa mereka itu sebenarnya sama dengan orang lain. Sehingga dapat meningkatkan kepercayaan diri, merasa mampu menjadi lebih bertanggung jawab dan terbuka terhadap orang lain, dan berani berdiri sendiri (mandiri).

5) Dukungan dari kelompok sosial (*Companionship Support*)

Dukungan dari kelompok sosial merupakan dukungan yang cukup penting. Dukungan diberikan dalam bentuk kebersamaan sehingga individu

merasa sebagai bagian dari kelompok. Dukungan ini akan membuat pasien merasa menjadi anggota dari suatu kelompok yang memiliki kesamaan minat dan aktifitas sosial. Pasien akan merasa lebih nyaman karena mempunyai teman yang senasib dengannya.

d. Intervensi Dukungan Kelompok

Intervensi dukungan kelompok atau *intervensi support group* adalah metode dengan memberikan kesempatan bagi orang-orang dengan pengalaman dan masalah umum untuk memberikan dukungan emosional satu sama lain, serta untuk berbagi informasi dan untuk belajar keterampilan dari anggota kelompok lainnya. Hasil penelitian Helgeson²⁴ menunjukkan bahwa kelompok pasien kanker payudara stadium 1 dan 2 setelah didiagnosa yang mengikuti terapi *self help group* selama 8 minggu dengan sesi pertemuan 1 kali (60 menit) setiap minggunya mengalami peningkatan derajat kualitas hidup. penelitian yang dilakukan oleh Kotani & Sakane,²⁶ menunjukkan bahwa setelah 8 kali pertemuan pada diabetisi didapatkan adanya peningkatan pengetahuan tentang diet, perasaan positif terhadap dukungan sosial, dan solidaritas.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Chaveepojnkamjorn²⁷ menunjukkan ada peningkatan kualitas hidup yang signifikan pada penderita diabetes tipe 2 setelah 12 kali sesi pertemuan. Sedangkan, penelitian di Indonesia dilakukan oleh Relawati. A,²⁸ pada pasien Penyakit Ginjal Kronis yang menjalani hemodialisa didapatkan bahwa terdapat perubahan yang signifikan pada kelompok intervensi setelah 8 kali pertemuan. Pertemuan

dilakukan 2 kali dalam satu minggu selama 60 menit (pukul 11 – 12 WIB). namun perbedaan mean dengan kelompok kontrol tidak jauh berbeda ($p=0,404$). Hal tersebut dikarenakan waktu yang dilakukan hanya 4 minggu.

Menurut beberapa penelitian Dukungan kelompok terbagi oleh beberapa model program. *Dialysis Care & Outcomes in the United States*, 2014 mengembangkan *Peer Kidney Care Initiative*. Program ini ini menggambarkan bagaimana interaksi dokter , perawat , pasien , dan keluarga tetap di pusat pelayanan medis, dengan menempatkan hubungan teman sebaya di tengah *Peer Kidney Care Initiative*, untuk memajukan perawatan dan meningkatkan kualitas pasien yang menerima terapi dialisis.²⁹

The National Kidney Foundation (NKF), 2009 memiliki Program baru yang cocok pasien yang membutuhkan dukungan dengan mentor sebaya yang positif sebagai panutan. *Telephone-based peer support* telah dipelajari dalam berbagai populasi pasien , dan telah terbukti efektif pada pasien dengan gagal ginjal. Manfaat lainnya, mentoring melalui telepon dapat meningkatkan kualitas dan kuantitas dukungan antara kunjungan klinik, yang mengarah ke lebih baik manajemen diri, meningkatkan kesejahteraan, dan hasil kesehatan yang lebih baik. Hal ini sangat berguna untuk mereka yang menangani tugas-tugas medis yang menantang, seperti menyesuaikan dengan penyakit ginjal kronis, transplantasi ginjal, atau manajemen insulin.¹²

The Kidney Foundation of Canada juga mengembangkan *The KIDNEY CONNECT Peer Support Program*. Program *Peer support* ini kesempatan bagi orang yang terkena penyakit ginjal berbicara dengan orang

lain yang sudah terkena penyakit ginjal terlebih dahulu. Program ini dikelola oleh tim relawan yang pernah berkunjung, khusus dilatih sebagai mentor bagi orang-orang dengan penyakit ginjal dan keluarga dan teman-teman mereka. Relawan ini semua baik yang hidup dengan penyakit itu sendiri atau telah dipengaruhi oleh itu dalam beberapa cara. Sehingga mereka mengerti bagaimana sulitnya dalam memberikan dorongan pribadi dan dukungan yang Anda butuhkan. relawan memberikan dukungan terutama melalui telepon, tapi kadang-kadang, bila memungkinkan melalui kontak tatap muka.³⁰

Di Belanda sejak 2007 mengembangkan Camp COOL Program bertujuan untuk membantu orang-orang muda Belanda dengan stadium akhir penyakit ginjal (ESRD) mengembangkan ketrampilan *self - manajemen*. Efek dari program ini yang dilaporkan peserta : meningkatkan kepercayaan diri, pengetahuan yang lebih - terkait penyakit, merasa mampu menjadi lebih bertanggung jawab dan terbuka terhadap orang lain, dan berani berdiri sendiri (mandiri).³¹

Dukungan kelompok di Indonesia, salah satunya Yayasan Ginjal Diatrans Indonesia (YGDI) mengembangkan Support group dalam usaha mengurangi stress dan meningkatkan kualitas hidup pasien Penyakit Ginjal Kronis dan keluarga. *Support group* atau kelompok dukungan adalah tempat bagi sekelompok orang untuk berbagi informasi dan memberi serta menerima dukungan emosi dari sesama anggota. Pelaksanaan kegiatan *support group* oleh YGDI dengan topik tertentu setiap bulannya yang bertujuan untuk menambah pengetahuan pasien seputar gagal ginjal.

e. Manfaat Dukungan Kelompok

Bukti-bukti dari hasil penelitian yang pernah dilakukan menunjukkan pendekatan Dukungan Sosial dapat menjadi penentu bagi perkembangan kesehatan. Bagi pasien kanker, Dukungan Sosial merupakan dorongan untuk melawan kanker (*fighting spirit*) dan lebih membantu pasien untuk bertahan. Analisis korelasi menunjukkan semakin besar dukungan sosial yang diperoleh, maka semakin rendah ketegangan psikologi yang dirasakan. Pasien yang memperoleh dukungan sosial yang tinggi, menunjukkan penyesuaian yang lebih baik.^{11,32}

Penelitian pada pasien stroke juga menjelaskan dukungan kelompok sebaya berdampak pada peningkatan hubungan sosial, peningkatan kepercayaan diri dan kenyamanan dalam menjalani kehidupan. Keterlibatan tim kesehatan, pelatihan dukungan kelompok dan koordinator yang terampil adalah penting untuk keberhasilan program ini.¹¹ Penelitian pada dukungan kelompok penderita diabetes juga menunjukkan dampak yang signifikan secara statistik pada perbaikan kontrol glikemik, tekanan darah, kolesterol, berat BMI, peningkatan aktivitas fisik, *self-efficacy*, penurunan depresi dan dukungan sosial yang dirasakan.³²

5. Teori Keperawatan yang mendasari Intervensi *Support Groups*

Filosofi dari ilmu keperawatan adalah memandirikan dan membantu individu memenuhi kebutuhan dirinya (*self-care*). Salah satu teori *self-*

care dalam ilmu keperawatan yang terkenal adalah teori *self-care* Orem. Orem dalam hal ini melihat individu sebagai satu kesatuan utuh yang terdiri dari aspek fisik, psikologis, dan sosial dengan derajat kemampuan untuk merawat dirinya yang berbeda-beda sehingga tindakan perawat berupaya untuk memacu kemampuan tersebut. Individu juga memiliki kemampuan untuk terus berkembang dan belajar.^{1,33}

Teori Orem mendeskripsikan peran dari perawat adalah menolong seseorang dalam ketidakmampuannya dalam melaksanakan *self-care*. Tujuan utama sistem Orem ini adalah menemukan kebutuhan *self-care* (*self-care demand*) pasien hingga pasien mampu untuk melaksanakannya. Teori Orem mengidentifikasi dua set dari ilmu keperawatan yakni *nursing practice science* dan *foundational sciences*. Termasuk di dalam *nursing practice science* yakni 1) *wholly compensatory* dimana perawat membantu penuh ketidakmampuan total pasien dalam melakukan aktivitas *self care*; 2) *partially compensatory* dimana perawat membantu ketidakmampuan sebagian pasien dalam melakukan aktifitas *self care*; 3) *supporting –educative* dimana perawat membantu pasien untuk membuat keputusan dan memiliki kemampuan dan pengetahuan.³³

Area hemodialisis merupakan salah satu area praktik keperawatan untuk mengaplikasikan teori *self-care* Orem ini dimana aplikasi ini akan sesuai karena penting sekali untuk pasien untuk aktif terlibat dalam perawatan dirinya. Tujuan utama praktek keperawatan adalah untuk membantu pasien menyiapkan diri untuk berperan serta secara adekuat

dalam perawatan dirinya dengan cara meningkatkan *outcome* pasien dan kualitas hidup. Sebagai perawat, kita dapat melakukan hal tersebut dengan membentuk hubungan saling percaya antara perawat dan pasien, menyediakan dukungan dan pendidikan kesehatan, memperbolehkan pasien mengontrol beberapa situasi dengan berpartisipasi dalam pengambilan keputusan, dan mendorong pasien untuk aktif berpartisipasi dalam tretmen hemodialisis.³⁴

Pasien PGK yang menjalani terapi dialisis merupakan pasien dengan penyakit kronis dimana *self-care management* menjadi penting untuk diperhatikan. Orem percaya bahwa manusia memiliki kemampuan dalam merawat dirinya sendiri (*self-care*) dan perawat harus fokus terhadap dampak kemampuan tersebut. *Self-care management* merupakan strategi yang baru untuk pasien PGK namun penting mengingat dampak positif yang dapat diperoleh pasien. *Self-care management* pada pasien PGK yang menjalani hemodialisis merupakan usaha positif pasien untuk menemukan dan berpartisipasi dalam pelayanan kesehatan mereka untuk mengoptimalkan kesehatan, mencegah komplikasi, mengontrol gejala, menyusun sumber-sumber pengobatan, meminimalisir gangguan dalam penyakit yang dapat mengganggu kehidupan yang mereka sukai.^{36,37}

Penelitian Arova, F. N.³⁵ memberikan gambaran *self-care management* pasien penyakit ginjal kronis yang menjalani hemodialisis dari aspek pemenuhan kebutuhan fisik, kondisi psikologis,

dan sikap spiritual. *Self-care management* merupakan bentuk perawatan mandiri oleh diri pasien yang dapat memiliki dampak positif apabila bila dikaitkan dengan kualitas hidup pasien. *Social support* merupakan salah satu bagian yang tak terpisahkan dari pelaksanaan *self-care management* pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisis dimana dalam penelitian ini dapat dilaporkan sumber *social support* yang diterima pasien berasal dari pasangan (suami/istri), keluarga, dan sesama pasien yang menjalani hemodialisis (*support group*). Kaitan dengan *nursing care plan*, diagnosa keperawatan yang terkait *self-care management* adalah *ineffective self health management* dan *enhanced self health management*.³⁴

6. Kualitas Hidup pada pasien Penyakit Ginjal Kronis

a. Definisi Kualitas Hidup

Pengertian kualitas hidup merupakan suatu ide yang abstrak, yang tidak terikat oleh waktu dan tempat : bersifat situasional dan meliputi berbagai konsep yang saling tumpang tindih. Menurut WHO kualitas hidup merupakan persepsi individu ditinjau dari konteks budaya dan system nilai tempat tinggal, dan hubungan dengan standart hidup, harapan, kesenangan dan perhatian mereka. Hal ini terangkum secara kompleks mencakup kesehatan fisik, status psikologis, tingkat kebebasan, hubungan sosial dan hubungan kepada karakteristik lingkungan mereka.³⁶

Terdapat dua komponen dasar dari kualitas hidup yaitu subyektivitas dan multidimensi. Subyektivitas mengandung arti bahwa kualitas hidup

hanya dapat ditentukan dari sudut pandang pasien itu sendiri dan ini dapat diketahui hanya dengan bertanya langsung pada pasien sedangkan multidimensi bermakna bahwa kualitas hidup dipandang dari seluruh aspek kehidupan seseorang secara holistic meliputi aspek biologis/ fisik, psikologis, sosiokultural dan spiritual. Universitas of Toronto pada tahun 2004 menyebutkan kualitas hidup dikelompokkan dalam 3 bagian yaitu kesehatan, kepemilikan (hubungan individu dengan lingkungan) dan harapan (prestasi dan aspirasi individu).¹¹

b. Faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien hemodialisa

Beberapa penelitian melaporkan bahwa kualitas hidup pasien hemodialisa lebih buruk dibandingkan dengan populasi secara umum, dimana hal tersebut berhubungan dengan perubahan fisik, psikologis, dan sosial yang terjadi pada pasien dan dipengaruhi oleh faktor-faktor sebagai berikut :

1) Karakteristik pasien

Karakteristik pasien dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien hemodialisa, seperti usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, lama menjalani terapi, status pernikahan.³⁷

2) Terapi hemodialisa yang dijalani

Kualitas hidup pasien hemodialisa dipengaruhi oleh keadekuatan terapi hemodialisa yang dijalani dalam rangka mempertahankan fungsi kehidupannya. Efektifitas hemodialisa dapat dinilai dari bersihan ureum selama hemodialisis karena ureum merupakan indikator pencapaian adekuasi hemodialisis. Agar hemodialisis yang dilakukan efektif perlu

dilakukan pengaturan kecepatan aliran darah (Qb) dan akses vaskuler yang adekuat.

3) Status fungsional dan kesehatannya (anemia).

Menurut *National Kidney Foundation*, dalam menilai kualitas hidup pasien PGK, yang menjalani hemodialisis akses vaskuler, *dialysis adequacy*, anemia, nutrisi hipertensi seta penyakit tulang. Penurunan kadar Hb pada pasien hemodialisis menyebabkan penurunan level oksigen dan sediaan energi dalam tubuh, yang mengakibatkan terjadi kelemahan dalam melakukan aktivitas sehingga pada akhirnya dapat menurunkan kualitas hidup pasien.

Nilai Hb yang direkomendasikan pada pasien PGK berdasarkan *National Kidney Foundations Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (NKF-K/DOQI)* adalah pada level 11-12 g/dL. Dalam penelitian Gregory, menyatakan pada pasien dengan level Hb <11 g/dL mengalami penurunan fungsi fisik yang menyebabkan keterbatasan dalam melakukan rutinitas harian.^{37,38}

4) Depresi

Ketergantungan pasien terhadap mesin hemodialisis seumur hidup, perubahan peran, kehilangan pekerjaan dan pendapatan merupakan stressor yang dapat menimbulkan depresi pada pasien hemodialisis. Depresi pada pasien hemodialisis dapat berpengaruh secara bermakna terhadap kualitas hidup, semakin tinggi derajat depresi maka semakin buruk kualitas hidup pasien hemodialisis.^{25,39}

5) Dukungan kelompok (*support group*)

Dukungan kelompok akan mempengaruhi kesehatan secara fisik dan psikologis, dimana dukungan tersebut dapat diberikan melalui dukungan emosional, informasi ataupun memberikan nasihat. Dukungan yang diberikan pada pasien PGK yang menjalani hemodialisa terdiri dukungan instrumental, dukungan informasional, dukungan emosional, dukungan penghargaan dan dukungan harga diri yang diberikan sepanjang hidup pasien.

Support group memungkinkan anggota kelompok memperluas jaringan sosial, menerima informasi, dan mendapat dukungan emosional dari teman sekelompok, sehingga bisa memberikan banyak manfaat dalam berbagai hal. Penelitian Ambar,²⁸ menyatakan terdapat perbedaan nilai kualitas hidup yang bermakna antara kelompok control dengan kelompok intervensi sesudah dilakukan kegiatan *support group (self help group)* di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II.

c. Dimensi Kualitas Hidup

Badan WHO telah merumuskan empat dimensi kualitas kehidupan yaitu dimensi fisik, dimensi psikologis, dimensi sosial, dan dimensi lingkungan. Dalam penelitian ini akan digunakan dimensi kualitas hidup dari *WHOQoL group* yang terdiri dari 4 bidang. Keempat bidang dari *WHOQoL-BREF* meliputi :⁴⁰

- 1) 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.

- 2) Kesehatan psikologis berhubungan dengan pengaruh positif dan negatif spiritual, pemikiran pembelajaran, daya ingat dan konsentrasi, gambaran tubuh dan penampilan, serta penghargaan terhadap diri sendiri.
- 3) Hubungan sosial terdiri dari hubungan personal, aktifitas seksual dan hubungan sosial.
- 4) Dimensi lingkungan terdiri dari keamanan dan kenyamanan fisik, lingkungan fisik, sumber penghasilan, kesempatan memperoleh informasi, dan keterampilan baru, partisipasi dan kesempatan untuk rekreasi, atau aktifitas pada waktu luang.

d. Pengukuran Kualitas Hidup

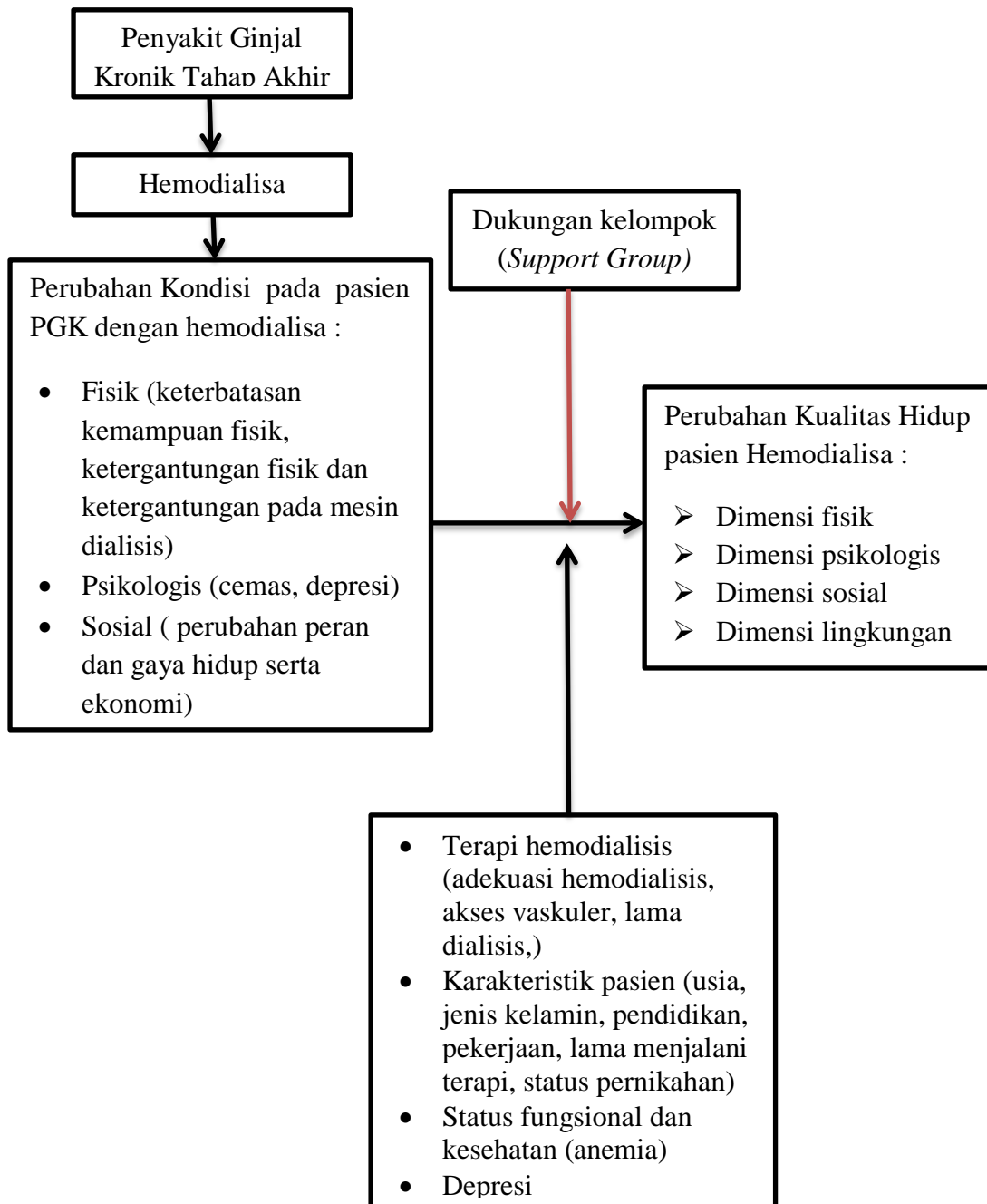
Pengukuran kualitas hidup oleh para ahli belum mencapai suatu pemahaman pada suatu standart atau metoda yang terbaik yang dapat menghasilkan nilai kualitas hidup yang benar benar tepat. Focus pengukuran kualitas hidup yang telah dikembangkan oleh WHO adalah mengukur kualitas hidup dilihat dari berbagai sudut pandang aspek lain dari kehidupan seseorang seperti spiritual atau keyakinan dan pekerjaan, yang menjadi lebih komprehensif. Pada tahun 1991 bagian kesehatan mental WHO mengembangkan instrument penilaian kualitas hidup (QoL) yang dapat dipakai secara nasional dan secara antar budaya. Untuk mengukur kualitas

hidup pasien Penyakit Ginjal Kronis dengan terapi hemodialisis dapat diukur menggunakan WHOQoL-BREF. Instrument WHOQoL-BREF terdiri dari 26 item, merupakan instrument kualitas kehidupan paling pendek dan sederhana, namun instrumen ini dapat menampung aspirasi ukuran ungkapan dan kualitas kehidupan seseorang.^{11,37}

Dalam penelitian terdahulu telah menguji kualitas kehidupan, penilaian dengan wawancara, data obyektif dan tes psikologis. Secara umum dilaporkan bahwa terdapat ketakutan pada kualitas kehidupan yang rendah untuk mayoritas pasien hemodialisis, dimana pasien yang lebih muda memiliki kualitas kehidupan yang tinggi dibandingkan pasien yang lebih tua.

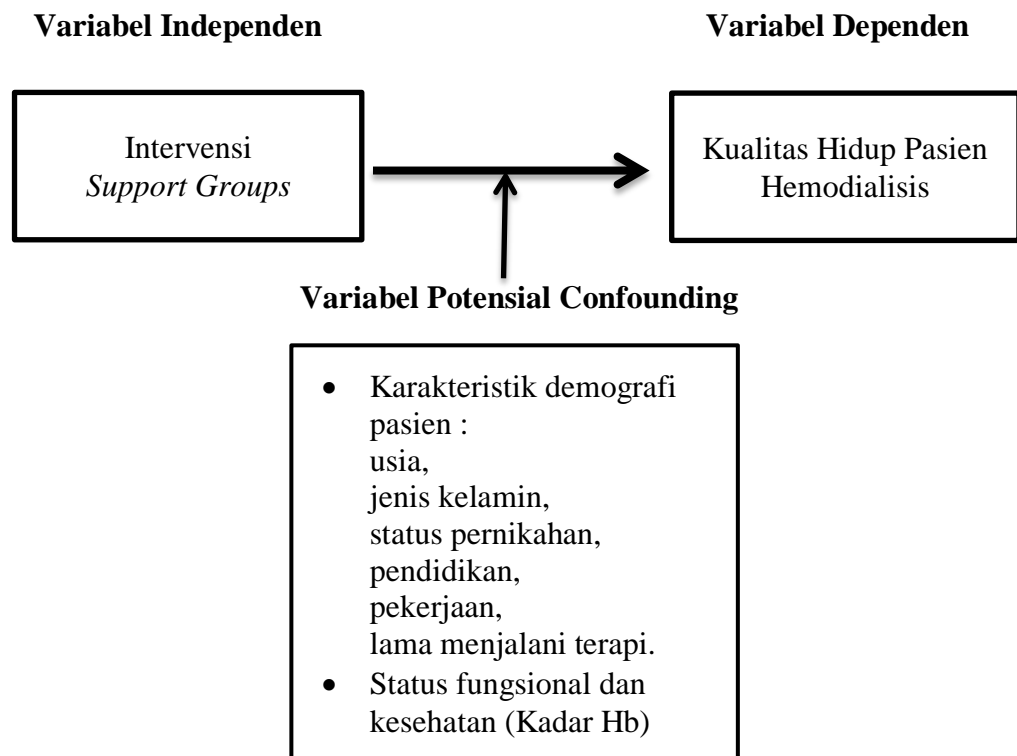
Beberapa peneliti lain juga telah meneliti pengaruh latar belakang karakteristik tingkat kualitas hidup pasien hemodialisis. Mereka menemukan bahwa secara umum lama perawatan dialisis tidak memiliki pengaruh terhadap kualitas hidup tetapi disisi lain pendidikan, ras, status, perkawinan secara signifikan mempengaruhi kualitas kehidupan. Menurut Lok dikutip dari Kusman melaporkan bahwa pasien hemodialisis merasa tingkat aktifitas fisik, aktifitas sosial, dan kemampuan hidup umumnya dibawah rata-rata.

B. KERANGKA TEORI



Gambar 2.2 Kerangka Teori ^{6,8,32,41}

C. KERANGKA KONSEP



Gambar 2.3 Kerangka konsep

D. HIPOTESIS

Adapun hipotesis untuk penelitian ini dapat dirumuskan sebagai berikut :

H_0 : Tidak terdapat perbedaan kualitas hidup pasien hemodialisis sebelum dan sesudah pemberian intervensi *support group* di Unit Hemodialisa RSUD Tugurejo Semarang.

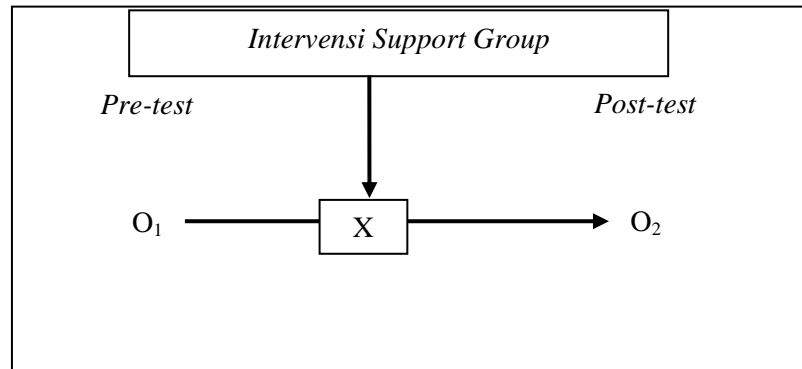
H_a : Terdapat perbedaan kualitas hidup pasien hemodialisis sebelum dan sesudah pemberian intervensi *support group* di Unit Hemodialisa RSUD Tugurejo Semarang

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah “*quasy experimental pre-post test without control group*” sehingga peneliti hanya melakukan intervensi berupa *intervensi support groups* pada satu kelompok tanpa pembanding. Efektifitas perlakuan dinilai dengan cara membandingkan nilai *post test* dengan *pre test*.⁴¹ Rancangan penelitian dapat dilihat pada gambar berikut ini:



Gambar 3.1 Rancangan Penelitian

Keterangan :

- O₁ : Pre test pada kelompok sebelum intervensi
- O₂ : Post test pada kelompok setelah intervensi
- X : Perlakuan (intervensi) *Support group*

B. Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi

Populasi target adalah sekelompok atau subjek dengan karakteristik klinis dan demografi. Sedangkan puopulasi terjangkau adalah bagian dari populasi target yang dibatasi oleh waktu. ⁴² Pada penelitian ini populasi adalah pasien penyakit ginjal kronis yang menjalani hemodialisa rutin di Instalasi Hemodialisa RSUD Tugurejo berjumlah 70 orang.

2. Sampel

Sampel penelitian sebagai unit yang lebih kecil adalah sekelompok individu yang merupakan bagian dari populasi dimana peneliti langsung mengumpulkan data atau melakukan pengamatan/ pengukuran pada unit ini.⁴¹

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah *purposive sampling* yaitu suatu metode pemilihan sampel yang dilakukan berdasarkan maksud dan tujuan tertentu yang ditentukan oleh peneliti. Sampel pada penelitian adalah seluruh pasien yang menjalani hemodialisis di RSUD Tugurejo Semarang yang memenuhi Kriteria *inklusi* sebagai berikut :

- a. Pasien penyakit ginjal kronis yang menjalani hemodialisa secara rutin 2 kali dalam seminggu.
- b. Pasien penyakit ginjal kronis menjalani hemodialisa minimal 3 bulan.
- c. Bersedia dengan ikhlas menjadi responden.
- d. Pasien mampu berkomunikasi dengan baik.

Sedangkan kriteria *eksklusi* dalam penelitian ini adalah :

- a. Tidak menepati jadwal hemodialisis yang telah ditetapkan.

- b. Mengalami penurunan kondisi sehingga tidak memungkinkan untuk ikut serta dalam penelitian ini.

Besaran sampel penelitian yang didapat sebanyak 60 pasien yang sesuai dengan kriteria inklusi dan mengikuti penelitian sampai selesai. Sedangkan 10 orang tidak memenuhi kriteria inklusi karena 7 orang mengalami penurunan kondisi dan 3 orang tidak menepati jadwal hemodialisis dan tidak bisa mengikuti .

C. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di Instalasi Hemodialisa RSUD Tugurejo Semarang dengan kapasitas 16 mesin hemodialisis. Rumah sakit ini merupakan rumah sakit pendidikan yang menjadi lahan praktek bagi mahasiswa kesehatan.

Waktu penelitian ini dilakukan secara bertahap dimulai dari penyusunan dan ujian proposal, dilanjutkan dengan pengambilan data, pembuatan laporan hasil penelitian dan diakhiri dengan ujian tesis yang dimulai dari bulan Mei sampai dengan Desember 2016.

D. Variabel Penelitian, Definisi Operasional dan Skala Penelitian

Berikut penjelasan terkait definisi operasional, variabel penelitian dan skala penelitian yang digunakan dalam penelitian ini:

Tabel 3.1 Variabel Penelitian, Definisi Operasional dan Skala Penelitian

No	Variabel	Definsi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
1.	Variabel independen: <i>Support Group</i>	kegiatan yang dilakukan oleh kelompok/ group pasien dalam memberikan intervensi <i>sharing</i> bersama kelompok pasien yang memiliki masalah fisik & psikis yang <i>relative</i> sama. Dilakukan 12 kali pertemuan selama 40–60 menit pada jam kedua hemodialisis (<i>intra dialisis</i>).	-	-	-
2.	Variabel Dependen : Kualitas Hidup Pasien Penyakit Ginjal Kronis yang menjalani Hemodialisa	Persepsi pasien Penyakit Ginjal Kronis yang menjalani hemodialisa ditinjau dari aspek kesehatan fisik, psikologis, sosial dan aspek lingkungannya pada domain kualitas hidup pasien.	Pertanyaan menggunakan instrumen kuesioner WHO QoL Bref – 26 sebelum dan setelah intervensi	Nilai skor maksimal adalah 100, dibedakan menjadi 2 kelompok : 1 = kualitas hidup kurang baik (total skor responden < 75) 2 = kualitas hidup baik (total skor responden ≥ 75)	Ordinal
3.	Variabel Potensial Confounding				
	Usia	Usia hidup partisipan dalam tahun yang dihitung sejak lahir sampai penelitian dilakukan	Lembar pengumpulan data karakteristik partisipan	1 = < 30 Tahun 2 = 30 – 55 Tahun 3 = > 55 Tahun	Nominal
	Jenis kelamin	Identitas seksual partisipan sejak lahir	Lembar pengumpulan data karakteristik partisipan	1 = laki- laki 2 = perempuan	Nominal
	Pendidikan	Pendidikan formal yang telah dilalui oleh partisipan	Lembar pengumpulan data karakteristik partisipan	1 = SD 2 = SMP 3 = SMA 4 = Perguruan tinggi	Nominal
	Pekerjaan	Pekerjaan yang dijalani saat penelitian dilakukan	Lembar pengumpulan data karakteristik partisipan	1 = tidak bekerja 2 = bekerja	Nominal
	Pernikahan	Status pernikahan partisipa saat peelitian dilakukan	Lembar pengumpulan data karakteristik partisipan	1 = belum menikah 2 = menikah 3 = duda/ janda	Nominal

No	Variabel	Definsi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
	Lama menjalani hemodialisa	Lama partisipan menjalani hemodialisis dalam bulan sejak pertama kali menjalani hemodialisa sampai penelitian ini dilakukan	Lembar pengumpulan data karakteristik partisipan	1 = < 1 Tahun 2 = 1 – 3 Tahun 3 = > 3 Tahun	Nominal
	Kadar hemoglobin	Kadar hemoglobin pasien dilihat dari hasil pemeriksaan terakhir saat dilakukan penelitian	Lembar pengumpulan data karakteristik partisipan	1 = anemia berat (Hb < 8 gr/dl) 2 = anemia sedang (Hb 8 – 10 gr/dl) 3 = anemia ringan (Hb > 10 gr/dl)	Ordinal

E. Alat Penelitian dan Cara Pengumpulan Data

Alat penelitian dan pengumpulan data yang akan digunakan dalam penelitian dapat dijelaskan sebagai berikut :

1. Alat Penelitian

Alat pengumpulan data dalam penelitian ini berupa lembar alat pengumpul data potensi pengganggu yang meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, lama menjalani hemodialisis, durasi hemodialisis, kadar, Hb, dan status pernikahan (lampiran 1) dan 2 instrument berbentuk kuesioner untuk mengukur kualitas hidup. Dalam penelitian ini, peneliti melakukan sendiri proses pengumpulan data.

Instrumen yang pertama adalah kuesioner kualitas hidup menurut WHO yang telah diterjemahkan ke dalam bahasa Indonesia. Kuesioner ini terdiri dari 26 pertanyaan diberi skor 1-5. Pada tiap pertanyaan jawaban poin terendah adalah 1 = sangat tidak memuaskan, sampai dengan 5 = sangat memuaskan, kecuali untuk pertanyaan nomor 3,4 dan 26 karena pertanyaan bersifat negatif maka memiliki jawaban mulai skor 1 = sangat memuaskan dan skor 5 = sangat tidak memuaskan. Skor yang diperoleh adalah 0 – 100.

Skor tersebut akan dijumlahkan untuk mendapat skor total dan kemudian dibagi 2 kategori, yaitu kualitas hidup baik bila skor total ≥ 75 dan kualitas hidup kurang bila skor total < 75 .

Alat ukur yang digunakan dalam penelitian ini adalah WHOQOL-Bref. Kuesioner yang berhubungan dengan kesehatan secara umum dikembangkan oleh WHO dipilih untuk mengukur kualitas kesehatan yang berhubungan dengan hidup pasien penyakit ginjal kronis yang menjalani hemodialisa. WHOQOL-BREF dipilih karena sudah digunakan pada penelitian sebelumnya, dapat dikelola sendiri dan mudah dipahami. Untuk menegakkan hipotesis bahwa intervensi *support group* berdampak pada kualitas hidup pasien, dengan cara membandingkan kualitas hidup pasien hemodialisis sebelum dan sesudah intervensi.

Modul program *support group* yang disusun telah dikonsultasikan kepada pembimbing dan praktisi yang berpengalaman dengan kegiatan. Modul *support group* sudah dilakukan uji expert oleh praktisi RSUD Tugurejo yaitu dr. Rahmi Dewi, Sp.PD dan Paula Budi S.Psi, Psi, MM.

2. Uji Validitas dan Reabilitas

Validitas adalah kesahihan/ ketepatan suatu alat ukur dalam mengukur suatu data. Uji validitas dalam penelitian telah dilaksanakan oleh Cahyu,³⁷ di RSUD PKU Muhammadiyah Gombong dengan cara membagikan kuesioner penilaian kualitas hidup (WHOQoL) kepada 30 orang pasien hemodialisis. Hasil uji validitas dengan membandingkan nilai r hitung dengan nilai r tabel

$df = 30,2 = 28$, sehingga pada tingkat kemaknaan 5% didapatkan nilai r tabel = 0,361. Dari 26 pertanyaan yang diujikan semua mempunyai nilai $r > 0,361$ sehingga dinyatakan bahwa WHOQOL- BREF adalah alat ukur yang valid dalam mengukur kualitas hidup.

Uji reliabilitas dilakukan dengan metode uji satu kali pada 30 orang pasien hemodialisis dengan menggunakan *coefficient alpha cronbach* dengan bantuan SPSS, menghasilkan nilai $R = 0,951$ yang lebih besar dari nilai r tabel (0,361) sehingga dapat dikatakan bahwa alat ukur WHOQOL- BREF berbentuk kuesioner yang berisi 26 pertanyaan dengan empat dimensi (fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan) dari kualitas hidup dinyatakan reliabel.³⁷

3. Pengumpulan Data

Cara pengumpulan data dalam penelitian ini dapat dijelaskan sebagai berikut :

a. Tahap Persiapan

- 1) Penelitian dilaksanakan setelah melakukan uji etik pada komisi etik Program Magister Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro. Setelah melalui prosedur lulus uji etik, peneliti mengajukan permohonan ijin penelitian yang ditujukan kepada Direktur RSUD Tugurejo Semarang.
- 2) Setelah mendapatkan ijin dari direktur rumah sakit melalui bidang diklat RSUD tugurejo Semarang, peneliti meminta ijin dan mensosialisasikan

penelitian yang akan dilakukan kepada kepala ruang dan perawat setempat.

- 3) Peneliti mengidentifikasi kesiapan responden penelitian dengan cara menjelaskan tujuan, manfaat maupun akibat yang akan ditimbulkan. Lembar *informed consent* diberikan sebagai persetujuan pasien hemodialisa sebagai responden untuk terlibat dalam penelitian. Peneliti juga menentukan pasien yang akan dilibatkan dalam penelitian sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan yang masuk dalam sampel penelitian.

b. Tahap pre intervensi

- 1) Menentukan responden berdasarkan kriteria inklusi yang sudah ditetapkan oleh peneliti.
- 2) Peneliti menjelaskan tujuan, manfaat, prosedur, resiko dan keuntungan dari intervensi support group yang akan dilakukan.
- 3) Jika setuju, responden mengisi informed consent sebagai lembar persetujuan menjadi responden.
- 4) Responden mengisi kuesioner kualitas hidup (WHOQOL- BREF) sebelum intervensi.

c. Tahap Intervensi

- 1) Peneliti memberikan *intervensi support group* kepada responden yang merupakan kelompok perlakuan. Intervensi ini ditujukan kepada pasien PGK yang menjalani hemodialisa. Intervensi *support group* selama 12 kali pertemuan tentang *sharing eksperience* pengetahuan pasien tentang

PGK dan selama menjalani hemodialisa, keseimbangan cairan, kebutuhan nutrisi, manajemen stress, aktivitas dan istirahat, pengobatan dan penatalaksanaan pasien hemodialisa, dan dukungan dari keluarga, serta penyesuaian pasien terhadap kondisinya.

- 2) Prosedur ini dilakukan dalam 6 minggu dengan 12 kali pertemuan, selama 40 – 60 menit setiap sesi pertemuan. Kegiatan ini dilakukan pada jam ke dua intradialisis yaitu pada shift pertama pukul 09.00 – 10.00 wib dan shift kedua pukul 14.00 – 15.00 WIB. Adapun pelaksanaan intervensi pada sesi 1 membutuhkan waktu 40 menit, sesi ke-2 sampai sesi ke-11 membutuhkan waktu 60 menit dan sesi ke 12 membutuhkan waktu 45 menit.
- 3) Pelaksanaan intervensi dilakukan oleh peneliti dibantu kepala ruang hemodialisis terkait pelaksanaan intervensi support group yaitu Komsatun, S.Kep Ns serta menggunakan modul program *support group* yang telah dipersiapkan.

d. Tahap *Post Intervensi*

- 1) Responden diminta mengisi kuesioner kualitas hidup setelah dilakukan intervensi support group selama 12 kali pertemuan.
- 2) Pengukuran data *post* dilakukan pada kelompok menggunakan kuesioner yang sama dengan pada saat tahap pre intervensi.

F. Pengolahan Data

Pengolahan data dilakukan untuk menghasilkan informasi yang benar mengenai hasil penelitian, terdapat empat tahapan dalam pengolahan data yang harus dilakukan peneliti, yaitu sebagai berikut: ⁴¹

1. *Editing*

Tahapan *editing* dilakukan dengan maksud memeriksa ulang kuesioner yang telah diisi oleh peneliti, hal ini dilakukan untuk menghindari kesalahan data yang akan diolah. Pada saat *editing*, diperoleh data pengisian sudah meliputi kebenaran, konsistensi, kelengkapan jawaban terhadap lembar kuesioner.

2. *Coding*

Memberikan kode atau simbol tertentu untuk setiap jawaban. Hal ini dilakukan untuk mempermudah peneliti dalam melakukan tabulasi dan analisa data. *Coding* dalam penelitian ini sudah sesuai dengan yang tertera pada tabel definisi operasional.

3. *Tabulating*

Data dikelompokkan menurut kategori yang telah ditentukan, selanjutnya data ditabulasi. Data ditabulasi dengan cara tiap kuesioner dilakukan analisis statistik dengan menggunakan bantuan komputer.

4. *Entry data*

Merupakan suatu proses memasukkan data ke dalam komputer. Data yang didapatkan dimasukkan (*data entry*) sehingga dapat dilakukan

analisis. Proses pengolahan dan analisis data dilakukan dengan menggunakan *soft ware* statistik.

5. *Clearing*

Tahap *clearing* merupakan suatu langkah membersihkan semua data sehingga terbebas kesalahan sebelum dimasukkan untuk diolah data melalui proses analisis statistik. Proses pembersihan dilakukan pada pengkodean maupun pembacaan terhadap hasil kode. Pada data penelitian ini, dipastikan udah tidak ada kesalahan data. Tahapan setelah data dipastikan tidak mempunyai kesalahan yaitu analisis data statistik dari komputer.

G. Analisa Data

1. Analisa Univariat

Tahapan analisis univariat digunakan untuk menganalisis variabel-variabel yang ada secara deskriptif sesuai dengan jenis data. Untuk kategorik dengan menghitung frekuensi dan prosentase pada masing – masing variabel. Analisa data univariat semua data katagorik, disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan diinterpretasikan berdasarkan hasil yang diperoleh.

2. Analisa Bivariat

Tahapan analisis bivariat digunakan untuk menguji perbedaan antara dua variabel. Berdasarkan data yang diperoleh untuk perbedaan kualitas hidup *pre test* dan *post test*, dilakukan uji normalitas data menggunakan uji *komogorov smirnov* (sampel > 50) diketahui data terdistribusi tidak normal

karena nilai $p < 0,05$. Oleh karena itu, uji hipotesis yang dilakukan adalah alternatif uji t berpasangan, yaitu uji *wilcoxon*. Hasil adanya perbedaan dari kelompok tersebut apabila taraf signifikansi kurang dari α , sehingga menerima hipotesis alternatif.^{41,42}

Selanjutnya, peneliti melakukan uji bivariat untuk mengetahui hubungan antara variabel potensial konfounding dengan kualitas hidup. Hal ini dilakukan sebagai dasar dalam menentukan uji multivariat. Nilai confidence interval adalah 95% dengan tingkat kemaknaan 5% ($\alpha = 0,05$). Jika nilai $p \leq \alpha$ maka terdapat hubungan antara variabel potensial konfounding dengan variabel dependen. Demikian juga. Analisa bivariat yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

Tabel. 3.2 Analisa Bivariat

Variabel independen	Variabel dependen	Uji statistik
Intervensi Support Group	Kualitas hidup (<i>pre test</i> dan <i>post test</i>)	<i>Wilcoxon</i>
Variabel Konfounding	Potensial	
Jenis kelamin	Kualitas hidup	<i>Chi - Square</i>
Usia	(<i>post test</i>)	
Pendidikan		
Pekerjaan		
Status perkawinan		
Lama Menjalani HD		
Orang Terdekat		
Kadar Hb		

3. Analisa multivariat

Analisa multivariat digunakan pada penelitian ini adalah uji ANCOVA atau analisa covarian (*Analysis of Covariance*). Ancova merupakan kombinasi uji anova dengan regresi yang berguna untuk mengukur perbedaan antara variabel dependen (kualitas hidup) tahap pre dan post intervensi. Kelebihan dari uji ancova adalah kemampuannya untuk mengurangi kesalahan varian dalam pengukuran hasil serta mengukur hubungan antara variabel dependen dan variabel potensial convounding (covariat) yang dapat berpengaruh. Ancova dapat mengendalikan variasi estimasi dengan estimasi yang lebih akurat dan mendekati perbedaan antar variabel yang sesungguhnya.

Sebelum dilakukan uji ancova, terlebih dahulu dilakukan uji asumsi Ancova meliputi : harus eksklusif satu sama lainnya, variasinya harus homogen, distribusi variabel dependen harus normal, covariat harus merupakan variabel kontinum, hubungan covariat dengan variabel dependen harus linier dan arah serta kekuatan hubungan antara covariat dan variabel dependen harus sama.

Setelah uji asumsi terpenuhi, selanjutnya melakukan uji ancova sebagai berikut : pertama, melakukan analisa dengan memasukkan variabel dependen dengan variabel independen tanpa memasukkan covariate. Selanjutnya melakukan hal yang sama diatas dengan memasukkan semua covariate. Setelah prosedur diatas dilakukan kemudian hasil analisa dibaca dan diinterpretasikan. Apabila setelah memasukkan covariat tidak ada

perubahan nilai mean dan nilai p dari variabel dependen, berarti nilai yang diperoleh benar benar dipengaruhi oleh hasil intervensi dan bukan pengaruh *covariat*.

Uji ancova ini berguna untuk mengetahui/ melihat pengaruh perlakuan terhadap respon dengan mengontrol variabel konfounding. Pada penelitian ini, uji Ancova digunakan untuk membuktikan ada tidaknya kontribusi variabel potensial *konfounding* (usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, orang terdekat, lama menjalani HD dan Kadar Hemoglobin) dengan pemberian *intervensi support group* dan terhadap kualitas hidup.

H. Etika Penelitian

Secara umum terdapat empat prinsip utama dalam etik penelitian keperawatan:⁴¹

1. Menghormati Harkat dan Martabat Manusia (*Respect for Human Dignity*)

Penelitian ini dilaksanakan dengan menjunjung tinggi harkat dan martabat manusia. Responden memiliki hak asasi dan kebebasan untuk menentukan pilihan ikut atau menolak penelitian (*autonomy*). Pemaksaan atau tekanan pada responden penelitian tidak dibenarkan agar responden bersedia ikut dalam penelitian. Pada pelaksanaannya responden penelitian diberikan lembar *informed consent* sebagai persetujuan dilibatkan dalam penelitian. Responden dalam penelitian juga berhak mendapatkan informasi yang terbuka dan lengkap tentang pelaksanaan penelitian meliputi tujuan dan

manfaat penelitian, prosedur penelitian, resiko penelitian, keuntungan yang mungkin didapat dan kerahasiaan informasi.

2. Menghormati Privasi dan Kerahasiaan Responden (*Respect for Privacy and Confidentiality*)

Manusia sebagai responden penelitian memiliki privasi dan hak asasi untuk mendapatkan kerahasiaan informasi. Namun, tidak bisa dipungkiri bahwa penelitian menyebabkan terbukanya informasi tentang responden. Segala informasi yang menyangkut identitas responden tidak terekspos secara luas. Pada pelaksanaannya peneliti merahasiakan berbagai informasi yang menyangkut privasi responden yang tidak ingin identitas dan segala informasi tentang dirinya diketahui oleh orang lain. Prinsip ini dapat diterapkan dengan cara meniadakan identitas seperti nama dan alamat responden kemudian diganti dengan kode tertentu.

3. Menghormati Keadilan dan Inklusivitas (*Respect for Justice Inclusiveness*)

Prinsip keterbukaan dalam penelitian mengandung makna bahwa penelitian dilakukan secara jujur, tepat, cermat, hati-hati dan dilakukan secara profesional. Sedangkan prinsip keadilan mengandung makna bahwa penelitian memberikan keuntungan dan beban secara merata sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan responden. Pada pelaksanaannya, kelompok intervensi akan diberikan perlakuan berupa *intervensi support group*. Keadilan disini terlihat pada lembar penjelasan penelitian bahwa apabila hasil penelitian ini terbukti memberikan pengaruh dalam peningkatan

kualitas, maka peneliti bersedia meluangkan waktu untuk memberikan intervensi serupa setelah penelitian selesai.

4. Memperhitungkan Manfaat dan Kerugian yang Ditimbulkan (*Balancing Harm and Benefits*)

Prinsip ini mengandung makna bahwa setiap penelitian harus mempertimbangkan manfaat yang sebesar-besarnya bagi responden penelitian dan populasi dimana hasil penelitian akan diterapkan (*beneficience*). Kemudian meminimalisir resiko atau dampak yang merugikan bagi responden penelitian (*nonmaleficience*). Pada pelaksanaannya, prinsip ini yang diperhatikan oleh peneliti ketika mengajukan usulan penelitian untuk mendapatkan persetujuan etik dari komite etik penelitian baik di kampus maupun tempat penelitian tersendiri. Peneliti telah mempertimbangkan rasio antara manfaat dan kerugian atau resiko dari penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

1. Hidayati, W. Metode Perawatan Pasien Gangguan Sistem Perkemihan : Aplikasi Konsep Orem “ Self - Care Defisit” Dan Studi Kasus. Jakarta: Kencana; 2013. 20-25.
2. Pernefri. Naskah Lengkap Workshop Dan Simposium Nefrology Update 2015: Emergency In Nefrology And Hipertension. Semarang: Universitas Diponegoro; 2015. 10 – 13.
3. Perhimpunan Nefrologi I. Indonesian Renal Registri. 2013.
4. Morad, Z., Choong, H. L., & Tungsanga K. Funding Renal Replacement Therapy In Southeast Asia: Building Public-Private Partnerships In Singapore, Malaysia, Thailand, And Indonesia. American Journal Of Kidney Diseases. 2015;65(5):799–805.
5. Kazmi Wh, Danial K. Chronic Kidney Disease Update. 2007;
6. Perez J, Hons Mph, Kidd J. Peer Support Workers : An Untapped Resource In Primary Mental Health Care. 2015;7(1):84–7.
7. Pratiwi, D. A. & K. Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Depresi Pasien Gagal Ginjal Kronik Dengan Hemodialisa Di Rs Pku Muhammadiyah. Yogyakarta. 2014;
8. Fitria Cn. Palliative Care Pada Penderita Penyakit Terminal. Gaster. 2007;7(1):527–35.
9. Lubis Aj, Psikologi. Dukungan Sosial Pada Pasien Gagal Ginjal Terminal Yang Melakukan Terapi Hemodialisa. Univ Sumatera Utara. 2006;16–26.
10. Groups Ps, Programmes T. Mental Health And Hiv / Aids Psychosocial Support Groups In Anti- Retroviral (Arv) Therapy Programmes.
11. Suryarinilsih Y. Hubungan Peningkatan Berat Badan Antara Dua Waktu Hemodilisis Dengan Kualitas Hidup Pasien Hemodialisis. Universitas Indonesia. Depok. 2010;

12. Amgen Foundation. Benefits Of Peer Support In Chronik Kidney Disease. National Kidney Foundation, Inc. New York. 2009.
13. Kessler D, Egan M. Peer Support For Stroke Survivors : A Case Study. 2014;
14. Menon Ja, Paul R, Nkumbula T, Lwatula C, Musepa M, Ngoma Ms. Impact Of Hiv Information And Peer Support On Psychiatric Outcomes In Hiv Positive Young People. 2014;41(3):124–30.
15. Brunner L.S. Brunner & Suddarth's Textbook Of Medical-Surgical Nursing. In: Smeltzer Bgb, Hinkle J., Cheever K., Editors. Lippincott: Williams & Wilkins; 2010.
16. Headley Cm, Wall B. Advanced Practice Nurses: Roles In The Hemodialysis Unit. 2000;27(2):177–177.
17. Sudoyo Aw, Setiyohadi B, Alwi I, Simadibrata M, Setiati S. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. 4th Ed. Jakarta: Ilmu Penyakit Dalam Fkui; 2006.
18. Riyanto W. Hubungan Antara Penambahan Berat Badan Di Antara Dua Waktu Hemodialisis (Interdialysis Weight Gain = Idwg) Terhadap Kualitas Hidup Pasien Penyakit Ginjal Kronik Yang Menjalani Terapi Hemodialisis Di Unit Hemodialisa Rsup Fatmawati Jakarta. Universitas Indonesia. Depok. 2011;
19. Sonjaya T. Hubungan Dukungan Sosial Dan Kualitas Hidup Pasien Hemodialisis Rutin Dengan Jaminan Dan Tanpa Jaminan Kesehatan Di Kota Bandung. Universitas Indonesia. Depok. 2013;
20. Adiatma Dc, Tobing Ml. Prevalensi Dan Jenis Anemia Pada Pasien Penyakit Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisis Reguler (Studi Di Rsup Dr. Kariadi Semarang). 2014;
21. Paul S, Charura D. The Relationship In Group Therapy. The Therapeutic Relationship Handbook: Theory And Practice. 2014. 131.
22. Lubis Nl, Hashim M, Othman B,. Dampak Intervensi Kelompok Cognitive Behaviorial Therapy Dan Kelompok Dukungan Sosial Dan Sikap Menghargai Diri Sendiri Pada Kalangan Penderita Kanker Payudara. Makara, Kesehatan. 2011;15(2):65–72.

23. Astuti B. Implementasi Kelompok Dukungan (Support Groups) Pada Anak Sekolah Dasar. 2012;4:145–59.
24. Helgeson Vs, Cohen S, Yasko J. Group Support Interventions For Women With Breast Cancer : Who Benefits From What ? 2000;19(2).
25. Maija Reblin M, Bert N. Uchino P. Social And Emotional Support And Its Implication For Health. Nih Public Access. 2009;21(2):201–5.
26. Kotani K, Sakane N. Effects Of A Self-Help Group For Diabetes Care In Long-Term Patients With Type 2 Diabetes Mellitus: An Experience In A Japanese Rural Community. 2004;12(6):251–2.
27. Chaveepojnkamjorn W, Pichainarong N, Schelp Fp. A Randomized Controlled Trial To Improve The Quality Of Life Of Type 2 Diabetic Patients Using A Self-Help Group Program. 2009;2000:169–76.
28. Relawati A, Hakimi M, Huriah T. Pagaruh Self Help Group Terhadap Kualitas Hidup Pasien Hemodialisa Di Rumah Sakit Pusat Kesehatan Umum Muhammadiyah Yogyakarta. Jurnal Ilmu Kesehatan Keperawatan. 2015;11(3):122–35.
29. Conference I. Global Evidence For Peer Support :
30. Connect K. Connect With Someone Who Understands.
31. Sattoe Jnt. Effective Peer-To-Peer Support For Young People With End-Stage Renal Disease : A Mixed Methods Evaluation Of Camp Cool.
32. Dale Jr, Williams Sm, Bowyer V. Review Article What Is The Effect Of Peer Support On Diabetes Outcomes In Adults? A Systematic Review. 2012;1361–78.
33. Orem D, Theory C, Simmons L. Dorthea Orem’s Self Care Theory As Related To Nursing Practice In Hemodialysis. 2010;36(4):2009.
34. Richard Cj. Self Care Management In Adults Undergoing Hemodialysistle. 2006;
35. Arova Fn. Gambaran Self-Care Management Pasien Gagal Ginjal Kronis Yang Menjalani Hemodialisis Di Wilayah Tangerang Selatan. Universitas Indonesia. Depok. 2015;

36. Supriyadi, Wagiyono, Widowati Sr. Tingkat Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik Terapi Hemodialisis,. 2011;6(2):107–12.
37. Septiwi C. Hubungan Antara Adekuasi Hemodialisis Dengan Kualitas Hidup Pasien Hemodialisis Di Unit Hemodialisis Rs Prof. Dr.Margono Soekarjo Purwokerto. Universitas Indonesia. Depok.2011;
38. Sofiana Nurchayati. Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kualitas Hidup Pasien Penyakit Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa.: Universitas Indonesia. Depok; 2011.
39. Oktaviana R. Hubungan Antara Dukungan Sosial Dengan Depresi Pada Pasien Gagal Ginjal Yang Menjalani Hemodialisis.Palembang. (12).
40. Sathvik Bs, Parthasarathi G, Narahari Mg, Gurudev Kc. An Assessment Of The Quality Of Life In Hemodialysis Patients Using The Whoqol-Bref Questionnaire. 2008;18(4):141–50.
41. Kelana K.D. Metodologi Penelitian Keperawatan (Pedoman Melaksanakan Dan Menerapkan Hasil Penelitian). Jakarta: Pt. Tim; 2011.
42. Sastroasmoro S., S I. Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis. Jakarta: Sagung Seto; 2010.