

**HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN DENGAN KUALITAS HIDUP
PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK YANG MENJALANI
HEMODIALISA MENGGUNAKAN METODE
LITERATUR REVIEW**

SKRIPSI



**DI AJUKAN OLEH
ADAM MUH AGUSSALIM
1811102411002**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN DAN FARMASI
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR**

2020

**Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal
Ginjal Kronik yang menjalani Hemodialisa menggunakan
Metode Literatur Review**

SKRIPSI

**Untuk Memenuhi Sebagai Syarat
Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan
Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur**



**DI AJUKAN OLEH
ADAM MUH AGUSSALIM
1811102411002**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN DAN FARMASI
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR**

2020

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN

Saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : Adam Muhammad Agussalim

NIM : 1811102411002

Program Studi : Sarjana Keperawatan

Judul Penelitian : Hubungan tingkat pengetahuan dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa menggunakan metode literature review

Menyatakan bahwa penelitian yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa terdapat plagiat dalam penelitian ini, maka saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan perundang-undangan (PERMENDIKNAS No. 17, Tahun 2010).

Samarinda, 04 Juli 2020



ADAM MUH AGUSSALIM

LEMBAR PERSETUJUAN

HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN DENGAN KUALITAS HIDUP
PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK YANG MENJALANI
HEMODIALISA MENGGUNAKAN METODE
LITERATUR REVIEW

SKRIPSI

DI SUSUN OLEH:

ADAM MUHAMMAD AGUSSALIM
1811102411002

Disetujui untuk diujikan
Pada tanggal, 04 Juli 2020

Pembimbing,



Ns. Siti Khoiroh Muflihatin, S.pd.,M.kep
NIDN: 1115017703

Mengetahui,

Koordinator Skripsi



Ns. Ni Wayan Wiwin A.,S.kep.,MPd
NIDN: 1114128602

LEMBAR PENGESAHAN

HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN DENGAN KUALITAS HIDUP
PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK YANG MENJALANI
HEMODIALISA MENGGUNAKAN METODE
LITERATUR REVIEW

SKRIPSI

DI SUSUN OLEH:
ADAM MUHAMMAD AGUSSALIM
1811102411002

Diresmikan dan diujikan
Pada tanggal, 04 Juli 2020

Penguji I



Rusni Masnina, S.Kp., MPH
NIDN.1114027401


Penguji II



Ns.Siti Khoiroh Muflihatin, S.pd., M.kep
NIDN.1115017703



Mengetahui :
Ketua Prodi S1 Keperawatan


Dwi Rahmah Fitriani, M.Kep
NIDN. 1119097601

Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik yang menjalani Hemodialisa menggunakan Metode Literatur Review

Adam Muhammad Agussalim¹, Siti Khoiroh Muflihatin²

INTISARI

Latar Belakang: Gagal ginjal adalah suatu keadaan klinis yang ditandai dengan menurunnya fungsi ginjal yang bersifat irreversible, dan memerlukan terapi pengganti ginjal yaitu berupa dialisis atau transplantasi ginjal. Pasien yang menjalani dialisis juga sering dihadapkan pada sejumlah permasalahan baik fisik, psikososial maupun tingkat pengetahuan yang dapat menurunkan kualitas hidup.

Tujuan: Tujuan dari penelitian ini adalah untuk Mengetahui hubungan tingkat pengetahuan dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik.

Metode: Penelitian ini menggunakan literature review terhadap hasil penelitian dari tahun 2010 sampai 2018 yang berhubungan dengan tingkat pengetahuan dan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik. Jurnal yang dipilih ada 15 jurnal (Nasional dan Internasional).

Hasil: Hasil ulasan literature menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik.

Kesimpulan: Kesimpulan yang didapatkan adalah bahwa pentingnya tingkat pengetahuan bagi pasien gagal ginjal kronik dalam mengontrol, mengatasi dan membuat keputusan yang tepat terhadap penyakitnya, tingkat pengetahuan amat berperan dalam tercapainya kualitas hidup yang maksimal pada pasien gagal ginjal kronik.

Kata Kunci: Tingkat Pengetahuan, Kualitas Hidup, Gagal Ginjal.

¹Mahasiswa Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

²Dosen Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

***The Relationship of Knowledge Levels with the Quality of Life of Chronic
Kidney Failed Patients who have Hemodialized using
Literature Review Methods***

Adam Muhammad Agussalim¹, Siti Khoiroh Muflihatin²

ABSTRACT

Background: *Kidney failure is a clinical condition characterized by decreased irreversible kidney function, and requires kidney replacement therapy in the form of dialysis or graft transplantation. Patients who undergo dialysis are also often faced with a number of problems both physical, psychosocial and the level of knowledge that can reduce quality of life.*

Method: *The method used is to review National and International literature from 2010 to 2019 using 15 journals related to the level of knowledge and quality of life.*

Result: *The results of the literature review indicate that the level of knowledge affects the quality of life of patients with chronic kidney failure.*

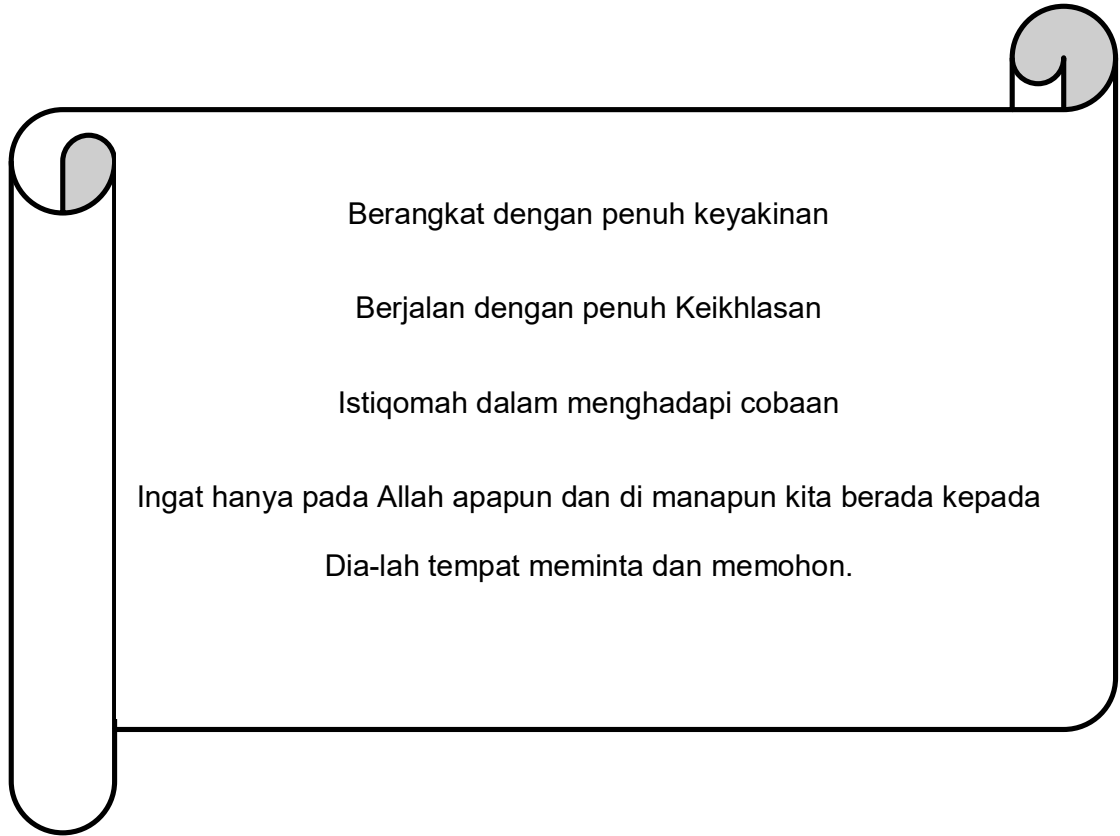
Conclusion: *The conclusion is that the importance of the level of knowledge for patients with chronic kidney failure in controlling, overcoming and making the right decisions about their disease, the level of knowledge plays an important role in achieving maximum quality of life in patients with chronic kidney failure.*

Key Word : *Level of Knowledge, Quality of Life, Kidney Failure.*

¹ *Muhammadiyah University Students in East Kalimantan*

² *Muhammadiyah University Instructor of East Kalimantan*

MOTTO



Berangkat dengan penuh keyakinan

Berjalan dengan penuh Keikhlasan

Istiqomah dalam menghadapi cobaan

Ingat hanya pada Allah apapun dan di manapun kita berada kepada

Dia-lah tempat meminta dan memohon.

KATA PENGANTAR



Puji syukur setinggi-tingginya penulis panjatkan kepada Allah SWT, tuhan semesta alam yang maha pengasih lagi maha penyayang, atas ijin dan pertolongan-Nya penelitian dengan judul “Hubungan tingkat Pengetahuan dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal yang menjalani Hemodialisa menggunakan metode Literatur review”. ini dapat terselesaikan.

Penelitian ini disusun untuk memenuhi syarat tugas akhir sarjana keperawatan pada program studi Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur. Penulis menyadari bahwa penulis bisa menyelesaikan penelitian ini berkat bantuan, dukungan dan bimbingan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan kali ini dengan segala kerendahan hati penulis ucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak Prof. Dr. Bambang Setiaji, MS selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur
2. Direktur RSUD Abdul Wahab Sjahranie.
3. Bapak Ghozali M Hasyim, M. Kes Ph.D selaku Dekan Fakultas Kesehatan dan Farmasi Universitas Muhammadiyah Samarinda.

4. Ns. Dwi Rahmah Fitriani, M. Kep, selaku Ketua Program Studi S1 Keperawatan Fakultas Kesehatan dan Farmasi Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur
5. Ibu Ns. Siti khioroh M, M.Kep selaku dosen pembimbing dalam penyusunan hasil penelitian. Terima kasih atas bimbingan dan motivasi yang diberikan selama penyusunan hasil penelitian ini.
6. Ibu Rusni Masnina,S.kp.,MPH selaku penguji I dalam sidang penelitian ini
7. Keluarga sebagai bagian dari kehidupan penulis yang sangat berarti.
8. Seluruh teman-teman yang terus memberi semangat saat penulisan penelitian ini.
9. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari masih banyak kekurangan dan kelemahan dalam penulisan hasil penelitian ini. Saran dan kritik dari pembaca sangat penulis harapkan dan semoga hasil penelitian ini dapat bermanfaat bagi semua pihak.

Samarinda, 04 Juli 2020

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Sampul	i
Halaman Judul	ii
Halaman Persetujuan	iv
Halaman Pengesahan	v
Abstract	vi
Motto	viii
Kata Pengantar.....	ix
Daftar Isi	xi
Daftar Tabel.....	xiv
Daftar gambar.....	xv
Daftar lampiran	xvi

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan Penelitian	6

D. Manfaat Penelitian	6
E. Keaslian Penelitian.....	7

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka	9
B. Kerangka Teori Penelitian	39
C. Kerangka Konsep Penelitian	40
D. Hipotesis	40

BAB III METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Rancangan Penelitian	42
B. Tahapan Systematic Literature Review	42
C. Metode Pengumpulan Data	44
D. Metode Analisa Data.....	45
E. Populasi Dan Sampel.....	45
F. Variabel Penelitian	46
G. Waktu Dan Tempat Penelitian	46

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelusuran Artikel	47
B. Pembahasan.....	63

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan	67
B. Saran	68

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR TABEL

Table 2.1 Domain dan Aspek yang Dinilai Dalam WHOQOL BREF	27
Tabel 2.2 Stadium Kronik Kidney Disease CKD	31
Tabel 4.1 Tabel Analisis.....	48

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 kerangka Teori Penelitian.....	39
Gambar 2.2 Kerangka Konsep Penelitian	40
Gambar 4.1 Flow Diagram.....	47

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Biodata Peneliti

Lampiran 2 Surat Pernyataan

Lampiran 3 Surat Tidak Uji Validitas

Lampiran 4 Jadwal Penelitian

Lampiran 5 Surat Studi Pendahuluan

Lampiran 6 Lembar Konsultasi

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Gagal ginjal ialah satu dari banyak bentuk patofisiologis yang memiliki etiologi bermacam-macam, yang berakibat turunnya fungsi yang dimiliki ginjal, dan biasanya akan menjadi GJK. Gagal ginjal ialah sebuah penyakit yang menyebabkan turunnya kinerja yang dimiliki oleh ginjal dan perlu dilakukannya terapi dialysis atau pencangkokan ginjal. Dan juga gagal ginjal kronik bias juga diartikan pengrusakan pada ginjal yang sudah melebihi 3 bulan, seperti kelainan strukturalnya atau fungsionalnya, dengan atau tanpa turunnya laju filtrasi glomerulus (LFG (Nurchayati, 2010).

Data *Global Burden Disease* tahun 2010, Pada Ginjal Kronis menyebabkan kematian ke-27 yang ada di dunia tahun 1990 dan semakin melonjak jadi ke 18 pada tahun 2010. Sudah melebihi 2 juta masyarakat di dunia dapat pengobatan terapi hemodialisa atau cangkok ginjal dan terdapat 10% dari mereka yang serius dalam melakukan dialysis tersebut. (kemnkes RI, 2018)

Data dari (Riskesdas) 2013, menyebutkan pada masyarakat Indonesia yang mengalami penyakit Gagal Ginjal sebanyak 0,2% yaitu 2 dari 1000 masyarakat dan penyakiti Batu Ginjal sebanyak 0,6% yaitu 6 dari 1000 Masyarakat. Dilihat dari jenis kelaminnya, penyakit gagal Ginjal pada pria (0,3%) lebih banyak dibanding dari wanita (0,2%). Dilihat dari umur yang paling tinggi pada usia di atas 75 tahun (0,6%), didapatkan 98% mengalami gagal Ginjal yang menjalankan pengobatan dialisis dan 2% yang melakukan pengobatan

Peritoneal Dialisis (PD) (kemenkes RI, 2018) Menurut Indonesian renal registry tahun 2016, adapun penderita penyakit ginjal di Indonesia meningkat secara drastic semakin tahunnya, didapatkan jumlah pasien 51.504 pada tahun 2015, meningkat menjadi 78.281 tahun 2016, dan 108.725 pada tahun 2017. Kejadian yang terjadi pada pasien yang punya penyakit ginjal stadium terakhir ini yang menjalankan terapi dialisis tahun 2017 didapatkan angka 1096022 pasien, dan pada tahun 2018 pasien semakin banyak yaitu jadi 1694432 pasien.

Data yang didapat dari Instalasi Hemodialisis RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda pada bulan Maret bulan Mei 2019 menunjukkan adanya peningkatan angka penderita ggk yang sedang menjalankan Hemodialisis. Pada bulan Maret terdapat 178 pasien, pada bulan April sebanyak 179, dan pada bulan Mei terdapat sebanyak 185 pasien yang menjalankan terapi hemodialisa.

Pasien yang sedang melakukan terapi hemodialisa juga pasti dihadapkan pada sejumlah permasalahan baik fisik maupun psikososial. Masalah fisik diantaranya mual, muntah, nyeri epigastrium, pusing, hypotensi, kram otot dan lain-lain. Sedangkan masalah psikososial diantaranya timbul perasaan khawatir akan kondisi sakit yang tidak bisa diramalkan, kejenuhan, masalah finansial, dan menurunnya kualitas hidup. Masalah-masalah tersebut diatas sering menghilangkan semangat pasien untuk hidup (Annas, 2010). Selain daripada itu, tingkat pengetahuan juga penting bagi pasien dalam mengontrol, mengatasi dan membuat keputusan yang tepa terhadap penyakitnya terutama pada pasie gagal ginjal kronik.

Yulaw (2010) pada artikelnya menyebutkan bahwa, pada penderita yang lebih mempunyai pengetahuan yang banyak dapat menjadikan pasien ini lebih

bisa dalam mengontrol perilaku dirinya untuk memperbaiki permasalahan yang akan dihadapinya, mereka akan lebih percaya diri, mempunyai pengalaman, dan mempunyai pemikiran yang bagus untuk atasi sebuah kejadian, cepat mengerti terhadap apa yang diberitahukan oleh tim kesehatan sehingga menjadikan individu tersebut lebih mudah dalam membuat keputusan.

Tingkat Pengetahuan akan membuat seseorang lebih mudah untuk menerima perubahan terutama pada kesehatannya. Semakin tinggi pengetahuan pasien maka pasien akan semakin lebih menanggapi pada setiap perubahan pada kesehatannya, dengan begitu pasien akan lebih tanggap dalam menyesuaikan dirinya dan akan mengikuti perubahan yang akan terjadi dalam hidupnya (Notoamojo, 2007).

Pasien yang mempunyai penyakit kronis, seperti pasien dengan GKG akan mendapatkan berbagai hal dalam hidupnya. Babatunde & Forsyth (2015) mengatakan bahwa melihat kesehatan pasien punya hubungan yang penting terhadap kualitas hidup. Kualitas dalam kehidupan ialah hal terpenting untuk individu dalam menjalankan hidupnya terutama penderita gkg yang menjalankan terapi hemodialysis.

Kualitas hidup ialah keadaan pada penderita yang mengalami penyakit masih bisa merasakan kenyamanan dalam dirinya baik itu secara fisik, psikologisnya, sosialnya ataupun spiritualnya dan akan mengoptimalkan dan memanfaatkan hidupnya untuk kebahagiaan pada dirinya ataupun pada semua orang. Kualitas hidup bukan diartikan sebagai kehidupan seorang yang bisa bertahan lama karena tidak termasuk domain manusia dalam menentukannya. Agar tercapainya kehidupan yang berkualitas harus adanya rubahan secara

fundamental dalam pandangan pasien tersebut dengan penyakit ggk itu sendiri.(Suhud, 2009)

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan peneliti melalui unit ruang Hemodialisa RSUD AWS Samarinda, bahwasanya pasien di unit hemodialisa RSUD AWS tidak lain adalah pasien lama yang sudah menjalani terapi hemodialisa, dengan pengobatan tersebut yang berlangsung lama membuat pasien mengalami tidak nafsu untuk makan, mual-mual, muntah-muntah dan pasien mengalami kekurangan protein dan vitamin, yang dapat mengganggu status gizi pasien tersebut (Nurchayati, 2014). penelitian dilakukan oleh (Afshar, 2008) menjelaskan status gizi inilah yang akan menimbulkan gejala pada pasien diantaranya kelelahan dan perasaan tidak nyaman, sakit pada kepala, turunnya berat badan, lemahnya otot, infeksi yang berulang, sembuhnya luka yang lama, dan tulang mengalami gangguan, itulah yang bisa sebabkan kejadian penurunan kualitas hidup pada penderita hemodialysis. Karenanya perlunya pengetahuan tentang penyebab terjadinya ggk, tentang pengaturan diet untuk pasien ggk untuk lebih memiliki status gizi yang baik dengan meningkatkannya pengetahuan dan pemahamannya terkait materi edukasi tentang penyakit ginjal.

Dari hasil wawancara tidak terstruktur yang dilakukan peneliti di ruang hemodialisa RSUD Abdul wahab Sjahranie mereka mekatakan tidak tau tentang pentingnya diet pada pasien ggk dan mereka masih saja melakukan prilaku hidup yang kurang menyehatkan seperti memakan makanan sudah siap saji, kesibukan yang akan menyebabkan stres, sering meminum yang berkafein dan jarang minum air mineral, tidak paham tentang diet ggk sehingga menyebabkan

pasien tersebut alami penurunan status gizi dan sakit kepa pada pasien hemodialisa, berat badan yang semakin menurun, kelemahan pada otot-otot, yang akan berpengaruh terhadap kualitas hidup mereka. Mengingat bahwa pentingnya dalam menerapkan perilaku dan gaya hidup yang sehat dan pentingnya diet pada pasien ggk guna mencegah penyebab yang akan membuat munculnya penyakit ginjal. Menurut (Notoatmodjo, 2012) perilaku pada manusia ada 3 (tiga) domain pengetahuannya, sikapnya dan tindakannya. karena adanya pengetahuan yang telah dimiliki setiap seorang pasien GGK akan berpengaruh pada sikapnya dan perilaku hidupnya dalam menjalani terapinya dengan menerapkan terapi diet dengan benar. Berdasarkan uraian teori dan fenomena diatas peneliti ingin meneliti mengenai “Hubungan tingkat pengetahuan dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa menggunakan metode literature review” adapun metode yang dipilih dikarenakan keadaan pandemic yang tidak memungkinkan penulis untuk melakukan penelitian di RSUD Abdul Wahab Sjahranie

B. Rumusan Masalah

Dari latar belakang yang telah dijabarkan rumusan masalah pada penelitian ini adalah “Apakah ada hubungan tingkat pengetahuan dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk dapat diketahui hubungan tingkat pengetahuan dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa”.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi kualitas metodologi jurnal terdahulu baik dalam jurnal indonesia maupun internasional mengenai hubungan tingkat pengetahuan dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik
- b. Mengidentifikasi Tingkat pengetahuan pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa
- c. Mengidentifikasi kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalankan terapi Hemodialysis
- d. Mengidentifikasi hubungan tingkat pengetahuan dengan kualitas hidup pasien ggk

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat praktis

a. Bagi Pasien

Dalam penelitian ini semoga bisa dijadikan acuan, motivasi dan menambah pengetahuan dalam wawasan tentang kualitas hidup yang harus dijalankan sehingga pasien lebih meningkatkan kualitas hidup.

b. Bagi Rumah Sakit

Dalam penelitian ini diharapkan dapat memberi pemahaman dan sumber data dasar tentang Faktor apa saja yang berhubungan dengan kualitas hidup pasien ggk yang menjalankan hemodialisa di RSUD A.W Sjahranie sehingga data dicarikan solusinya yang dapat diterapkan dalam memberikan pelayanan medis maupun keperawatan pada pasien

c. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini bisa membuat pengetahuan dan wawasan sebagai dasar untuk penelitian selanjutnya dan menambah referensi tentang apa saja yang bisa berpengaruh kualitas hidup pada pasien ggk.

2. Manfaat Teoritis

Memberikan wawasan bagi penelitian yang sudah ada khususnya untuk tingkat pengetahuan pasien dalam menghadapi masalah terhadap penyakitnya, memberikan gambaran kualitas hidup pada pasien terkait dengan penyakit ggk.

E. Keaslian Penelitian

1. Penelitian oleh Puspasari & Wahyuni (2018) yang berjudul, " Hubungan Kepatuhan Menjalankan pengobatan dialisis dengan Kualitas Hidup Pasien di RSUD Cibabat". Penelitian dengan design penelitian menggunakan rancangan *Cross sectional* dengan hipotesis komperatif yang menggunakan analisis bivariat *Chi Square*. Perbedaan penelitian terletak pada lokasi dan waktu penelitian. Persamaan yaitu membahas terkait kualitas hidup pasien ggk
2. Penelitian yang dilakukan oleh Kurniawati dan Asikin (2018) dengan judul "Gambaran Pengetahuan penderita Ginjal Dan Terapi Diet Ginjal Dan Kualitas Hidup Pasien Hemodialisis Di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya". Penelitian dengan design penelitian menggunakan rancangan cross sectional dengan hipotesis komperatf yang menggunakan analisis uji statistik Spearman Correlation. Perbedaan penelitian terletak pada lokasi, waktu penelitian dan jenis penelitian.

3. Penelitian yang dilakukan oleh Puspita (2016) dengan judul “Faktor-faktor yang berhubungan dengan Motivasi Pasien untuk Menjalani Terapi Hemodialisa di RSUD DR. Soedirman”. Penelitian dengan design penelitian menggunakan rancangan cross sectional dengan hipotesis komperatif yang menggunakan analisis bivariat dan analisa Multivariat.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Konsep Pengetahuan

a. Pengertian pengetahuan

Pengetahuan dapat diartikan sebagai tau, yang akan terjadi sesudah setiap orang lakukan penglihatan terhadap suatu objek. Pengindraan yang akan ada dari panca indra manusia, seperti indra penglihatannya, pendengarannya, penciumannya, rasa, dan perabanya. Sebagian banyak pengetahuan didapatkan dari mata dan telinga. Pengetahuan ialah pedoman untuk membentuk tindakan seseorang (Notoatmodjo,2012).

b. Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan yang meliputi domain kognitif menurut Notoatmodjo (2012) ada 6 tingkatan :

1) Tahu (*Know*)

Tahu mempunyai arti yaitu teringat kembali materi yang sudah pernah dipelajari. Yang merupakan dalam pengetahuan tingkat ini sebagai mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dan semua bahan yang pernah dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Contoh, dapat menerangkan gejala gagal ginjal kronik.

2) Memahami (*Comrehension*)

Memahami adapat diartikan yaitu mampu atau bisa menjelaskan baik benarnya terhadap suatu objek yang diketahuinya, dan bisa

untuk terprestasikan suatu objek dengan tepat. Orang yang lebih memahami terhadap suatu objek atau materi harus bias menjelaskannya, sebutkan contohnya, menyimpulkannya dan lainnya terhadap suatu yang telah dipelajari. Seperti bisa menerangkan kenapa bisa terjadi GGK.

3) Aplikasi

Aplikasi ialah kebiasaan kita dalam kegunaan materi yang sudah di pelajari disaat keadan real. Aplikasi juga bisa berarti menggunakan berbagai hukum, berbagai rumus, berbagai metode, prinsip dan lainnya yaitu konteks ataupun situasi yang berbeda. Misalnya bisa memakai rumus statistik dalam hitungan suatu penelitian, dapat juga memakai siklus dalam pecahkan permasalahan kesehatan dari kasus yang ada

4) Analisis

Analisis ialah mempunya kita dalam menjelaskan sebuah pembelajaran atau suatu objek melalui suatu komponen, tapi tetap pada struktur organisasinya dan berkaitan dengan yang lainnya. Dapat mampu dalam menganalisis ini terlihat juga dengan digunakannya kata kerja, contohnya menggambar, membedakan, membandingkan, mengelompokkan, dan lainnya.

5) Sintesis

lalah bertujuk pada mempunya kita dalam meletakkan bias juga hubungkan suatu bagian dalam suatu bentuk yang baru. Sintesis bisa juga dartikan salah satu keahlian dalam penyusunan bentuk

dari tiap adanya formulasi yang telah ada. contohnya, dapat menyesuaikan, dapat membuat perencanaan, dapat merangkumkan, dapat beradaptasi, dan lainnya dari teori-teori ataupun rumusan-rumusan yang pernah dilakukan.

6) Evaluasi

Evaluasi biasa saja sama dengan keahlian dalam lakukan justifikasi ataupun menilai pada pembahasan maupun objek. Inilah penelitian yang dilihat melalui kriteria yang kita tentukan, bisa juga memakai kriteria yang sudah ada seperti, dapat membedakan anak yang punya gizi yang baik dengan anak yang punya gizi yang tergolong kurang, bisa mengontrol penyakit diare dimanapun, dapat mencari tau penyebab kenapa para ibu tida melakukan KB.

c. Cara Mengukur Pengetahuan

Dalam mengukur pengetahuan bisa dengan melalui tanya jawab atau angket yang tanyakan tentang penyebab ggk yang akan di ukur dari suatu subjek dalam sebuah penelitian ataupun responden. Memiliki wawasan yang tinggi yang kita sudah tau dan kita akan ukur agar kita bisa menyesuaikan dengan tingkatan pengetahuannya (Notoatmodjo, 2012).

Arikunto (2006), tingkatan pengetahuan bisa dikategori dari nilai yaitu

- 1) Pengetahuan baik: yang punya nilai >76-100%
- 2) Pengetahuan cukup: yang punya nilai 56-75%
- 3) Pengetahuan kurang: dengan nilai <56%

d. Faktor Berpengaruh Pada Pengetahuan

Terdapat beberapa faktor yang berpengaruh pada pengetahuan setiap individu menurut Notoatmodjo (2010) yaitu

1) Pendidikan

Pendidikan ialah keinginan dalam mengembangkan kepribadian serta kemampuan baik itu di dalam dan di luar tempat belajar dan akan berjalan dalam kehidupan

2) Media masa/ sumber informasi

Sebagai bentuk berkomunikasi, dan juga bentuk media seperti televisi, radio, koran, majalah, internet, dan lain-lainnya yang sangat berpengaruh pada opini dan kepercayaan yang dimiliki orang.

3) Sosial budaya ekonomi

Sangat sering dilakukan setiap orang dengan tidak memikirkannya terlebih dahulu apakah itu baik maupun tidak.

4) Lingkungan

Lingkungan ialah semua yang terdapat disekitar orang, baik itu lingkungan fisiknya, biologisnya, maupun sosialnya.

5) Pengalaman

Pengalaman dari berbagai pengetahuan ialah salah satu cara untuk didaparkannya kebenaran pengetahuan dengan cara mempelajari kembali pengetahuan yang telah didapatkan saat mendapatkan solusi suatu permasalahan yang telah ada pada masa lampau.

e. Cara Memperoleh Pengetahuan

Cara memperoleh pengetahuan menurut Notoatmodjo (2012), adalah sebagai berikut:

1) Cara Non Ilmiah

a) Cara coba-coba salah (*Trial and Error*)

Cara ini telah dipakai pada orang-orang terdahulu saat adanya kebudayaan, bahkan mungkin sebelum adanya peradaban. Dulu orang ketika dihadapi masalah, mereka memecahkan dengan biasa-biasa saja. Cara coba-coba ini mereka lakukan dengan gunakan beberapa kemungkinan dalam pemecahan suatu permasalahan, yang bisa saja tidak akan berhasil, akan mencoba cara yang lainnya yang bisa memecahkan masalah tersebut.

b) Cara Kebetulan

Ditemukannya kebenaran yang bersifat kebetulan terjadi karena ketidak sengajaan oleh setiap individu yang terkait. Contohnya seperti ditemukannya enzim urease oleh Summer ditahun 1926. Dulu Summer melakukan pekerjaan dengan ekstra acetone, dan dikarenakan tergesa-gesa ia ingin memainkan tennis, dan ekstra acetone ini disimpan ke kulkas. Besok harinya pada saat kembali lagi melanjutkan percobaan tersebut, ternyata ekstra acetone yang telah di masukkan ke dalam kulkas menimbulkan kristal yang sekarang dinamakan enzim urease

c) Cara Kekuasaan atau Otoritas

Sumber pengetahuan cara ini seperti pemimpin-pemimpin masyarakat contohnya formal atau informal, para yang lebih paham agama, pemegang pemerintah dan sebagainya. Dengan kata lain, pengetahuan ini didapatkan berdasar pada pemegang otoritas, yang memiliki wibawa maupun kekuasaan, baik itu tradisi, otoritas pemerintahan, otoritas pimpinan agama, ilmuawan.

Yang memiliki otoritas tersebut pada dasarnya memiliki mekanime yang serupa di dalam penemuan pengetahuan. Dalam prinsip ini orang lain nerima pendapat yang disebutkan oleh orang yang lebih memiliki otoritas, sebelum diuji atau membuktikan kebenarannya, baik secara fakta empiris atau berdasarkan penalaran sendiri. Hal ini bias dikarenakan orang yang dapat pendapat itu menganggap bahwa apa yang paparkannya adalah benar.

d) Berdasarkan pengalaman pribadi

Pengalaman pribadi dapat di gunakan dalam mendapatkan pengetahuan. Dilakukannya seperti untuk mengulang lagi pengalaman yang telah didapat dalam pemecahan suatu masalah yang dihadapi pada masa terdahulu.

Kalau saja cara yang telah digunakan sebelumnya orang bisa memecahkan sebuah masalah yang dihadapinya, maka dalam memecahkan suatu masalah yang sama saja, orang bias

melakukan atau merujuk cara tersebut. Tapi jika mereka gagal melakukan cara tersebut, mereka tidak akan memakai cara itu, dan mencoba melakukan cara yang lain hingga mereka berhasil.

e) Cara akal sehat (*Common Sense*)

Akal sehat atau common biasanya bias saja menemukan kebenaran. Pada saat ilmu pendidikan belum berkembang, orang tua terdahulu dan anaknya bias menuruti apa yang dimau orang tua, atau agar anak bias disiplin digunakannya hukuman fisik bila anaknya berbuat salah, misalnya dijewer telinganya atau di cubit. Ternyata cara seperti ini anak ini sampai sekarang berkembang menjadi teori atau kebenaran, bahwa hukuman merupakan metode (meskipun bukan yang paling baik) bagi pendidikan anak.

f) Kebenaran melalui wahyu

Ajaran dan dogma agama ialah suatu kebenaran yang telah di wahyukan dari Tuhan melalui para Nabinya. Kebenaran inilah yang wajib di terima dan di yakini oleh setiap pengikut-pengikut agama bersangkutan, tidak lain dari kebenaran tersebut rasional atau tidak karena kebenaran inilah bias diterima oleh para Nabi adalah sebagai wahyu dan tidak karena hasil usaha penalaran atau penyelidikan dari manusia.

g) Kebenaran secara intuitif

Cara ini didapat manusia secara sangat cepat dari proses diluar kesadaran manusia dan tidak dari proses penalaran atau

berpikir. Cara ini tidak dipercaya karena tidak menggunakan cara-cara yang masuk akal dan sistematis. Cara ini didapatkan seorang hanya berupa intuisi atau suara hati atau bisikan hati saja

h) Melalui jalan pikiran

Sejalan dengan perkembangannya kebudayaan para manusia, pemikiran manusiapun semakin rasional. Dari sini manusia bisa menggunakan penalaran dalam menapatkan pengetahuannya seperti dalam mendapatkan pengetahuan manusia menggunakan akalnya.

2) Induksi

Induksi adalah simpulan yang dimulai dari pernyataan-pernyataan khusus dari pernyataan umum. Hal ini berarti induksi pembuatan kesimpulan tersebut didasarkan pada pengalaman-pengalaman empiris yang didapatkan oleh indra. Kemudian menyimpulkan ke dalam suatu konsep yang dapat menjadikan seseorang untuk lebih paham pada salah satu gejala. Karena proses berpikir induksi itu beranjak nyata, maka bisa dikatakan bahwa induksi beranjak dari hal-hal yang kongkrit dari hasil pengamatan indra atau hal-hal yang abstrak.

3) Deduksi

Deduksi ialah kesimpulan dari suatu pernyataan-pernyataan umum menuju ke khusus. Dalam proses berpikir deduksi menyatakan bahwa suatu yang dianggap betul secara umum pada

kelas tertentu, dan juga kebenarannya berlaku pada seluruh peristiwa yang terjadi pada saat menyimpulkan pernyataan tersebut. Disini terlihat bahwa proses berpikir mendasarkan pada pengetahuan yang umum mencapai pengetahuan yang khusus.

4) Cara Ilmiah

Cara baru atau cara modern dalam memperoleh pengetahuan dengan cara, logis dan ilmiah. Biasanya disebut dengan metode peneltiaan ilmiah atau lebih populer disebut metodologi penelitian (rsearch methodology). Cara ini pertama dikembangkan oleh Francis Bacon (1561-1626), kemudian dikembangkan lagi oleh Debold Van Daven. Akhirnya didapatkan cara untuk melakukan penelitian yang dikenal dengan penelitian ilmiah.

2. Kualitas Hidup

a. Pengertian Kualitas Hidup

Menurut (World Health Organisation) WHO 1994, kualitas hidup bias juga diartikan persepsi individu sebagai laki-laki maupun perempuan dalam hidupnya, dilihat dari konteks budayanya maupun sistem dari nilai dimana mereka tinggal, dan yang mempunyai hubungan dengan standar hidup, harapan, kesenangan, dan perhatian mereka. Hal ini dilihat secara kompleks mencakup kesehatan fisiknya, status psikologisnya, tingkat kebebasannya, hubungan sosialnya, dan hubungan kepada karakteristik lingkungan mereka. (Saxena, 2002)

Kualitas hidup ialah istilah yang merujuk kepada status emosional, sosial dan kesejahteraan fisik seseorang, dan begitu pula kemampuan mereka untuk mengatasi dalam kehidupan sehari-hari (Donald, 2001).

Kualitas hidup dapat diartikan sebagai derajat dimana seseorang menikmati setiap kemungkinan yang ada dalam hidupnya, kenikmatan tersebut terdapat beberapa komponen seperti pengalaman, kepuasan dan kepemilikan atau pencapaian beberapa karakteristik dan kemungkinan-kemungkinan tersebutlah yang merupakan hasil dari kesempatan maupun keterbatasan orang pada hidupnya dan merefleksikan interaksi faktor personal lingkungan (Chang, Viktor & Weissman, 2004).

Kualitas hidup adalah kondisi pasien yang mengalami sebuah penyakit yang telah dideritanya dan pasien tetap bisa merasa nyaman baik secara fisiknya, psikologisnya, sosialnya maupun spiritualnya secara optimal memanfaatkan hidup untuk kebahagiaan dirinya serta orang disekelilingnya. Kualitas hidup berbeda dengan lamanya seseorang akan hidup karena bukan domain manusia untuk menentukannya. Agar dapat terwujudnya kualitas hidup diperluakannya rubahan seperti fundamental atas pandangan setiap pasien kepada penyakit gagal ginjal terminal (GGT) itu sendiri. (Suhud, 2009)

Mc Carney & Lason (1987) mengartikan kualitas hidup sebagai suatu puasnya hati karena terpenuhinya kebutuhan eksternal maupun persepsinya. (Yuwono, 2010)

b. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik

1. Tingkat Pengetahuan

Menurut Yulia (2009) dalam Butar-butur 2014 didapatkan bahwa karakteristik individu yang meliputi pendidikan, pengetahuan, umur dan jenis kelamin merupakan faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien Gagal ginjal kronik.

Tingkat Pengetahuan bisa membuat seseorang lebih cepat paham pada saat menerima perubahan seperti kesehatannya. Semakin bagus pengetahuan yang ada pada pasien maka akan semakin cepat menanggapi perubahan dalam setiap kondisi kesehatannya, dengan begitu pasien cepat dalam menyesuaikan diri dan terus menerus mengikuti perubahan yang terjadi (Notoamojo, 2007). Menjelaskan bahwa perilaku kesehatan Lawrence Green (1980) yang menyatakan bahwa tingkat pendidikan akan membuat peningkatan pada skala pengetahuan seseorang dan bisa berpengaruh pada perilaku kesehatan seseorang tersebut. Dan juga terdapat perbedaan pada pemahaman terhadap informasi yang disampaikan terkait dengan penyakit yang diderita (Haryonto, 2016)

2. Motivasi diri

Menurut penelitian oleh Decastro(2012) menjelaskan bahwa motivasi diri merupakan faktor yang mempengaruhi kualitas hidup karena keyakinan seseorang atas kemampuannya dalam merawat diri memiliki pengaruh dalam meningkatkan kesehatan diri. Kualitas

hidup yang dimiliki pada penderita GGK akan mengalami penurunan terhadap kualitas hidupnya karena sedikitnya motivasi pasien dan berakibat pasien mulai pasrah dengan keadaan yang dideritanya. Stres yang terjadi secara berlebihan pada penderita GGK merupakan salah satu perilaku negatif yang berhubungan dengan kualitas hidup. Stresor yang dimiliki penderita GGK adalah ketidakmampuan beradaptasi dan mereka kurang merasa percaya diri sehingga membutuhkan kemampuan motivasi diri yang baik .

3. Kepatuhan menjalani terapi hemodialisa

Kepatuhan menjalani terapi hemodialisa pada pasien GGK adalah hal yang sangat penting untuk diperhatikan, dikarenakan jika pasien tidak mematuhi terapi bias terjadinya penumpukan zat yang berbahaya dari tubuh hasil metabolisme didalam darah dan akan berpengaruh pada kualitas hidup pasien (Puspasari, 2018). Ketidakpatuhan menjalani hemodialisa berdampak sangat terasa, pasien yang memiliki banyak penyakit yang mengganggu kualitas hidupnya, gangguan-gangguan secara fisik, psikis, maupun sosial, fatigue atau kelelahan yang luar biasa sehingga menimbulkan frustrasi. Hal ini menyebabkan mortalitas dan morbiditas yang sudah tinggi pada pasien CKD menjadi semakin tinggi lagi (Hutagaol, 2017)

Semua penyakit itulah yang akan menyebabkan menurunnya kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisa (Kamaludin dan Rahayu, 2009)

4. Kepatuhan Diet

Menurut Penelitian Intan (2017) hasil dari uji hipotesis menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara kebutuhan diet dengan kualitas hidup. Kekuatan kedua variabel sedang, dan arah hubungan searah yang berarti semakin patuhnya menjalankan diet akan makin baik kualitas hidup pasien. Diet yang dilakukan pada pasien gagal ginjal kronik bisa kurangi resiko yang dapat menjadi komplikasi yang mempengaruhi aktifitas pasien pada kehidupan sehari-hari yang bias mempengaruhi pada kualitas hidupnya. Pasien GGK bias saja mengalami turunnya kerja ginjal yang disebabkan ketidak patuhan diet.

Kepatuhan diet menentukan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik. diet dengan cara membatasi akan merubah gaya hidup yang dimiliki pasien dan membuat pasien merasa terganggu. Mengatur diet pada penderita ggk ini sangat kompleks, ketiakkampuan dalam menahan rasa haus merupakan hal yang paling sering terjadi, ketiakkpatuhan dalam menjalani terapi diet terutama miuman dapat mengakibatkan kegawatan berupa edema ekstremitas bawah pada pasien GGK, sehingga gambaran kondisi seperti ini, pasien dikategorikan sebagai pasien dengan kualitas hidup yang buruk hasil uji kendals tau menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara kepatuhan pola diet pasien GGK dengan kualitas hidup di unit HD RSUD Panembahan Senopati Bantul (pratiwi, 2010).

c. Kualitas Hidup dari Berbagai Aspek

Kualitas hidup dapat dilihat dari segi subjektif dan objektif. Dari segi subjektifnya ialah perasaan enak dan puas atas seapapun yang terjadi secara umum, sedangkan dengan objektif ialah terpehuninya kesehatan materi, status sosialnya dan juga kesempurnaan fisiknya baik sosial maupun budaya. Penilaian kualitas hidup ini bias juga terlihat dari aspek kesehatan fisiknya, kesehatan mentalnya, fungsi sosialnya, role functionna maupun perasaan sejahtera (Fatayi, 2008).

Ventegodt (2003) menjelaskan, kualitas hidup berarti hidup dengan baik, hidup yang baik bias diartikan dengan hidup dengan kehidupan yang lebih bagus. Dalam hal ini terdapat 3 bagian yang menjadi aspek hidup yang baik yaitu:

1. Kualitas hidup subjektif yaitu salah satu hidup yang baik yang dapat dirasakan oleh masing-masing individu yang memilikinya. Setiap individu secara personal mengevaluasi dirinya masing-masing bagaimana individu tersebut menggambarkan apapun dan perasaan mereka.
2. Kualitas hidup eksistensial yaitu sebaik apa hidup seseorang yang merupakan level dan berhak untuk dihormati dan individu tersebut berhak hidup dengan penuh keharmonisan.
3. Kualitas objektif yaitu bagaimana seseorang hidup dan dapat dirasakan didunia luar. Kualitas objektif dinyatakan dalam kemampuan seseorang yang bisa beradaptasi pana nilai-nilai kebudayaan dan menyatakan tentang kehidupannya.

Dari tiga aspek kualitas hidup inilah dikelompokkan dengan pernyataan yang jelas pada kualitas hidup yang dapat dilihat dalam spektrum dari subjektif ke objektif, elemen eksistensial berada diantaranya yang bias merupakan komponen kualitas hidup seperti kesejahteraan, kepuasan hidup, kebahagiaan, prinsip dalam hidup, gambaran biologis kualitas hidup, mencapai potensi hidup, pemenuhan kebutuhan dan faktor-faktor objektif. (American Thoracic Society, 2002).

1. Kesejahteraan ialah adanya hubungan yang erat dengan bagaimana suatu akan berfungsi dalam dunia objektif dan dengan faktor eksternal hidup. Saat kita sedang bicarakan tentang perasaan yang baik maka kesejahteraan akan menjadi pemenuhan kebutuhan dan realisasi diri.
2. Kepuasan hidup yaitu menjadi puas berarti merasakan hidup yang sebenarnya, ketika pengharapan, kebutuhan dan gairah hidup didapatkan disekelilingnya maka seseorang bias merasa puas, kepuasan adalah pernyataan mental yaitu keadaan kognitif.
3. Kebahagiaan yaitu menjadi bahagia ini tidak hanya membuat hati merasa senang dan puas, tetapi dapat membuat perasaan menjadi spesial dan berharga dan ingin diinginkan tetapi susah untuk didapatkan. Sedikit orang yang memercayai bahwa kebahagiaan itu didapat dari adaptasi terhadap budaya seseorang, kebahagiaan diasosiasikan dengan dimensi-dimensi non rasional seperti cinta, ikatan erat dengan sifat dasar tapii tidak bias dengan uang, status kesehatan atau faktor-faktor objektif lain.

4. Makna dalam hidup yaitu makna yang terdapat dalam hidup ialah konsep yang penting dan jarang untuk digunakan. Pencarian makna hidup dapat melibatkan suatu penerimaan dari tidak berartinya dan berartinya hidup dan bentuk kewajiban untuk membuat seorang tersebut merubah apa yang tidak berguna. Gambaran biologis kualitas hidup yaitu sistem informasi biologis dan tingkat keseimbangan eksistensial dilihat dari sisi ini kesehatan fisik mencerminkan tingkat sistem informasi biologi seperti sel-sel dalam tubuh butunya informasi yang benar uagar dapat berfungsi secara benar dan bisa menjaga kesehatan tubuh. Kesadaran yang kita dapat dengan pengalaman hidup juga terkondisi secara biologis. Pengalaman yang bersifat bermakna atupun tidak bermakna dapat diihat sebagai kondisi dari suatu sistem informasi biologis. Hubungan antara kualitas hidup dan penyakit diilustrasikan dengan benar dan bias menggunakan suatu teori individual sebagai salah satu sistem informasi biologis.
5. Mencapai potensi hidup yaitu teori pencapaian potensi hidup merupakan suatu teori dari hubungan seperti sifat yang mendasar. Dari permulaan biologis ini tidak mengurangi kekhususan dari makhluk hidup tersebut malah akan membuat tingkat dimana ini merupakan teori umum dari pertukaran informasi yang bermakna dalam sistem hidup dari sel ke organisme sosial.
6. Pemenuhan kebutuhan yaitu kebutuhan yang dapat menjadi hubungan pada kualitas hidup dimana ketika dipenuhi akan menjadi

kualitas hidup yang tinggi. Kebutuhan salah satu ekspresi sifat yang menjadikan kita pada dasarnya akan dimiliki oleh makhluk hidup. Pemenuhan kebutuhan ini berhubungan langsung pada aspek sifat dasar pada manusia. Kebutuhan yang kita rasakan seperti ketika terpenuhinya kebutuhan kita. Informasi ini yang ada dalam setiap bentuk kompleks yang dapat berkurang menjadi kebutuhan aktual.

7. Faktor-faktor objektif yaitu aspek objektif dari kualitas hidup dihubungkan pada faktor eksternal hidup dan dan bias dengan baik untuk diwujudkan. Inilah yang mencakup pendapatan, status perkawinan, status kesehatannya dan jumlah hubungan pada orang lain. Kualitas hidup objektif sangat menggambarkan kemampuan dalam beradaptasi dengan budaya pada tempat tinggal kita. Secara umum pengkajian pada kualitas hidup sejalan terhadap kesehatan yang menggambarkan pada suatu usaha untuk menentukan bagian variabel-variabel dalam kesehatan, sejalan pada dimensi khusus dari kehidupan yang sudah ditentukan agar secara umum menjadi lebih penting untuk orang yang memiliki penyakit spesifik. Konseptualisasi kualitas hidup berhubungan dengan kesehatan berupa efek pada sebuah penyakit yaitu fisik, peran sosialnya, psikologi/ emosionalnya serta fungsi kognitif. Gejala-gejala inilah membuat kesehatan dan keseluruhan kualitas hidup sering mencakup pada konsep kualitas hidup berhubungan dengan kesehatan.

d. Komponen Kualiatas Hidup

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

1. Kesehatan

Kesehatan dalam kualitas hidup dapat dibagi menjadi 3 bagian yaitu secara fisik, psikologis dan spiritual. Secara fisik berupa kesehatan fisiknya, personal higienenya, nutrisinya, dan olah raga, pakaian dan penampilan fisik secara keseluruhan. Dan dari psikologis terdiri dari kesehatan dan penyesuaian psikologisnya, kesadarannya, perasaannya, harga dirinya, konsep diri serta kontrol dirinya. Secara spiritual seperti nilai-nilai pribadinya, standar-standar pribadinya dan kepercayaan spiritualnya.

2. Kepemilikan

Kepemilikan ini (hubungan individu dengan lingkungannya) terdapat 2 bagian yaitu secara fisik dan sosialnya. Secara fisik seperti rumah, tempat mereka kerja/sekolah, tetangga/ lingkungan dan masyarakat itu sendiri. Secara sosial dekat dengan orang lain, keluarga, teman/ rekan kerga, lingkungan dan masyarakat.

3. Harapan

Merupakan suatu yang ingin dan penuh harapan yang akan mencapai menjadi perwujudan dari setiap individu contohnya adanya nilai (prestasi dan aspirasi individu) agar individu tersebut

dapat merasa lebih berharga atau dihargai di sekitar keluarga maupun masyarakat yang ada sekitarnya melalui pencapaian yang nyata dari dirinya.

e. Alat ukur Kualitas Hidup

Dalam penilaian kualitas hidup ada beberapa hal yang harus diperhatikan pada pasien yaitu kualitas hidup ini mempunyai beberapa dimensi/ aspek penilaian. Sudah banyak pengembangan untuk alat ukur kualitas hidup oleh para ilmuwan yang biasa dipakai untuk mengukur kualitas hidup pada pasien penderita penyakit kronik, salah satunya adalah WHOQOL-BREF yang mempunyai 26 pertanyaan, tetapi pertanyaan nomor 1 dan 2 tidak dihitung karena merupakan pertanyaan yang umum, terdiri dari 5 skala poin. Dari setiap pertanyaan jawaban poin yang rendah 1=sangat tidak memuaskan, sampai dengan 5= sangat memuaskan, terkecuali pada pertanyaan no 3, 4, dan 26 dikarenakan pertanyaan ini mempunyai sifat negatif, maka memiliki jawaban yang dimulai skor 1= sangat tidak memuaskan sampai skor 5=sangat memuaskan. Skor yang didapatkan adalah 0- 100 akan dimasukkan kedalam rumus (WHO, 1996). Domain dan aspek dalam WHOQOL-BREF menurut WHO adalah sebagai berikut:

Tabel 2.1 Domain dan Aspek yang Dinilai dalam WHOQOL BREF

Domain	Aspek yang dinilai
Kesehatan fisik	Nyeri dan tidak nyaman Bergantung pada medis Energi dan kelelahan Mobilitasnya Tidur dan istirahatnya Aktivitas sehari-hari Kapasitas kerjanya
Kesehatan psikologis	Afek positif Spiritual / agama / kepercayaan

	pikiran, belajar, memori, dan konsentrasi Body image dan penampakan Harga dirinya Afek negatif
Hubungan sosial	Hubungan personal Aktivitas seksualnya Dukungan sosialnya
Lingkungan	Keamanan fisiknya Lingkungan fisik (polusi, suara, lalu lintas, iklim) Sumber keuangannya Peluang untuk mendapatkan informasi dan keterampilan Partisipasi dan kesempatan untuk rekreasi/waktu luang Lingkungan rumahnya Perawatan kesehatan dan social; kemampuan akses dan kualitas Transportasinya

Adapun rumus yang dipakai adalah rumus baku yang sudah ditetapkan WHO (2004) sebagai berikut: TRANSFORMED SKOR= (SCORE-4) x (100/16) Hasil ini dipersentasikan caranya dengan memberi skor dan diinterpretasikan memakai kriteria sebagai berikut:

0-20 = Kualitas Hidup Sangat Buruk

21-40 = Kualitas Hidup Buruk

41-60 = Kualitas Hidup Sedang

61-80 = Kualitas Hidup Baik

81-100 = Kualitas Hidup Sangat Baik

(Anastasi & Urbina, 1997) dalam (Nofitri, 2009)

3. Ginjal

a. Pengertian

Ginjal ialah sepasang organ pada saluran kemih yang adanya dirungaa retroperitoneal pada bagian atas. Dan berbentuk seperti kacang dengan sisi cekungan menghadap ke medial, sisi itu dapat

hilus ginjal yaitu tempat struktur-struktur pembuluh darah, system limfatik, system saraf dan ureter yang menuju dan meninggalkan ginjal (Purnomo,2009)

b. Fungsi Ginjal

- 1) Mengekresikan zat yang membahayakan tubuh kita
- 2) Mengekresikan lebihnya gula didalam darah
- 3) Membantu menyeimbangkan air ditubuh kita
- 4) Mengatur konsentrasi garam yang ada didalam darah dan menyeimbangkan asam basa di darah.
- 5) Ginjal merupakan ph plasma darah pada kisaran 7,4 melalui pertukaran ion hidonium dan hidroksil(Prabowo,2014).

c. Struktur Anatomi Ginjal

Pada orang dewasa mempunyai ginjal dengan panjang 12 sampai 13 cm, mempunyai lebar 6 cm dan mempunyai berat 120-150 gram, 95% orang yang dewasa punya jarak antara kutub ginjal antara 11-15 cm, mempunyai panjang ginjal 1,5 cm atau berubahnya bentuk ginjal merupakan tanda yang penting karena biasanya penyakit ginjal dimanifestasikan dengan perubahan struktur ginjal (Suharyanto & Madjid, 2009).

4. Gagal Ginjal Kronis

a. Pengertian Gagal Ginjal Kronis

Gagal ginjal kronis atau penyakit ginjal tahap akhir terjadi ketika ginjal ini tidak bisa lagi untuk mengangkat sisa metabolik didalam tubuh kita dan tidak bisa melakukan fungsi regulernya. Salah satu bahan

yang bisa mengeliminasi di dalam air kencing dan menumpuk dalam cairan tubuh akibat gangguan ekskresi renal dan bias menyebabkan gangguan fungsi pada endokrin dan metabolik cairan elektrolit serta asam-basa (Suharyanto, 2009).

Gagal ginjal ialah kondisi dimana ginjal mengalami penurunan sehingga ginjal tidak mampu dalam melakukan filtrasi pada sisa metabolisme tubuh dan menjaga keseimbangan cairan elektrolit yaitu sodium serta kalium yang di darah dan air kencing. Secara perlahan penyakit ini semakin berkembang hingga fungsi ginjal semakin memburuk sampai ginjal kehilangan fungsinya (Price & Wilson, 2006)

(KDOQI) Guidelines Update tahun 2002, gkg ialah ginjal yang mengalami kerusakan > 3 bulan dengan LFG <60 mL/ menit/ 1,73 m² yang ditandai dengan lainnya structural ginjal yang dapat atau tanpa disertai penurunan Laju Filtrasi Glomerulus (LFG) seperti adanya patologi dan terdapat tanda bahwa ginjal akan rusak, dapat menjadi seperti kerusakan laboratorium darah atau urin, atau kelainan radiologi (Azis, 2008).

b. Etiologi Gagal Ginjal Kronis

Ada beberapa penyakit yang menyebabkan gkg ini seperti glomerulonefritis akut, gga, penyakit ginjal polikistik, obstruksi saluran kemih, pielonefritis, nefrotoksin, dan penyakit sistemik, lupus eritematosus, poliartritis, penyakit sel sabit, serta amyloidosis (Bayhakki, 2013)

c. Klasifikasi Gagal Ginjal Kronis

Menurut National Kidney Foundation Classification of Chronic Kidney Disease, CKD dibagi dalam lima stadium.

Tabel 2.2 stadium Chronic Kidney Disease/ CKD (Black & Hawks, 2005 dalam Bayhakki,2013)

Stadium	Deskripsi	Istilah Lain	GFE (ml/mnt/3 m ²)
I	Kerusakan ginjal dengan normal	Beresiko	>90
II	Kerusakan ginjal dengan turun ringan	Insufisiensi Ginjal kronik (IGK)	60-89
III	Kerusakan ginjal dengan turun sedang	IGK, gagal ginjal kronik	30-59
IV	Kerusakan ginjal dengan turun berat	Gagal ginjal kronik	15-29
V	Gagal ginjal	Gagal ginjal tahap akhir (End Stage Renal Disease)	<15

d. Patofisiologi Gagal Ginjal Kronis

Pathogenesis ggk membuat turunya dan rusaknya nefron yang akan menjadi hilangnya fungsi ginjal yang bersifat progresif. Keseluruhan laju gloremulus (GRF) menurun dan klirens menurun, BUN dan kretinin menjadi meningkat, nefron dan sisanya alami hipertofi akibat usaha menyaring jumlh cairan yang cukup banyak. Karena ginjal tidak mampu memekatkan urin dengan baik. Tahapan dalam melanjutkan ekresi, kebanyakan urin keluar yang menyebabkan klien mengalami kekurangan cairan. Tubulus secara bertahap kehilangan kemampuan menyerap elektrolit, biasanya urin yang dibuang banyak sodium sehingga terjadi poliuri (Bayhakki, 2013)

Pada stadium penyakit ginjal kronik akan terjadinya ginjal yang kehilangan daya cadangnya (renal reserve), dengan keadaan basal LFG yang normal dan meningkat. Fungsi nefron akan pelan-pelan menurun dengan progresif penurunan ini dilihat dengan meningkatnya kada urea dalam tubuh dan kreatinin serum. Pada LFG sebanyak 60% belum ada rasa keluhan pada pasien (asimptomatik), tetapi kadar urea dan kreatinin pasien sudah meningkat, pada LFG sebanyak 30% sudah terdapat beberapa keluhan terjadi seperti nokturia, badan lemah, mual, nafsu makan berkurang, dan penurunan bert badan, sedangkan pada LFG kurang dari 30% pasien sudah menemukan gejala seperti anemia, peningkatan tekanan darah, gangguan metabolisme fosfor dan kalsium, pruritus, mual, muntah dan lain sebagainya. Mudahnya juga terkena infeksi pada pasien seperti infeksi saluran kemihnya, infeksi saluran nafasnya, maupun infeksi saluran pencernaannya, dan kelamaan akan menjadi terganggunya keseimbangan air ditandai dengan hipovolemia, gangguan keseimbangan elektrolit antara lain natrium dan kalium. Pada LFG dibawah 15% akan terjadi gejala yang banyak yang lebih serius dan pasien harus mendapatkan terapi dialysis atau pencangkokan ginjal. Inilah keadaan dimana pasien mengalami gagal ginjal kronik. (Sudoyo dalam Anggraini, 2016).

e. Manifestasi klinis Gagal Ginjal Kronis

Gejala klinis pada anda dan gejala pada ggk diakibatkan karena adanya gangguan yang bersifat sistemik. Dalam peran sirkulasi ginjal yang memiliki peran tersebut memiliki fungsi yang cukup banyak (organs

multifunction) sehingga kerusakan kronis secara fisiologis ginjal bisa mengakibatkan terganggunya keseimbangan sirkulasi dan vesomotor (Robinson dalam Emma, 2017).

Adapun manifestasi klinis yang bisa berdampak pada pasien ggk menurut Nursalam dalam Lase W,2011) antara lain:

- 1) Gastrointestinal: lukanya pada saluran pencernaan dan pendarahan
- 2) Kardiovaskuler: hipertensi, perubahan elektrokardiogram (EKG), perikarditis, efusi pericardium, tamponade pericardium
- 3) Respirasi: edema paru, efusi pleura, pleuritis
- 4) Neuromuskular: lemah, gangguan tidur, sakit kepala, alergi, gangguan muscular, neorepati perifer, bingung dan koma
- 5) Metabolik/ endokrin: inti glukosa, hyperlipidemia, gangguan hormone seks menyebabkan penurunan libido, impoten dan ammenore
- 6) Cairan elektrolit: terganggunya asam basa akibatnya hilangnya sodium dan akan menjadi kehausan, asidosis, hyperkalemia, hipermagnesemia, hipokelemia
- 7) Dematologi: pucat, hiperpigmentasi, pleritis, eksimosis, uremia frost
- 8) Abnormal skeletal: osteodistrof, ginjal sebabkan osteomalaisia
- 9) Hematologi anemia, defek kualitas flatelat, perdarahan meningkat
- 10) Fungsi psikososial: berubahnya pribadi dan prilaku serta gangguan proses kognitif

f. Penatalaksanaan Gagal Ginjal Kronis

Dari penatalaksanaan ggk ini tidak lain untuk menjaga fungsi ginjal dan hemeostatis selama mungkin. semua faktor yang menjadi peran pada

gagal ginjal tahap-akhir ini dan seluruh faktor yang dapat disembuhkan diidentifikasi dan ditangani. Komplikasi potensial GGK yang perlunya pendekatan kolaboratif dalam perawatan seperti:

- 1) Hiperkalemia akibatnya turunya ekskresi, asidosis metabolik, katabolisme, dan melakukan diet berlebih.
- 2) Perikarditis, efusi pericardial, dan tamponade jantung akibatnya retensinya produk sisa uremik dan dialisis yang tidak tepat.
- 3) Hipertensi akibatnya retensi cairan dan natrium serta malfungsi sistem rennin-angiotensin-aldosteron.
- 4) Anemia yang dikarenakan turunya eritroprotein, turunya rentang usia sel darah merah, perdarahan gastrointestinal akibat iritasi oleh toksin, dan hilangnya darah saat melakukan terapi.
- 5) Penyakit pada tulang serta macam-macam metastasik yang berakibat retensi fosfat, kadar kalsium serum yang rendah, metabolisme vitamin D abnormal, dan meningkatnya kadar aluminium (Smeltzer dan Bare, 2001).

Menurut Price dan Wilson (2005) penatalaksanaan GGK bisa dilakukan dengan 2 penatalaksanaan yaitu:

a) Penatalaksanaan Konservatif

Dasar dari prinsip penatalaksanaan konservatif ini sangatlah mudah dan berdasarkan dengan pemahaman terkait batasan-batasan ekskresi yang bisa diperoleh dari ginjal

yang terganggu. Diet zat terarut dan cairan bias diatur dan menyesuaikan dengan batas – batas tersebut.

Penatalaksanaan konservatif meliputi:

1) Pengaturan Diet Protein

Pada dibatasinya asupan protein bias menormalkan pada kelainan ggk dan melambatkan akan terjadinya penyakit ggk. (MDRD) menjelaskan bahwa efek yang bagus dari terbatasnya protein untuk melambatkan perkembangan penyakit ggk pada penderita DM dengan ggk moderate mencapai GFR 24 sampai ml/ menit dengan berat GFR 13 hingga 24 ml/menit. Menganjurkan penyembuhan terbaru mengenai jumlah protein yang diperbolehkan adalah 0,6 g/kg/hari untuk pasien GGK berat pradialisis yang stabil dengan GFR <24 ml/menit. Status nutrisi pasien harus dipantau untuk memastikan bahwa berat badan indikator lainnya seperti albumin serum tetap stabil yaitu ≥ 3 g/dl.

2) Pengaturan Diet Kalium

Adapun jumlah yang boleh dalam melakukan kalium diet sebanyak 40 hingga 80 mEq/hari. Hal yang harus diperhatikan dengan memberi obat-obatan serta makan yang memiliki kalium yang tinggi.

3) Pengaturan Diet natrium dan Cairan

Biasanya natrium yng boleh 40 hingga 90 mEq/ hari

sekitar 1 hingga 2g natrium, tapi asupan natrium yang bagus memiliki ketentuan secara individual pada setiap pasien untuk mempertahankan hidrasi yang baik. Asupan cairan perlu adanya regulasi yang bagus dalam GGK dikarenakan ada rasa haus yang berlebih dengan pasien merupakan salahsatu bentuk yang tidak dapat diyakini mengenai keadaan hidrasi pasien. Beratbadan pada harian sanalah penting sebagai parameter yang wajib dilihat terkait dengan asupan dan pengeluaran cairan. Aturan umum untuk asupan cairan adalah keluaran urin 24 jam + 500ml menggambarkan kehilangan cairan yang tidak disadari.

4) Pencegahan dan Pengobatan Komplikasi

a) Hipertensi

Hipertensi yang parah akan mengakibatkan rusaknya fungsi ginjal yang cepat. dan ini dapat diperbaiki dengan cara efektif dengan cara membatasi kalium serta cairan serta melalui ultrafiltrasi bila pasien sedang menjalani hemodialisis.

b) Hiperkalemi

Komplikasi yang parah saat adanya uremia ialah terjadinya hiperkalemia, bila K⁺ serum dapat kadar sekitar 7 mEq/L, dapat terjadi disritmia yang serius. Hiperkalemia akut bias saja disembuhkan dengan

diberikannya glukosa K⁺ ke dalam sel atau dengan pemberian glukonat 10% intravena dengan hati-hati.

c) Anemia

Tindakan yang bias mengurangi terjadinya anemeia dengan cara mengurangi hilangnya darah memberikan vitamin serta transfuse. Multi vitamin dan asam folat biasanya deberi tiap hari karena dialisis mengurangi vitamin yang larut dalam air.

d) Asidosis

Asidosis metabolik yang sedang pada penderita uremia akan lebih stabil.

e) Hiperurisemia

Pada pengobtan hiperuresemia pada penyakit ggk biasa ialah alopurinol karena bias mengalami pengurangan kadar asam urat total yang dihasilkan oleh tubuh.

f) Neuropati Perifer

Neuropati Perifer sistomatik tidak ada sampai GGK sampai tahap yang lebih jauh. Belum ada pengobatan yang bias mengatasi hal yang terjadi pada penyakit tersebut kecuali dengan dialisis yang dapat menghentikan perkembangannya (Price dan

b) Terapi Pengganti Ginjal

1) Hemodialisis

Hemodialisis salah satu bentuk pengobatan dimana darah dikeluarkan dari tubuh pasien dan akan masuk kedalam mesin yang berada di luar tubuh pasien dengan nama dialiser. Tujuan dari terapi ini tidak lain untuk mengambil zat-zat nitrogen yang toksik yang terdapat di darah dan keluarkan air yang banyak didalam darah (Smeltzer dan Bare, 2001).

2) Dialisis Peritoneal

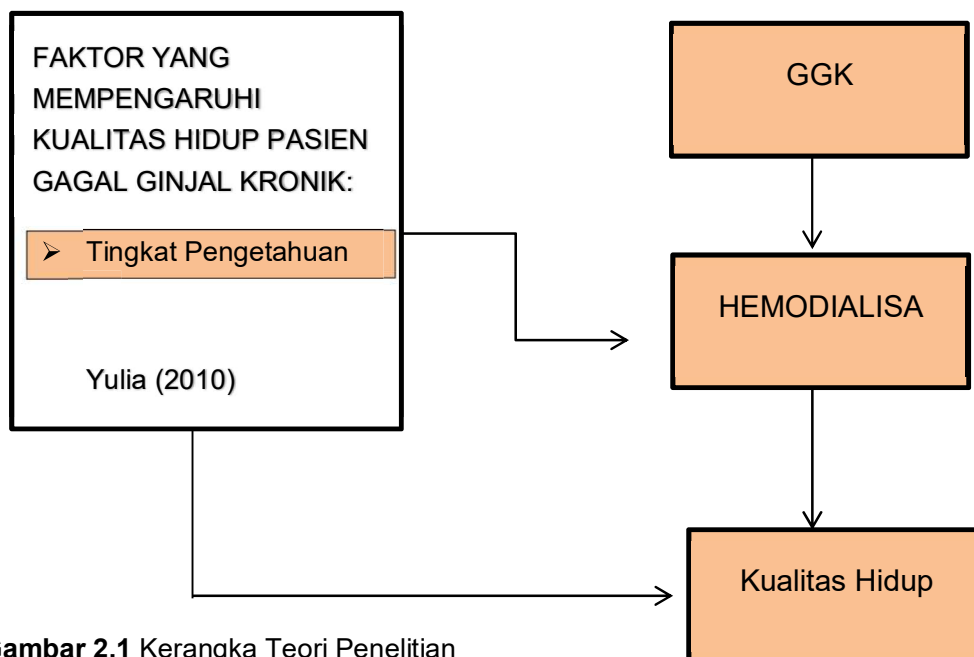
Dialisis peritoneal salahsatu yag bisa membuat terapi dialisis pada penanganan GGA dan GGK. Data dari U.S Renal Data Sistem didapatkan 9% pasien dengan ggk menjalani pada macam-mcam tipe dialysis peritoneal. Dialisis peritoneal persis dengan hemodialisa, perbedaannya yaitu dialisis peritoneal menggunakan peritoneum sebagai membran semi permeabel. Dialisis peritoneal ini dilakukan dengan cara menginfuskan 1-2 L cairan dialisis ke dalam abdomen melalui kateter (Price dan Wilson, 2005).

3) Transplantasi Ginjal

Transplantasi ginjal ialah pengobatan yang disukai pada penderita ggk meskipun tidak menutup kemungkinan masih ada pasien yang lebih memilih melakukan dialysis.

B. Kerangka Teori Penelitian

Kerangka teori merupakan suatu model konseptual yang menjelaskan dengan seperti apa seorang peneliti menyusun sebuah teori atau menghubungkan suatu teori dengan dan apakah ada faktor yang dianggap penting untuk masalah (Hidayat, 2007). Kerangka teori dalam penelitian ini sebagai berikut:



Gambar 2.1 Kerangka Teori Penelitian

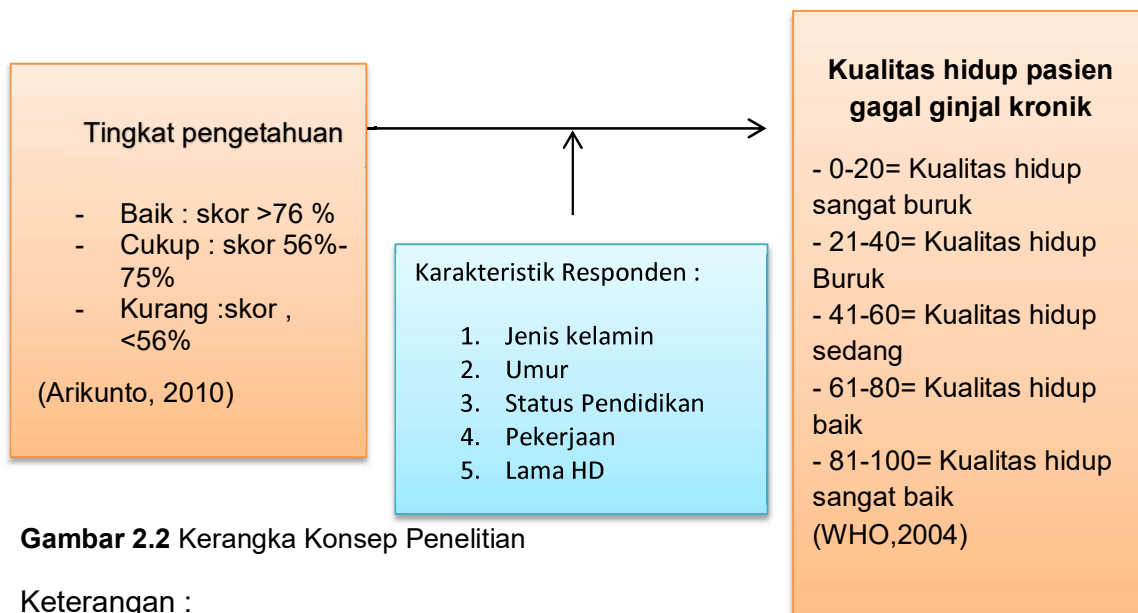
(Muharyuni,2015)

Keterangan:

- : yang diteliti
- : yang tidak diteliti
- : Berhubungan

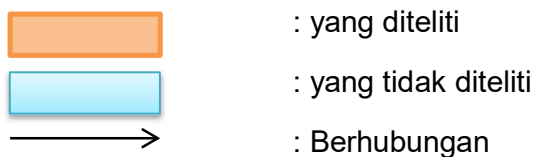
C. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep penelitian ialah kerangka hubungan antara konsep-konsep yang ingin diamati atau diukur melalui penelitian yang akan dilakukan (Notoadmodjo, 2005). Kerangka konsep penelitian berdasarkan variabel-variabel dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:



Gambar 2.2 Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan :



D. Hipotesis

Sugiono (2009), Hipotesis ialah jawaban yang bersifat sementara terhadap rumusan masalah pada penelitian terkait, dimana telah dinyatakan suatu rumusan masalah dalam bentuk pertanyaan. Dikatakan sementara Karena jawaban yang diberikan baru didasarkan pada teori. Hipotesis dirumuskan atas

dasar kerangka pikir yang merupakan jawaban sementara atas masalah yang dirumuskan.

Adapun hipotesis yang diajukan dalam penelitian ini adalah:

- a. Hipotesis Nol: Tidak ada hubungan tingkat pengetahuan dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik
- b. Hipotesis Alternatif: Ada hubungan tingkat pengetahuan dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan pembahasan dan uraian dari hasil penelitian maka peneliti dapat mengambil kesimpulan dan saran dari hasil penelitian hubungan tingkat pengetahuan dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa menggunakan metode literature review yang dapat dijadikan acuan untuk perkembangan keilmuan di Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur.

A. Kesimpulan

Kesimpulan yang dapat diambil dari tujuan penelitian ini diantaranya sebagai berikut

1. Kualitas metodologi penelitian-penelitian ini baik dalam jurnal Nasional maupun Internasional mengenai hubungan tingkat pengetahuan dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik memiliki hubungan dengan penelitian penulis karena membahas hubungan tingkat pengetahuan dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik dalam kurun waktu tahun 2010 sampai dengan tahun 2019.
2. Tingkat pengetahuan pada pasien gagal ginjal kronik masih kurang ditandai dengan jurnal yang diteliti menjelaskan pasien masih tidak tau pentingnya diet pada pasien ggk dan masih banyak yang melakukan perilaku gaya hidup yang tidak sehat.
3. Kualitas hidup pada pasien gagal ginjal kronik masih rendah ditandai dengan jurnal yang diteliti menjelaskan masih kurangnya pengetahuan

pasien ggk terhadap penyakitnya dan menurunkan kualitas hidup pasien ggk.

4. Dari 15 Penelitian yang dipaparkan didapatkan bahwa terdapat hubungan tingkat pengetahuan dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa

B. Saran

1. Bagi Praktik Keperawatan

Perlunya pemberian pendidikan oleh tim kesehatan khususnya perawat diruang hemodialisa kepada pasien karena pengetahuan sangat penting untuk pasien guna meningkatkan strategi koping pasien, dan pemberian pendidikan kepada pasien dari tim kesehatan juga penting agar pasien lebih memahami tentang penyakitnya dan meningkatkan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik.

2. Bagi Peneliti Selanjutnya

Peneliti selanjutnya agar dapat meneliti lebih lanjut tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik seperti faktor dukungan keluarga, penghasilan, dan depresi pasien.

DAFTAR PUSTAKA

Adhyatma, K. 2011. Pengaruh Depresi terhadap Kualitas Hidup Pasien Penyakit Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis.

Alam, S. dan Hadibroto, I. 2007. Gagal Ginjal: Informasi Lengkap untuk Penderita dan Keluarga. Jakarta : PT Gramedia Pustaka Utama: 21.

Arikunto, Suharsimi. 2006. Manajemen Penelitian. Jakarta: Rineka Cipta

Aziz, M., Witjaksono, J., Rasjidi, I. 2008. Panduan Pelayanan Medik: Model Interdisiplin Penetalaksanaan Kanker Servix dengan Gangguan Ginjal. Jakarta: EGC

Baradero, M., Dayrit, M., dan Siswadi, Y. 2008. Klien Gangguan Ginjal: Seri Asuhan Keperawatan. Jakarta.

Anggraeni, D.M., & Saryono, (2013). Metodologi Penelitian Kualitatif dan Kuantatif Dalam Bidang Kesehatan. Nuha Medika, Yogyakarta.

Butar. 2013. Hubungan Karakteristik Pasien dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis.

Farida, A. 2010. Pengalaman Klien Hemodialisis Terhadap Kualitas Hidup dalam Konteks Asuhan Keperawatan di RSUP Fatmawati Jakarta. Dipublikasikan.

Gultom, MM. 2014. Hubungan Keptuhan Hemodialisa dengan Kualitas Hidup Pasien di Unit Hemodialisis RSUP Haki Adam Malik Medan.

Harasyid dan Milanda, A. 2012. Hubungan Lamanya Hemodialisis dengan Kualitas Hidup Pasien Penyakit Ginjal Kronik di RSUP H. Adam Malik Bulan Juni 2011.

Indonesiannursing. 2008. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Ketidakpatuhan Perawatan Hemodialisis.

Mardyaningsih, D. 2014. Kualitas Hidup Pada Penderita Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Terapi Hemodialisis di RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso Kabupaten Wonogiri.

Nazir, M. 2003. Motode Penelitian. Jakarta: Penerbit Ghalia Indonesia

Pedersen, Gordon, W. 2000. Buku Ajar Praktis Bedah Mulut. Jakarta: EGC: 114. Putri R, Sembiring L, dan Bebasari E. 2014. Gambaran Kualitas Hidup Pasien

Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Terapi Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis Di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau Dengan Menggunakan Kuesioner KDQOL-SFTM.

Smeltzer dan Bare. 2001. Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Vol 2 Edisi 8. Jakarta: EGC: 1398 - 1401.

Nofitri. 2009. Kualitas Hidup Penduduk Dewasa di Jakarta.

Notoatmodjo, S. 2010. Metode Penelitian Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta

Nurchayati, S. 2010. Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kualitas Hidup Pasien Penyakit Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis di Rumah Sakit Islam Fatimah Cilacap dan Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas. Tesis. Depok: Universitas Indonesia.

Rohmawati, E. 2011. Perbedaan Kualitas Hidup Antara Lansia yang Aktif dan yang Tidak Aktif Melakukan Kunjungan ke Posyandu. Tidak Dipublikasikan. Skripsi. Jember: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Skevington, S., Lotfy, M., dan O'Connell. 2004. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group.

Septiwi, C. 2010. Hubungan Antara Adekuasi Hemodialisis dengan Kualitas Hidup Pasien Hemodialisis di Unit Hemodialisis RS Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto. Tesis. Depok: Universitas Indonesia.

Supriyadi dan Widowati, S. 2011. Tingkat Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronis Terapi

Hemodialisis. [serialonline]. <http://journal.unnes.ac.id/nju/index.php/kemas/article/viewFile/1760/1955> [2 Januari 2015].

Dahlan Sopiudin, 2008. Langkah-Langkah Membuat Proposal Penelitian Bidang Kedokteran dan Kesehatan. Jakarta: Sagung Seto.

Natoatmodjo, S. 2005. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: Renika Cipta.

Natoatmodjo. 2010. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: PT> Renika Cipta.

Aniek Kurniawati, Adhiyanti Asikin, (2018) "Hubungan tingkat pengetahuan dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisa di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya"

Sri Suparti, Umi Sholikhah (2016) "Kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik ditinjau dari tingkat pengetahuan, frekwensi dan lama hemodialisa di RSUD Goeteng taroenadibrata Purbalingga" .skripsi: Universitas Muhammadiyah Purwokerto.

Kartika Indraratna (2012) "Hubungan Tingkat pengetahuan pasien gagal ginjal kronik tentang diet GGK dengan kualitas hidup pasien GGK di ruang hemodialisa RSUD Dr. Harjono Ponorogo" Skripsi. Universitas Muhammadiyah Ponorogo.

Ahmad Miftakhul Aziz Bosniawan (2016) Pengaruh Tingkat Pengetahuan terhadap kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik di RSUD Sukoharjo. Skripsi. Universitas Muhammadiyah Surakarta.

Yunita Dwi Anggraini (2016) Kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di RSUD Blambangan Banyuwangi. Skripsi. Universitas Jember.

Lani Zimmerman, Faan (2016) Activation of Patients with Knowledge, Self Management, and Confidence in Chronic Kidney Disease on quality of life. Universitas Nabraska. India.

Fictoria Alikali, Maria Tsironi, Vasiliki Matziour, Fotelni Tzavella (2018) The impact ,education knowledge, adherence on quality of life among patients on haemodialysis. Departement keperawatan. Universitas poloponnese.

Sa'ed H. Zeond, Dala M. Daraghme, Diana O. Mesyed (2014) Factors affecting quality of life in patients on haemodialysis. universitas nasional An-Najah.

Fatihah Ahmedmersal, Rasmia Abd-EL Sattar (2014) Effects of patient education on coping, quality of life, knowledge in patients experiencing chronic kidney failure. Universitas An Shams. Mesir.

Maria Carolina Crus, Milton Urutia, Sergio Dreibe (2010) Quality of life in patients with chronic kidney disease. Universidade Federal Sa'o paulo. Brasil

Nader Aghakhani, Saeedi Samadzadeh, Taher Mohit Mafi, Narges Rahbar (2012) The Impact of knowledge Education on Nutrition on the Quality of Life in Patients on Hemodialysis: A Comparative Study From Teaching Hospitals. Universitas kedokteran Urmu. Iran.

Muhammad Anees, Faruq Hameed, Asim Mumtaz (2011) Dialysis-Related Factors Affecting Quality of Life in Patients on Hemodialysis. Universitas Medis King Edward. Pakistan.

Hossein Ebrahimi, Mahdi Sadeghi, Farzaneh Amanpour, Ali Dadgari (2018) Influence of Nutritional Education on Hemodialysis Patients' Knowledge and Quality of Life. Universitas Ilmu Kedokteran Shahroud. Iran.