

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA DAN KERANGKA TEORI

A. TINJAUAN PUSTAKA

1. Gagal Ginjal Kronik

a. Pengertian Gagal Ginjal Kronik

Penyakit Gagal Ginjal Kronik adalah suatu gangguan pada ginjal ditandai dengan abnormalitas struktur ataupun fungsi ginjal yang berlangsung lebih dari 3 bulan. Penyakit GGK ditandai dengan satu atau lebih tanda kerusakan ginjal yaitu albuminuria, abnormalitas sedimen urin, elektrolit, histologi, struktur ginjal, ataupun adanya riwayat transplantasi ginjal, juga disertai penurunan laju filtrasi glomerulus (Aisara et al., 2018). GGK adalah suatu kondisi dimana organ ginjal memburuk hingga tidak dapat berfungsi dengan baik. Kerusakan ginjal ini menyebabkan gangguan kinerja dan daya tahan tubuh sehingga mengganggu aktivitas kerja (Kundre, 2018). Penyakit GGK terjadi ketika kerusakan ginjal dan/atau penurunan Glomerular Filtration Rate (GFR) kurang dari $60\text{mL}/\text{min}/1,73\text{ m}^2$ selama minimal 3 bulan. Kerusakan ginjal adalah setiap kelainan patologis atau penanda kerusakan ginjal, termasuk kelainan darah, urin atau studi pencitraan (Depkes, 2017).

b. Etiologi Gagal Ginjal Kronis

Setiap hari kedua ginjal menyaring sekitar 120-150 liter darah dan menghasilkan sekitar 1-2 liter urin. Tiap ginjal tersusun dari sekitar sejuta unit penyaring yang disebut nefron. Nefron terdiri dari glomerulus dan tubulus. Glomerulus menyaring cairan dan limbah untuk dikeluarkan serta mencegah keluarnya sel darah dan molekul besar yang sebagian besar berupa protein. Selanjutnya melewati tubulus yang mengambil kembali mineral yang dibutuhkan tubuh dan membuang limbahnya. Ginjal juga menghasilkan enzim renin yang menjaga tekanan darah dan kadar garam, hormon erythropoietin yang merangsang sumsum tulang memproduksi sel darah merah, serta menghasilkan bentuk aktif vitamin D yang dibutuhkan untuk kesehatan tulang (Depkes, 2017).

Menurut Siregar (2020) Kerusakan yang terjadi pada ginjal dapat disebabkan oleh gangguan prerenal, renal dan post renal. Pasien yang menderita penyakit seperti Diabetes Melitus (kencing manis). Glomerulonefritis (infeksi glomeruli). penyakit imun (lupus nefritis). Hipertensi (tekanan darah tinggi), penyakit ginjal yang diturunkan (penyakit ginjal herediter), batu ginjal, keracunan. trauma ginjal. gangguan kongenital dan keganasan dapat mengalami kerusakan ginjal. Penyakit-penyakit ini sebagian besar menyerang nefron. mengakibatkan hilangnya kemampuan ginjal melakukan penyaringan. Kerusakan nefron terjadi secara cepat. bertahap dan pasien tidak

merasakan terjadinya penurunan fungsi ginjal dalam jangka waktu yang lama.

c. Klasifikasi Gagal Ginjal Kronik

Menurut Siregar, (2020) Penyakit ginjal kronis dibedakan berdasarkan jumlah nefron yang masih berfungsi dalam melakukan filtrasi glomerulus. Nilai laju filtrasi glomerulus yang rendah menunjukkan stadium yang lebih tinggi terjadinya kerusakan ginjal. Penyakit ginjal kronik dibagi kedalam 5 Derajat yaitu

- 1) Derajat 1 suatu keadaan dimana terjadi kerusakan struktur ginjal tetapi ginjal masih memiliki fungsi secara normal (GFR 90 ml/min).
- 2) Derajat 2 suatu keadaan terjadinya kerusakan ginjal dengan diikuti penurunan fungsi ginjal yang ringan (GFR 60-89 ml/min).
- 3) Derajat 3 suatu keadaan terjadinya kerusakan ginjal dan diikuti dengan penurunan fungsi ginjal yang sedang (GFR 30-59 ml/min).
- 4) Derajat 4 suatu keadaan terjadinya kerusakan ginjal diikuti dengan penurunan fungsi ginjal yang berat (GFR 15-29 ml/min).
- 5) .Derajat 5 suatu kondisi ginjal yang disebut penyakit ginjal kronis(GFR<15 ml/min).

d. Patofisiologi

Patofisiologi CKD awalnya tergantung pada penyakit yang mendasarinya (Setiati et al., 2015). Pengurangan massa ginjal menyebabkan pembesaran struktur dan fungsi nefron yang tersisa (nefron bertahan hidup) sebagai ukuran kompensasi, dimediasi oleh molekul aktif seperti sitokin dan faktor pertumbuhan. Hal ini menyebabkan peningkatan filtrasi, diikuti oleh peningkatan tekanan kapiler dan aliran darah glomerulus (Setiati et al., 2015). Sebagian besar pasien PGK harus mengikuti program pengubah penyakit (*symptomatic therapy*) untuk mencegah dan memperlambat progresi penurunan fungsi ginjal (Ismail, 2018). Jika terapi ini tidak berhasil, pasien akan mengalami kegagalan terminal dan memerlukan pengobatan (terapi pengganti yaitu cuci darah atau transplantasi/transplantasi) yang membutuhkan biaya yang tidak sedikit. Menurut penelitian Lubis et al (2016) pengelolaan penyakit ginjal kronis meliputi: terapi spesifik untuk penyakit yang mendasari, pencegahan dan pengobatan penyakit penyerta (*comorbidities*), memperlambat gangguan fungsi ginjal, pencegahan dan pengobatan penyakit kardiovaskular, pencegahan dan pengobatan komplikasi, terapi pengganti ginjal berupa cuci darah atau transplantasi ginjal.

Menurut penelitian Ardhyanto et al (2019) pasien penyakit ginjal kronik (PGK) stadium akhir memerlukan pengobatan penunjang hidup yaitu hemodialisis (HD) atau transplantasi ginjal, pada pasien GJK harus dilakukan hemodialisis seumur hidup.

2. Hemodialisis

a. Pengertian Hemodialisis

Hemodialisis (HD) adalah pengobatan bagi pasien penyakit ginjal kronis stadium akhir yang menggantikan fungsi ginjal dengan alat yang disebut mesin dialisis atau ginjal buatan (Wiliyanarti, 2019). Hemodialisis adalah pengobatan yang menyelamatkan jiwa yang bermanfaat bagi hampir 2 juta orang di seluruh dunia dan pengobatan yang sangat efektif yang mampu menghilangkan racun uremik dan mampu memperbaiki dengan cepat kelainan cairan, elektrolit dan keseimbangan asam-basa. emodialisis dapat menyebabkan perubahan ekstrim pada lingkungan internal pasien yang dapat memiliki konsekuensi klinis langsung seperti hipotensi intradialitik (IDH) tetapi juga dapat menyebabkan kerusakan organ subklinis yang dapat terakumulasi selama bertahun-tahun pengobatan (Kooman et al., 2018).

Hemodialisis atau cuci darah adalah suatu cara untuk memisahkan darah dari zat metabolisme dan racun dalam tubuh bila ginjal sudah tidak berfungsi lagi, hemodialisis di lakukan 2-3 kali seminggu dengan lama waktu 4-5 jam. Proses hemodialisis sangat membantu pasien penderita penyakit GJK sebagai upaya untuk memperpanjang usia penderita, meskipun proses ini membantu penderita mengembalikan fungsi ginjal yang sudah rusak, tetapi proses tersebut juga dapat menimbulkan masalah karena pasien berketergantungan pada mesin hemodialisis yang menyebabkan

kualitas hidup pasien, psikologis, maupun social yang di rasakan penderita sebagai beban (April, 2019)

b. Indikasi Hemodialisis

Indikasi hemodialisis dibagi menjadi 2, yaitu hemodialisis darurat atau hemodialisis segera dan hemodialisis rutin. Pada keadaan akut, hemodialisis dilakukan pada kegawatdaruratan ginjal dengan kondisi klinis uremia berat, dehidrasi, oliguria (produksi urin $6,5 \text{ mmol/l}$), asidosis berat ($\text{pH} < 7,35$), ensefalopati uremik, neuropati/miopati uremik, perikarditis uremik, disnatremia berat ($\text{Na} > 160$ atau $< 115 \text{ mmol/l}$), hipotermia, intoksikasi akut (alkohol, obat-obatan) dapat melewati membran dialisis (Ariani, 2016).

Menurut Zasra et al (2018) hemodialisis diindikasikan pada kasus kelebihan cairan ekstraseluler yang tidak terkontrol dan/atau hipertensi dan hiperkalemia yang tidak nyaman dengan pembatasan diet, dan terapi obat, asidosis metabolik yang sulit diobati dengan bikarbonat, hiperfosfatemia yang refrakter terhadap restriksi diit dan terapi pengikat fosfat, anemia yang refrakter terhadap pemberian eritropoietin dan besi, adanya penurunan kapasitas fungsional atau kualitas hidup tanpa penyebab yang jelas, penurunan berat badan atau malnutrisi terutama apabila disertai gejala mual, muntah, atau adanya bukti lain gastroduodenitis.

Selain itu indikasi segera untuk dilakukanya hemodialisis adalah adanya gangguan neurologis (seperti neuropati, ensefalopati, gangguan psikiatri), pleuritis atau perikarditis yang tidak disebabkan

oleh penyebab lain, serta diatesis hemoragik dengan pemanjangan waktu perdarahan.

c. Kontraindikasi Hemodialisis

Menurut Loho et al (2016) kontraindikasi hemodialisis adalah hipotensi yang tidak responsif terhadap vasopresor, penyakit stadium akhir, dan sindrom otak organik. Menurut Ariani (2016) kontraindikasi hemodialisis adalah penyakit Alzheimer, demensia multi-infark, sindrom hepatorenal, sirosis lanjut dengan ensefalopati dan keganasan lanjut. Kemudian tidak ada akses nadi selama hemodialisis, kesulitan mengakses nadi, ketidakstabilan hemodinamik dan koagulasi (Ariani, 2016).

d. Lama Menjalani Hemodialisis

Hemodialisis merupakan proses yang digunakan pada pasien dalam keadaan sakit akut dan memerlukan terapi dialisis jangka pendek (beberapa hari hingga beberapa minggu) atau pasien dengan penyakit ginjal stadium akhir atau *End Stage Renal Disease (ESRD)* yang memerlukan terapi dialisis jangka panjang atau permanen (Zahrofi, 2014). Kidney Disease Outcome Quality Initiative (KDOQI) merekomendasikan bahwa pasien dengan residual kidney function rendah (kurang dari 2ml/mnt) menjalani hemodialisis tiga kali seminggu dengan durasi 4-5 jam setiap kali hemodialisis. Lama menjalani hemodialisis dibagi menjadi 2 yaitu baru < 12 bulan dan lama > 12 bulan (Devi, 2022).

2. Kualitas Hidup Pada Gagal Ginjal Kronik

a. Pengertian Kualitas Hidup

Kualitas hidup merupakan salah satu yang dimiliki oleh setiap individu, dimana setiap individu memiliki kualitas hidup yang berbeda tergantung dari kepribadian masing-masing individu dalam menyikapi suatu masalah yang terjadi dalam hidup pasien. Jika pasien menghadapi masalah dengan positif maka kualitas hidupnya akan baik, dan jika pasien menghadapi masalah dengan negatif maka kualitas hidupnya akan memburuk (April, 2019)

Kualitas hidup adalah persepsi seseorang tentang posisinya dalam kehidupan konteks budaya dan sistem nilai dimana hidup dan hubungan dengan standar hidup, harapan, kesenangan, dan perhatian. Kualitas hidup adalah sesuatu yang bersifat subyektif dan multidimensi. Subyektif, mengandung arti kualitas hidup hanya dapat ditentukan dari sudut pandang pasien itu sendiri, sedangkan multidimensi berarti kualitas hidup dilihat dari seluruh aspek kehidupan seseorang secara holistik meliputi aspek biologis, fisik, psikologis, sosiokultural dan spiritual (Fitriani et al., 2020).

Kualitas hidup merupakan keadaan dimana seseorang menerima kepuasan dan kenikmatan pada kehidupan sehari-hari. Kualitas hidup tersebut menyangkut kesehatan fisik dan kesehatan mental yang berarti apabila seseorang sehat secara fisik dan mental

maka orang tersebut akan mencapai suatu kepuasan dalam hidupnya.
(Rustandi et al., 2018)

Kualitas hidup pada pasien GGK akan berkurang dikarenakan kurangnya kemauan untuk menjalani terapi, hal itu dikarenakan pasien telah pasrah dengan keadaan penyakitnya (Suwanti, 2019).

Kualitas hidup pada pasien GGK dapat diukur dengan kuesioner WHOQOL-BREF yang meliputi 4 domain yaitu fisik, psikologis, hubungan social dan lingkungan (Ardhanari,2022)

b. Aspek- Aspek Kualitas Hidup

Kualitas hidup merupakan aspek yang digunakan untuk menggambarkan kondisi kesehatan yang dapat dinilai berdasarkan kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungan :

- 1) Kesehatan fisik yaitu berhubungan dengan kesakitan dan juga kecemasan, ketergantungan dengan perawatan medis, kelelahan, mobilitas, tidur dan istirahat, aktifitas dalam sehari-hari dan kapasitas atau kemampuan dalam berkerja.
- 2) Kesehatan psikologis yaitu berhubungan dengan pengaruh yng bersifat positif dan negatif seacara spiritual, pemikiran pembelajaran, daya ingat dan konsentrasi, gambaran tubuh dan penampilan, serta penghargaan terhadap diri sendiri.
- 3) Hubungan sosial yaitu terdiri dari hubungan secara personal, aktivitas seksual dan hubungan dengan sosial.
- 4) Lingkungan yaitu terdiri dari keamanan lingkungan, kenyamanan fisik, lingkungan fisik (polusi, udara, lalu lintas,

iklim), sumber penghasilan, peluang memperoleh informasi, partisipasi dan kesempatan untuk rekreasi, lingkungan rumah, kesempatan memperoleh pelayanan kesehatan. (Rohmaniah, 2022)

c. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup

Berikut beberapa faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup diantaranya faktor internal dan eksternal:

a. Faktor Internal

a) Usia

Secara umum, kualitas hidup seseorang akan mengalami penurunan seiring dengan bertambahnya umur (Wahyuningsih, 2020). Usia juga mempengaruhi terhadap cara pandang seseorang dalam kehidupannya, masa depan dan juga dalam membuat keputusan. Pasien yang termasuk dalam usia produktif merasa terpacu untuk sembuh karena masih mempunyai harapan hidup yang tinggi dan sebagai tulang punggung keluarga (Bellasari, 2020).

Proses penuaan penduduk tentunya berdampak pada berbagai aspek kehidupan baik sosial, ekonomi dan kesehatan. Nurcahyati (2011) mengatakan bahwa usia kurang dari 45 tahun masuk tergolong muda dan usia produktif. Sedangkan usia lebih dari 45 tahun sudah termasuk tua dan dianggap kurang produktif. Pasien kategori usia produktif merasa terpacu untuk sembuh karena masih mempunyai harapan hidup yang

tinggi. Pasien dengan usia lanjut tentu cenderung mempunyai mental yang lebih lemah sehingga memiliki harapan untuk sembuh yang lebih kecil. Usia berkaitan dengan prognosis penyakit contohnya saja pasien yang berusia tua cenderung terjadi berbagai komplikasi yang memperberat fungsi ginjal sangat besar bila dibandingkan dengan yang berusia muda. Pasien akan merasakan kelelahan setelah melakukan terapi hemodialisis terutama yang berusia tua. Didalam penelitian Arief Tajally Adhiatma (2014) mengkategorikan menjadi 2 kelompok yaitu <45 tahun dan ≥ 45 tahun.

b) Jenis kelamin

Setiap penyakit dapat menyerang baik laki-laki maupun perempuan, tetapi beberapa penyakit terdapat perbedaan frekuensi antara laki-laki dan perempuan yang disebabkan perbedaan pekerjaan, kebiasaan hidup, genetika atau kondisi fisiologis (Budiarto & Anggraeni, 2002). Kualitas hidup laki-laki dengan perempuan dapat dibedakan dari pekerjaan, pola hidup, genetik dan kondisi fisik (Ipo, 2018).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Rustandi, Tranado, dan Pransasti (2018) menjelaskan jenis kelamin perempuan cenderung memiliki kualitas hidup yang rendah karena perempuan mudah dipengaruhi oleh depresi karena berbagai alasan dalam hidupnya. Penelitian Rahmayanti dan Handayani 2013,(dalam Din, 2018), yang mana mengatakan

bahwa 61% responden ialah laki-laki dengan kualitas hidup yang buruk.

c) Kondisi Komorbid Pasien

Penyakit penyerta yang biasa terjadi pada pasien GGK yang menjalani hemodialisis adalah hipertensi dan diabetes meilitus. Diabetes meilitus merupakan faktor penyakit penyerta yang biasa terjadi pada pasien GGK yang menjalani hemodialisis kemudian disusul hipertensi di urutan kedua. Menurut (Handayani & Rahmayati, 2015), pasien hemodialisis yang memiliki penyakit penyerta akan mengalami tanda gejala serta komplikasi lebih banyak dibandingkan pasien yang tidak memiliki penyakit penyerta, sehingga hal tersebut dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien GGK yang menjalani hemodialisis. Hasil penelitian (Handayani & Rahmayati, 2015)

d) Status Psikologis Pasien

Depresi yang terjadi pada pasien yang menderita penyakit kronik terkadang muncul terlambat dikarenakan seringnya pasien terlambat memahami kondisinya, perasaan depresi pada pasien hemodialisis muncul dari faktor yang mempengaruhi seperti pasien hemodialisis menjalani tindakan hemodiaisa sepanjang hidupnya, ketergantungan pasien terhadap pengobatan, diet, lingkungan sosial dan faktor *fatigue*, usia, status pekerjaan, IDWG, lama HD, dan tingkat pendidikan (Angraini, 2021). Berdasarkan hasil penelitian menggambarkan

distribusi Depresi pasien GGK yang menjalani hemodialisis di RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu pada tahun 2016, menunjukkan hampir sebagian responden (31,3%) memiliki tingkat depresi berat (Rustandi, 2018). Begitu pula penelitian dari Khusniyati, Yona dan Kariasa (2019) menjelaskan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara depresi terhadap kualitas hidup pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis.

e) Efikasi Diri

Efikasi diri adalah sesuatu yang dapat mengukur kualitas hidup dari individu dalam menghadapi sebuah penyakit yang dideritanya (Hanafi, 2020). Ketidakmampuan pasien untuk menyesuaikan diri dengan penyakitnya dapat mengakibatkan hasil yang negatif seperti ketidakpatuhan dalam pengobatan dan penurunan kualitas hidup (Kurniawan, 2019). Makin tinggi efikasi diri pasien akan membuat individu semakin percaya penyakit yang sedang diderita suatu saat setelah melakukan serangkaian proses pengobatan akan membuat individu tersebut sembuh dari sakitnya (Hanafi, 2020).

b. Faktor Eksternal

a) Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan tidak secara langsung berhubungan dengan penyakit, tetapi lebih banyak berkaitan dengan jenis pekerjaan dan penghasilan. Pasien gagal ginjal kronis yang berpendidikan tinggi akan memiliki pengetahuan yang lebih luas sehingga mampu mengontrol masalah yang dialaminya (Din, 2018).

Nurchayati (2011) menyebutkan bahwa pendidikan terdiri dari formal dan non formal. Jenjang pendidikan formal seperti SD, SMP, SMA dan perguruan tinggi, sedangkan pendidikan non formal seperti kursus, diklat, pelatihan dan lainnya. Lebih lanjut dikatakan Nurchayati (2011), tingkat pendidikan formal SMP ke bawah termasuk ke dalam tingkat pendidikan rendah, sedangkan tingkat pendidikan SMA dan perguruan tinggi termasuk jenjang pendidikan tinggi.

Jenjang pendidikan formal terdiri atas pendidikan dasar yaitu Sekolah Dasar (SD) dan Sekolah Menengah Pertama (SMP), Pendidikan Menengah yaitu Sekolah Menengah Atas (SMA) dan Sekolah Menengah Kejuruan (SMK), Pendidikan Tinggi yaitu Diploma dan Strata. (UU No. 20, Tahun 2023 Pasal 14).

b) Pekerjaan

Perbedaan kualitas hidup pada pekerjaan terjadi karena perbedaan beban kerja, lingkungan tempat bekerja dan jam kerja masing-masing jenis pekerjaan. Pasien banyak yang tidak bekerja dan kehilangan pekerjaan akibat kondisi fisiknya yang menurun dan cepat lelah setiap melakukan pekerjaan. Pasien GGK lebih banyak menghabiskan waktu untuk istirahat dirumah dibandingkan bekerja, sehingga berdampak pada status ekonomi yang dapat pula mengganggu tindakan pengobatan yang dilakukan pasien (Kusniawati, 2018).

c) Lama menjalani hemodialisis

Lama menjalani hemodialisis berperan penting dalam mempengaruhi kualitas hidup pasien gagal ginjal kronis. Semakin lama pasien menjalani terapi hemodialisis maka pasien akan semakin baik serta patuh karena pasien mendapatkan pendidikan kesehatan atau informasi tentang penyakitnya semakin banyak sehingga dapat mempengaruhi kualitas hidupnya menjadi semakin tinggi. (Rohmaniah, 2022).

Lama menjalani hemodialisis dibagi menjadi 2 yaitu baru < 12 bulan dan lama > 12 bulan (Devi, 2022).

d) Frekuensi hemodialisis

Setiap hemodialisis dilakukan sekitar 4-5 jam dengan frekuensi 2 kali dalam seminggu (PERNEFRI, 2018). Frekuensi hemodialisis dapat diberikan 3 kali dalam seminggu

dengan durasi 4-5 jam setiap kali hemodialisis, idealnya 10-15 jam/minggu (PERNEFRI, 2018). *Kidney Disease Outcomes Quality Initiative* menganjurkan pasien dengan *residual kidney function* rendah (kurang dari 2 ml/menit) untuk menjalani hemodialisis selama tiga kali dalam seminggu dengan durasi 3 jam setiap kali hemodialisis (Rocco et al., 2015). Umumnya di Indonesia pasien yang menjalani hemodialisis sebanyak 2-3 kali dalam seminggu dan rata-rata setiap kali hemodialisis 4-5 jam.

e) Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga adalah persepsi pasien tentang sikap, tindakan, dan penerimaan keluarga terhadap dirinya selama menjalani hemodialisis (Angraini, 2021). Penelitian yang dilakukan Fadlilah menjelaskan dukungan keluarga berkaitan dalam menunjang kualitas hidup seseorang, dikarenakan kualitas hidup merupakan suatu persepsi yang hadir dalam kemampuan, keterbatasan, gejala serta sifat psikososial hidup individu baik dalam konteks lingkungan budaya dan nilainya dalam menjalankan peran dan fungsinya sebagaimana mestinya (Fadlilah, 2019).

Dukungan keluarga adalah nasihat, sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita sakit. Peran keluarga sangat penting bagi setiap aspek perawatan kesehatan anggota keluarga. Dukungan keluarga pada pasien dengan gagal ginjal

20 kronik berupa dukungan instrumental, dukungan informasional, dukungan emosional, dukungan penghargaan dan dukungan harga diri. Dukungan keluarga ini diberikan sepanjang hidup pasien yang menunjang untuk penyembuhan pasien (Carolina & Aziz, 2019).

f) Dukungan Sosial

Pasien hemodialisis yang mendapatkan dukungan sosial dari lingkungan sekitar yang telah lama menjalani terapi hemodialisis akan mampu beradaptasi terhadap kondisi penyakit kronisnya (Angraini, 2021).

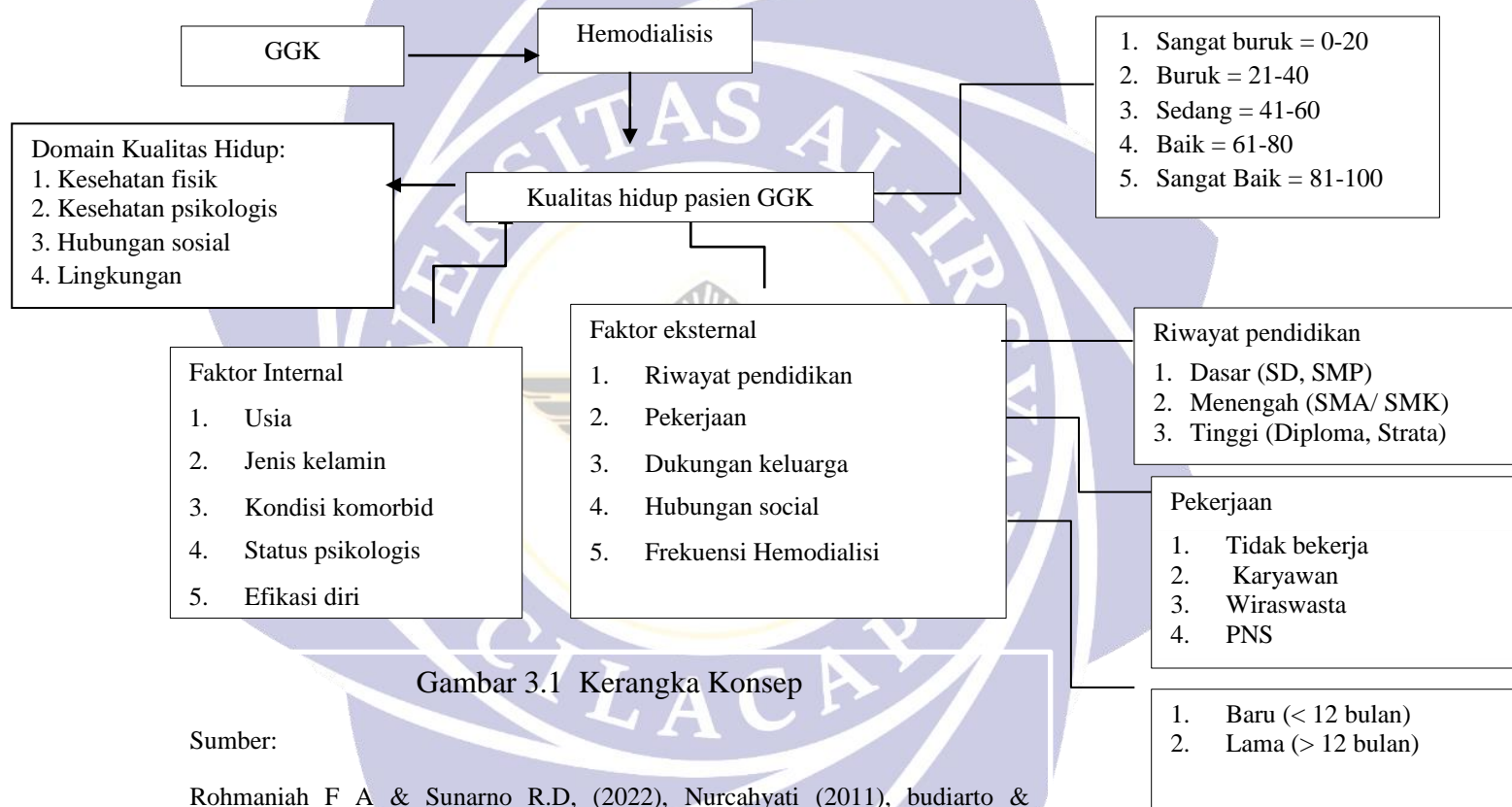
d. Pengukuran kualitas hidup

Kualitas hidup menurut WHOQOL Instrumen kualitas hidup (WHOQOL-BREF) ini merupakan rangkuman dari *World Health Organization Quality Of Life* (WHOQOL)- 100 yang terdiri dari 26 pertanyaan. WHOQOL-BREF terdiri dari dua bagian yang berasal dari kualitas hidup secara menyeluruh dan kesehatan secara umum, dan satu bagian yang terdiri dari 24 pertanyaan yang berasal dari WHOQOL-100.

Untuk menilai WHOQOL-BREF maka ada empat domain yang digabungkan yaitu domain fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungan. Semua pertanyaan berdasarkan pada skala likert lima poin (1- 5) yang fokus pada intensitas, kapasitas, frekuensi dan evaluasi. Skala respon intensitas mengacu kepada tingkatan dimana status atau situasi yang dialami individu. Skala respon kapasitas mengacu pada

kapasitas perasaan, situasi atau tingkah laku. Skala respon frekuensi mengacu pada angka frekuensi, atau kecepatan dari situasi atau tingkah laku. Skala respon evaluasi mengacu pada taksiran situasi dari situasi, kapasitas atau tingkah laku. Pertanyaan nomor 1 dan 2 pada kuesioner mengkaji tentang kualitas hidup secara menyeluruh dan kesehatan secara umum. Domain 1 fisik terdapat pada pertanyaan nomor 3,4,10,15,16,17, dan 18. Domain 2 psikologis ada pada pertanyaan nomor 5,6,7,11,19,dan 26. Domain 3 hubungan sosial ada pada pertanyaan nomor 20,21 dan 22. Domain 4 lingkungan ada pada pertanyaan nomor 8,9,12,13,14,23,24, dan 25. 40 Instrumen ini juga terdiri atas pertanyaan positif, kecuali pada tiga pertanyaan yaitu nomor, 3,4 dan 26 yang bernilai negatif. Pada penelitian ini skor tiap domain (raw score) ditransformasikan dalam skala 0-100 dengan menggunakan rumus baku yang sudah ditetapkan oleh WHO. (Ardhanari,2022)

B. KERANGKA TEORI



Gambar 3.1 Kerangka Konsep

Sumber:

Rohmaniah F A & Sunarno R.D, (2022), Nurcahyati (2011), budiarto & Anggraeni, (2002), Ipo, 2018 Handayani & Rahmayati, (2015) Angraini, (2021), Hanafi, (2020) Din, (2018) Kusniawati, (2018) Rohmaniah F. A & Sunarno R.D, (2022). PERNEFRI, (2018), Fadlilah (2019)