

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kajian Pustaka

Berdasarkan hasil penelitian Syafitri & Mailani (2018) dengan judul “Gambaran kualitas hidup pasien PGK yang menjalani hemodialisa” didapatkan hasil bahwa dari 51 pasien diperoleh hasil sebanyak 28 pasien (54.9%) pasien mengalami kualitas hidup buruk dan 23 pasien (45.1%) pasien yang mengalami kualitas hidup baik pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa. Berdasarkan penelitian di atas dapat disimpulkan bahwa kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa yaitu terdapat dari separuh pasien mengalami kualitas hidup buruk.

Berdasarkan hasil penelitian Setiawan & Resa (2018) dengan judul “Gambaran Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronis Yang Menjalani Terapi Hemodialisa” menyatakan bahwa Kualitas hidup pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa berkategori rendah sebanyak 37 orang (51.4%). Berdasarkan kesehatan sebanyak 44 orang (61.1%), memiliki kualitas hidup sedang berdasarkan kepemilikan sebanyak 51 (70.8%), dan memiliki kualitas hidup rendah berdasarkan harapan sebanyak 39 (54.2%).

Berdasarkan hasil penelitian Putri (2014) dengan judul “Gambaran Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Terapi Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis” menyatakan bahwa sebanyak 76,59% pasien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi CAPD memiliki kualitas hidup yang baik dan 23,40% termasuk dalam kategori buruk. Hal ini sesuai dengan

penelitian yang dilakukan oleh Fatayati yang menilai kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi CAPD dengan menggunakan kuesioner kualitas hidup dari Spitzer di dapatkan hasil bahwa 68,75% responden termasuk dalam kategori baik, sedangkan sisanya sebanyak 31,25% termasuk dalam kategori sedang.

2.2 Konsep Penyakit Ginjal Kronik

2.2.1 Pengertian

Penyakit Ginjal Kronik (PGK) merupakan suatu kegagalan fungsi ginjal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan serta elektrolit akibat destruksi struktur ginjal yang progresif yang ditandai dengan penumpukan sisa metabolisme (*toksik uremik*) di dalam tubuh (Muttaqin & Sari, 2011). Penyakit ginjal kronik adalah keadaan di mana terjadi kerusakan ginjal progresif yang berakibat fatal dan ditandai dengan uremia dan limbah nitrogen lainnya yang beredar dalam darah, serta komplikasinya jika tidak dilakukan dialisis atau transplantasi ginjal (Nursalam & Batticaca, 2011).

Penyakit ginjal kronik merupakan akibat terminal destruksi jaringan dan kehilangan fungsi ginjal yang berlangsung secara berangsur – angsur yang ditandai dengan fungsi filtrasi glomerulus yang tersisa kurang dari 25% (Kowalak, Weish, & Mayer, 2011). Kesimpulan definisi penyakit ginjal kronik (PGK) berdasarkan beberapa sumber di atas adalah suatu keadaan di mana terjadi kegagalan

atau kerusakan fungsi kedua ginjal untuk mempertahankan metabolisme, keseimbangan cairan dan elektrolit serta lingkungan dalam yang cocok untuk bertahan hidup sebagai akibat terminal dari destruksi atau kerusakan struktur ginjal yang berangsur – angsur, progresif, irreversibel dan ditandai dengan penumpukan sisa metabolisme (toksik *uremik*), limbah nitrogen lainnya yang beredar dalam darah dan fungsi filtrasi glomerulus yang tersisa kurang dari 25% serta komplikasi dan berakibat fatal jika tidak dilakukan dialisis atau transplantasi ginjal

2.1.2. Klasifikasi

Menurut Widyawati (2017) Klasifikasi penyakit ginjal kronik didasarkan atas dua hal yaitu, atas dasar derajat (*stage*) penyakit dan atas dasar diagnosis etiologi. Klasifikasi atas dasar derajat penyakit, dibuat atas dasar LFG, yang dihitung dengan mempergunakan rumus Kockcroft-Gault sebagai berikut :

$$LFG (ml/mnt/(1,73m^2)) = \frac{(140 - umur) K \text{ berat badan}}{72 K \text{ kreatinin plasma (mg/dl)}}$$

Tabel 2.1

Klasifikasi Penyakit Ginjal Kronik berdasarkan Derajat Penyakit

Derajat	Penjelasan	LFG (ml/menit/1,73m ²)
1	Kerusakan ginjal dengan LFG normal /	≥90
2	Kerusakan ginjal dengan LFG turun ringan	60-89
3	Kerusakan ginjal dengan LFG Turun Sedang	30-59
4	Kerusakan ginjal dengan LFG Turun berat	15-29

2.1.3 Etiologi

Penyakit ginjal kronik disebabkan oleh penyakit sebagai berikut hipertensi, nefropati diabetika, glomerulopati primer, nefropati obstruktif, pielonefritis kronik, nefropati asam urat, ginjal polikistik dan nefropati lupus , tidak diketahui dan lain - lain. Faktor terbanyak penyebab penyakit ginjal kronik adalah penyakit ginjal hipertensi dengan presentase 37% (PENEFRI, 2014).

2.1.4 Patofisiologi

Penyakit ginjal kronik (PGK) sering berlangsung secara progresif melalui empat derajat. Penurunan cadangan ginjal menggambarkan LFG sebesar 35% sampai 50% laju filtrasi normal. Insufisiensi renal memiliki LFG 20 % sampai 35% laju filtrasi normal. Gagal ginjal mempunyai LFG 20% hingga 25% laju filtrasi normal, sementara penyakit ginjal stadium terminal atau akhir (*end stage renal disease*) memiliki LFG < 20% laju filtrasi normal (Kowalak, Weish, & Mayer,

2011).

Proses terjadinya penyakit ginjal kronik pada awalnya tergantung pada penyakit yang mendasarinya, tetapi dalam proses perkembangannya yang terjadi kurang lebih sama. Dua adaptasi penting dilakukan oleh ginjal untuk mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit. Penurunan massa ginjal mengakibatkan hipertrofi struktural dan fungsional nefron yang masih bertahan (*surviving nephrons*) sebagai upaya kompensasi ginjal untuk melaksanakan seluruh beban kerja terhadap ginjal, yang diperantarai oleh molekul vasoaktif seperti sitokinin dan *growth factors*. Hal ini menyebabkan peningkatan kecepatan filtrasi, yang disertai oleh peningkatan tekanan kapiler dan aliran darah glomerulus. Mekanisme adaptasi ini cukup berhasil untuk mempertahankan keseimbangan elektrolit dan cairan tubuh, hingga ginjal dalam tingkat fungsi yang sangat rendah. Pada akhirnya, jika 75% massa nefron sudah hancur, maka LFG dan beban zat terlarut bagi setiap nefron semakin tinggi, sehingga keseimbangan glomerulus– tubulus (keseimbangan antara peningkatan filtrasi dan reabsorpsi oleh tubulus) tidak dapat lagi dipertahankan (Price & Wilson, 2013).

Glomerulus yang masih sehat pada akhirnya harus menanggung beban kerja yang terlalu berlebihan. Keadaan ini dapat mengakibatkan terjadinya sklerosis, menjadi kaku dan nekrosis. Zat – zat toksik menumpuk dan perubahan yang potensial menyebabkan kematian

terjadi pada semua organ – organ penting (Kowalak, Weish, & Mayer, 2011).

2.1.5 Manifestasi Klinis

Menurut Harmilah (2020), beberapa tanda dan gejala seseorang mengalami penyakit ginjal, meliputi:

1. Lebih sering ingin buang air kecil, terutama di malam hari
2. Kram otot
3. Kulit terasa gatal
4. Adanya darah atau protein dalam urin yang dideteksi saat tes urin
5. Berat badan turun atau kehilangan berat badan
6. Kehilangan nafsu makan
7. Penumpukan cairan yang mengakibatkan pembengkakan pada pergelangan kaki dan tangan
8. Nyeri pada dada akibat cairan menumpuk di sekitar jantung
9. Mengalami kejang pada otot
10. Mengalami gangguan pernapasan atau sesak nafas
11. Mual dan muntah
12. Mengalami gangguan tidur atau susah tidur
13. Terjadi disfungsi ereksi pada pria

2.1.6 Penatalaksanaan

Menurut Nuari dan Widayati (2017), tujuan dari penatalaksanaan penyakit ginjal kronik adalah menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit serta mencegah komplikasi, yaitu sebagai berikut:

1. Konservatif

- 1) Dilakukan pemeriksaan lab darah dan urin
- 2) Observasi *balance* cairan
- 3) Observasi adanya odema
- 4) Batasi cairan yang masuk

2. Dialisis

Terdapat 2 jenis dialisis yaitu, hemodialisis dan peritoneal dialisis. Dialisis dapat dilakukan untuk mencegah komplikasi penyakit ginjal yang serius seperti hiperkalemia, pericarditis dan kejang. Dialisis memperbaiki abnormalitas biokimia; menyebabkan cairan, protein dan natrium dapat dikonsumsi secara bebas; menghilangkan kecenderungan perdarahan; dan membantu penyembuhan luka.

3. Koreksi hiperkalemia

Mengendalikan kalium darah sangat penting karena dapat menimbulkan kematian mendadak. Bila terjadi hiperkalemia, maka pengobatannya adalah dengan

mengurangi intake kalium, pemberian natrium bikarbonat dan pemberian infus glukosa.

4. Koreksi anemia

Penatalaksanaan yang pertama ditujukan untuk mengatasi factor defisiensi. Kemudian mencari apakah ada perdarahan yang mungkin dapat diatasi. Pengendalian penyakit ginjal secara keseluruhan akan meningkatkan hemoglobin. Transfusi darah hanya dapat diberikan bila ada indikasi yang kuat, misalnya ada insufisiensi koroner.

5. Koreksi asidosis

Pemberian asam melalui makanan dan obat-obatan harus dihindari. Natrium bikarbonat dapat diberikan peroral atau parenteral. Pada permulaan 100 mEq natrium bikarbonat diberikan intravena secara perlahan, jika diperlukan dapat diulang. Hemodialisis dan dialysis peritoneal dapat juga mengatasi asidosis.

6. Pengendalian hipertensi

Pengendalian hipertensi dapat dilakukan dengan memberikan obat beta *blocker*, alpa metildopa dan vasodilator. Selain itu juga dengan mengurangi *intake* garam dalam mengendalikan hipertensi harus hati-hati karena tidak semua penyakit ginjal disertai dengan retensi natrium.

7. Transplantasi ginjal

Tindakan ini dilakukan dengan melakukan pencangkokkan ginjal yang sehat kepada klien penyakit ginjal kronik, maka seluruh faal ginjal digantikan oleh ginjal yang baru.

2.2 Konsep Hemodialisis

2.2.1 Definisi

Hemodialisis dapat didefinisikan sebagai suatu proses pengubahan komposisi solute darah oleh larutan lain (cairan dialisat) melalui membran semi permeabel (membran dialisis). Tetapi pada prinsipnya, hemodialisis adalah suatu proses pemisahan atau penyaringan atau pembersihan darah melalui suatu membran semipermeabel yang dilakukan pada pasien dengan gangguan fungsi ginjal baik akut maupun kronik (Suhardjono, 2014).

Hemodialisis adalah pergerakan larutan dan air dari darah klien melewati membran semipermeabel (*dialyzer*) ke dalam dialisat. *Dyalizer* juga dapat dipergunakan untuk memindahkan sebagian besar volume cairan. Hemodialisis biasanya dilakukan karena klien menderita penyakit ginjal akut dan kronik akibat dari: azotemia, simptomatis berupa ensefalopati, *pericarditis*, uremia, hiperkalemia berat, kelebihan cairan yang tidak responsif dengan diuretik, asidosis yang tidak bias diatasi, batu ginjal dan sindrom hepatorenal (Harmilah, 2020).

Hemodialisis menggunakan prinsip-prinsip difusi zat terlarut menembus membrane semipermeabel. Perpindahan produk sisa metabolik berlangsung mengikuti penurunan gradien konsentrasi dari sirkulasi ke dalam dialisat. Indikasi dialisis pada Penyakit Ginjal Kronik adalah bila laju filtrasi glomerulus (LFG) sudah kurang dari 5 mL/menit. Dialisis di anggap baru perlu di mulai bila di jumpai salah satu dari hal berikut: Keadaan umum buruk dan gejala klinis nyata, K serum > 6 mEq/L, Ureum darah > 200 mg/L, pH darah $< 7,1$, Anuria berkepanjangan (> 5 hari), dan fluid overloaded atau hipervolemia (Tokala et al., 2015).

2.2.2 Tujuan Hemodialisis

Menurut Nuari & Widayati (2017) tujuan dari pengobatan hemodialisis antara lain:

1. Menggantikan fungsi ginjal dalam fungsi ekskresi, yaitu membuang sisa-sisa metabolisme dalam tubuh seperti ureum, kreatinin, dan sisa metabolisme lainnya.
2. Menggantikan fungsi ginjal dalam mengeluarkan cairan tubuh yang seharusnya dikeluarkan sebagai urin saat ginjal sehat.
3. Meningkatkan kualitas hidup klien yang menderita penyakit ginjal.
4. Menggantikan fungsi ginjal sambil menunggu pengobatan lain.

2.2.3 Prinsip yang Mendasari Hemodialisis

Menurut Harmilah (2020), seperti pada ginjal terdapat tiga prinsip yang mendasari kerja hemodialisis, yaitu difusi, osmosis dan ultrafiltrasi.

1. Difusi

Proses difusi adalah proses berpindahnya zat terlarut ke dialisat karena adanya perbedaan kadar di dalam darah.

2. Osmosis

Proses osmosis adalah proses berpindahnya air karena tenaga kimiawi yaitu perbedaan osmosilitas dan dialisat.

3. Ultrafiltrasi

Proses ultrafiltrasi adalah proses berpindahnya zat terlarut dan air karena perbedaan hidrostatis di dalam darah dan dialisat.

Luas permukaan membran dan daya saring membran mempengaruhi jumlah zat dan air yang berpindah. Pada saat dialysis, klien, *dialyzer* dan rendaman dialisat memerlukan pemantauan yang konstan untuk mendeteksi berbagai komplikasi yang dapat terjadi (misalnya: emboli udara, ultrafiltrasi yang tidak adekuat atau berlebihan (hipotensi, kram, muntah), perembesan darah, kontaminasi dan komplikasi terbentuknya pirau atau fistula) (Harmilah, 2020).

2.2.4 Indikasi Hemodialisis

1. Menurut Nuari dan Widayati (2017), pengobatan biasanya dimulai apabila penderita sudah tidak sanggup lagi bekerja untuk purna

waktu, menderita neuropati perifer atau memperlihatkan gejala klinis lainnya. Pengobatan biasanya juga dapat dimulai jika kadar kreatinin serum diatas 6 mg/100 ml pada pria, 4 mg/100 ml pada wanita dan *Glomerulo Filtration Rate* (GFR) kurang dari 4 ml/menit. Penderita tidak boleh dibiarkan terus menerus berbaring di tempat tidur atau sakit berat sampai kegiatan sehari-hari tidak dilakukan lagi. Secara ideal semua klien dengan Laju Filtrasi *Goal* (LFG) kurang dari 15 mL/menit, LFG kurang dari 10 mL/menit dengan gejala uremia/malnutrisi dan LFG kurang dari 5 mL/menit walaupun tanpa gejala dapat menjalani dialisis.

2. Selain indikasi tersebut juga disebutkan adanya indikasi khusus apabila jika terdapat komplikasi akut seperti oedem paru, hiperkalemia, asidosis metabolik berulang, dan nefropati diabetic. Hemodialisis biasanya dimulai ketika bersihan kreatinin menurun dibawah 10 mL/menit, ini sebanding dengan kadar kreatnin serum 8-10 mg/dL. Klien yang terdapat gejala-gejala uremia dan secara mental dapat membahayakan dirinya juga dianjurkan dilakukan hemodialisis (Nuari dan Widayati, 2017).
3. Selain itu indikasi relatif dari hemodialisis adalah azotemia simptomatis, berupa ensefalopati dan toksin yang dapat didialisis. Sedangkan indikasi khusus adalah *pericarditis* uremia, hiperkalemia, kelebihan cairan yang tidak responsif dengan

diuretik (oedem pulmonum), dan asidosis yang tidak dapat diatasi (Nuari dan Widayati, 2017).

2.2.5 Dampak Hemodialisis

Dampak yang terjadi akibat hemodialisis yaitu dapat menyebabkan perubahan fisik dan psikologis diantaranya kelemahan, nyeri pada telapak kaki, kering, perubahan tingkah laku, kulit berwarna cokelat keabu-abuan, kuku rapuh, kulit mudah terkelupas, rambut tipis, hipertensi, pitting edema (kaki, tangan, dan sakrum), hiperkalemia, takipnea napas kussmaul, dll (Nurhayati & Wulandari, 2020).

Pasien PGK sebelum menjalani dialisis akan sangat terganggu aktivitasnya baik untuk bekerja maupun bergaul, juga kesulitan dalam tidur karena rasa sakit yang dirasakan. Disamping itu berbagai keluhan fisik dikeluhkan pasien tergantung dari tingkat keparahan penyakitnya dan komplikasi yang menyertai yang tidak sama antara satu pasien dengan pasien lainnya. Hal ini sesuai dengan teori yang mengatakan bahwa pasien PGK akan merasakan adanya rasa tidak nyaman, sesak, oedema, nyeri dada, rasa mual atau bahkan muntah, serta kram otot yang mengakibatkan nyeri hebat. Untuk itu pasien sangat tergantung pada terapi dialisis untuk meningkatkan kualitas hidupnya (Datuan, 2018).

Proses hemodialisa membutuhkan waktu selama 4 – 5 jam umumnya akan menimbulkan stres, pasien akan merasakan

kelelahan, sakit kepala, dan keluar keringat dingin akibat tekanan darah yang menurun. Terapi HD juga akan mempengaruhi keadaan psikologis pasien. Pasien akan mengalami gangguan proses berpikir dan konsentrasi serta gangguan dalam berhubungan sosial. Semua kondisi tersebut akan menyebabkan menurunnya kualitas hidup pasien PGK yang menjalani terapi HD. Kualitas hidup pasien PGK yang menjalani terapi HD sangat dipengaruhi oleh beberapa masalah yang terjadi sebagai dampak dari terapi HD dan juga dipengaruhi oleh gaya hidup pasien (Datuan, 2018).

Perubahan yang dialami pada pasien hemodialisa, juga dirasakan oleh keluarga seperti perubahan gaya hidup. Keluarga dan sahabat memandang pasien sebagai orang yang mempunyai keterbatasan dalam kehidupannya, karena hemodialisa akan membutuhkan waktu yang dapat mengurangi pasien dalam melakukan aktivitas sosial, dan dapat menimbulkan konflik, frustrasi, serta rasa bersalah didalam keluarga (Puspitaningrum, 2018).

2.3 Konsep Kualitas Hidup

2.3.1 Definisi

Kualitas hidup dapat diartikan sebagai persepsi individu mengenai keberfungsian mereka di dalam bidang kehidupan. Lebih spesifiknya adalah penilaian individu terhadap posisi mereka di dalam kehidupan, dalam konteks budaya dan sistem nilai dimana mereka hidup dalam kaitannya dengan tujuan individu, harapan,

standar serta apa yang menjadi perhatian individu (Jacob & Sandjaya, 2018). *The World Health Organization Quality of Life* atau WHOQOL *Group* tahun 2012 dalam (Jacob & Sandjaya, 2018) mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi individu terhadap kehidupannya di masyarakat dalam konteks budaya dan sistem nilai yang ada dan terikat dengan tujuan, harapan, standar, dan juga perhatian. Kualitas hidup dalam hal ini merupakan suatu konsep yang dipengaruhi kondisi fisik individu, psikologis, tingkat kemandirian, serta hubungan individu dengan lingkungan (Ekasari, et al, 2019).

Kualitas hidup adalah tingkat kepuasan atau ketidakpuasan yang dirasakan seseorang tentang berbagai aspek dalam kehidupannya. Kualitas hidup termasuk kemandirian, *privacy*, pilihan, penghargaan dan kebebasan bertindak. Kualitas hidup adalah tingkatan yang menggambarkan keunggulan seorang individu yang dapat dinilai dari kehidupan mereka. Keunggulan individu tersebut biasanya dilihat dari tujuan hidupnya, kontrol pribadinya, hubungan interpersonal, perkembangan pribadi, intelektual dan kondisi materi (Ekasari, et al, 2019).

Berdasarkan beberapa definisi di atas maka dapat disimpulkan bahwa, kualitas hidup adalah persepsi individu terhadap kesehatan fisik, sosial, dan emosi yang dimilikinya. Hal tersebut berkaitan dengan keadaan fisik dan emosi individu tersebut dalam

kemampuannya melaksanakan aktifitas sehari-hari yang ditunjang dengan sarana dan prasarana yang ada di lingkungan sekitar.

2.3.2 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup

Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup dibagi menjadi dua bagian yaitu bagian pertama adalah sosio demografi meliputi jenis kelamin, usia, suku/etnik, pendidikan, pekerjaan dan status perkawinan. Bagian kedua adalah medik berupa lama menjalani hemodialisa, stadium penyakit, dan terapi yang dijalani (Rahman, Kaunang, & Elim, 2016).

2.3.3 Penilaian Kualitas Hidup

Instrumen WHOQoL ini telah dikembangkan secara kolaborasi dalam sejumlah pusat dunia. Instrumen WHOQoL-BREF terdiri dari 26 item, merupakan instrumen kualitas kehidupan paling pendek, namun instrumen ini bisa mengakomodasi ukuran dan kualitas kehidupan seperti yang ditunjukkan dalam sifat psikometrik dan hasil pemeriksaan internasional versi pendek ini lebih sesuai. Praktis dan sedikit memakan waktu dibandingkan WHOQoL-100 item atau instrumen lainnya. (Nursalam, 2017).

The WHOQoL-BREF menghasilkan kualitas profil hidup adalah mungkin untuk menurrunkan empat skor domain. Keempat skor doamain menunjukkan sebuah persepsi individu tentang kualitas kehidupan di domain tertentu. Domain skor beskalakan ke arah yang positif (yaitu skor yang lebih tinggi menunjukkan kualitas

hidup lebih tinggi). Biasanya seperti cakupan indeks antara 0 (mati) dan 1 (kesehatan sempurna). Semua skala dan faktor tunggal diukur dalam rentang skor 0-100. Nilai skala yang tinggi mewakili tingkat respons yang lebih tinggi. Jadi nilai tinggi untuk mewakili skala fungsional tinggi atau tingkat kesehatan yang lebih baik; nilai yang tinggi untuk status kesehatan umum atau QoL yang tinggi; tetapi nilai tinggi untuk skala gejala menunjukkan tingginya simptomatologi atau masalah. Dengan menggunakan teknik Tem Trade Off dimana 0 menunjukkan kematian dan 100 menunjukkan lebih buruk dari mati. Rating scale (RS) mengukur QoL dengan cara yang sangat mudah, RS menanyakan QoL secara langsung sebagai sebuah titik dari 0 yang berhubungan dengan kematian dan kurang dari 100, yang berhubungan dengan kesehatan yang sempurna (Nursalam, 2017).

Instrumen kualitas hidup WHOQOL-BREF (*World Health Organization Quality Of Life-BREF*) merupakan pengembangan dari instrumen WHOQOL-100. Kedua instrumen ini dibuat oleh tim dari *World Health Organization* (WHO). Instrumen WHOQOL-BREF adalah alat ukur yang *valid* ($r = 0.89-0.95$) dan *reliable* ($R = 0.66-0.87$) (Nursalam, 2017).

Instrumen 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 (Koesmanto, 2016). Menurut Raudhah (2012) dalam (Koesmanto, 2016) 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 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. 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.

Tabel 2.2 Kisi-kisi Kuesioner

WHOQOL-BREF	Item Favourable	Item Unfavourable
Dimensi Fisik	10,15,16,17,18	3,4
Dimensi Kesejahteraan Psikologis	5,6,7,11,19	26
Dimensi Sosial	20,21,22	
Dimensi Lingkungan	8,9,12,13,14,23,24,25	
Sumber : (Koesmanto, 2016)		

Tabel 2.3 Skoring Jawaban WHOQOL-BREF

Skoring Item Favourable	Jawaban	Skoring Item Unfavourable
1	Sangat buruk, tidak sama sekali	5
2	Buruk, sedikit	4
3	Biasa saja, sedang	3
4	Sangat sering	2
5	Sangat baik, sangat memuaskan	1
Sumber : (Koesmanto, 2016)		

Skor tiap domain yang didapat dari alat ukur WHOQOL-BREF (raw score) harus ditransformasikan sehingga nilai skor dari alat ukur ini dapat dibandingkan dengan nilai skor yang digunakan dalam alat ukur WHOQOL – 100 (WHO Groups, 2014). Skor tiap domain (raw score) ditansformasikan dalam skala 0 – 100 dengan menggunakan rumus baku yang sudah ditetapkan WHO dibawah ini :

$$\text{Transformed Score} = \frac{\text{Tabel Transformed Score}}{100} \times \text{Raw Score}$$

Hasil dipersentasikan dengan cara pemberian skor dan diinterpretasikan dengan menggunakan kriteria sebagai berikut : (WHO, 2014).

0-25 = Kualitas Hidup kurang

26-50 = Kualitas Hidup cukup

51-75 = Kualitas Hidup Baik

76-100 = Kualitas Hidup Sangat Baik

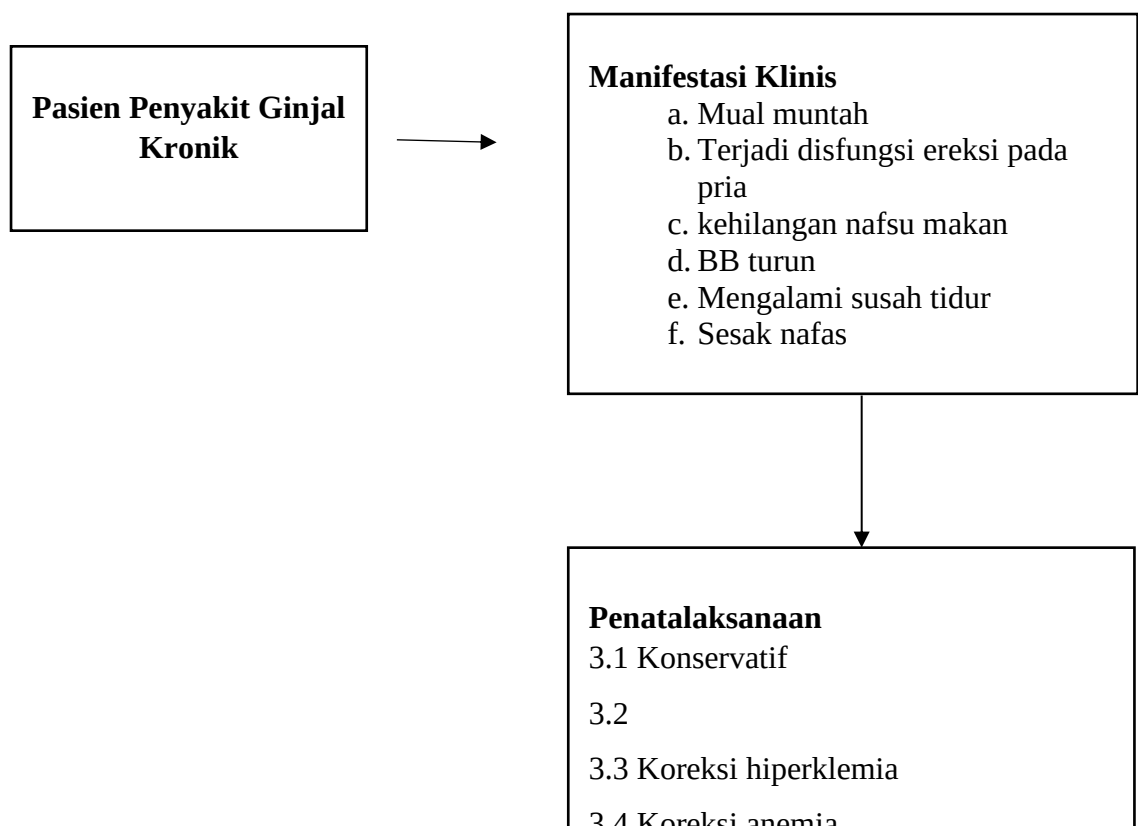
2.3.4 Domain Kualitas Hidup

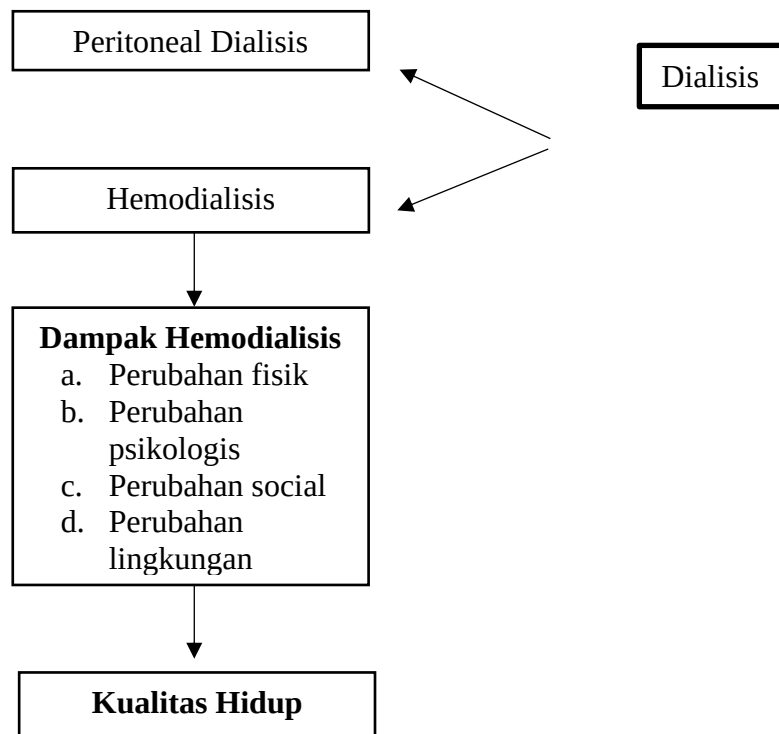
Menurut WHO ada empat domain yang dijadikan parameter untuk mengetahui kualitas hidup (Nursalam, 2017). Setiap domain dijabarkan dalam beberapa aspek, yaitu:

1. Domain kesehatan fisik : Kegiatan kehidupan sehari-hari, Ketergantungan pada bahan obat dan bantuan medis, Energi dan kelelahan, Mobilitas, Rasa sakit dan ketidaknyamanan, Tidur dan istirahat, Kapasitas kerja
2. Domain Psikologis : Bentuk dan tampilan tubuh, Perasaan negative, Perasaan positif, Penghargaan diri, Spiritualitas agama atau keyakinan pribadi, Berpikir, belajar, memori, dan konsentrasi
3. Domain Hubungan Sosial, Hubungan pribadi, Dukungan social, Aktifitas seksual
4. Domain Lingkungan: Sumber daya keuangan, Kebebasan, keamanan, dan kenyamanan fisik, Kesehatan dan kepedulian sosial: aksesibilitas dan kualitas, Lingkungan rumah, Peluang untuk memperoleh informasi dan keterampilan

baru, Lingkungan fisik (polusi atau kebisingan atau lalu lintas atau iklim.

Bagan 2.1
Kerangka Operasional





Sumber : (Nurhayati & Wulandari, 2020), (Harmilah, 2020), (Nuari & Widayati, 2017)