

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Penyakit Ginjal Kronik

1. Pengertian

Menurut beberapa ahli pengertian tentang penyakit ginjal kronik adalah sebagai berikut:

- a. Penyakit ginjal kronis atau *End Stage Renal Disease* (ESRD) merupakan gangguan fungsi ginjal yang progresif dan ireversibel dimana tubuh mengalami ke gagal untuk mempertahankan metabolisme, keseimbangan cairan dan elektrolit, sehingga menyebabkan terjadinya uremia (retensi urea dan sampah nitrogen lain dalam darah) (Smeltzer & Bare, 2008).
- b. Penyakit ginjal kronis adalah kegagalan fungsi ginjal untuk mempertahankan metabolisme serta keseimbangan cairan dan elektrolit akibat kerusakan struktur ginjal yang progresif ditandai dengan adanya penumpukan sisa metabolit (toksik uremik) di dalam darah (Mutaqin, 2011).
- c. Penyakit ginjal kronis adalah penurunan progresif fungsi ginjal dalam beberapa bulan atau beberapa tahun, penyakit ginjal kronis didefinisikan sebagai kerusakan ginjal dan/atau penurunan *Glomerular Filtration Rate* (GFR) kurang dari 60mL/min/1,73 m² selama minimal 3 bulan (KDIGO, 2013)

Berdasarkan beberapa pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa penyakit ginjal kronis adalah suatu keadaan dimana terjadi kerusakan pada ginjal secara terus menerus sehingga tidak dapat disembuhkan kembali, dan ditandai dengan penumpukan toksik dalam darah dan penurunan *Glomerular Filtration Rate* (GFR) kurang dari 60ml/min/1,73 m² selama minimal 3 bulan.

2. Etiologi

Menurut *Indonesian Renal Registry* (2015) penyebab penyakit ginjal kronis di Indonesia adalah Glumerulopati Primer/GNC (8%), Nefropati Diabetika (22%), Nefropati Lupus/SLE (1%), Penyakit Ginjal Hipertensi (44%), Ginjal Polikistik (1%), Nefropati Asam Urat (1%), Nefropati Obstruksi (5%), Pielonefritis Chronic (7%), Lain-lain (8%), dan tidak diketahui (3%). Penyakit ginjal kronik sering menjadi penyakit komplikasi dari penyakit lain, sehingga sering disebut penyakit sekunder (*secondary illness*). Penyebab yang paling sering adalah diabetes mellitus dan hipertensi. Selain itu, ada juga penyebab penyakit ginjal kronik yaitu, penyakit glomerular kronis (glomerulonefritis), infeksi kronis (pyelonefritis kronis, tuberculosis), kelainan congenital (polikistik ginjal), penyakit vaskuler (renal nephrosclerosis), obstruksi saluran kemih (nephrolitgisis), penyakit kolagen (Syistemic Lupus Erythematosus), dan obat-obatan nefrotoksik (aminoglikogen) (Robinson, 2013).

3. Klasifikasi

Klasifikasi dari penyakit ginjal kronik menurut KDIGO (2013) adalah sebagai berikut :

Tabel 2.1

Klasifikasi penyakit ginjal kronik

Stadium	Penjelasan	Kategori GFR (mL/min/1.73m ²)
G1	Ginjal normar atau kerusakan ginjal dengan GFR yang meningkat	≥ 90
G2	Kerusakan ginjal dengan penurunan GFR ringan	60-89
G3a	Kerusakan ginjal dengan penurunan GFR ringan sampai sedang	45-59
G3b	Kerusakan ginjal dengan penurunan GFR sedang sampai berat	30-44
G4	Kerusakan ginjal dengan penurunan GFR berat	15-29
G5	Gagal ginjal	<15

Sumber : KDIGO Kidney Disease: Improving Global Outcome (KDIGO) 2013

4. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada pasien penyakit ginjal kronis (PGK) tergantung pada stadium yang dialaminya, dengan tujuan untuk mempertahankan fungsi ginjal dan homeostasisnya penatalaksanaan PGK dibagi menjadi 2 tahapan (Price & Watson, 2015). Tahap yang pertama adalah untuk mencegah progresivitas penyakit ginjal kronik bisa dilakukan dengan cara, antara lain pengaturan diet (protein, fosfat, kalium dan glukosa), penyesuaian dosis obat yang diberikan dan juga pemberian edukasi (Brenner & Lazarus, 2012).

Tahap selanjutnya dilakukan ketika tahapan pengobatan yang pertama sudah tidak mampu untuk mengatasinya berupa terapi pengganti ginjal (Lemone & Burke, 2010). Pasien yang telah mengalami penyakit ginjal stadium akhir biasanya ditandai dengan uremia, pada stadium ini harus dilakukan terapi pengganti ginjal (Brenner & Lazarus, 2012). Terdapat dua terapi pengganti ginjal yang pertama adalah dialisis (hemodialisis dan peritoneal dialisis) dan yang kedua adalah transplantasi ginjal.

B. Hemodialisis

1. Pengertian

Menurut beberapa ahli pengertian dari hemodialisis adalah sebagai berikut :

- a. Hemodialisis merupakan suatu 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 jangka panjang atau

permanen. Tujuan hemodialisis adalah untuk mengeluarkan zat-zat nitrogen yang toksik dari dalam darah dan mengeluarkan air yang berlebihan (Suharyanto, 2009).

- b. Hemodialisis adalah proses dimana darah penderita dialirkan untuk dilakukan pemisahan (penyaringan) sisa-sisa metabolisme melalui selaput permeabel dalam ginjal buatan dengan bantuan mesin hemodialisis. Darah yang sudah bersih dipompakan kembali kedalam tubuh selama tindakan dialisis darah pasien berada pada suatu sisi membran didalam kompartemen darah. Dialisis pada sisi yang lain, yaitu pada kompartemen dialisis. Dialisis dan darah tidak akan bercampur kecuali membran bocor atau rusak (Kristiana, 2011)
- c. Hemodialisis adalah suatu teknologi tinggi sebagai terapi pengganti fungsi ginjal untuk mengeluarkan sisa-sisa metabolisme atau racun tertentu dari peredaran darah manusia seperti air, natrium, kalium, hidrogen, urea, kreatinin, asam urat, dan zat-zat lain melalui membrane semi permeabel sebagai pemisah darah dan cairan dialisis pada ginjal buatan dimana terjadi proses difusi, osmosis dan ultrafiltrasi (Rendi, 2012)

Berdasarkan beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa hemodialisis adalah suatu terapi yang digunakan untuk menggantikan fungsi ginjal yang rusak dengan menggunakan suatu alat yang dinamakan mesin hemodialisis, yang nantinya akan terjadi proses difusi, osmosis dan ultrafiltrasi yang bertujuan untuk mengeluarkan sisa metabolisme dalam tubuh.

2. Tujuan hemodialisis

Hemodialisis adalah suatu terapi yang mempunyai beberapa tujuan. Tujuan dari hemodialisis itu sendiri diantaranya adalah untuk menggantikan fungsi kerja ginjal untuk proses ekskresi (membuang

produk sisa metabolisme dalam tubuh, misalnya ureum, kreatinin, dan produk sisa metabolisme lainnya), fungsi lainnya seperti menggantikan fungsi ginjal untuk mengeluarkan cairan tubuh yang pada saat ginjal masih sehat cairan tersebut dikeluarkan berupa urin, meningkatkan kualitas hidup pasien yang mengalami penurunan fungsi ginjal serta mempunyai fungsi untuk menggantikan fungsi ginjal sambil menunggu pengobatan lainnya (Suharyanto, 2009).

3. Peralatan hemodialisis

a. Mesin hemodialisis

Mesin hemodialisis adalah suatu mesin khusus yang dirancang untuk hemodialisis. Mesin ini mengatur dialisat dengan sistem proporsional, memantau tekanan dan konduktivitas dialisat dan darah, mengatur suhu, kecepatan aliran darah dan dialisat. Terdapat beberapa sensor untuk mendeteksi dan pencegahan resiko komplikasi, pompa darah untuk mengalirkan darah dan *syringe pump* untuk pemberian antikoagulan (Cahyaningsih, 2009)

b. Dialiser

Dialiser adalah tempat dimana proses hemodialisis berlangsung, tempat terjadinya pertukaran zat-zat dan cairan dalam darah dan dialisat. Dialiser merupakan kunci utama proses hemodialisis, karena yang dilakukan oleh dialiser sebagian besar dikerjakan oleh ginjal yang normal. Dialiser terdiri dari 2 kompartemen masing-masing untuk cairan dialisat dan darah. Kedua kompartemen dipisahkan membran semipermeabel yang mencegah cairan dialisat dan darah bercampur jadi satu (Lemone & Burke 2010).

c. Dialisat

Dialisat adalah cairan yang digunakan untuk menarik limbah-limbah tubuh dari darah. Sementara sebagai buffer umumnya digunakan bikarbonat yang bersifat basa, dibandingkan dengan

buffer natrium, walaupun sama-sama bersifat basa tetapi bikarbonat memiliki risiko lebih kecil untuk menyebabkan hipotensi. Kadar setiap zat di cairan dialisis juga perlu diatur sesuai kebutuhan. Sementara itu, air yang digunakan harus diproses agar tidak menimbulkan risiko kontaminasi (Septiwi, 2010).

4. Prinsip kerja hemodialisis

Tiga prinsip yang mendasari kerja hemodialisis, yaitu difusi, osmosis, dan ultrafiltrasi. Toksin dan zat limbah di dalam darah dikeluarkan melalui proses difusi dengan cara bergerak dari darah yang memiliki konsentrasi tinggi, ke cairan dialisis dengan konsentrasi yang lebih rendah (Lavey, 2011). Cairan dialisis tersusun dari semua elektrolit yang penting dengan konsentrasi yang ideal buat tubuh. Unsur-unsur yang biasanya ada adalah Ca^{++} , Mg^{+} , K^{+} , Na^{+} , Cl^{-} , glukosa dan asetat. Urea, kreatinin, asam urat dan fosfat akan mudah berdifusi dari darah ke cairan dialisis karena pada cairan dialisis tidak memiliki unsure-unsur tersebut (Price & Wilson, 2013)

Kelebihan cairan dikeluarkan dari dalam tubuh melalui proses osmosis. Pengeluaran air dapat dikendalikan dengan menciptakan gradien tekanan, dimana air bergerak dari daerah dengan tekanan yang lebih tinggi (tubuh pasien) ke tekanan yang lebih rendah (cairan dialisis). Gradien ini dapat ditingkatkan melalui penambahan tekanan negatif yang dikenal sebagai ultrafiltrasi pada mesin dialisis. Tekanan negatif diterapkan pada alat ini sebagai kekuatan penghisap pada membran dan memfasilitasi pengeluaran air (Elizabeth, 2011).

C. Mekanisme Koping

1. Pengertian

Menurut beberapa ahli pengertian mekanisme koping adalah sebagai berikut :

- a. Mekanisme koping merupakan setiap upaya yang diarahkan pada penatalaksanaan stres, yaitu cara dalam penyelesaian masalah dengan mekanisme pertahanan yang digunakan untuk melindungi diri. Mekanisme koping pada dasarnya adalah mekanisme pertahanan diri terhadap perubahan yang terjadi baik dalam diri maupun dari luar diri (Stuart, 2009).
- b. Mekanisme koping adalah mekanisme yang digunakan individu untuk menghadapi perubahan yang diterima (Nursalam, 2009). Selain itu, menurut Nasir dan Muhith (2011) mekanisme koping adalah suatu cara untuk merubah pemikiran secara tiba-tiba dan usaha tingkah laku untuk mengatasi beban baik dari luar maupun dari dalam individu tersebut.

Pernyataan diatas dapat disimpulkan bahwa mekanisme koping adalah suatu upaya pertahanan diri terhadap perubahan yang dialaminya baik dari dirinya sendiri maupun dari luar.

2. Sumber koping

Sumber koping merupakan pilihan-pilihan atau strategi yang membantu seseorang menentukan apa yang dapat dilakukan dan apa yang beresiko. Sumber koping adalah faktor pelindung. Hal yang termasuk sumber koping adalah asset finansial/ kemampuan ekonomi, kemampuan dan keterampilan, dukungan sosial, motivasi, serta hubungan antara individu, keluarga, kelompok dan masyarakat (Stuart, 2009).

Sumber koping lain meliputi kesehatan (energi), dukungan spiritual, keyakinan positif, kemampuan menyelesaikan masalah, keterampilan

sosial, sumber materi dan kesehatan fisik (Stuart, 2009). Sedangkan menurut Nasir & Smith (2011) mekanisme koping dapat dipengaruhi dari dalam dirinya sendiri seperti umur, jenis kelamin, kognitif, tingkat emosi, agama yang dianut, dan pendidikan, maupun dapat dipengaruhi oleh faktor dari luar dirinya seperti lingkungan, ekonomi, dan penyakit.

3. Jenis mekanisme koping

Stuart dan Sundeen, 2006 dalam (Suparyanto, 2013) mengatakan mekanisme koping berdasarkan penggolongannya dibagi menjadi 2, yaitu:

a. Mekanisme koping adaptif

Mekanisme koping adaptif adalah mekanisme yang mendukung fungsi integrasi, pertumbuhan, belajar, dan juga cara mencapai tujuan. Dikatakan mekanisme koping adaptif bila dapat memenuhi kriteria seperti, keadekuatan terhadap pemecahan masalah yang dialami, dapat mengontrol emosi yang ditandai dengan kemampuan komunikasi kepada orang lain yang baik, memiliki pemikiran dan keinginan yang luas, aktifitas yang dilakukan bersifat membangun atau aktifitas yang dilakukannya menjadinya semakin baik setiap waktu, dan dapat menerima dukungan dari orang lain (Suparyanto, 2013)

b. Mekanisme koping maladaptif

Mekanisme koping maladaptive adalah mekanisme koping yang sifatnya menghambat fungsi integrasi, memecahkan pertumbuhan, menurunkan otonomi dan cenderung menguasai lingkungan. Dikatakan mekanisme koping maladaptif jika menunjukkan perilaku seperti, ketidakmampuan dalam memikirkan sesuatu atau disorientasi, perilaku yang biasanya bersifat merusak, ketidakmampuan untuk menyelesaikan masalah yang muncul, aktifitas yang dilakukan biasanya bersifat destruktif atau kurang

sehat seperti konsumsi obat-obatan dan alkohol, dan biasanya perilakunya lebih ke menarik diri dari lingkungan (Suparyanto, 2013)

4. Faktor yang mempengaruhi koping

Menurut Ahyarwahyudi (2010) cara individu menangani situasi yang mengandung tekanan ditentukan oleh sumber daya individu, yaitu:

a. Kesehatan fisik

Merupakan hal yang penting karena dalam hal mengatasi stress individu dituntut menggunakan energi yang lebih besar.

b. Keyakinan atau pandangan positif

Keyakinan menjadi sumber daya psikologis yang sangat penting yang akan mengarahkan individu pada ketidak berdayaan yang akan menurunkan kemampuan strategi koping.

c. Keterampilan memecahkan masalah

Ketrampilan ini meliputi kemampuan untuk mencari informasi, menganalisa situasi, mengidentifikasi masalah, dengan tujuan untuk alternative tindakan.

d. Keterampilan sosial

Keterampilan ini meliputi kemampuan berkomunikasi dan bertindak laku sesuai norma sosial di masyarakat

e. Dukungan sosial

Dukungan ini meliputi pemenuhan kebutuhan informasi dan emosional serta pengaruh dari orang lain (teman, keluarga, guru, petugas kesehatan, dll)

f. Materi atau Pekerjaan

Lingkungan pekerjaan dapat menjadikan seseorang memperoleh pengalaman dan pengetahuan baik secara langsung maupun tidak langsung.

g. Umur

Umur mempengaruhi daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah umur akan semakin berkembang pula daya

tangkap dan pola pikirnya sehingga pengetahuan yang diperoleh semakin membaik

h. Jenis kelamin

Bahwa jenis kelamin adalah faktor penting dalam perkembangan coping seseorang.

i. Pendidikan

Pada umumnya makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah menerima informasi.

5. Pengukuran mekanisme coping

a. *Jelowiec Coping Scale*

Menurut Johnson, 1998 dalam (Gasworo, 2016) kuesoner yang dibuat berdasarkan teori stress dan coping menurut Lazarus dan Folkmen. Koesoner ini mengukur coping yang berorientasi masalah (*problem focusing coping*) dan berorientasi sikap (*effective focusing coping*). *Jelowiec Coping Scale* berisi 40 pertanyaan, yang terdiri dari 15 pertanyaan *problame orientad* dan 25 pertanyaan *affevtive oriented* (10 pertanyaan *favorable* dan 15 pertanyaan *unfavorable*). Masing masing pertanyaan dibagi menjadi 5 kategori, untuk pertanyaan *favorable*, tidak pernah dibaeri nilai 1, kadang-kadang diberi nilai 2, hampir sering diberi nilai 3, selalu diberi nilai 4, dan hampir selalu diberi nilai 5 dan sebaliknya untuk pertanyaan *unfavorable*. Nilai coping total memiliki kisaran antara 40 sampai 200, dimana skor 40-120 masuk kategori coping maladaptif, dan skor 121-200 masuk kategori coping adaptif

Kuesoner ini sudah teruji validitas dan reliabilitasnya berdasarkan hasil penelitian Widodo (2010) hasil validitas dengan hasil r table 0,632 sedangkan r hitung terhadap item berorientasi pada masalah 0,634-0,840 dan item yang berorientasi pada sikap 0,643- 0,880.

Hasil uji reliabilitas pada kuesioner variabel mekanisme coping dengan menggunakan rumus alpha memberikan r hasil 0,949 untuk problem oriented coping dan untuk affective oriented coping didapat r hasil = 0,966 dari hasil tersebut maka diketahui alpha mendekati satu sehingga instrument variabel mekanisme coping reliable.

b. Brief COPE

Menurut Carver, 1997 dalam (Putri, 2012) koesoner Brief COPE dibuat berdasarkan teori dari Lazarus & Folkmen. Kuosoner ini digunakan untuk mengetahui kemampuan individu dalam mengatasi masalah yang sedang dihadapinya, dapat merespon coping yang penting dan potensial. Koesoner Brief COPE terdiri dari 28 pertanyaan, dimana kuesioner ini mengukur 14 konsep reaksi yang berbeda.

D. Kualitas Hidup

1. Pengertian

Menurut beberapa ahli pengertian tentang kualitas hidup adalah seagai berikut :

- a. Kualitas hidup adalah bagaimana individu mempersepsikan kebaikan dari beberapa aspek kehidupan mereka. Kualitas hidup dalam mempertahankan individu yang lebih luas merupakan faktor yang penting dalam memastikan bahwa orang tersebut dapat hidup dengan baik dengan perawatan dan dukungan hingga datangnya kematian (Bowling, 2014).
- b. Kualitas hidup merupakan konsep yang luas meliputi bagaimana individu mengukur kebaikan dari beberapa aspek kehidupan yang meliputi reaksi emosional individu dalam peristiwa kehidupan, disposisi, kepuasan hidup, kepuasan dengan pekerjaan dan hubungan pribadi (Theofilou, 2013).

- c. Kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan dapat diartikan sebagai respon emosi dari seseorang terhadap aktivitas sosial, emosional, pekerjaan dan hubungan antar keluarga, rasa senang atau bahagia, adanya kesesuaian antara harapan dan kenyataan yang ada, adanya kepuasan dalam melakukan fungsi fisik, sosial dan emosional serta kemampuan mengadakan sosialisasi dengan orang lain (Silitonga, 2007).
- d. Kualitas hidup adalah suatu kepuasan yang dimiliki individu dalam berbagai aspek kehidupan (Preedy & Watson, 2010). Sedangkan Guzman (2013) mendefinisikan kualitas hidup sebagai suatu konsep yang luas dan kompleks karena dipengaruhi oleh kondisi fisik, psikologis, tingkat kemandirian, hubungan sosial individu dan berhubungan dengan berbagai segi penting dari lingkungan.

Kesimpulan dari definisi diatas adalah kualitas hidup diartikan sebagai suatu aspek untuk menilai kepuasan individu dalam banyak hal, seperti kepuasan hidup, kepuasan dalam pekerjaan, kepuasan dalam melakukan suatu yang berkaitan dengan fisik, dan kepuasan dalam bersosialisasi yang dipengaruhi oleh factor dari dalam diri maupun dari luar dirinya.

2. Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup

a. Citra tubuh

Menurut penelitian mengenai hubungan antara citra tubuh dengan kualitas hidup pasien hemodialisa, didapatkan hasil bahwa citra tubuh mempengaruhi kualitas hidup pada pasien penyakit ginjal kronis yang sedang menjalani hemodialisis. Responden dengan citra tubuh yang terganggu memiliki peluang yang kecil untuk memiliki kualitas hidup yang baik, namun sebaliknya jika dibandingkan dengan responden yang citra tubuhnya tidak terganggu (Oxtavia, 2017).

b. Lama menjalani hemodialisis

Penderita penyakit yang sudah lama menjalani hemodialisis atau sudah masuk fase *longterm* (fase lanjut) biasanya mempunyai adaptasi yang baik tetapi setiap orang memerlukan waktu yang berbeda beda dalam beradaptasi. Penelitian tentang hubungan lamanya menjalani hemodialisis dengan kualitas hidup pasien penyakit ginjal kronik menyebutkan bahwa ada pengaruh lamanya menjalani hemodialisis terhadap kualitas hidup pasien penyakit ginjal kronik. Disebutkan bahwa lebih banyak responden yang mempunyai kualitas hidup buruk dari pada kualitas hidup yang baik pada penderita yang menjalani hemodialisis dalam waktu 6-12 bulan (Purwati, 2016).

c. Dukungan keluarga

Menurut penelitian tentang hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien kanker payudara didapatkan hasil bahwa kualitas hidup pasien kanker payudara dapat dipengaruhi oleh dukungan keluarga pasien. Pasien dengan dukungan keluarga baik memiliki kualitas hidup yang baik, sedangkan pasien dengan dukungan keluarga kurang baik memiliki kualitas hidup yang kurang baik.

d. Mekanisme koping

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Nihataa, et all (2017) menggambarkan bahwa pada pasien dengan penyakit ginjal kronis yang sedang menjalani hemodialisis memiliki mekanisme koping yang baik dapat meningkatkan fungsi fisik dan kesehatan mental. Memberikan mekanisme koping pada pasien yang sedang menjalani hemodialisis, sangat baik diberikan untuk memperpanjang umur dengan berbagai tekanan stress yang besar, sehingga kualitas hidup pada pasien dapat meningkat.

3. Dimensi atau domain kualitas hidup

Menurut WHOQoL group, 2004 dalam (Butar, 2012) terdapat empat dimensi mengenai kualitas hidup yang meliputi:

a. Dimensi Kesehatan Fisik

Kesehatan fisik dapat mempengaruhi kemampuan individu untuk melakukan aktivitas. Aktivitas yang dilakukan individu akan memberikan pengalaman-pengalaman baru yang merupakan modal perkembangan ke tahap selanjutnya. Kesehatan fisik mencakup aktivitas sehari-hari, ketergantungan pada obat-obatan, energi dan kelelahan, mobilitas, sakit dan ketidaknyamanan, tidur dan istirahat, kapasitas kerja. Hal ini terkait dengan *private self consciousness* yaitu mengarahkan tingkah laku berperilaku *covert*, dimana individu lain tidak dapat melihat apa yang dirasakan dan dipikirkan individu secara subjektif.

b. Dimensi Psikologis

Dimensi psikologis berkaitan dengan keadaan mental pasien. Keadaan mental mengarah pada mampu atau tidaknya individu menyesuaikan diri terhadap berbagai tuntutan perkembangan sesuai dengan kemampuannya, baik tuntutan dari dalam diri maupun dari luar dirinya. Aspek psikologis juga terkait dengan aspek fisik, dimana individu dapat melakukan suatu aktivitas dengan baik bila individu tersebut sehat secara mental. Kesejahteraan psikologis mencakup *bodily image* dan *appearance*, perasaan positif, perasaan negatif, *self esteem*, keyakinan pribadi, berpikir, belajar, memori dan konsentrasi, penampilan dan gambaran jasmani. Apabila dihubungkan dengan *private self consciousness* adalah individu merasakan sesuatu apa yang ada dalam dirinya tanpa ada orang lain mengetahuinya, misalnya memikirkan apa yang kurang dalam dirinya saat berpenampilan.

c. Dimensi Hubungan Sosial

Hubungan social adalah hubungan antara dua individu atau lebih dimana tingkah laku individu tersebut akan saling mempengaruhi, mengubah, atau memperbaiki tingkah laku individu lainnya. Mengingat manusia adalah mahluk sosial maka dalam hubungan sosial ini, manusia dapat merealisasikan kehidupan serta dapat berkembang menjadi manusia seutuhnya. Hubungan social mencakup relasi personal, dukungan sosial; aktivitas seksual. Hubungan sosial terkait akan *public self consciousness* yaitu bagaimana individu dapat berkomunikasi dengan orang lain.

d. Dimensi Lingkungan

Dimensi sosial membahas tentang tempat tinggal individu, termasuk didalamnya keadaan, ketersediaan tempat tinggal untuk melakukan segala aktivitas kehidupan, termasuk di dalamnya adalah saran dan prasarana yang dapat menunjang kehidupan. Hubungan dengan lingkungan mencakup sumber financial, kebebasan, keamanan dan keselamatan fisik, perawatan kesehatan dan sosial termasuk aksesibilitas dan kualitas; lingkungan rumah, kesempatan untuk mendapatkan berbagai informasi baru maupun ketrampilan; partisipasi dan mendapat kesempatan untuk melakukan rekreasi dan kegiatan yang menyenangkan di waktu luang; lingkungan fisik termasuk polusi, kebisingan, lalu lintas, iklim; serta transportasi. Berfokus pada *public self consciousness* dimana individu memiliki kesadaran dan kepedulian terhadap lingkungan sekitar tempat tinggalnya.

4. Pengukuran kualitas hidup

Kualitas hidup pada pasien penyakit ginjal kronis yang menjalani hemodialisis dapat diukur dengan kuesoner yang berupa pertanyaan. Kuesoner yang lebih banyak digunakan untuk mengukur kualitas hidup

menurut penelitian oleh Mailani (2015) yaitu kuesoner *Kidney Disease Quality Of Life Short Form 36* (KDQOL.SF) dan WHOQOL-BREF.

a. KDQOL.SF

KDQOL-SF adalah instrument pengukuran kualitas hidup yang telah dikembangkan oleh *Research and Development* (RAND) dan Universitas Arizona yang digunakan untuk mengukur *Health Related Quality Of Life* (HRQOL) pada pasien penyakit ginjal kronis yang menjalani hemodialisis. Instrument KDQOL-SF berisi 24 pertanyaan. Setiap item pertanyaan diberi nilai 0-100 dan kemudian dikategorikan apabila mendapat skor 76-100 masuk kategori baik, skor 60-75 masuk kategori sedang dan skor <60 diberi kategori buruk (Hays, 1997)

b. WHOQOL-BREF.

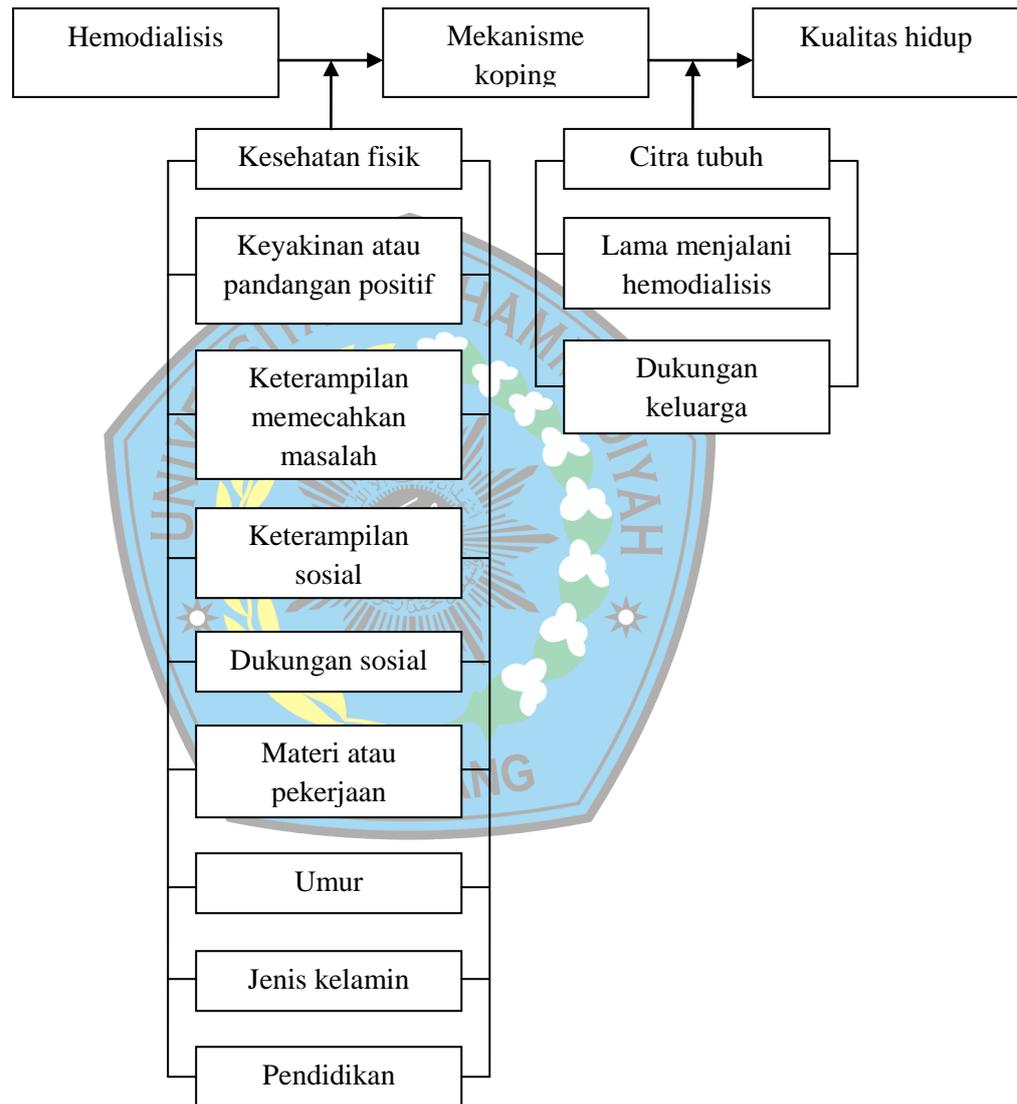
WHOQOL-BREF adalah instrumen yang dikembangkan oleh tim dari World Health Organization (WHO) yang digunakan untuk mengukur kualitas hidup secara menyeluruh. Instrumen ini merupakan rangkuman dari instrumen sebelumnya yaitu World Health Organization Quality Of Life (WHOQOL) - 100 yang terdiri dari 26 pertanyaan. WHOQOL – BREF terbagi menjadi dua bagian yaitu menjelaskan mengenai kualitas hidup secara menyeluruh dan kesehatan secara umum, dan satu bagian lainnya terdiri dari 24 pertanyaan yang berasal dari WHOQOL - 100 (Koesmanto, 2013).

E. Hubungan Mekanisme Koping dengan Kualitas Hidup

Kualitas hidup diartikan sebagai suatu konsep yang dipengaruhi oleh fisiologis, hubungan social dan lingkungan (Guzman, 2013). Kualitas hidup juga dipengaruhi salah satunya oleh mekanisme koping hal tersebut dijelaskan oleh penelitian yang dilakukan oleh Nihataa (2017) penelitian tersebut menjelaskan bahwa mekanisme koping pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis apabila menunjukkan sikap yang

adaptif dapat meningkatkan fungsi fisik dan kesehatan mental yang tentunya dapat memberikan manfaat untuk meningkatkan kualitas hidup pasien.

F. Kerangka Teori

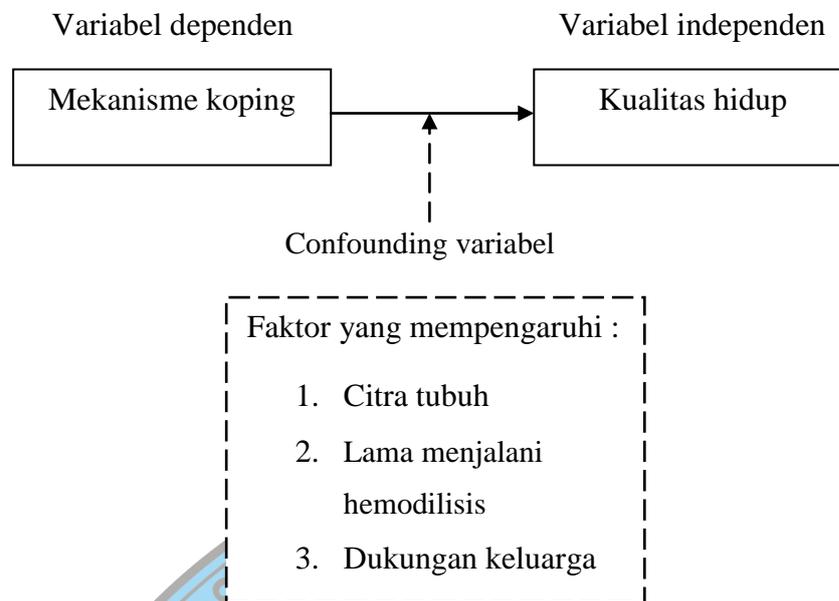


Skema 2.1

Kerangka teori

Teori : Ahyarwahyudi (2010), Oxtavia (2017), Purwati (2016), Nihataa (2017).

G. Kerangka Konsep



Skema 2.2
Kerangka konsep
 Teori : Oxtavia (2017), Purwati (2016), Nihataa (2017).

H. Variabel Penelitian

1. Variabel independen

Variabel independen adalah variabel yang mempengaruhi atau menyebabkan variabel tergantung (Notoatmodjo, 2012). Variabel independen dalam penelitian ini adalah mekanisme koping.

2. Variabel dependen

Variabel dependen adalah variabel yang dipengaruhi diakibatkan oleh variabel bebas (Notoatmodjo, 2012). Variabel dependen dalam penelitian ini adalah Kualitas hidup.

I. Hipotesis Penelitian

Hepotesis dari penelitian ini adalah sebagai berikut :

Ho : Tidak ada hubungan antara mekanisme koping dan kualitas hidup pasien hemodialisis

Ha : Ada hubungan antara mekanisme koping dan kualitas hidup pasien hemodialisis

