

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kualitas Hidup (*Quality of Life*)

1. Definisi Kualitas Hidup

Kualitas hidup (*Quality of Life*) merupakan suatu penilaian individu terkait kondisi kesehatan yang sedang dialami. Berdasarkan pendapat dari Moghaddam (dikutip dalam Behboodi Moghadam, Fereidooni, Saffari, & Montazeri, 2018) kualitas hidup dapat didefinisikan sebagai suatu ukuran konseptual untuk menilai dampak dari suatu terapi yang dilakukan kepada pasien dengan penyakit kronik. Pengukurannya meliputi kesejahteraan, kelangsungan hidup, serta kemampuan seseorang untuk secara mandiri melakukan aktivitas dan kegiatan sehari-hari.

Kualitas hidup menurut *World Health Organization Quality Of Life* atau WHOQOL dapat diartikan sebagai persepsi individu mengenai posisi mereka dalam kehidupan dimana dalam konteks budaya dan sistem nilai mereka memiliki suatu tujuan, harapan serta standar dalam hidup (World Health Organization, 2018). Pendapat lain dari Gill & Feinstein (dikutip dalam Chen, 2012) yang mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi individu terkait posisinya dalam kehidupan yang ada hubungannya dengan sistem budaya, nilai, cita-cita, penghargaan dan pandangan-pandangannya yang arah pengukuran secara multidimensional yang tidak hanya sebatas efek fisik dan psikologis pengobatan. Sejalan dengan itu, terdapat pendapat lain bahwa kualitas hidup bersifat multidimensi yang artinya lebih dari satu aspek/ dimensi yang dilihat dan dinilai yaitu meliputi status kesehatan fisik, kesejahteraan emosional, hubungan sosial dan hubungan dengan lingkungan sekitar (Land, Michalos, & Sirgy, 2012).

Berdasarkan pendapat dari berbagai pihak diatas, dapat disimpulkan bahwa kualitas hidup (*Quality of Life*) merupakan penilaian individu mengenai posisinya dalam kehidupan dengan melihat seberapa besar kemampuannya dalam melakukan kegiatan sehari hari dan dapat dinilai dari berbagai dimensi yaitu fisik, psikologis, sosial dan lingkungan.

2. Aspek-Aspek Kualitas Hidup

Terdapat 4 domain yang menjadi parameter dalam penilaian kualitas hidup seseorang dan terdapat beberapa aspek dalam setiap domainnya. Menurut WHO (dikutip dalam Ekasari, Riasmini, & Hartini, 2018) penilaian kualitas hidup dengan domain ini disebut dengan WHOQOL-BREF. Empat domain utama tersebut meliputi :

a. Kesehatan Fisik

Aspek dalam domain kesehatan fisik meliputi energi dan kelelahan, nyeri dan ketidaknyamanan, tidur dan istirahat, mobilitas, aktivitas sehari-hari, ketergantungan pada obat dan bantuan medis serta kapasitas kerja.

b. Kesehatan Psikologis

Aspek dalam domain kesehatan psikologis meliputi citra dan penampilan tubuh, perasaan negatif, perasaan positif, harga diri, berfikir, belajar, memori dan konsentrasi serta agama/spiritualitas dan keyakinan pribadi.

c. Hubungan Sosial

Aspek dalam domain hubungan sosial meliputi hubungan pribadi, dukungan sosial dan aktivitas seksual.

d. Hubungan dengan Lingkungan

Aspek dalam domain hubungan dengan lingkungan meliputi sumber daya keuangan, kebebasan, keselamatan dan keamanan fisik, perawatan kesehatan dan sosial : aksesibilitas dan kualitas, lingkungan rumah, peluang untuk memperoleh informasi baru

dan keterampilan, partisipasi dan peluang untuk rekreasi/waktu luang serta lingkungan fisik (polusi/kebisingan/lalu lintas/iklim).

3. Faktor Yang Memengaruhi Kualitas Hidup

Menurut Raeburn & Rootman (dikutip dalam Green, Tones, Cross, & Woodall, 2015) terdapat 8 faktor yang dapat memengaruhi kualitas hidup seseorang secara umum yang meliputi :

a. Kontrol

Kontrol yaitu berkaitan dengan bagaimana sikap individu dalam menghadapi perilaku seseorang serta melakukan pembatasan kegiatan dalam rangka menjaga kondisi tubuh.

b. Potensi dan Peluang

Potensi dan peluang yaitu berkaitan dengan seberapa besar kemampuan dan kemauan seseorang dalam melihat peluang yang dapat dia lakukan.

c. Sumber Daya

Sumber daya yaitu berkaitan dengan bagaimana kemampuan dan kondisi fisik yang dimiliki atau yang sedang dialami oleh individu.

d. Sistem Dukungan

Sistem dukungan dapat berasal dari berbagai pihak seperti lingkungan keluarga, lingkungan masyarakat dan dapat berasal dari sarana-sarana fisik seperti tempat tinggal dan hunian yang layak serta fasilitas yang memadai yang dapat menunjang jalannya kehidupan.

e. Keterampilan

Keterampilan yaitu berkaitan dengan kemampuan individu dalam melakukan suatu keterampilan lain yang dapat mengembangkan dirinya dengan mengikuti suatu kegiatan kursus keahlian tertentu.

f. Kejadian dalam Hidup

Kejadian dalam hidup berkaitan dengan tugas perkembangan dan stres yang ditimbulkannya. Ini terkait bagaimana kemampuan individu dalam menjalani tugas yang bahkan tugas tersebut memberikan tekanan tersendiri bagi individu.

g. Perubahan Politik

Perubahan politik yang dimaksud berkaitan dengan masalah negara misalnya krisis moneter yang dapat menyebabkan hilangnya pekerjaan sebagai mata pencaharian.

h. Perubahan Lingkungan

Perubahan lingkungan yang dimaksud berkaitan dengan perubahan yang terjadi pada lingkungan misalnya akibat bencana alam yang menyebabkan rusaknya lingkungan tempat tinggal.

4. Faktor yang Memengaruhi Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik

Beberapa penelitian telah dilakukan untuk menilai faktor yang dapat memengaruhi kualitas hidup pasien dengan gagal ginjal kronik (GGK). Faktor tersebut meliputi :

a. Usia

Pasien dengan usia produktif <47 tahun memiliki kapasitas fungsional yang lebih baik dibanding mereka yang berusia >55 tahun (Lemos, Rodrigues, & Veiga, 2015). Pasien dengan usia produktif memiliki harapan yang lebih tinggi untuk dapat sembuh dan melangsungkan kehidupannya, sedangkan pasien usia lanjut akan lebih cenderung menyerahkan segala keputusan kepada anak-anak dan keluarganya. Penelitian menunjukkan pasien gagal ginjal kronik dengan usia lanjut telah mengalami defisit kognitif dan defisit fungsional yang dianggap tidak memiliki kapasitas dalam pengambilan keputusan dan harus

mengandalkan keputusan dari pihak keluarga (Balogun & Abdel-Rahman, 2015).

b. Jenis Kelamin

Terdapat penelitian yang menggambarkan bahwa kualitas hidup responden dengan jenis kelamin perempuan lebih baik dibandingkan kualitas hidup responden laki-laki, hal itu disebabkan karena perbedaan pekerjaan, gaya hidup dan kondisi fisiologis antar individu (Rustandi, Tranado, & Pransasti, 2018). Sejalan dengan penelitian tersebut, terdapat penelitian yang menunjukkan hasil bahwa kualitas hidup laki-laki lebih rendah dibandingkan perempuan karena seorang laki-laki biasanya memiliki kebiasaan yang memengaruhi kesehatan seperti merokok, minum kopi, alkohol dan minuman suplemen yang dapat memicu terjadinya penyakit sistemik dan menyebabkan penurunan fungsi ginjal (Ipo, Aryani, & Suri, 2016). Namun lain halnya dengan penelitian lain yang mengatakan bahwa perempuan memiliki skor yang lebih rendah dalam aspek kapasitas fungsional, aspek fisik, rasa sakit dan kesehatan mental dibanding laki-laki dan itu dapat berpengaruh pada kualitas hidup (Lemos et al., 2015).

c. Tingkat Pengetahuan

Terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan kepatuhan pasien dalam diit cairan pasien gagal ginjal kronik, yang artinya semakin tinggi pengetahuan yang dimiliki seseorang maka kepatuhan dalam diit cairan akan meningkat (Kartini, 2015). Sejalan dengan penelitian itu dikatakan bahwa tingkat pengetahuan menjadi faktor yang dapat memengaruhi kualitas hidup pasien GJK yang menjalani hemodialisa terutama pada kesehatan psikologis. Dengan bertambahnya pengetahuan responden, akan memengaruhi perubahan sikap dan perilaku responden dalam pengambilan keputusan untuk melaksanakan

terapi hemodialisis dan terapi pengobatan (Kurniawati & Asikin, 2018).

d. Penyakit Penyerta

Penyakit penyerta seperti anemia dengan penurunan Hb akan memberikan dampak negatif terhadap jumlah energi dan aktivitas, menjadi penyebab melemahnya otot serta kesemutan dan berdampak pada penurunan kualitas hidup pasien yang menjalani hemodialisis (Puspitasari et al., 2019). Sejalan dengan penelitian tersebut terdapat penelitian yang menunjukkan hasil bahwa penurunan Hb pasien memiliki hubungan terhadap penurunan kualitas hidup pasien GGK (Ariyantoro, Sutriningsih, & Perwirangningtyas, 2019). Selain itu penelitian lain menyebutkan bahwa pasien GGK dengan kadar Hb tidak normal atau rendah memiliki kualitas hidup yang kurang baik dibandingkan pasien dengan kadar Hb dalam rentang normal (Alkhusari & Putra, 2019).

e. Sistem Dukungan (*Support System*)

Terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan diit cairan pasien gagal ginjal kronik, yang artinya semakin tinggi dukungan yang diberikan keluarga akan meningkat juga tingkat kepatuhan dalam menjalani diit cairan (Kartini, 2015). Sejenis dengan penelitian tersebut terdapat penelitian lain yang menyebutkan bahwa tingkat kepatuhan dan adanya dukungan keluarga dapat menunjang perbaikan kualitas hidup pasien hemodialisis (Kusniawati, 2018). Dukungan tidak hanya dari keluarga, namun dukungan perawat juga berpengaruh dalam terbentuknya kualitas hidup pasien seperti penelitian yang mengatakan bahwa dukungan perawat dan pemberian asuhan keperawatan secara holistik dapat membantu dalam peningkatan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik (Arifianto, Aini, & Wibowo, 2017).

f. Penatalaksanaan Spiritual

Penatalaksanaan dengan terapi spiritual dzikir terbukti meningkatkan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa karena dengan mengingat tuhan dan berdzikir akan dapat meningkatkan sistem kekebalan tubuh manusia melalui jaringan psiko-neuro-endokrin (Hutagaol, 2017). Penelitian lain menunjukkan bahwa aktivitas spiritual seperti sholat, puasa, dan membaca Al-Quran memiliki hubungan yang signifikan terhadap peningkatan kualitas hidup pasien GGK yang menjalani tindakan hemodialisis (Bahri, Bayhakki, & Novayelinda, 2017). Sejalan dengan penelitian tersebut didapatkan hasil penelitian yang menunjukkan bahwa dengan mendengarkan ayat suci Al-Quran memiliki pengaruh mendatangkan ketenangan dan menurunkan ketegangan urat syaraf (Rizqiea & Munawaroh, 2017).

g. Pekerjaan

Pasien gagal ginjal kronik (GGK) yang masih memiliki penghasilan tinggi memiliki kualitas hidup yang lebih baik dalam aspek kapasitas fungsional, rasa sakit, peran sosial, fisik dan emosional serta kesehatan mental (Lemos et al., 2015). Sejalan dengan penelitian tersebut, terdapat penelitian lain yang menunjukkan bahwa kualitas hidup pasien GGK yang bekerja lebih baik dibandingkan yang tidak bekerja, karena pada pasien GGK yang bekerja cenderung tidak merasa terbebani hidupnya akibat penyakit yang dideritanya (Priyanti, 2016). Penelitian lain menunjukkan bahwa pasien gagal ginjal dengan pendapatan rendah memiliki kualitas hidup yang lebih buruk (Kefale, Alebachew, Tadesse, & Engidawork, 2019).

5. Pengukuran Kualitas Hidup

Kualitas hidup (*Quality of Life*) dapat diukur dengan menggunakan beberapa jenis kuisioner yang meliputi :

a. WHOQOL-BREF

WHOQOL-BREF merupakan instrumen yang dikembangkan oleh *World Health Organization* (WHO). Instrumen ini digunakan untuk menilai kualitas hidup secara umum dan menyeluruh. WHOQOL-BREF ini merupakan pembaharuan atau rangkuman dari instrumen sebelumnya yaitu WHOQOL-100. Pada instrumen WHOQOL-100 terdapat 6 domain yaitu (kesehatan fisik, psikologis, tingkat kemandirian, hubungan sosial, lingkungan, dan spiritualitas). Terdapat pembaharuan dengan adanya penggabungan domain 1 dan 3 serta penggabungan domain 4 dan 6. Oleh karena itu terbentuklah instrumen WHOQOL-BREF yang terdiri dari 4 domain utama yaitu (kesehatan fisik, kesehatan psikologis, hubungan sosial dan hubungan dengan lingkungan). Instrumen ini terdiri dari dua item yaitu kualitas hidup secara keseluruhan dan kesehatan umum. Instrumen ini terdiri dari 26 pertanyaan dengan satu item yang terdiri dari 24 pertanyaan yang diadopsi dari instrumen WHOQOL-100 (*The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-BREF*, 2014).

b. KDQOL-SFTM

KDQOL-SFTM merupakan instrumen yang dikembangkan oleh *Research and Development (RAND)* dan Universitas Arizona yang digunakan untuk mengukur *Health Related Quality of Life (HRQOL)* pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani tindakan hemodialisis. Instrumen KDQOL-SFTM ini terdiri dari 24 pertanyaan dimana terdapat rentang nilai/ skor disetiap item pertanyaan. Skor 76-100 termasuk kategori baik,

skor 60-75 termasuk kategori sedang dan skor < 60 termasuk kategori buruk (Hays dalam Theofilou, 2013).

B. *Caring* Spiritual (*Spiritual Care*)

1. Definisi *Caring* Spiritual (*Spiritual Care*)

Caring spiritual (*spiritual care*) merupakan kegiatan perawat untuk membantu dalam memenuhi kebutuhan pasien dengan berdasarkan pada nilai-nilai keperawatan spiritual diantaranya mengakui martabat manusia, kebaikan, kasih sayang, ketenangan dan kelembutan (Patricia A. Potter, Anne Griffin Perry, Patricia Stockert, 2016).

Pendapat lain mengatakan bahwa *caring* spiritual (*spiritual care*) digambarkan sebagai tindakan praktik perawat yang diaplikasikan dalam bentuk seperti kehadiran perawat untuk penyembuhan, pendekatan terapeutik dengan berinteraksi secara ramah, mendengarkan dengan penuh perhatian, mengeksplorasi kebutuhan spiritual pasien, pemusatan perhatian kepada pasien, dan intervensi terapi yang berpusat pada makna dan penciptaan lingkungan dengan pemeliharaan spiritual (Ramezani, Ahmadi, Mohammadi, & Kazemnejad, 2014). Pernyataan itu sejalan dengan pendapat lain yang mengatakan bahwa *caring* spiritual (*spiritual care*) merupakan bentuk perhatian perawat yang diperlihatkan dalam kehadiran, pemberdayaan dan membawa kedamaian bagi pasien (Gijsberts, Liefbroer, Otten, & Olsman, 2019).

Caring spiritual (*spiritual care*) merupakan salah satu aspek keperawatan yang bersifat integral dan fundamental dimana perawat menunjukkan kepedulian kepada pasien dengan berfokus pada nilai-nilai spiritual (Mcsherry & Jamieson, 2011). Nilai-nilai spiritual yang diterapkan perawat bukan untuk meyakinkan pasien tentang agamanya, namun lebih kearah memberikan dukungan, kekuatan dan kesempatan bagi pasien untuk menyadari nilai, kegembiraan,

serta makna hidup mereka. Dimana nantinya tujuan akhir dari *caring* spiritual ini akan menciptakan sebuah “*spirit*” atau semangat pasien dalam menghadapi segala penderitaan dan kesulitan akibat dari penyakit yang sedang dideritanya.

Jadi berdasarkan beberapa uraian diatas terkait *caring* spiritual, dapat diambil kesimpulan bahwa *caring* spiritual merupakan bentuk praktik keperawatan yang diaplikasikan dalam bentuk kepedulian perawat dalam memenuhi kebutuhan spiritual pasien berdasarkan nilai-nilai spiritual yang meliputi kehadiran perawat, berkomunikasi dengan ramah, mendengarkan dengan penuh perhatian, pemusatan perhatian pada pasien, intervensi terapi dengan fokusnya pada pemeliharaan spiritual serta memberikan dukungan dan kekuatan pasien dalam menjalani, menerima dan berjuang terkait kondisi penyakit yang sedang dialaminya.

2. Kebutuhan Spiritual

Spiritual merupakan salah satu aspek dari kebutuhan manusia yang harus dipenuhi. Kebutuhan spiritual individu biasanya akan lebih menonjol jika dalam kondisi terjadi tekanan yang mengarah pada stres emosional, sakit atau bahkan kondisi menjelang kematian. Misalnya pada pasien dengan kondisi penyakit terminal dimana penyakit sudah tidak dapat berespon terhadap pengobatan, pasien akan mengalami tekanan baik secara emosional bahkan spiritual. Oleh karena itu perawat harus memiliki kepekaan/ sensitifitas dalam mengenali kebutuhan spiritual pasien dan berespon tepat dalam pemenuhan kebutuhan pasien (Timmins & Caldeira, 2017).

Menurut Patricia A. Potter, Anne Griffin Perry, Patricia Stockert (2016) dengan terpenuhinya kebutuhan spiritual pasien akan dapat meningkatkan perilaku coping, menurunkan penderitaan serta membantu dalam penyembuhan secara fisik ataupun mental. Kebutuhan spiritual didefinisikan sebagai kebutuhan untuk mencari

makna dan tujuan hidup, kebutuhan untuk mempertahankan dan mengembalikan keyakinan, kebutuhan untuk mendapatkan maaf atau pengampunan serta kebutuhan dalam menjalin hubungan dan rasa percaya dengan tuhan (Damayanti, 2013). Maka dari itu peran perawat penting dalam memenuhi kebutuhan spiritual yang dirasa dibutuhkan oleh pasien.

3. Peran Perawat dalam *Caring Spiritual*

Perawat menjadi salah satu tenaga kesehatan yang berperan penting dan berkewajiban dalam melakukan pemenuhan kebutuhan spiritual pasien. Oleh karena itu perawat dituntut untuk dapat berkomunikasi dengan penuh kepekaan dan empati serta dapat memahami nilai spiritual yang dianut pasien. Karena setiap pasien memiliki kebutuhan spiritual yang berbeda, dengan memahami nilai spiritual menurut persepsi pasien harapannya pemenuhan kebutuhan spiritual yang dilakukan oleh perawat akan memberikan dampak yang optimal yaitu membantu mencapai atau mempertahankan kesejahteraan spiritual pasien, membantu pasien agar sembuh dari penyakit dan bahkan dapat membantu kematian individu dengan tenang.

Menurut Patricia A. Potter, Anne Griffin Perry, Patricia Stockert (2016) terdapat beberapa tindakan perawat untuk membantu dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien yaitu sebagai berikut :

a. Menunjukkan Kehadiran

Kehadiran disini didefinisikan tidak hanya sekedar hadir secara fisik seperti berada di sisi pasien atau sekedar menemani pasien, namun juga hadir dengan sepenuh hati.

Menurut (Osterman & Schwartz-Barcott dalam Berman et al., 2015) mengidentifikasi tingkatan kehadiran perawat untuk pasien meliputi :

- 1) Hadir (kondisi dimana perawat secara fisik hadir namun tidak berfokus kepada pasien).
- 2) Hadir parsial (kondisi dimana perawat hadir secara fisik serta melaksanakan tugas demi kepentingan pasien, namun tidak berhubungan dengan pasien setiap saat/ seperlunya saja).
- 3) Hadir penuh (kondisi dimana seorang perawat tidak hanya hadir secara fisik saja, namun juga hadir secara mental, emosi dan fokusnya hanya terpusat pada pasien).
- 4) Hadir transendens (kondisi dimana seorang perawat hadir secara fisik, mental, emosi dan spiritual serta melibatkan pengalaman transpersonal dan transformasi).

Kehadiran merupakan intervensi terbaik dari profesi keperawatan dalam mendukung klien yang mengalami penyakit terminal yang sudah tidak dapat ditangani hanya dengan intervensi medik. Seperti contohnya pasien dengan gagal ginjal kronik yang menjalani tindakan hemodialisis, pasti akan ada perasaan tidak berdaya dan putus asa dalam diri pasien. Maka dari itu kehadiran perawat seharusnya lebih difokuskan secara penuh bukan hanya secara fisik saja namun juga hadir dalam segi spiritual (Patricia A. Potter, Anne Griffin Perry, Patricia Stockert, 2016).

b. Mendukung Praktik Keagamaan

Perawat akan mendapatkan informasi terkait pilihan dan praktik keagamaan yang dianut pasien setelah melakukan pengkajian. Perawat juga perlu dalam mengidentifikasi keyakinan klien yang dikaitkan dengan beberapa hal seperti kelahiran, kematian, cara berpakaian, doa, simbol sakral, kitab suci, dan hari raya. Dengan memahami keyakinan tersebut,

perawat akan dapat membantu pasien dalam menjalankan praktik spiritual yang biasa mereka lakukan.

c. Membantu Klien dalam Berdoa

Pada kondisi ini pasien berhak memilih untuk melakukan doa pribadi atau doa bersama dengan keluarga, teman atau bahkan pemuka agama. Peran perawat disini yaitu memastikan lingkungan yang tenang dan memberikan privasi. Bagi sebagian pasien, penyakit dapat mengganggu kemampuan pasien dalam berdoa dan menjadi penghalang hubungan secara umum dan hubungan antara individu dengan tuhan. Maka pasien dapat meminta perawat untuk dapat berdoa bersama mereka.

d. Merujuk Klien untuk Konseling Spiritual

Adakalanya pemenuhan kebutuhan spiritual diberikan bukan dari profesi keperawatan namun dapat diberikan oleh tim perawatan kesehatan lain dengan melakukan sebuah rujukan.

4. Pengukuran *Caring* Spiritual

Terdapat beberapa instrumen penelitian untuk mengukur perilaku *caring* perawat di rumah sakit diantaranya sebagai berikut :

a. *Caring* Assesment Tools (CAT)

Caring Assesment Tools (CAT) merupakan instrumen yang dikembangkan oleh Duffy yang berguna untuk mengukur perilaku *caring* perawat. Instrumen *Caring Assesment Tools* (CAT) ini dibuat berdasar pada 10 faktor karatif milik Jean Watson dimana instrumen ini terdiri dari 100 item dengan menggunakan skala likert dari skor 1-5 dimana skor 1 menunjukkan (*caring* rendah) dan skor 5 menunjukkan (*caring* tinggi) (Duffy, Brewer, & Weaver, 2014).

b. *Caring Behavior Inventory* (CBI-24)

Caring Behavior Inventory (CBI-24) merupakan instrumen penelitian yang dikembangkan oleh Zane Wolf pada tahun (1981). Instrumen ini terdiri dari 42 item pertanyaan dan di revisi serta dikembangkan lagi menjadi 24 item pertanyaan yang membahas terkait perilaku caring perawat. Instrumen ini menggunakan skala likert dari skor 1-6 dimana skor 1 menunjukkan (tidak pernah) dan skor 6 menunjukkan (selalu). Instrumen ini terdiri dari 4 dimensi diantaranya yaitu jaminan, pengetahuan dan keterampilan, penuh hormat serta keterhubungan (Wolf dalam Watson, 2012).



C. Kerangka Teori

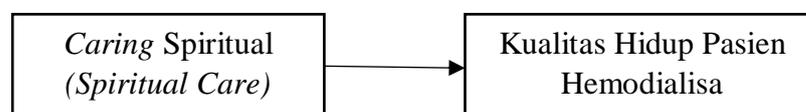
Berdasarkan uraian yang telah dijelaskan pada tinjauan pustaka diatas, maka dapat disusun kerangka teori yang merupakan ringkasan dari tinjauan pustaka yang dapat menggambarkan hubungan antar variabel sebagai berikut :



Skema 2.1 Kerangka Teori

Modifikasi dari WHO (dalam Ekasari, Riasmini, & Hartini, 2018), Raeburn & Rootman (dalam Green, Tones, Cross, & Woodall, 2015), Lemos, Redrigues & Veiga (2015), Arifianto, Aini, & Wibowo (2017), Hutagaol (2017) et al.

D. Kerangka Konsep



Skema 2.2 Kerangka Konsep

E. Variabel Penelitian

Variabel penelitian merupakan sesuatu yang digunakan sebagai ciri, sifat atau ukuran yang dimiliki oleh suatu kelompok sebagai satuan penelitian (Notoatmodjo, 2018).

Variabel-variabel yang akan diteliti meliputi :

1. Variabel Independen (Bebas)

Variabel independen (bebas) merupakan variabel yang sifatnya memengaruhi variabel lain (Notoatmodjo, 2018). Variabel independen dalam penelitian ini adalah *caring* spiritual.

2. Variabel Dependen (Terikat)

Variabel dependen (terikat) merupakan variabel yang sifatnya dipengaruhi oleh variabel lain (Notoatmodjo, 2018). Variabel dependen dalam penelitian ini adalah kualitas hidup pasien hemodialisa.

F. Hipotesis

Hipotesis atau jawaban sementara atas pertanyaan penelitian yang telah dirumuskan pada suatu penelitian (Notoatmodjo, 2018). Hipotesis pada penelitian ini meliputi :

Hipotesis alternatif (H_a) : Ada hubungan *caring* spiritual dengan kualitas hidup pasien hemodialis.