

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep ADL (*Activity Of Daily Living*)

1. Pengertian ADL

ADL merupakan pengukuran kemampuan seseorang dalam melakukan aktivitas secara mandiri. Penentuan secara fungsional dapat mengidentifikasi kemampuan dan keterbatasan dalam memudahkan pemilihan intervensi yang tepat RS Maryam dkk, (2008) Kualitas hidup lansia juga dapat dinilai dari kemampuan melakukan ADL. Menurut (Sunarti et al., 2019), ADL ada 2 macam yaitu: ADL standar dan *Instrumental Activity Daily Living* (IADL). ADL standar meliputi kemampuan merawat diri seperti makan, berpakaian, BAB/BAK, dan mandi, sedangkan IADL terdiri dari aktivitas yang lebih kompleks seperti halnya menjalankan ibadah, memasak, mencuci, berbelanja, menyimpan obat, menggunakan telepon dan menggunakan uang. ADL dapat mengukur rating skala, alat ukur yang digunakan adalah *indeks barthel*. *Indeks Barthel* merupakan suatu instrument pengkajian yang berfungsi mengukur kemandirian fungsional dalam hal perawatan diri dan mobilitas.

2. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi ADL

Menurut Setiabudhi dalam Rakhmawati, (2017), kemampuan dalam melakukan ADL dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain:

a. Umur dan Status Perkembangan

Umur dan status perkembangan seorang klien menunjukkan tanda kemauan dan kemampuan, ataupun bagaimana klien bereaksi terhadap ketidakmampuan melaksanakan ADL. Saat perkembangan dari bayi sampai dewasa, seseorang secara perlahan-lahan berubah dari tergantung menjadi mandiri dalam melakukan ADL.

b. Kesehatan Fisiologis

Kesehatan fisiologis seseorang dapat mempengaruhi kemampuan partisipasi dalam ADL, contoh sistem nervous mengumpulkan, menghantarkan dan mengolah informasi dari lingkungan. Sistem muskuloskeletal mengkoordinasikan dengan sistem nervous sehingga dapat merespon sensori yang masuk dengan cara melakukan gerakan. Gangguan pada sistem ini misalnya karena penyakit, atau trauma injuri dapat mengganggu pemenuhan ADL secara mandiri.

c. Fungsi Kognitif

Tingkat kognitif dapat mempengaruhi kemampuan seseorang dalam melakukan ADL. Fungsi kognitif menunjukkan proses menerima, mengorganisasikan dan menginterpretasikan sensor stimulus untuk berpikir dan menyelesaikan masalah. Proses mental memberikan kontribusi pada fungsi kognitif dapat mengganggu dalam berpikir logis dan menghambat kemandirian dalam melaksanakan ADL.

d. Fungsi Psikososial

Fungsi psikologi menunjukkan kemampuan seseorang untuk mengingat sesuatu hal yang lalu dan menampilkan informasi pada suatu cara yang realistis. Proses ini meliputi interaksi yang kompleks antara perilaku intrapersonal dan interpersonal. Gangguan pada intrapersonal contohnya akibat gangguan konsep diri atau ketidakstabilan emosi dapat mengganggu dalam tanggung jawab keluarga dan pekerjaan. Gangguan interpersonal seperti masalah komunikasi, gangguan interaksi sosial atau disfungsi dalam penampilan peran juga dapat mempengaruhi dalam pemenuhan ADL.

e. Tingkat Stress

Stress merupakan respon fisik nonspesifik terhadap berbagai macam kebutuhan. Faktor yang dapat menyebabkan stress

(*stressor*), dapat timbul dari tubuh atau lingkungan atau dapat mengganggu keseimbangan tubuh. *Stressor* tersebut dapat berupa fisiologis seperti injuri atau psikologi seperti kehilangan.

f. Ritme Biologi

Ritme atau irama biologi membantu makhluk hidup mengatur lingkungan fisik disekitarnya dan membantu homeostasis internal (keseimbangan dalam tubuh dan lingkungan). Salah satu irama biologi yaitu irama sirkadian, berjalan pada siklus 24 jam. Perbedaan irama sirkadian membantu pengaturan aktivitas meliputi tidur, temperatur tubuh, dan hormon. Beberapa faktor yang ikut berperan pada irama sirkadian diantaranya faktor lingkungan seperti hari terang dan gelap, seperti cuaca yang mempengaruhi ADL.

g. Status Mental

Status mental menunjukkan keadaan intelektual seseorang. Keadaan status mental akan memberi implikasi pada pemenuhan kebutuhan dasar individu, seperti yang diungkapkan oleh Cahya yang dikutip dari Baltes, salah satu yang dapat mempengaruhi ketidakmandirian individu dalam memenuhi kebutuhannya adalah keterbatasan status mental. Seperti halnya lansia yang memorinya mulai menurun atau mengalami gangguan, lansia yang mengalami apraksia tentunya akan mengalami gangguan dalam pemenuhan kebutuhan-kebutuhan dasarnya.

h. Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan yang berbasis masyarakat salah satunya adalah posyandu lansia. Jenis pelayanan kesehatan dalam posyandu lansia salah satunya ada pemeliharaan ADL. Lansia yang secara aktif melakukan kunjungan ke posyandu kualitas hidupnya akan lebih baik dari pada lansia yang tidak aktif ke posyandu.

3. Pengukuran ADL

Penilaian aktivitas hidup sehari-hari umumnya menggunakan kuesioner, baik self-reported (pasien melaporkan sendiri) atau informant-based (dilaporkan oleh orang lain), maupun observasi langsung. Kuesioner self-reported tidak dapat digunakan untuk menilai pasien dengan gangguan demensia karena tilikan (insight) pasien terganggu. Sementara itu, observasi langsung dapat menimbulkan bias dan menyita waktu. Dengan demikian, hingga saat ini terdapat variasi metode untuk melakukan penilaian status fungsional (Sunarti et al., 2019).

Tabel 2.1
Penilaian Aktivitas Hidup Sehari-hari dengan Indeks Katz

| | |
|--|---|
| Mandi | |
| 1. Mandi secara mandiri atau membutuhkan bantuan hanya beberapa area. Contohnya: punggung, genital, atau ekstremitas yang lumpuh. | 1 |
| 2. Membutuhkan bantuan lebih dari satu area tubuh, membutuhkan bantuan saat masuk atau keluar bak mandi, membutuhkan bantuan total saat mandi. | 0 |
| Memakai pakaian | |
| 1. Dapat mengambil dan memakai pakaian sendiri, mungkin masih perlu bantuan penggunaan Sepatu. | 1 |
| 2. Membutuhkan bantuan untuk memakai pakaian. | 0 |
| Penggunaan toilet | |
| 1. Pergi ke toilet sendiri, dapat melepas dan memakai baju sendiri, membersihkan badan sendiri tanpa bantuan. | 1 |
| 2. Membutuhkan bantuan saat ke toilet, memakai pispot. | 0 |
| Berpindah tempat | |
| 1. Dapat bangun dari atau pergi ke tempat tidur secara mandiri, duduk atau bangkit sendiri. | 1 |
| 2. Membutuhkan bantuan untuk menuju tempat tidur atau kursi. | 0 |
| Inkontinensia urin dan tinja | |
| 1. Dapat mengontrol BAK dan BAB. | 1 |
| 2. Inkontinensia parsial atau total. | 0 |
| Makan | |
| 1. Memasukkan makanan ke dalam mulut tanpa bantuan, untuk persiapan makan mungkin masih membutuhkan orang lain. | 1 |
| 2. Membutuhkan bantuan makan secara parsial atau total, membutuhkan makanan secara parenteral. | 0 |
| Total: | |

Sumber: (Sunarti et al., 2019).

Keterangan:

Skor 6: pasien mandiri

Skor 0: pasien bergantung dengan orang lain

Tabel 2.2

Penilaian Aktivitas Hidup Sehari-hari dengan *Instrumen Lawton*

| | |
|--|-------------|
| 1. Apakah bisa menggunakan telepon? Tanpa bantuan Dengan bantuan Tidak bisa | 3 2 1 |
| 2. Apakah dapat menuju tempat yang lebih dari jarak berjalan? Tanpa bantuan Dengan bantuan Tidak bisa | 3 2 1 |
| 3. Apakah dapat berbelanja? Tanpa bantuan Dengan bantuan Tidak bisa | 3 2 1 |
| 4. Apakah dapat menyiapkan makanan? Tanpa bantuan Dengan bantuan Tidak bisa | 3 2 1 |
| 5. Apakah bisa mengerjakan pekerjaan rumah? Tanpa bantuan Dengan bantuan Tidak bisa | 3 2 1 |
| 6. Apakah bisa mengerjakan pekerjaan pertukangan? Tanpa bantuan Dengan bantuan Tidak bisa | 3 2 1 |
| 7. Apakah bisa membersihkan baju? Tanpa bantuan Dengan bantuan Tidak bisa | 3 2 1 |
| 8a. Apakah sedang menggunakan obat? Ya (jawab pertanyaan 8b) Tidak (jawab pertanyaan 8c) | 1 2 |
| 8b. Apakah meminum obat sendiri? Tanpa bantuan Dengan bantuan Tidak bisa | 3 2 1 |
| 8c. Bila harus meminum obat, apakah dapat minum sendiri? Tanpa bantuan (tepat jadwal dan dosis) Dengan bantuan Tidak bisa | 3 2 1 |
| 9. Dapatkah mengatur keuangan? Tanpa bantuan Dengan bantuan Tidak bisa | 3 2 1 |
| Total: | |

Sumber: (Sunarti et al., 2019).

Tabel 2.3
Penilaian Aktivitas Hidup Sehari-hari dengan *Indeks Barthel* yang Dimodifikasi

| Parameter | Skor |
|---|---|
| Makan | 0= tidak mampu 1= butuh bantuan untuk memotong lauk, mengoles mentega, dan sebagainya 2= mandiri |
| Mandi | 0= tergantung bantuan orang lain 1= mandiri |
| Perawatan diri | 0= membutuhkan bantuan orang lain 1= mandiri dalam perawatan muka, rambut, gigi dan bercukur |
| Berpakaian | 0= tergantung bantuan orang lain 1= Sebagian dibantu (misalnya, mengancing baju) 2= mandiri |
| Buang air kecil | 0= inkontinensia atau memakai kateter dan tidak terkontrol 1= kadang inkontinensia (maksimal 1x24 jam) 2= mandiri |
| Buang air besar | 0= inkontinensia (tidak teratur atau perlu enema) 1= kadang inkontinensia (sekali seminggu) 2= mandiri |
| Penggunaan toilet | 0= tergantung bantuan orang lain 1= membutuhkan bantuan, tapi dapat melakukan beberapa hal mandiri 2= mandiri |
| Transfer | 0= tidak mampu 1= butuh bantuan untuk bisa duduk (2 orang) 2= bantuan kecil (1 orang) 3= mandiri |
| Mobilitas (berjalan di permukaan datar) | 0= imobil (tidak mampu) 1= menggunakan kursi roda 2= berjalan dengan bantuan satu orang 3= mandiri (meskipun menggunakan alat bantu seperti tongkat) |
| Naik turun tangga | 0= tidak mampu 1= membutuhkan bantuan (alat bantu) 2= mandiri |
| Total Skor: | |

Sumber: (Sunarti et al., 2019).

Keterangan skor:

0-9: ketergantungan

10-20: mandiri

B. Konsep Lansia (Lanjut Usia)

1. Pengertian Lansia

Perubahan-perubahan dalam proses “aging” atau penuaan merupakan masa ketika seorang individu berusaha untuk tetap menjalani hidup dengan bahagia melalui berbagai perubahan dalam hidup. Bukan berarti hal ini dikatakan sebagai “perubahan drastis” atau “kemunduran”. Secara definisi, seorang individu yang telah melewati usia 45 tahun atau 60 tahun disebut lansia. Akan tetapi, pelabelan ini dirasa kurang tepat. Hal itu cenderung pada asumsi bahwa lansia itu lemah, penuh ketergantungan, minim penghasilan, penyakit, tidak produktif, dan masih banyak lagi Amalia, (2018).

Menurut WHO Lansia adalah seseorang yang telah memasuki usia 60 tahun ke atas. Lansia merupakan kelompok umur pada manusia yang telah memasuki tahapan akhir dari fase kehidupannya. Kelompok yang dikategorikan lansia ini akan terjadi proses yang disebut *Aging Process* atau proses penuaan.

2. Batasan Lansia

Batasan Lansia berbeda dari waktu ke waktu. Menurut WHO Lansia meliputi:

- a. Lansia muda usia 60-69 tahun
- b. Lansia madya usia 70-79 tahun
- c. lansia tua usia 80> tahun

Batasan Lansia menurut Kemenkes (2023) dikelompokkan menjadi:

- a. Lansia pra lanjut usia 60-69 tahun
- b. Lansia lanjut usia 70-79 tahun
- c. Lansia usia akhir 80> tahun

3. Perubahan yang terjadi pada Lansia

Menurut Potter and Perry (2009, dalam Alfianto dkk., 2023), dalam proses seseorang menjadi tua akan mengalami banyak perubahan, antara lain meliputi :

a. Perubahan fisiologis

Pengertian kesehatan lanjut usia umumnya berkaitan dengan persepsi pribadi mengenai bagaimana fungsi tubuh. Lansia yang memiliki jadwal atau rutinitas harian lebih sering beranggapan dirinya sehat, sementara seseorang dengan masalah fisik, emosional, serta kehidupan sosial yang membatasi kegiatan lansia lebih cenderung percaya bahwa mereka sakit. Kulit kering, rambut mulai menipis, gangguan pendengaran, refleks batuk berkurang, penurunan curah jantung, dan perubahan lainnya sering terjadi pada lansia. Meskipun tidak bersifat patologis, perubahan ini dapat meningkatkan kerentanan seorang lansia terhadap berbagai penyakit. Perubahan fisik terkait usia yang terjadi secara terus menerus dan dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti status kesehatan, pola hidup, stres, dan kondisi lingkungan.

b. Perubahan fungsional

Lansia memiliki kemampuan pada fungsi fisik, psikososial, dan kognitif. Pada lansia kemunduran fungsional dapat mempengaruhi kapasitas fungsi dan kesejahteraan lansia, hal ini biasanya berkaitan dengan penyakit yang diderita lansia dan seberapa parah penyakitnya. Status fungsional lansia dapat terlihat dari kecakapan dan perilaku hati-hati lansia dalam aktivitas sehari-hari (ADL). ADL sangat penting dalam menentukan seberapa mandiri seorang lanjut usia. Perubahan ADL yang mendadak mungkin merupakan indikasi penyakit atau keadaan kesehatan yang memburuk.

c. Perubahan kognitif

Perubahan struktur serta fisiologi otak (jumlah sel yang menurun dan kadar neurotransmitter yang berubah) terjadi pada lansia beserta atau tanpa terjadi penurunan kognitif. Disorientasi, keterampilan berbahasa yang menurun, kemampuan berhitung dan

penilaian yang buruk adalah contoh gejala penurunan kognitif yang tidak terkait dengan penuaan yang wajar.

d. Perubahan psikososial

Perubahan psikososial terkait usia meliputi proses perubahan melalui kehidupan dan mengalami kehilangan. Semakin lama usia yang dijalani maka banyak perubahan kehidupan dan perasaan kehilangan yang mereka alami. Perubahan kehidupan, yang biasanya ditandai dengan rasa kehilangan, pensiun, dan perubahan situasi keuangan, serta perubahan tugas dan hubungan, kesehatan, produktivitas, dan kondisi lingkungan. Selain itu keterbatasan dalam produktivitas kerja sering dikaitkan dengan perubahan psikososial.

Terdapat beberapa kehilangan yang dialami lansia bila telah memasuki masa pensiun diantaranya:

- 1) Kehilangan finansial (pendapatan berkurang).
- 2) Kehilangan status (jabatan/posisi, fasilitas).
- 3) Kehilangan teman/kenalan atau relasi
- 4) Kehilangan pekerjaan/kegiatan.

Kehilangan berkaitan erat dengan hal-hal berikut ini:

- 1) Perasaan dan kesadaran akan menjelang ajal, gaya hidup berubah seperti pindah tempat perawatan misalnya panti sosial yang mengakibatkan pergerakan menjadi lebih terbatas.
- 2) Perekonomian berubah akibat kehilangan atau berhenti bekerja, yang meningkatkan biaya hidup dan tagihan medis.
- 3) Mengalami penyakit kronis serta kesehatan memburuk.
- 4) Karena terputus dari kehidupan sosial, timbul rasa kesepian.
- 5) Masalah pada saraf sensorik, yang menyebabkan masalah kesehatan dan pendengaran
- 6) Merasa kehilangan yang berhubungan dengan kehilangan orang terdekat misalnya keluarga.

7) Kehilangan kekuatan dan kekuatan fisik (perubahan persepsi diri dan konsep diri)

Perubahan psikologis lansia dipengaruhi oleh perasaan kehilangan lansia. Lansia mengalami masalah psikologis yang erat kaitannya dengan spiritualitas, misalnya seperti: kehilangan seseorang yang dikasihi, mengalami penurunan kesehatan karena penyakit fisik yang parah. Hal ini berdampak pada keadaan spiritualitas lansia. Biasanya, seiring bertambahnya usia, mereka menjadi lebih sadar akan perlunya mendekatkan diri kepada Tuhan dan merasa terdorong untuk menjalankan ibadah yang ketat.

e. Perubahan spiritualitas

Perubahan spiritual lanjut usia disebabkan akibat terjadinya aging process yang berkaitan dengan pengalaman hidup yang di jalani lansia semasa hidupnya. Lansia dengan pengalaman kehidupan yang luas cenderung akan menjalani transisi pada spiritualitasnya, sebab lansia telah berkembang dalam segi psikologis sehingga mereka merasa lebih dekat dengan Tuhan. Hal ini membuat lansia semakin dapat merasa bersyukur pada kehidupannya. Hal lain yang juga mempengaruhi perubahan spiritualitas lansia yaitu nilai yang dianut sesuai dengan keyakinan serta budaya lansia berada.

Proses penuaan ini juga bukan suatu penyakit tetapi merupakan proses menurunnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan internal dan eksternal tubuh. Setiap lansia harus dapat menyesuaikan diri terhadap perubahan fisik seiring terjadinya penuaan sistem tubuh, perubahan penampilan dan fungsi Sumarni, (2021). Lansia harus beradaptasi pada perubahan psikososial yang terjadi pada penuaan. Meskipun perubahan tersebut bervariasi, tetapi beberapa perubahan biasanya terjadi pada sebagian besar lansia. Adapun perubahan yang terjadi diantaranya adalah pensiun, isolasi sosial baik itu isolasi sikap, isolasi penampilan, isolasi

perilaku dan isolasi geografis, lalu perubahan seksualitas, tempat tinggal, lingkungan dan kematian. Tempat tinggal dan lingkungan merupakan hal yang penting karena mempunyai dampak pada kesehatan lansia. Lingkungan dapat mendukung atau mengganggu fungsi fisik dan sosial, melengkapi atau memperberat perubahan fisik yang ada (Yenni, 2011).

Penyesuaian yang lain pada lansia adalah coping dengan penyakit kronik dan keterbatasan fungsi, yang membatasi kemandirian lansia. Penyakit kronik tidak dapat dielakkan dari proses penuaan, 85% lansia yang berusia 65 tahun memiliki satu penyakit kronik, dan 50% mempunyai dua atau lebih penyakit kronik. Beberapa lansia yang memiliki penyakit kronik kadang membutuhkan sedikit bantuan untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari namun, lansia dengan keterbatasan gerak dan gangguan sensori akan sangat bergantung terhadap orang lain. Konsekuensi lain terkait dengan penyakit kronik meliputi perubahan konsep diri, perubahan gaya hidup, harus menjalani pengobatan, pengeluaran untuk pengasuh, obat-obatan, dan perawatan rumah sakit, mengalami efek obat yang merugikan yang kadang-kadang menyebabkan terjadinya pelemahan fungsi. Orang yang mengalami pelemahan fungsi juga menjadi lebih rentan untuk mengalami kejahatan. Hal ini menyebabkan lansia menjadi rentan untuk perlakuan buruk dan merasa sangat takut dengan kejahatan (Sumarni, 2021).

4. Hal yang mendukung Kesehatan Lansia

Beberapa hal yang mendukung kesehatan lansia diantaranya sarana dan pemenuhan kebutuhan fisik yang menunjang dalam proses penyembuhan lansia. Di samping itu, juga diperlukan perhatian, kasih sayang, dan dukungan perawatan dari anggota keluarga serta perawatan yang diberikan oleh tenaga medis Amalia, (2018). Kesehatan Lansia yang perlu diperhatikan meliputi aktivitas fisik, aktivitas mental atau psikologis, aktivitas sosial, dukungan sosial, dan fasilitas perawatan

ketika sakit. Dalam kesehatan mental Lansia, salah satu aspek yang paling penting adalah hubungan atau relasi, salah satu aspek yang paling penting adalah hubungan atau relasi dengan keluarga dan kualitas komunikasi di dalam lingkungan keluarga. Keluarga yang merawat lansia dapat menunjukkan kepedulian, kehangatan, perhatian, cinta, dukungan, dan penghormatan pada Lansia.

C. Konsep Kualitas Hidup

1. Pengertian Kualitas Hidup

Menurut Kreitler dan Ben yang dikutip Harwari (2013), menjelaskan kualitas hidup merupakan persepsi individu mengenai manfaat mereka dalam kehidupan, lebih spesifiknya adalah penilaian individu terhadap posisi mereka dalam kehidupan pada konteks budaya dan sistem nilai hidup yang berkaitan dengan tujuan individu, harapan, standar serta apa yang menjadi perhatian individu, sedangkan menurut (Novianti et al, 2019) Kualitas hidup adalah sebagai persepsi individu mengenai keberfungsian mereka di dalam bidang kehidupan. Lebih spesifik pada penilaian individu terhadap posisi mereka dalam kehidupan sehari-hari, dalam konteks budaya dan sistem nilai dimana mereka hidup dalam interaksi dengan tujuan individu, harapan, apa yang menjadi perhatian individu. Berdasarkan uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa kualitas hidup adalah suatu pemahaman atau penilaian individu terhadap pasien GJK yang menjalani terapi HD mengenai keberfungsian mereka dalam kehidupan sehari-hari yang berhubungan dengan tujuan, impian, standar yang ditetapkan dan perhatian.

2. Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap Kualitas Hidup

Menurut Ekasari, Fatma et al (2019), Kualitas hidup dipengaruhi oleh berbagai situasi dan faktor-faktor yang dikaitkan dengan usia yaitu perubahan status Kesehatan dengan kemampuan coping terhadap tekanan kehidupan, identifikasi peran baru,

kesempatan, dan tersedianya dukungan sosial. Faktor demografi (usia, jenis kelamin, suku), sosial ekonomi (pendidikan, status sosial, pendapatan, dukungan sosial), pengaruh budaya dan nilai, faktor Kesehatan (kondisi Kesehatan, penyakit, status fungsional, tersedianya layanan Kesehatan) dan karakteristik personal (mekanisme coping, efikasi diri) merupakan prediktor dari kualitas hidup. Ketergantungan peran dan beban keluarga menyebabkan keterbatasan intraksi antara keluarga dengan lansia sehingga berpengaruh terhadap kualitas hidup Lansia. Program latihan kesehatan berhubungan dengan kualitas hidup lansia didasarkan pada kemampuan melakukan *Basic Activities of Daily Living* (BADL) dan IADL. Kualitas hidup yang rendah pada lansia akibat proses menua disebabkan karena kehilangan kemandirian, masa depan dan keterbatasan partisipan dalam melakukan aktivitas.

3. Komponen Dimensi Kualitas Hidup

Menurut Nursalam (2017), ada 4 domain yang digunakan dalam mengukur kualitas hidup diantaranya adalah dimensi kesehatan fisik, dimensi kesehatan psikologis, dimensi hubungan sosial, dan dimensi lingkungan sebagai berikut:

a. Dimensi kesehatan fisik

Berhubungan dengan kesakitan dan kegelisahan, ketrgantungan pada perawatan medis, energi dan kelelahan, mobiilitas, tidur dan istirahat, aktivitas kehidupan sehari-hari, dan kapasitas kerja.

b. Dimensi kesehatan psikologis

Berhubungan dengan pengaruh positif dan negative spiritual, pemikiran pembelajaran, daya ingat dan konsentrasi, gambaran tubuh dan penampilan, serta penghargaan terhadap diri sendiri.

c. Hubungan sosial

Terdiri dari hubungan personal, aktivitas seksual, dan hubungan sosial.

d. Lingkungan

Terdiri dari keamanan dan kenyamanan fisik, lingkungan fisik, sumber penghasilan, kesempatan memperoleh informasi, keterampilan baru, partisipasi dan kesempatan untuk rekreasi atau aktivitas pada waktu luang.

4. Model Kualitas Hidup

Model dikembangkan untuk mengetahui kausa dari topik/isu yang sedang diamati. Terkait dengan kualitas hidup, pemodelan kualitas hidup dapat bermanfaat sebagai petunjuk (*guidance*) penelitian dan aplikasi praktis peningkatan kualitas hidup pada populasi yang diamati secara optimal (Bakas, et al., 2012). Berdasarkan hasil telah sistematis yang dilakukan oleh (Bakas, et al., 2012) khusus untuk kualitas hidup yang terkait dengan kesehatan, ada tiga model kualitas hidup yang paling sering digunakan, salah satunya adalah Ferrans Model. Pada model ini, kualitas hidup dipengaruhi oleh karakteristik individu dan karakteristik lingkungan Ferrans et al., 2005 dalam (Ekasari, Fatma et al., 2019).

a. Karakteristik individu

Karakteristik individu merupakan determinan untuk fungsi biologis, gejala, status fungsional, persepsi sehat dan kualitas hidup. Karakteristik individu terdiri dari demografik, faktor perkembangan, psikologis, dan faktor biologis.

b. Karakteristik lingkungan

Karakteristik lingkungan terdiri dari lingkungan fisik dan lingkungan sosial. Yang termasuk dalam lingkungan fisik adalah kondisi rumah, tetangga dan tempat kerja. Sedangkan yang termasuk dalam lingkungan sosial adalah pengaruh teman, keluarga dan pelayanan Kesehatan.

c. Fungsi Biologis

Fungsi ini dilihat secara luas pada level molekuler, seluler dan keseluruhan organ tubuh. Peningkatan fungsi biologis

berdampak secara langsung dan tidak langsung dengan semua komponen kesehatan, termasuk di dalamnya gejala, status fungsional, persepsi sehat dan kualitas hidup. Optimalisasi fungsi biologis merupakan bagian dari pengobatan secara holistik.

d. Gejala

Model ini mendefinisikan gejala sebagai persepsi pasien terhadap kondisi fisik, emosional dan kognitif. Suatu gejala dapat diukur dari frekuensi, intensitas, dan stress yang ditimbulkan, kualitas, penyebab, pengobatan, konsekuensi, lokasi dan waktu timbulnya gejala.

e. Status fungsional

Status fungsional adalah kemampuan untuk menjalankan beberapa jenis tugas atau optimalisasi fungsi yang sudah ada.

f. Persepsi sehat

Persepsi sehat merupakan penilaian yang diberikan oleh individu terhadap kondisi kesehatannya dan biasanya mempertimbangkan berbagai macam aspek.

g. Kualitas hidup

Kualitas hidup merupakan komponen akhir dari Ferrans model yang didefinisikan sebagai *well-being* yang dinilai secara subjektif dan terkait dengan tingkat kebahagiaan dan kepuasan seseorang terhadap seluruh aspek kehidupannya.

5. Pengukuran Kualitas Hidup

Alat ukur variabel kualitas hidup berupa kuesioner yang dibuat oleh WHO pada Tahun 2004 yaitu (WHOQOL)-Bref yang merupakan pengembangan dari alat ukur WHOQOL-100. Alat ukur ini telah diadaptasi ke berbagai bahasa, termasuk bahasa Indonesia oleh Dr. Riza Sarasvita dan Dr. Satya Joewana. WHOQOL-Bref terdiri dari 26 aspek yang mencakup 4 domain dan terbukti dapat digunakan untuk mengukur kualitas hidup seseorang. Keempat domain tersebut adalah kesehatan fisik terdiri dari 7 pertanyaan, psikologis (*Psychological*)

terdiri dari 6 pertanyaan, hubungan sosial (*Social relationship*) terdiri dari 3 pertanyaan, lingkungan (*Environment*) terdiri dari 8 Pertanyaan. WHOQOL-Bref juga mengukur 2 aspek dari kualitas hidup secara umum yaitu:

- a. Kualitas hidup secara keseluruhan (*Overall quality of life*)
- b. Kesehatan secara umum (*General health*)

Setiap item diberikan nilai 1, 2, 3, 4 dan 5 dengan dideskripsikan sebagai berikut:

- 1) Pada item pertanyaan nomor 1 merupakan pertanyaan overall quality of life dengan skor 1 = sangat buruk, 2 = buruk, 3 = biasa-biasa saja, 4 = baik dan 5 = sangat baik.
- 2) Pada item pertanyaan nomor 2 merupakan pertanyaan general health dengan skor 1 = sangat tidak memuaskan, 2 = tidak memuaskan, 3 = biasa-biasa saja, 4 = memuaskan dan 5 = sangat memuaskan.
- 3) Pada item pertanyaan nomor 3 dan 4 merupakan pertanyaan unfavorable dengan skor 1 = selalu, 2 = sering, 3 = kadang-kadang, 4 = jarang dan 5 = tidak pernah.
- 4) Pada item pertanyaan nomor 5-9 merupakan pertanyaan favorable dengan skor 1 = tidak pernah, 2 = jarang, 3 = kadang-kadang, 4 = sering dan 5 = selalu.
- 5) Pada item pertanyaan 10-14 merupakan pertanyaan favorable dengan skor 1 = tidak sama sekali, 2 = sedikit, 3 = kadang-kadang, 4 = sering dan 5 = selalu.
- 6) Pada item pertanyaan nomor 15 merupakan pertanyaan favorable dengan skor 1 = sangat tidak baik, 2 = tidak baik, 3 = biasa-biasa saja, 4 = baik dan 5 = sangat baik.
- 7) Pada item pertanyaan nomor 16-25 merupakan pertanyaan favorable dengan skor 1 = sangat tidak memuaskan, 2 = tidak memuaskan, 3 = biasa-biasa saja, 4 = memuaskan dan 5 = sangat memuaskan.

- 8) Pada item pertanyaan nomor 26 merupakan pertanyaan unfavorable dengan skor 1= selalu, 2= sering, 3 kadang-kadang, 4=jarang dan 5= tidak pernah.

Data gambaran kualitas hidup yang dideskripsikan berdasarkan akumulasi skor dari pengisian kuesioner WHOQOL-Bref. Untuk dapat mencapai akumulasi skor tersebut, skor yang diperoleh harus melewati beberapa tahap, yaitu skor akhir untuk masing-masing domain dan transformasi skor. Skor dari masing-masing domain kualitas hidup yang telah ditransformasi, kemudian diakumulasi lalu dibagi 5, kemudian diklasifikasi sebagai berikut:

- a. 0-77 = Kualitas Hidup Tidak Baik
- b. 78-130 = Kualitas Hidup Baik

D. Konsep GGK (gagal ginjal kronik)

1. Pengertian GGK

Ginjal merupakan organ tubuh manusia yang berfungsi dalam sistem ekskresi atau pembuangan. Ginjal merupakan salah satu organ yang harus selalu dijaga agar tetap berfungsi dengan normal. Mengalami gangguan ginjal berarti berpotensi untuk terkena penyakit lainnya. Penyakit ginjal dapat terjadi karena adanya gangguan pada sistem penyaringan organ ginjal, di mana ginjal sudah tidak berfungsi sebagian organ penyaring racun sehingga terjadi penumpukan racun pada glomerulus. Penumpukan inilah yang akhirnya mengakibatkan kerusakan pada ginjal Sofi Ariani, (2016).

GGK adalah penurunan faal ginjal yang menahun mengarah pada kerusakan jaringan ginjal yang tidak reversibel dan progresif. Adapun GGT (gagal ginjal terminal) adalah adalah fase terakhir dari GGK dengan faal ginjal sudah sangat buruk. Kedua hal tersebut bias dibedakan dengan tes klirens kreatinin (Kes, 2011), sedangkan menurut (Rosmiati et al., 2020). GGK adalah difungsi ginjal yang progresif dan ireversibel di mana tubuh tidak dapat mempertahankan keseimbangan

metabolisme, cairan dan elektrolit, serta uremia dan limbah nitrogen lainnya disimpan dalam darah. Sedangkan menurut (Imelda et al., 2018), GJK merupakan suatu penyakit ginjal tahap akhir yang mengakibatkan gangguan fungsi ginjal yang bersifat *irreversible* dan menentu sehingga terjadinya penurunan kemampuan fungsi tubuh untuk mempertahankan metabolisme serta keseimbangan cairan dan elektrolit.

2. Etiologi GJK

Etiologi memegang peranan penting dalam menentukan prediksi riwayat klinis GJK dan penanggulangnya. Penyebab primer GJK juga akan memberikan pengaruh pada manifestasi klinis yang sangat membantu diagnosa, contoh: gout akan menyebabkan nefropati gout. Penyebab terbanyak GJK pada dewasa ini adalah: Nefropati DM, Hipertensi, Glomerulonefritis. Penyakit ginjal hereditas, Ginjal polikistik, Sindroma alport, Uropati obstruksi, Nefritis interstitial. Di Indonesia, penyebab GJK terbanyak adalah: Glomerulonefritis, Infeksi Saluran Kemih (ISK), Batu saluran kencing, Nefropati diabetik, Nefrosklerosis hipertensi, Ginjal polikistik (Kes, 2011).

3. Faktor Risiko GJK

Terdapat beberapa faktor risiko penyebab penyakit ginjal kronik seperti hipertensi, diabetes melitus, penambahan usia, ada riwayat keluarga penyakit ginjal kronik, obesitas, penyakit kardiovaskular, berat lahir rendah, penyakit autoimun seperti lupus eritematosus sistemik, keracunan obat, infeksi sistemik, infeksi saluran kemih, batu saluran kemih dan penyakit ginjal bawaan. Selain itu, gaya hidup seperti merokok, konsumsi alkohol, dan rendahnya aktivitas fisik juga menjadi faktor dominan yang berhubungan dengan penyakit GJK (Heriansyah, Aji Humaedi, 2019).

4. Gejala GJK

Pada fase awal, gejala gagal ginjal biasanya tidak disadari oleh penderita, karena gejalanya tidak terlalu signifikan. Namun, seringkali

ada pula gejala yang akan dirasakan penderita gagal ginjal, sebagai berikut:

- a. Sesak Nafas
- b. Urin Berbau
- c. Kencing Darah
- d. Pembengkakan
- e. Mudah Lelah

5. Klasifikasi GGK

Klasifikasi pada 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:

$$\text{untuk laki-laki} = \frac{(140 - \text{umur}) \times \text{BB}(\text{kg})}{72 \times \text{serum kreatinin}}$$

$$\text{untuk Perempuan} = \frac{(140 - \text{umur}) \times \text{BB}(\text{kg})}{72 \times \text{Serum kreatinin} \times 0,85}$$

pada perempuan dikalikan 0,85

$$\text{LFG (ml/mnt/1,73m}^2\text{)} = \frac{(140 - \text{umur}) \times \text{berat badan}}{72 \times \text{Kreatinin Plasma}}$$

Tabel 2.4
Klasifikasi GGK Atas Dasar Derajat Penyakit

| Derajat | Penjelasan | LFG (ml/mnt/1,73 m ²) |
|---------|---|--------------------------------------|
| 1 | Kerusakan ginjal dengan LFG normal atau ↑ | ≥90 |
| 2 | Kerusakan ginjal dengan LFG ↑ ringan | 60-89 |
| 3 | Kerusakan ginjal dengan LFG ↑ sedang | 30-59 |
| 4 | Kerusakan ginjal dengan LFG ↑ berat | 15-29 |
| 5 | Gagal ginjal berat | <15 atau dialysis |

Sumber: Zasra, R., Harun, H., & Azmi, S. (2018).

Kidney Disease Outcome Quality Initiative (KDOQI) merekomendasikan untuk mempertimbangkan manfaat dan risiko memulai Terapi Pengganti Ginjal (TPG) pada pasien dengan perkiraan

laju filtrasi glomerulus (eLFG) kurang dari 15 mL/menit/1,73 m² (GGK tahap 5) (Zasra et al., 2018). Oleh karena itu pada GGK tahap 5, inisiasi HD dilakukan apabila ada keadaan sebagai berikut:

- a. Kelebihan (*overload*) cairan ekstraseluler yang sulit dikendalikan atau hipertensi.
 - b. Hiperkalemia yang refrakter terhadap restriksi diit dan terapi farmakologis.
 - c. Asidosis metabolic yang refrakter terhadap pemberian terapi bikarbonat.
 - d. Hiperfosfatemia yang refrakter terhadap restriksi diit dan terapi pengikat fosfat
 - e. Anemia yang refrakter terhadap pemberian eritropoietin dan besi.
 - f. Adanya penurunan kapasitas fungsional atau kualitas hidup tanpa penyebab yang jelas
 - g. Penurunan berat badan atau malnutrisi, terutama apabila disertai gejala mual, muntah, atau adanya bukti lain gastroduodenitis.
 - h. Selain itu indikasi segera untuk dilakukannya 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.
6. Pencegahan penyakit GGK

Penyakit GGK adalah salah satu jenis penyakit tidak menular yang memiliki angka kesakitan cukup tinggi, namun demikian penyakit ini dapat dihindari melalui upaya pencegahan yang meliputi:

- a. Mengendalikan penyakit diabetes, tekanan darah tinggi, dan juga penyakit jantung dengan lebih baik.
- b. Mengurangi makanan yang mengandung garam
- c. Minumlah banyak air setiap harinya
- d. Jangan menahan buang air kecil
- e. Makan makanan yang baik

E. Konsep HD (Hemodialisa)

1. Pengertian HD

Menurut Yasmara D, dkk. (2016) HD berasal dari kata hemo (darah) dan dialisis (pemisahan atau filtrasi). HD berarti proses pembersihan darah dari zat-zat sampah melalui proses penyaringan diluar tubuh. HD menggunakan ginjal buatan mesin dialisis. HD dikenal secara awam dengan istilah cuci darah. Dialyzer atau filter, memiliki dua bagian, satu untuk darah dan satu untuk cairan cuci yang disebut dialisat. Sebuah membran tipis memisahkan dua bagian ini. Sel darah, protein dan hal-hal penting lainnya tetap dalam darah karena ukuran molekulnya terlalu besar untuk melewati membran, sedangkan produk limbah yang berukuran lebih kecil di dalam darah (seperti urea, kreatinin, kalium dan cairan yang berlebih) dapat melewati membran dan dikeluarkan, sedangkan menurut (Smeltzer & Bare, 2018) HD adalah suatu teknologi tinggi sebagai terapi pengganti untuk mengeluarkan sisa-sisa metabolisme atau racun tertentu dari peredaran darah manusia seperti air, natrium, kalium, hidrogen, uream, kreatinin, asam urat, dan zat-zat lain melalui membran semi permeable sebagai pemisah darah dan cairan dialisat pada ginjal buatan dimana terjadi proses difusi, osmosis dan ultra filtrasi.

2. Tujuan HD

Menurut Hurst M, (2015) tujuan dari di lakukannya HD adalah memperbaiki ketidakseimbangan cairan dan elektrolit, mengeluarkan toksin dan produk sisa metabolisme, mengontrol tekanan darah, untuk membuang produk metabolisme protein yaitu urea, kreatinin dan asam urat, membuang air yang berlebihan dalam tubuh, memperbaiki dan mempertahankan sistem buffer dan kadar elektrolit tubuh, memperbaiki status kesehatan penderita. Efek samping setelah dilakukan hemodialisa.

3. Efek samping HD

Menurut Delima et al (2017), efek samping setelah dilakukan HD sebagai berikut:

- a. Rasa lelah merupakan efek samping dari terapi HD yang umum terjadi, diakibatkan oleh beberapa kondisi seperti kehilangan fungsi ginjal, pembatasan asupan tertentu, stress, cemas dan efek dialisis yang terjadi pada tubuh.
- b. Haus merupakan efek samping terapi HD bisa menyebabkan cairan tubuh berkurang. Dan pasien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi HD harus membatasi asupan cairan agar tidak menyebabkan hipertensi, merusak jantung dan pembengkakan. Hal ini dapat membuat mulut terasa kering.
- c. Tekanan darah menurun merupakan salah satu efek samping dari terapi HD yang paling sering ditemui, yang disebabkan oleh menurunnya kadar cairan dalam tubuh selama proses dialisis. Akibatnya volume darah berkurang dan menyebabkan tekanan darah turun. Tekanan darah yang rendah dapat menyebabkan rasa mual dan pusing.
- d. Infeksi Darah (*Sepsis*) merupakan efek samping HD juga lebih rentan terkena infeksi darah, hal ini disebabkan bakteri masuk ke darah dan beredar ke seluruh tubuh. Infeksi darah cukup berbahaya karena bisa menimbulkan kegagalan berbagai organ tubuh. Gejala yang seperti demam dan pusing.
- e. Kulit gatal bisa terjadi setelah melakukan terapi HD yang menyebabkan kadar fosfor di dalam darah meningkat, fosfor bisa mengikat kalsium sehingga menyebabkan kulit gatal.

4. Komplikasi HD

Selama proses HD sering muncul komplikasi fisik, psikologis dan teknik yang berbeda-beda untuk setiap pasien (Caecilia Debora et al., 2022).

a. Komplikasi Fisik

- 1) *Intradialytic Hypotension* (IDH) adalah tekanan darah rendah yang terjadi ketika proses hemodialisis sedang berlangsung. IDH terjadi karena penyakit diabetes mellitus, kardiomiopati, *Left Ventricular*

Hypertrophy (LVH), status gizi kurang baik, albumin rendah, kandungan Na dialysate rendah, target penarikan cairan atau target ultrafiltrasi yang terlalu tinggi, berat badan sering terlalu rendah dan usia diatas 65 tahun.

- 2) Kram otot bisa terjadi selama HD terjadi karena target ultrafiltrasi yang tinggi dan kandungan dialisat yang rendah.
- 3) Mual dan muntah jarang terjadi sendiri, dan sering disertai dengan hipotensi dan merupakan salah satu presentasi klinik *disequilibrium syndrome*. Bila tidak disertai gambaran klinik lainnya harus dicurigai penyakit hepar atau gastrointestinal.
- 4) Sakit kepala, Penyebab tidak jelas, tapi bisa berhubungan dengan dialisat asetat dan *Disequilibrium Syok Syndrome* (DSS).
- 5) Emboli udara adalah masuknya udara kedalam pembuluh darah selama proses HD.
- 6) Hipertensi yaitu keadaan selama proses HD bisa diakibatkan karena kelebihan cairan, aktivasi sistem renin angiotensin aldosterone, kelebihan natrium dan kalsium, karena *arythropoietin stimulating agents* dan pengurangan obat anti hipertensi.

b. Komplikasi Psikologis Pasien HD

Komplikasi psikologis pada pasien gagal ginjal kronik dipengaruhi oleh perjalanan penyakit yang panjang, ketidakmampuan pasien dan perasaan tidak nyaman bergantung dengan mesin HD. Terapi hemodialisa sampai sekarang selain mengganggu fisik, komplikasinya dapat pula memicu gangguan jiwa.

c. Komplikasi Teknik

Dalam komplikasi teknik terdapat hemolisis yang terjadi akibat kontaminan dari air dialisat atau pengaturan uhu dialisat yang kurang tepat, pembekuan darah dalam saluran maupun tabung dialiser, bocornya membran dialiser, emboli udara, reaksi dialiser dan alergi terhadap heparin.

F. Hasil Penelitian yang Relevan

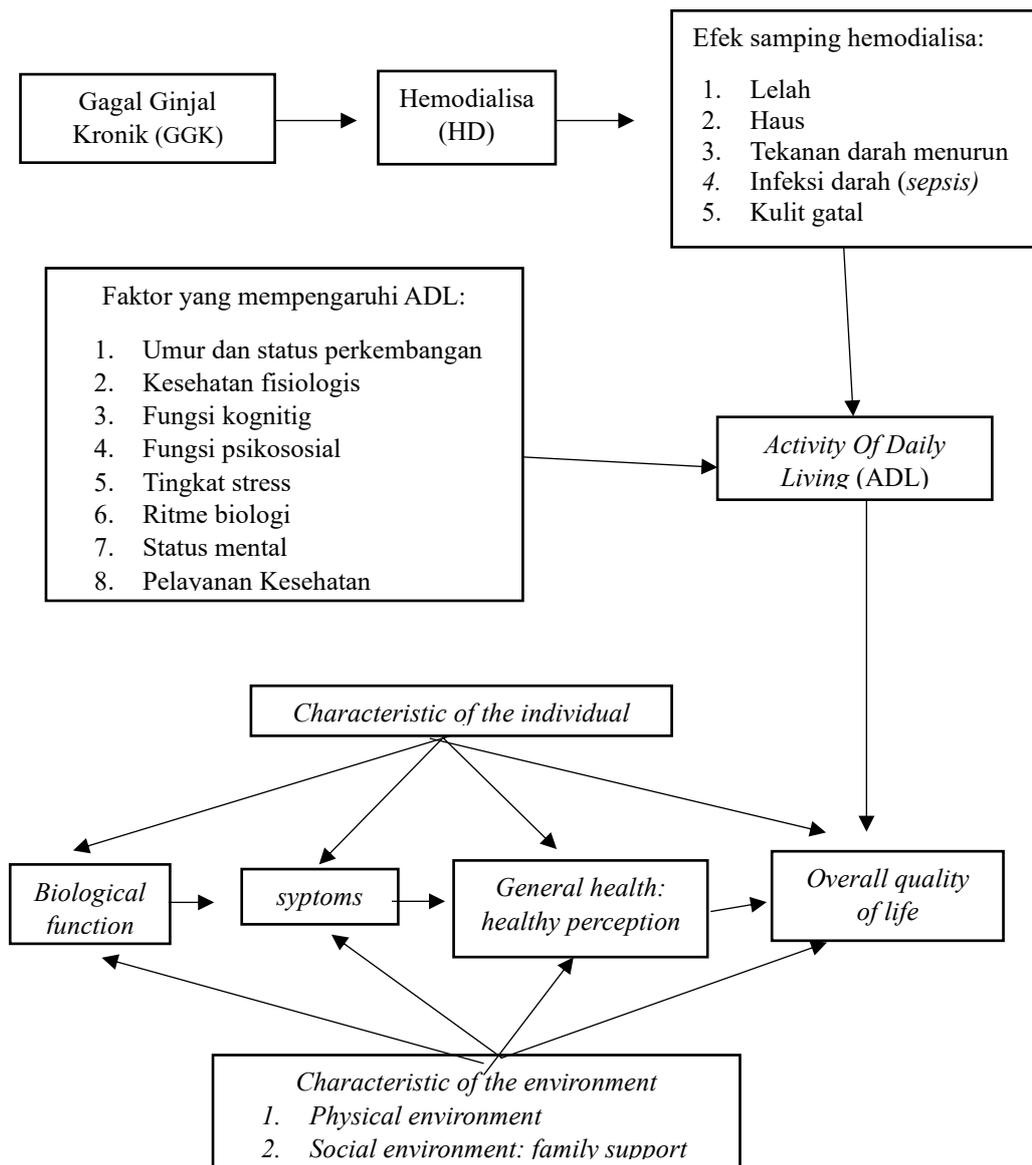
Tabel 2.5 Hasil Penelitian yang Relevan

| No | Nama Peneliti | Tahun | Judul | Metode Penelitian | Hasil |
|----|---------------|-------|--|---|--|
| 1 | Ratnawati | 2023 | Hubungan Tingkat kemandirian dengan Kualitas Hidup | Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan metode deskriptif korelasi dengan menggunakan pendekatan cross sectiona, Sampel dalam penelitian ini adalah lansia berjumlah 126 orang responden. Penelitian ini menggunakan purposive sampling. Penelitian ini menggunakan analisis univariat yang digunakan untuk melihat distribusi frekuensi, dan analisis bivariat di gunakan untuk mengetahui hubungan variable independent dan dependen dengan taraf signifikan (p) sebesar $0,000 < 0,05$. Adapun perhitungan rumus tersebut peneliti menganalisisnya dengan bantuan Microsoft exel 2021 dan SPSS 22 For Windows. | Hasil uji korelasi gamma & somer'd diperoleh nilai signifikan 0,000 yang berarti signifikan $< 0,05$ yang berarti ada hubungan antara tingkat kemandirin dengan kualitas hidup lansia di Desa Panaikang Kecamatan Pattallassang Kabupaten Gowa. Nilai korelasi sebesar 0,465 yang menunjukkan bahwa kedua variable memiliki keeratan hubungan yang sedang, Sebagian besar tingkat kemandirian masuk dalam kategori tergantung ringan 56 orang (44,4%). Kualitas hidup lansia di Desa Panaikang Kecamatan Pattallassang Kabupaten Gowa mayoritas sebanyak 47 orang (37,3%). |
| 2 | Wildhan | 2022 | Hubungan Tingkat Activity Of Daily Living (ADL) dan Kualitas Hidup Lansia di Magetan | Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan desain cross sectional, sampel pada penelitian ini berjumlah 80 lansia dengan teknik pengambilan sampel menggunakan purposive sampling | Hasil uji spearman antara ADL dan kualitas hidup menunjukkan ADL terhadap keempat domain memiliki nilai p value $< 0,05$ dan nilai korelasi (r) berkisar 0,40-0,06. Sehingga dapat disimpulkan bahwa ADL memiliki hubungan yang |

| | | | | | |
|---|---------------------------|------|--|---|--|
| | | | | | cukup terhadap kualitas hidup yaitu pada domain fisik ($p=0,000$; $r=0,560$), domain psikologis ($p=0,00$; $r=0,463$), domain sosial ($p=0,00$; $r=0,415$), namun hanya pada domain lingkungan memiliki hubungan yang kurang ($p=0,002$; $r=0,340$) |
| 3 | Verani Kisworo Wati | 2022 | Hubungan antara aktivitas fisik dengan kualitas hidup pada pasien hemodialisa di rumah sakit islam sultan agung semarang | Penelitian ini merupakan jenis penelitian studi analitik observasional dengan desain cross sectional. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner. Jumlah responden sebanyak 56 orang dengan teknik total sampling. Data yang diperoleh diolah secara statistik menggunakan uji chi square. | Berdasarkan hasil analisa diperoleh bahwa dari 56 responden penelitian, sebagian besar memiliki karakteristik umur dewasa akhir sebanyak 82,1%, Jenis kelamin laki-laki 60,7%, dengan pendidikan Sekolah Dasar 41,1%, mayoritas responden tidak bekerja sebanyak 42.9%, lama menjalani hemodialisa dengan lama 6-24 bulan 58,9%. Hasil penelitian juga menunjukkan 57,1% responden melakukan aktivitas fisik ringan, 17,9% aktivitas fisik sedang, dan 25,0% melakukan aktivitas fisik berat. Sebanyak 55,4% kualitas hidup responden baik, 16,1% kualitas hidup sedang dan 28,6% kualitas hidup buruk. Uji korelasi chi square di dapatkan nilai p value 0,0001 |

G. Kerangka Teori

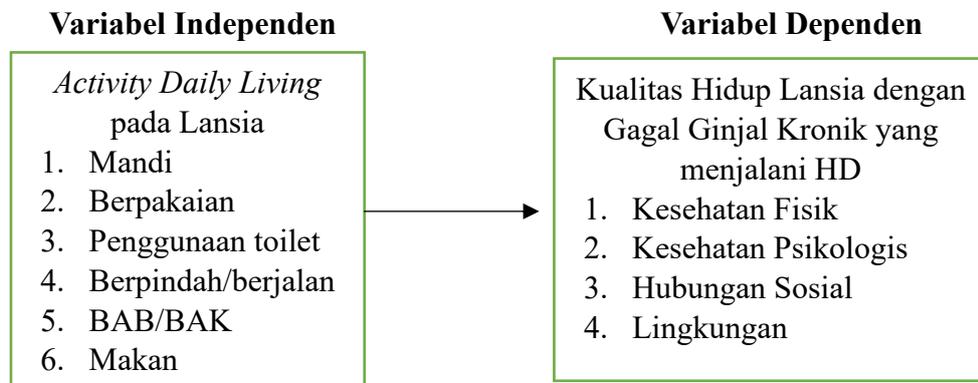
Kerangka teori merupakan visualisasi hubungan antara berbagai variabel untuk menjelaskan sebuah fenomena (Wibowo,2014). Dimana hubungan ADL pada Lansia dengan Kualitas hidup GGK yang menjalani HD dan kerangka teori di jelaskan seperti di gambar.



Gambar 2.1
Kerangka Teori

Sumber: (Ferrans 2020), (Delima & Tjitra, 2017), Hardywinoto dalam Rakhmawati (2017).

H. Kerangka Konsep



Gambar 2.2
Kerangka Konsep

I. Hipotesis

Hipotesis merupakan suatu jawaban sementara penelitian, patokan duga atau sementara, yang kebanyakan akan di buktikan dalam penelitian tersebut (Notoatmodjo, 2018).

1. Hipotesis Alternatif (Ha):

Ada hubungan ADL dengan kualitas hidup pada Lansia GGK yang menjalani HD di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2024.