

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Deskripsi Konseptual

1. Dukungan Keluarga

a. Pengertian Keluarga

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari atas kepala keluarga dan beberapa orang yang terkumpul serta tinggal di suatu tempat dibawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Johnson & Leny, 2010). Menurut Friedman (2013) dalam Padila (2018), mendefinisikan keluarga sebagai suatu sistem sosial. Keluarga merupakan sebuah kelompok kecil yang terdiri dari individu-individu yang memiliki hubungan erat satu sama lain, saling tergantung yang diorganisir dalam suatu unit tunggal dalam rangka mencapai tujuan tertentu. WHO (*World Health Organization*), menjelaskan bahwa keluarga adalah anggota rumah tangga yang saling berhubungan melalui pertalian darah, adopsi atau perkawinan. Keluarga merupakan ikatan yang didasari perkawinan antara dua orang dewasa yang tinggal dibawah satu atap dengan atau tanpa anak sendiri ataupun adopsi dan saling ketergantungan.

b. Struktur keluarga

Struktur keluarga dibagi menjadi lima macam, yaitu:

1) Patrilineal

Adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melalui jalur ayah.

2) Matrilineal

Adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melalui jalur ibu.

3) Matrilokal

Adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama sedarah ibu

4) Patrilocal

Adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama sadarah ayah

5) Keluarga Kawin

Adalah hubungan suami istri sebagai dasar bagi pembinaan suatu keluarga, dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian suatu keluarga karena adanya hubungan dengan suami atau istri.

c. Fungsi Keluarga

Menurut Friedman (1998) dalam Padila (2018), terdapat lima fungsi keluarga, yaitu:

1) Fungsi Afektif

Fungsi afektif berhubungan dengan fungsi internal keluarga yang merupakan basis kekuatan dari keluarga. Fungsi afektif berguna untuk pemenuhan kebutuhan psikososial. Keberhasilan fungsi-fungsi afektif tampak melalui keluarga yang bahagia. Anggota keluarga mengembangkan konsep diri yang positif, rasa dimiliki dan rasa memiliki, rasa berarti serta merupakan sumber kasih sayang. Reinforcement dan support dipelajari dan dikembangkan melalui interaksi dalam keluarga.

2) Fungsi Sosialisasi

Padila (2018), menjelaskan bahwa fungsi sosialisasi adalah proses perkembangan dan perubahan yang dapat dialami individu yang menghasilkan interaksi sosial dan dapat belajar berperan dalam lingkungan sosial.

3) Fungsi Reproduksi

Keluarga berfungsi untuk meneruskan kelangsungan keturunan dan meningkatkan sumber daya manusia. Dengan adanya program keluarga berencana, maka fungsi ini sedikit dapat terkontrol.

4) Fungsi Ekonomi

Dalam memenuhi kebutuhan dari anggota keluarga seperti makanan, pakaian, dan rumah, maka keluarga memerlukan

sumber keuangan. Fungsi ini sulit dipenuhi oleh keluarga dibawah garis kemiskinan.

5) Fungsi Perawatan Kesehatan

Fungsi lain keluarga ialah adanya fungsi perawatan kesehatan. Selain keluarga menyediakan makanan, pakaian, dan rumah, keluarga juga berfungsi melakukan asuhan kesehatan terhadap anggotanya baik mencegah terjadinya gangguan maupun anggota keluarganya yang sedang sakit.

d. Definisi Dukungan Keluarga

Dukungan Keluarga adalah mengacu kepada dukungan-dukkungan sosial yang dipandang oleh anggota keluarga sebagai sesuatu yang dapat di akses/diadakan untuk keluarga, dukungan sosial bisa atau tidak digunakan, tapi anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan (Friedman, 2013).

e. Fungsi Dukungan Keluarga

Dukungan Keluarga dapat di tampilkan dalam fungsi keluarga yang dapat diukur menggunakan APGAR skor. APGAR skor adalah skor yang digunakan untuk menilai fungsi dukungan keluarga ditinjau dari sudut pandang setiap anggota keluarga terhadap hubungannya dengan anggota keluarga lain. Penilaian ini dilakukan pada seorang anggota keluarga yang bersangkutan untuk mengetahui apakah dukungan keluarganya baik atau tidak. APGAR keluarga pertama kali diperkenalkan oleh Gabriel Smilkstein pada tahun 1978 untuk menilai tingkat kepuasan sosial dengan dukungan keluarga. Jika fungsi dukungan keluarga dapat terlaksana dengan baik, dapatlah terwujudnya keluarga yang sejahtera, dengan terwujudnya keluarga yang sejahtera berarti telah terwujud pula keluarga sehat (health family). Untuk dapat mengukur baik atau tidaknya fungsi dukungan pada suatu keluarga, dikembangkan suatu metode penilaian sederhana yaitu APGAR keluarga.

Menurut Gabriel (1978) dalam Oktarina (2021), fungsi dari family support dibagi menjadi lima, yaitu:

1) *Adaptation*

Kemampuan anggota keluarga tersebut beradaptasi dengan anggota keluarga lain, serta penerimaan, dukungan dan saran dari anggota keluarga lain.

2) *Partnership*

Menggambarkan komunikasi, saling membagi, saling mengisi antara anggota keluarga dalam segala masalah yang dialami oleh keluarga tersebut

3) *Growth*

Menggambarkan dukungan keluarga terhadap hal-hal baru yang dilakukan oleh anggota keluarga tersebut.

4) *Affection*

Menggambarkan hubungan kasih sayang dan interaksi antar anggota keluarga.

5) *Resolve*

Menggambarkan kepuasan anggota keluarga tentang kebersamaan dan waktu yang dihabiskan bersama anggota keluarga yang lain.

Menurut Friedman (1998) dalam Oktarina (2021), menyatakan bahwa keluarga berfungsi sebagai sistem pendukung bagi anggotanya. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung, selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan. Terdapat empat dimensi dari fungsi dukungan keluarga yaitu:

- 1) Dukungan emosional berfungsi sebagai pelabuhan istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan emosional serta meningkatkan moral keluarga. Dukungan emosional melibatkan ekspresi empati, perhatian, pemberian semangat, kehangatan pribadi, cinta, atau bantuan emosional. Dengan semua tingkah laku yang mendorong perasaan nyaman dan mengarahkan individu

untuk percaya bahwa ia dipuji, dihormati, dan dicintai, dan bahwa orang lain bersedia untuk memberikan perhatian

- 2) Dukungan informasi, keluarga berfungsi sebagai sebuah kolektor dan disseminator (penyebar) informasi tentang dunia (Friedman, 1998). Dukungan informasi terjadi dan diberikan oleh keluarga dalam bentuk nasehat, saran dan diskusi tentang bagaimana cara mengatasi atau memecahkan masalah yang ada
 - 3) Dukungan instrumental,. Dukungan instrumental berfungsi meberiikan keluarga secara langsung yang meliputi bantuan material seperti memberikan tempat tinggal, meminjamkan atau memberikan uang dan bantuan dalam mengerjakan tugas rumah sehari-hari
 - 4) Dukungan penghargaan, keluarga bertindak (keluarga bertindak sebagai sistem pembimbing umpan balik, membimbing dan memerantai pemecahan masalah dan merupakan sumber validator identitas anggota
- f. Sumber Dukungan Keluarga

Menurut Friedman (2013), sumber family support dibagi menjadi dua, yaitu:

1) Dukungan Internal

Dukungan yang bersumber dari suami/istri atau dari saudara kandung

2) Dukungan Eksternal

Dukungan yang bersumber dari dukungan jaringan sosial dari teman, keluarga, sebuah jaringan kerja sosial keluarga inti itu sendiri dan teman.

g. Manfaat Dukungan Keluarga

Dalam membuat ringkasan kumpulan dukungan sosial yang luas dan riset dalam bidang kesehatan menyimpulkan bahwa baik efek-efek penyangga (dukungan sosial menahan efek-efek negatif dari stress terhadap kesehatan), dan efek-efek utama (dukungan sosial secara

langsung mempengaruhi akibat-akibat dari kesehatan). Secara lebih spesifik, keberadaan dukungan sosial keluarga yang adekuat terbukti berhubungan dengan menurunnya mortalitas, lebih mudah sembuh dari sakit, dan dikalangan kaum tua fungsi kognitif, fisik, dan kesehatan emosi (Friedman, 2013).

h. Faktor yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga

Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga Menurut Setiadi (2008) dalam (Ahmad, 2022) adalah:

1. Faktor Internal

a) Tahap Perkembangan

Artinya dukungan ditentukan faktor usia dalam hal ini adalah pertumbuhan dan perkembangan. dengan demikian setiap rentang usia (bayi-lansia) memiliki pemahaman dan respon terhadap perubahan kesehatan yang berbeda-beda.

b) Pendidikan atau Tingkat Pengetahuan

Keyakinan seseorang terhadap adanya dukungan terbentuk oleh variabel intelektual yang terdiri dari pengetahuan, latar belakang pendidikan dan pengalaman masa lalu untuk memahami faktor-faktor yang berhubungan dengan penyakit dan menggunakan pengetahuan tentang kesehatan untuk menjaga kesehatan dirinya.

c) Faktor Emosional

Faktor emosional juga mempengaruhi keyakinan terhadap adanya dukungan dan cara melaksanakannya. Seseorang yang mengalami respon stress dalam setiap perubahan hidupnya cenderung berespon terhadap berbagai tanda sakit, mungkin dilakukan dengan cara mengawatirkan bahwa penyakit tersebut dapat mengancam kehidupannya.

d) Faktor Spiritual

Spiritual Aspek spiritual dapat terlihat dari bagaimana seseorang menjalani kehidupannya, mencakup nilai dan keyakinan

yang dilaksanakan, hubungan dengan keluarga atau teman dan kemampuan mencari harapan dan arti dalam hidupnya.

2. Faktor Eksternal

a) Praktik di Keluarga

Dukungan keluarga biasanya mempengaruhi penderita dalam melaksanakan kesehatannya, misalnya klien juga kemungkinan besar akan melakukan tindakan pencegahan jika keluarganya melakukan hal yang sama, misalnya anak selalu diajak orang tuanya untuk melakukan pemeriksaan kesehatan rutin, maka ketika punya anak dia akan melakukan hal yang sama.

b) Faktor Sosial Ekonomi

Faktor sosial dan psikososial dapat meningkatkan resiko terjadinya penyakit dan mempengaruhi cara seseorang bereaksi terhadap penyakitnya. Seseorang biasanya akan mencari dukungan dan persetujuan dari kelompok sosialnya, hal ini akan mempengaruhi keyakinan kesehatan dan cara pelaksanaannya. Semakin tinggi tingkat ekonomi seseorang ia akan lebih cepat tanggap terhadap gejala penyakit yang dirasakannya. Sehingga ia akan segera mencari pertolongan ketika merasa ada gangguan pada kesehatannya.

c) Latar Belakang Budaya

Latar belakang budaya mempengaruhi keyakinan nilai dan kebiasaan individu dalam memberikan dukungan termasuk cara pelaksanaan kesehatan pribadi (Ahmad, 2022).

i. Sumber Dukungan Keluarga

Dukungan sosial keluarga mengacu kepada dukungan sosial yang dipandang oleh keluarga sebagai sesuatu yang dapat diakses atau diadakan untuk keluarga, (dukungan sosial bisa atau tidak digunakan tetapi anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan). Dukungan sosial keluarga dapat berupa dukungan sosial keluarga internal, seperti dukungan dari suami atau istri atau dukungan

dari saudara kandung dan dukungan eksternal misalnya dukungan dari sana keluarga atau masyarakat, Menurut Friedman, (1998) dalam Tasripiyah (2010).

j. Tugas-tugas keluarga dalam bidang kesehatan

Menurut Fredman (1981, dalam Effendi, 1998), ada lima tugas kesehatan keluarga yang harus dilakukan berkaitan dengan lansia adalah:

1) Mengetahui masalah kesehatan lansia.

Lansia merupakan unit keluarga yang sangat rentan dengan berbagai masalah kesehatan biopsikososio spiritual. Keluarga harus mampu mengetahui dan menyadari masalah yang mungkin akan muncul atau sedang dialami oleh lansia tersebut untuk dapat dicegah dan diatasi.

2) Mengambil keputusan yang tepat untuk mengatasi masalah kesehatan lansia

Keluarga diharapkan dapat mengambil keputusan tepat terhadap masalah yang mungkin muncul ataupun yang telah terjadi. Hal ini berkaitan dengan pengambilan keputusan utama dalam keluarga.

3) Merawat anggota keluarga lansia

Merawat lansia dalam hal ini tidak saja merawat lansia yang telah sakit tapi juga merawat agar tetap sehat dan terhindar dari masalah kesehatan yang mungkin muncul.

4) Memodifikasi lingkungan fisik dan psikologis sehingga lansia dapat beradaptasi terhadap proses penuaan tersebut.

Keluarga diharapkan mampu memodifikasi lingkungan lansia untuk mencegah munculnya masalah kesehatan yang beresiko terjadi pada lansia serta mengoptimalkan kemampuan lansia yang mengalami masalah kesehatan seperti cedera.

5) Menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan dan sosial dengan tepat sesuai dengan kebutuhan lansia.

Keluarga diharapkan mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan seperti Puskesmas, dokter, RS untuk lansia yang mengalami masalah kesehatan. Selain itu, keluarga juga diharapkan mampu memfasilitasi lansia dalam memanfaatkan fasilitas sosial yang ada di masyarakat.

k. Dukungan Keluarga Fungsional dan Disfungsional

Menurut Yusuf (2018) keluarga yang fungsional ditandai dengan karakteristik:

- 1) Saling memperhatikan dan mencintai
- 2) Bersikap terbuka dan jujur
- 3) Adanya orangtua sebagai pendengar yang baik. Dapat menerima perasaan anak dan menghargai pendapat anak.
- 4) Terbukanya ruang untuk berdiskusi (musyawarah), mengeluarkan pendapat diantara tiap anggota keluarga.
- 5) Mampu berjuang untuk mengatasi masalah hidup.
- 6) Saling menyesuaikan diri dan mengakomodasi.
- 7) Orangtua mengayomi atau melindungi anak.
- 8) Komunikasi antar anggota keluarga berlangsung dengan baik.
- 9) Keluarga memenuhi kebutuhan psikososial anak dan mewariskan nilai-nilai budaya, serta
- 10) Mampu beradaptasi dengan perubahan yang terjadi.

Apabila dalam suatu keluarga tidak mampu menerapkan atau melaksanakan fungsi-fungsi seperti yang telah diuraikan diatas, maka keluarga tersebut mengalami stagnasi (kemandegan) atau disfungsi yang pada gilirannya akan merusak kekokohan keluarga tersebut, khususnya pada perkembangan kepribadian anak. Sedangkan ciri-ciri keluarga yang disfungsional tersebut oleh Hawari (dalam Yusuf, 2004) ditandai dengan karakteristik:

- 1) Adanya kematian salah satu atau kedua orangtuanya
- 2) Kedua orangtua berpisah atau bercerai (divorce)

- 3) Hubungan kedua orangtua tidak baik (poor marriage)
- 4) Hubungan orangtua dengan anak tidak baik (poor parent–child relationship)
- 5) Suasana rumah tangga yang tegang dan tanpa kehangatan (high tension and low warmth)
- 6) Orangtua sibuk dan jarang berada di rumah (parent’s absence)
- 7) Salah satu atau kedua orangtua memiliki kelainan kepribadian atau gangguan kejiwaan (personality or psychological disorder)

L. Cara menilai atau pengukuran Dukungan Keluarga

untuk mengukur dukungan keluarga dapat menggunakan kuesioner Family APGAR Scale. Kuesioner ini terdiri dari 5 pertanyaan yang mencakup 5 fungsi keluarga meliputi: adaptation (adaptasi), partnership (kemitraan), growth (pertumbuhan), affection (kasih sayang), dan resolve (penyelesaian masalah). Namun, peneliti tidak memilih untuk menggunakan kuesioner tersebut sebab merujuk dari penelitian yang dilakukan oleh Smucker dkk (1995) dan Gardner dkk (2001), dikatakan bahwa hasil interpretasi kuesioner ini kurang sesuai untuk menggambarkan adanya disfungsi keluarga.

Apgar keluarga menilai 5 fungsi pokok keluarga yaitu:

1) Adaptasi (*adaptation*)

- a) Penilaian : dari tingkat kepuasan pasien dan anggota keluarga dalam menerima bantuan yang dibutuhkan.
- b) Hasil: pasien merasa puas, karena pada saat dibutuhkan mereka bersedia datang membantu (score 2)

2) Kemitraan (*partnership*)

- a) Penilaian: tingkat kepuasan pasien dan anggota keluarga terhadap komunikasi dalam mengambil keputusan dan menyelesaikan masalah
- b) Hasil: sangat jarang terjadi masalah dsalam keluarga, walaupun ada hanya masalah kecil namun diselesaikan (score 2)

3) Pertumbuhan (*growth*)

a) Penilaian: tingkat kepuasan pasien dan anggota keluarga terhadap kebebasan yang diberikan keluarga dalam memantapkan pertumbuhan dan kedewasaan semua anggota keluarga.

b) Hasil: hampir selalu (score 2)

4) Kasih sayang (*affection*)

a) Penilaian: tingkat kepuasan anggota keluarga terhadap kasih sayang serta interaksi emosional yang berlangsung.

b) Hasil: kasih sayang keluarga terhadap pasien puas dengan kehangatan atau kasih sayang yang diberikan keluarga (score 2)

5) Kebersamaan (*resolve*)

a) Penilaian: tingkat kepuasan anggota keluarga terhadap kebersamaan dalam membagi waktu, kekayaan dan ruang atas keluarga.

b) Hasil: pasien cukup puas dengan waktu yang disediakan keluarga untuk menjalin kebersamaan (score 1)

2. Konsep Kualitas Hidup**a. Pengertian kualitas hidup**

Kualitas hidup adalah perasaan individu, yang berasal dari rasa puas atau tidak puas individu dengan area kehidupan yang penting baginya (Ferrans et al., 2005). Kualitas hidup adalah status kesehatan yang dinilai secara subjektif dari persepsi pasien/individu (Endarti, 2015). Kualitas hidup didefinisikan sebagai persepsi individu mengenai posisi mereka dalam kehidupan dalam konteks budaya dan sistem nilai dimana mereka hidup dan dalam kaitannya dengan tujuan, harapan standar, dan perhatian mereka (Nursalam, 2014). Definisi ini mencerminkan pandangan bahwa kualitas hidup mengacu pada evaluasi subjektif yang tertanam dalam konteks budaya, sosial dan

lingkungan. Oleh karena itu definisi kualitas hidup terfokus pada kualitas hidup yang “diterima” responden, definisi ini tidak diharapkan untuk menyediakan cara untuk mengukur gejala, penyakit atau kondisi dengan pola terperinci, melainkan efek dari penyakit dan intervensi kesehatan terhadap kualitas hidup.

Kualitas hidup adalah perbandingan antara harapan dan kenyataan yang berkaitan erat dengan tujuan, harapan, standar, dan masalah dimana berasal dari persepsi individu tersebut terhadap hidupnya. Pada pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa, dapat terjadi perubahan dalam kehidupannya karena disebabkan oleh sifat penyakit dan metode pengobatan. Adapun 4 faktor yang mempengaruhi kualitas hidup yakni, fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan dimana masing-masing dimensi memiliki dampak yang dapat menyebabkan penurunan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronis (Kemenkes RI, 2022)

b. Model kualitas hidup

Model dikembangkan untuk mengetahui kausa dari topik/isu yang sedang diamati. Terkait dengan kualitas, pemodelan kualitas hidup dapat bermanfaat sebagai petunjuk (*guidance*) penelitian dan aplikasi praktis peningkatan kualitas hidup pada populasi yang diamati secara optimal (Ferrans, et al., 2012). Berdasarkan hasil telaah sistematis yang dilakukan oleh Ferrans, 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*.

Menurut Ferrans et al., (2005) kualitas hidup dipengaruhi oleh karakteristik individu dan karakteristik lingkungan.

1) Karakteristik individu

Karakteristik individu merupakan determinan untuk fungsi biologis, status fungsional, persepsi sehat dan kualitas hidup.

Karakteristik individu terdiri dari demografik, faktor perkembangan, psikologis, dan faktor biologis.

2) 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, dukungan keluarga dan pelayanan kesehatan.

3) 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 kesehatan, termasuk didalamnya gejala, status fungsional, persepsi sehat dan kualitas hidup. Optimalisasi fungsi biologis merupakan bagian dari pengobatan secara holistik.

4) 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.

5) Status fungsional

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

6) Persepsi sehat

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

7) 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 kehidupan yang dijalaninya.

c. Pengukuran Kualitas Hidup

Alat ukur variabel kualitas hidup berupa kuesioner yang dibuat oleh WHO pada tahun 2004 yaitu *World Health Organization Quality Of Life (WHOQOL-100)-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 24 aspek yang mencakup 4 domain dan terbukti dapat digunakan untuk mengukur kualitas hidup seseorang. Keempat domain tersebut adalah:

- 1) Kesehatan fisik terdiri dari 7 pertanyaan
- 2) Psikologis (*Psychological*) terdiri dari 6 pertanyaan.
- 3) Hubungan sosial (*Social relationship*) terdiri dari 3 pertanyaan.
- 4) Lingkungan (*Environment*) terdiri dari 8 pertanyaan.

WHOQOL-Bref juga mengukur 2 aspek dari kualitas hidup secara umum yaitu:

- 1) Kualitas hidup secara keseluruhan (*Overall quality of life*)
- 2) Kesehatan secara umum (*General health*)

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

- a) 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.
- b) 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.

- c) 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.
- d) Pada item pertanyaan nomor 5-9 merupakan pertanyaan *favorable* dengan skor 1=tidak pernah, 2=jarang, 3=kadang-kadang, 4=sering dan 5=selalu.
- e) Pada item pertanyaan 10-14 merupakan pertanyaan *favorable* dengan skor 1=tidak sama sekali, 2=sedikit, 3=kadang-kadang, 4=sering dan 5=selalu.
- f) 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.
- g) 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.
- h) 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:

1. 0-49 = Kualitas Hidup kurang baik
2. 50-100 = Kualitas Hidup baik

d. Manfaat pengukuran kualitas hidup

Manfaat pengukuran kualitas hidup adalah: (1) *Discrimination*, dimana kualitas hidup dapat digunakan untuk membedakan beban

kesakitan antar kelompok atau antar individu pada satu titik waktu; (2) *Evaluation*, yaitu mengukur perubahan diri individu atau kelompok dalam kurun waktu tertentu; (3) *Prediction*, yaitu kemampuan untuk memprediksi suatu keadaan di masa datang (Ferrans et al., 2005).

e. Proses Menua dan Dampaknya terhadap Kualitas Hidup Lansia

Proses menua (aging) merupakan suatu perubahan progresif pada organisme yang telah mencapai kematangan intrinsik dan bersifat *irreversibel* serta menunjukkan adanya kemunduran sejalan dengan waktu. Proses alami yang disertai dengan adanya penurunan kondisi fisik, psikologis maupun sosial akan saling berinteraksi satu sama lain. Proses menua yang terjadi pada lansia dapat berupa kelemahan (*impairment*) akibat penurunan berbagai fungsi fungsi organ tubuh, keterbatasan fungsional (*functional limitations*) berkaitan dengan aktivitas kehidupan sehari-hari, ketidakmampuan (*disability*) dalam melakukan berbagai fungsi kehidupan, dan keterhambatan (*handicap*) akibat penyakit kronik yang dialami lansia dapat menurunkan kemampuan berfungsi sehingga berdampak terhadap kondisi mental dimana lansia merasa nilai diri dan kompetensinya menurun, depresi dan takut ditinggal oleh keluarganya. Laubunjong (2008) dalam Mia Fatma, (2019)

f. Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kualitas hidup lansia

Kualitas hidup dipengaruhi oleh berbagai situasidan 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. Ketegangan peran dan beban keluarga menyebabkan keterbatasan interaksi antara

keluarga dengan lansia sehingga berpengaruh terhadap kualitas hidup lansia. (Mia Fatma, 2019)

3. Konsep Gagal Ginjal Kronik

a. Pengertian GGK

Gagal ginjal kronik (GGK) adalah kerusakan faal ginjal yang hampir selalu tak dapat pulih, dan dapat disebabkan oleh berbagai hal. Istilah uremia telah dipakai sebagai nama keadaan tersebut selama lebih dari satu abad, walaupun sekarang kita sadari bahwa gejala gagal ginjal kronik tidak seluruhnya disebabkan retensi urea di dalam darah. *Insufisiensi renal* adalah sinonim gagal ginjal dan terkadang digunakan untuk gagal ginjal yang lebih ringan (Masriadi, 2019).

Menurut Fitria, (2022) penyakit ginjal kronik atau *Chronic Kidney Disease* (CKD) adalah penurunan fungsi ginjal yang progresif dan irreversibel di mana ginjal tidak mampu untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit sehingga menyebabkan uremia: (retensi urea dan sampah nitrogen lain dalam darah dan azotemia kenaikan kadar kreatinin serum dan ureum darah (Bare & Smeltzer, 2004). *The National Kidney Foundation* (NKF) *Kidney Disease Outcome Quality Initiative* (KDOQI) menjelaskan CKD adalah kerusakan dengan jadar filtrasi glomerulus (GFR) <60 ml/menit/1,73 m² selama lebih dari 3 bulan (Black & Hawks, 2014).

b. Etiologi GGK

Menurut Bauldoff et al. (2015), penyakit gagal ginjal kronik disebabkan oleh:

1) Diabetes Melitus

Nefropati diabetik mengakibatkan peningkatan awal laju aliran glomerulus yang menyebabkan hiperfiltrasi dengan akibat kerusakan glomerulus, penebalan dan sklerosis membran basalis glomerulus, kerusakan bertahap pada nefron menyebabkan penurunan GFR.

2) Nefrosklerosis Hipertensi

Hipertensi jangka panjang menyebabkan sklerosis dan penyempitan arteriol ginjal dan arteri kecil dengan akibat penurunan aliran darah yang menyebabkan iskemia, kerusakan glomerulus dan atrofi tubulus.

3) Glomerulonefritis Kronik

Inflamasi interstisial kronik parenkim ginjal menyebabkan obstruksi dan kerusakan tubulus dan kapiler yang mengelilinginya, mempengaruhi filtrasi glomerulus dan sekresi reabsorpsi tubulus dengan kehilangan nefron secara bertahap.

4) Pielonefritis Kronik

Infeksi kronik yang biasa dikaitkan dengan obstruksi atau refluks vesikoureter menyebabkan jaringan parut dan deformitas kaliks dan pelvis ginjal, yang menyebabkan refluks intrarenal dan nefropati

5) Penyakit Ginjal Polisistik

Kista bilateral multipel menekan jaringan ginjal yang merusak perfusi ginjal dan menyebabkan iskemia, remodeling vaskular dan pelepasan mediator inflamasi yang merusak dan menghancurkan jaringan ginjal yang normal.

6) Eritematosa Lupus

Kompleks imun terbentuk di membran basalis kapiler yang menyebabkan inflamasi dan sklerosis dengan glomerulonefritis lokal.

c. Patofisiologi GGK

Menurut Fitria, (2022) proses terjadinya gagal ginjal kronik melibatkan penurunan dan kerusakan nefron yang diikuti kehilangan fungsi ginjal secara progresif. Total laju filtrasi glomerulus (GFR) menurun dan klirens menurun, BUN dan kreatinin meningkat. Nefron yang masih tersisa mengalami hipertrofi akibat usaha jumlah cairan yang lebih banyak. Akibatnya, ginjal kehilangan kemampuan memekatkan urine. Untuk melanjutkan ekskresi sebagian, sebagian

urine dikeluarkan yang menyebabkan klien mengalami kekurangan cairan. Tubulus secara bertahap kehilangan kemampuan menyerap elektrolit. Biasanya, urine yang dibuang mengandung banyak sodium sehingga terjadi poliuri. Kerusakan berlanjut dan jumlah nefron yang berfungsi semakin sedikit dan GFR semakin menurun. Tubuh menjadi kelebihan air, garam dan sampah sisa metabolisme lain. Ketika GFR turun di bawah 10-20 ml/mnt, efek toksin uremik timbul pada tubuh klien (Bayhakki, 2013).

d. Manifestasi Klinis GJK

Menurut Fitria (2022) Pada gagal ginjal kronis, setiap sistem tubuh dipengaruhi oleh kondisi uremia, maka pasien memperlihatkan sejumlah tanda dan gejala. Keparahan tanda dan gejala bergantung pada bagian dan tingkat kerusakan ginjal, kondisi lain yang mendasari dan usia pasien (Bare & Smeltzer, 2004).

- 1) Kardiovaskuler, yang ditandai dengan adanya hipertensi, pitting edema (kaki, tangan, sacrum), edema periorbital, friction rub pericardial, serta pembesaran vena leher.
- 2) Integumen, yang ditandai dengan warna kulit abu-abu mengkilat, kulit kering dan bersisik, pruritus, ekimosis, kuku tipis dan rapuh serta rambut tipis dan kasar. Akibatnya kulit menjadi terasa gatal (pruritus). Kuku dan rambut juga menjadi kering dan pecah-pecah sehingga mudah rusak dan patah. Perubahan kulit pada pasien dapat menyebabkan gangguan konsep diri body image.
- 3) Pulmoner yaitu yang ditandai dengan krekels, sputum kental dan liat, napas dangkal seta pernapasan kussmaul.
- 4) Gastrointestinal yaitu yang ditandai dengan napas berbau ammonia, ulserasi dan perdarahan pada mulut, anoreksia, mual dan muntah, konstipasi dan diare, serta perdarahan dari saluran pencernaan.

- 5) Neurologi yaitu yang ditandai dengan kelemahan dan keletihan, konfusi, disorientasi, kejang, kelemahan pada tungkai, rasa panas pada telapak kaki, serta perubahan perilaku.
- 6) Penglihatan yaitu ditandai iritasi mata atau sindrom mata merah akibat terjadinya deposit kalsium dalam konjungtiva. Konjungtiva juga bisa mengalami edema akibat rendahnya kadar albumin.
- 7) Muskuloskeletal yaitu yang ditandai dengan kram otot, kekuatan otot hilang, fraktur tulang serta foot drop. Kelainan yang terjadi berupa penyakit tulang uremik yang sering disebut osteodistrofi renal, disebabkan oleh perubahan kompleks kalsium dan fosfat.
- 8) Reproduksi yaitu yang ditandai perubahan estrogen, progesteron dan testosteron menyebabkan tidak teraturnya atau berhentinya menstruasi. Pada kaum pria bisa terjadi impotensi akibat perubahan psikologis dan fisik yang menyebabkan atrofi organ reproduksi dan kehilangan hasrat seksual.

e. Penatalaksanaan GGK

Menurut Fitria, (2022) Penatalaksanaan penyakit gagal ginjal kronik adalah untuk mempertahankan fungsi ginjal dan homeostasis selama mungkin, mengidentifikasi semua faktor yang berkontribusi terhadap penurunan fungsi ginjal dan untuk mencegah gagal ginjal tahap akhir (Price & Wilson, 2006; Smeltzer, 2010). Terapi kolaborasi terdiri dari koreksi kelebihan cairan ekstraseluler dan deficit nutrisi, terapi eritropoetin, terapi antihipertensi, suplemen kalsium dan fosfat binder, terapi untuk penurunan kalium. Terapi pengganti ginjal dilakukan pada penyakit ginjal kronik stadium 5, yaitu pada LFG kurang dari 15 ml/menit. Terapi tersebut dapat berupa hemodialisis, dialisis peritoneal, dan transplantasi ginjal.

f. Klasifikasi GGK

Klasifikasi didefinisikan berdasarkan derajat penurunan Laju Filtrasi Glomerulus (LFG)/ Glomerulus Filtration Rate (GFR) dimana stadium yang lebih tinggi memiliki nilai LFG yang lebih rendah.

Tabel 2.1
Klasifikasi Stadium Fungsi Ginjal berdasarkan Laju Filtrasi Glomerulus.

Stadium	Penjelasan	Laju Filtrasi Glomerulus (ml/min/1,73m ²)
1.	Kerusakan ginjal dengan LFG normal atau meningkat	>90
2.	Kerusakan ginjal dengan LFG menurun ringan	60 – 89
3.	Kerusakan ginjal dengan LFG menurun sedang	30 – 59
4.	Kerusakan ginjal dengan LFG menurun berat	15 – 29
5.	Gagal ginjal	<15

Sumber: (Fitria, 2022)

Adapun tahap CKD menurut *National Kidney Foundation* (2002) dikutip oleh Lemore et al. (2015) adalah:

Tahap I: Kerusakan ginjal dengan GFR normal atau meningkat (>90 ml/menit/1,73 m²) Asitomatik: BUN dan kreatinin normal

Tahap II: Penurunan GFR ringan yaitu 60-89 ml/mnt/1,73 m².

Asitomatik, kemungkinan hipertensi, pemeriksaan darah biasanya dalam batas normal

Tahap III: Penurunan GFR sedang yaitu 30-59 ml/mnt/1,73m². Tahap ini dapat terjadi hipertensi, kemungkinan anemia dan keletihan, anoreksia, nyeri tulang, peningkatan ringan BUN dan kreatinin serum.

Tahap IV: Penurunan GFR berat yaitu 15-29 ml/mnt/1,73 m². Tahap ini terjadi hipertensi, anemia, malnutrisi, perubahan metabolisme tulang, edema, asidosis metabolik, hiperkalsemia, kemungkinan uremia dan azotemia dengan peningkatan BUN dan kadar kreatinin serum.

Tahap V: Penyakit ginjal stadium akhir dengan GFR < 15ml/mnt/1,73 m². Terjadi penurunan fungsi ginjal sangat berat dan dilakukan terapi pengganti ginjal.

g. **Komplikasi GKK**

Komplikasi yang dapat terjadi ialah penyakit kardiovaskuler, hipertensi, anemia, kelainan tulang mineral, gangguan elektrolit, diabetes melitus dan asidosis metabolik, pada komplikasi ini berkontribusi pada morbiditas dan mortalitas yang tinggi serta memengaruhi kualitas hidup yang buruk. Anemia pada CKD dan gangguan mineral dan tulang pada CKD sering dimulai pada stadium 3, sedangkan hipertensi pada CKD mulai memburuk pada stadium 3-5, anemia terjadi pada PGK stadium 5. Pada saat ginjal mengalami kerusakan maka produksi eritropoetin akan berkurang. Eritropoetin merupakan glikoprotein yang dikeluarkan oleh fibrositas interstisial ginjal dan penting untuk diferensiasi sel darah merah di sumsum tulang, anemia pada CKD dapat disebabkan oleh berbagai mekanisme seperti defisiensi besi, asam folat, atau vitamin B12. Pendarahan gastrointestinal, hiperparatiroidisme berat, peradangan, dan kelangsungan hidup eritrosit yang pendek. Penyebab utama terjadinya anemia pada CKD ialah produksi eritropoetin yang tidak adekuat, terjadinya anemia oleh karena terjadinya disfungsi platelet, kurangnya produksi hormon eritropoetin yang merangsang produksi sel darah merah di sumsum tulang, dan risiko kehilangan darah akibat tindakan hemodialisis, pada pasien CKD terjadi peningkatan tekanan glomerulus sehingga menyebabkan hipertrofi nefron, pada tahap ini terjadi poliuria yang bisa menyebabkan dehidrasi dan hiponatremia akibat ekskresi natrium melalui urine meningkat (Alfina, 2023).

4. Konsep Hemodialisa

a. **Pengertian HD**

Salah satu terapi pengganti ginjal adalah hemodialisa. Hemodialisa atau sering disebut dengan cuci darah adalah proses pembersihan darah dari sampah sisa metabolisme dan cairan yang berlebih oleh bantuan ginjal buatan dan mesin hemodialisa. Durasi

hemodialisa antara 4 sampai 5 jam, dilakukan sebanyak 2 kali dalam seminggu. Hemodialisa adalah suatu proses di mana terjadi proses difusi terlarut (solut) dan air melalui darah menuju kompartemen cairan melewati membran semi permeabel dalam dialiser (Price & Wilson, 2005).

Hemodialisis merupakan suatu proses terapi pengganti ginjal dengan menggunakan selaput membran semi permeabel (dialiser), yang berfungsi seperti nefron sehingga dapat mengeluarkan produk sisa metabolisme dan mengoreksi gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit pada pasien gagal ginjal (Hutagaol, 2017)

b. Peran Keluarga saat HD

Keluarga memiliki fungsi strategis dalam menurunkan angka kekambuhan, meningkatkan kemandirian dan taraf hidupnya serta pasien dapat beradaptasi kembali pada masyarakat dan kehidupan sosialnya. Keluarga berperan penting dalam menentukan cara perawatan atau asuhan keperawatan yang diperlukan oleh pasien sehingga akan menurunkan angka kekambuhan. (Nurdiana, dkk 2010)

c. Tujuan HD

Menurut Black & Hawks (2014), tujuan terapi dasar dari terapi dialisis adalah:

- 1) Untuk menghilangkan produk akhir metabolisme protein seperti ureum dan kreatinin dalam darah.
- 2) Untuk menjaga konsentrasi serum elektrolit.
- 3) Untuk mengoreksi asidosis dan menambah kadar bikarbonat darah.
- 4) Untuk menghilangkan kelebihan cairan.

d. Prinsip HD

Terdapat 3 komponen utama yang terlihat dalam proses hemodialisis yaitu alat dialiser, cairan dialisat dan sistem pengantara darah. Dialiser adalah alat dalam proses dialysis yang

mampu mengalirkan darah dan dialisis dalam komponen-komponen di dalamnya, dengan dibatasi membran semi permeabel (Depner, 2005).

Hemodialisis merupakan gabungan dari proses difusi dan ultrafiltrasi. Difusi adalah perpindahan zat terlarut melalui membrane semi permeabel. Laju difusi terbesar terjadi pada perbedaan konsentrasi molekul terbesar. Ini adalah mekanisme utama untuk mengeluarkan molekul kecil seperti urea, kreatinin, elektrolit, dan untuk menambahkan serum bikarbonat. Zat terlarut yang terkait dengan protein tidak dapat dibuang melalui difusi karena protein yang terikat tidak dapat menembus membran (Suhardjono, 2014).

e. Durasi HD

Menurut Pernefri (2003) untuk durasi hemodialisa disesuaikan dengan kebutuhan individu. Tiap hemodialisa dilakukan 4-5 jam dengan frekuensi 2 kali per minggu. Frekuensi hemodialisa dapat diberikan 3 kali per minggu dengan durasi selama 4-5 jam. Idealnya 10-15 jam/minggu.

f. Indikasi HD

Menurut Alwi et al. (2009), pada umumnya indikasi dialisis pada gagal ginjal kronik yaitu:

- 1) Keadaan umum buruk dengan gejala klinis nyata
- 2) K serum > 6 mEq/L
- 3) Ureum darah > 200 mg/dL
- 4) pH darah $< 7,1$
- 5) Anuria berkepanjangan (> 5 hari)
- 6) Fluid overloaded

Untuk pasien yang sudah terdiagnosa gagal ginjal stadium tinggi idealnya menjalani terapi HD 2 sampai 3 kali seminggu. 1 sesinya 4 sampai 5 jam dan seumur hidup. Namun pada pasien yang baru pertama kali melakukan HD berlangsung 2 sampai 3 jam. Bagi

pasien dengan kondisi medis lainnya hanya beberapa kali saja, selama fungsi ginjal menurun tetap menjalani HD, sebaliknya bila fungsi ginjal membaik dan meningkat, frekuensi terapi HD bisa berkurang bahkan di hentikan.

g. Efek Samping Hemodialisa

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

- a) Rasa lelah merupakan efek samping dari terapi hemodialisa 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 hemodialisa bisa menyebabkan cairan tubuh berkurang. Dan pasien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisa 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 hemodialisa 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 hemodialisa 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 hemodialisa yang menyebabkan kadar fosfor di dalam darah meningkat,

fosfor bisa mengikat kalsium sehingga menyebabkan kulit gatal.

5. Konsep Lansia

a. Pengertian Lansia

Proses menua (aging) adalah suatu proses alami yang disertai adanya penurunan kondisi fisik, psikologis maupun sosial yang saling berinteraksi satu sama lain (Kuntjoro, 2015), sedangkan menurut Contantinides (1994, dalam Nugroho, 2016) menua adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang diderita.

Proses menua adalah perubahan yang dialami individu yang terkait dengan biologis, psikologis, sosial dan spiritual yang kecepatan perubahan tersebut berbeda untuk setiap individu. Jenis kelamin, ras, kelas sosial dan keimanan menciptakan interaksi yang kompleks yang berkontribusi dalam proses penuaan setiap individu (Tyson, 2015). Berdasarkan penjelasan tersebut dapat dikatakan bahwa penuaan adalah proses alami yang ditandai dengan adanya penurunan fungsi baik fisik, psikologis maupun sosial yang percepatan perubahannya berbeda untuk setiap individu.

b. Batasan Lansia

Batasan usia lanjut menurut WHO Lanjut Usia antara lain meliputi:

- 1) Lansia muda, antara 60 sampai 69 tahun
- 2) Lansia dewasa, antara 70 sampai 79 tahun
- 3) Lansia usia tua (usia >80 tahun)

c. Perubahan yang terjadi pada lansia

Lansia merupakan periode akhir dari kehidupan seseorang dan setiap individu akan mengalami proses penuaan (Akhmadi,

2019). Proses penuaan ini 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 (Potter & Perry, 2015). Perubahan yang terjadi ini merupakan sesuatu yang normal tetapi dapat membawa berbagai dampak dan tantangan serta stresor tertentu (Akhmadi, 2019).

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 (Potter & Perry, 2015). 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.

d. Perubahan pada lanjut usia

Menurut Potter & Perry (2009) proses menua mengakibatkan terjadinya banyak perubahan pada lansia yang meliputi:

1) Perubahan Fisiologis

Pemahaman kesehatan pada lansia umumnya bergantung pada persepsi pribadi atas kemampuan fungsi tubuhnya. Lansia yang memiliki kegiatan harian atau rutin biasanya menganggap dirinya sehat, sedangkan lansia yang memiliki gangguan fisik, emosi, atau sosial yang menghambat kegiatan akan menganggap dirinya sakit. fisiologis pada lansia bebrapa diantaranya, kulit kering, penipisan rambut, penurunan pendengaran, penurunan refleks batuk, pengeluaran lender, penurunan curah jantung dan sebagainya.

Perubahan tersebut tidak bersifat patologis, tetapi dapat membuat lansia lebih rentan terhadap beberapa penyakit. Perubahan tubuh terus menerus terjadi seiring bertambahnya usia dan dipengaruhi kondisi kesehatan, gaya hidup, stressor, dan lingkungan.

2) Perubahan Fungsional

Fungsi pada lansia meliputi bidang fisik, psikososial, kognitif, dan sosial. Penurunan fungsi yang terjadi pada lansia biasanya berhubungan dengan penyakit dan tingkat keparahannya yang akan memengaruhi kemampuan fungsional dan kesejahteraan seorang lansia. Status fungsional lansia merujuk pada kemampuan dan perilaku aman dalam aktivitas harian (ADL). ADL sangat penting untuk menentukan kemandirian lansia. Perubahan yang mendadak dalam ADL merupakan tanda penyakit akut atau memperburuk masalah kesehatan.

3) Perubahan Kognitif

Perubahan struktur dan fisiologis otak yang dihubungkan dengan gangguan kognitif (penurunan jumlah sel dan perubahan kadar neurotransmitter) terjadi pada lansia yang mengalami gangguan kognitif maupun tidak mengalami gangguan kognitif. Gejala gangguan kognitif seperti disorientasi, kehilangan keterampilan berbahasa dan berhitung, serta penilaian yang buruk bukan merupakan proses penuaan yang normal.

4) Perubahan Psikososial

Perubahan psikososial selama proses penuaan akan melibatkan proses transisi kehidupan dan kehilangan. Semakin panjang usia seseorang, maka akan semakin banyak pula transisi dan kehilangan yang harus dihadapi. Transisi hidup, yang mayoritas disusun oleh pengalaman kehilangan, meliputi masa pensiun dan perubahan keadaan finansial, perubahan peran dan hubungan, perubahan kesehatan, kemampuan fungsional dan perubahan jaringan.

e. Tahap perkembangan lansia

Hurlock (1999) mengatakan bahwa sebagian besar tugas perkembangan lansia lebih banyak berkaitan dengan kehidupan pribadi seseorang daripada kehidupan orang lain. Adapun tugas perkembangan lansia adalah :

- 1) Menyesuaikan diri dengan menurunnya kekuatan fisik dan kesehatan
- 2) Menyesuaikan diri dengan masa pensiun dan berkurangnya *income* (penghasilan) keluarga.
- 3) Menyesuaikan diri dengan kematian pasangan hidup.
- 4) Membentuk hubungan dengan orang-orang seusia
- 5) Membentuk pengaturan kehidupan fisik yang memuaskan
- 6) Menyesuaikan diri dengan peran sosial secara luwes.

B. Hasil Penelitian yang Relevan

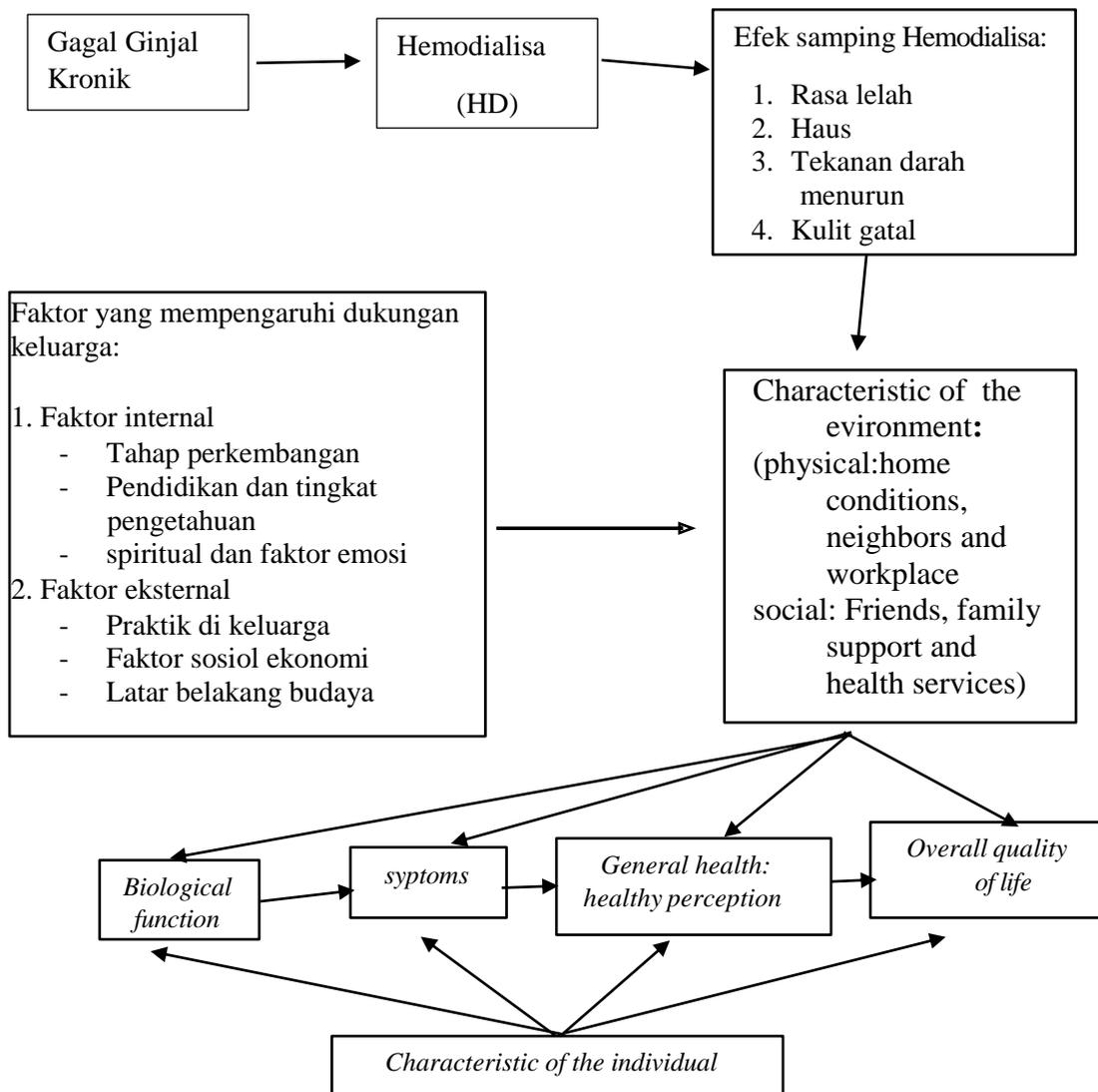
1. Berdasarkan penelitian Endriyansyah, (2022) Berjudul "Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa". Metode analitik digunakan dalam penelitian dengan rancangan *cross sectional*, dengan teknik *purposive sampling* sebanyak 30 sampel. Berdasarkan hasil uji *Chi Square* menunjukkan nilai p value $< \alpha$ ($0,05 < 0,001$) H_0 ditolak maka ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal.
2. Menurut penelitian Inayati, (2020) yang berjudul "hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di RSUD Ahmad Yani Metro". Populasi dalam penelitian ini pasien gagal ginjal, dan sampel penelitian ini pasien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisa tahun 2019 yaitu sebanyak 66 orang, teknik pengambilan sampel total sampling. Uji *Spearman's rho* digunakan untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga terhadap kualitas hidup pasien gagal ginjal yang menjalani hemodialisa. Hasil analisis didapatkan

$r = 0,393$; $p\text{-value } 0,001 < \alpha 0,05$ artinya dukungan keluarga terbukti memiliki korelasi dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa

3. Hasil penelitian Dwi (2019), tentang “ Hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pada usia lanjut GGK” didapatkan hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan atau korelasi yang positif atau searah dan bermakna antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup dengan nilai 0,588. Berdasarkan hasil penelitian, keluarga dan tenaga kesehatan khususnya perawat dialisis perlu mengontrol perubahan psikologis pasien selain perubahan fisik. Untuk meningkatkan pengetahuan pasien, tenaga kesehatan dapat memberikan edukasi ke pasien dan keluarga. Bagi pasien diharapkan dapat mengontrol persepsi terhadap kesehatannya agar kualitas hidupnya tetap baik.
4. Hasil penelitian Aris (2020), tentang “hubungan antara pengobatan dengan dukungan keluarga GGK dan kualitas hidup pasien yang menjalani haemodialisa di RSUD Soedarso Pontianak” hasil penelitian menunjukkan pasien lebih banyak memiliki dukungan keluarga negatif (54,90%), dukungan keluarga yang baik (72,55%) dan mengalami polifarmasi (50,98%). Hasil uji statistik menunjukkan terdapat hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dan kualitas hidup ($p\text{ value: } 0,008$); antara pengobatan dan persepsi penyakit ($p\text{ value: } 0,683$) dan terdapat hubungan antara pengobatan dan kualitas hidup ($p\text{ value: } 0,004$).

C. Kerangka Teori

Kerangka teori merupakan gambaran atau batasan teori tentang teori-teori yang digunakan sebagai landasan atau dasar dalam penelitian (Hidayat, 2017). kerangka teori pada penelitian ini adalah dukungan keluarga sebagai variabel independent dan kualitas hidup sebagai variabel dependen

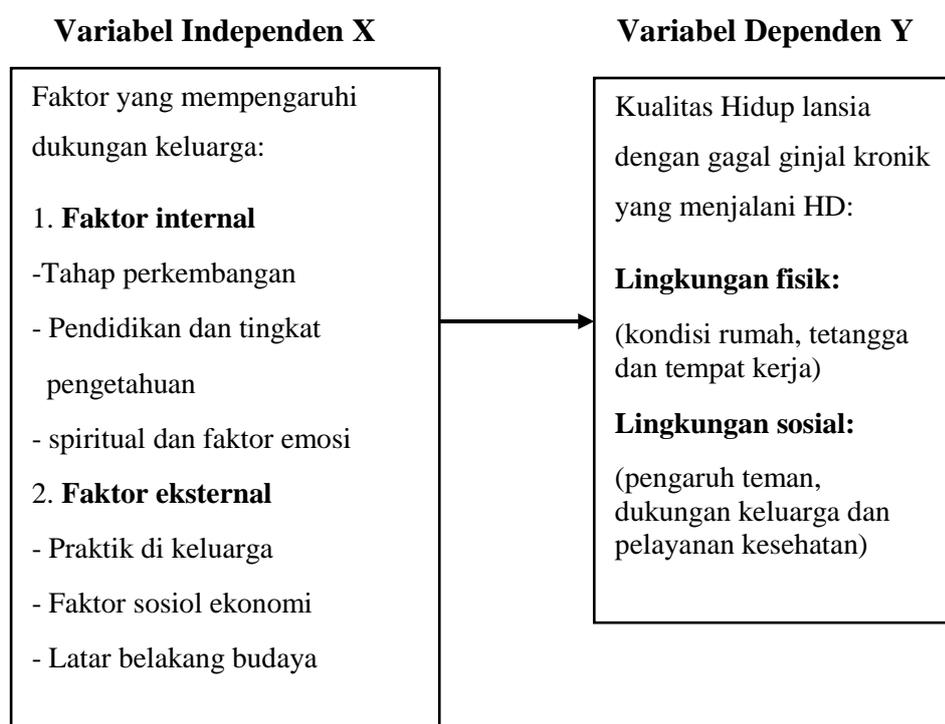


Sumber: (Ferrans 2020), (Delima & Tjitra, 2017), (Ahmad, 2022).

Gambar: Kerangka teori

D. Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan gambaran dan arahan asumsi mengenai variabel-variabel yang akan diteliti (Hidayat, 2017). Kerangka konsep pada penelitian ini adalah X sebagai variabel independent mempengaruhi Y sebagai variabel dependen yaitu hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik seperti pada gambar dibawah ini:



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

E. Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian adalah jawaban sementara penelitian, patokan dugaan, atau dalil sementara, yang kebenarannya akan dibuktikan dalam penelitian tersebut. Hipotesis berperan mengarahkan dalam mengidentifikasi variabel-variabel yang diteliti atau diamati (Notoatmodjo., 2018) adapun hipotesis untuk penelitian ini dirumuskan sebagai berikut:

Ha: Ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pada gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa Di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.