

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Teori**

##### **1. Konsep Persepsi Sehat**

###### **a. Definisi persepsi**

Persepsi adalah sebuah proses saat individu mengatur dan menginterpretasikan kesan-kesan sensoris mereka guna memberikan arti bagi lingkungan mereka (Robbins, Stephen P., 2007) Perilaku individu seringkali didasarkan pada persepsi mereka tentang kenyataan, bukan pada kenyataan itu sendiri (Kelley, H, 1972) Stimulus diperoleh dari proses penginderaan dunia luar atau dunia nyata, misalnya tentang objek-objek, Peristiwa, hubungan-hubungan antar gejala, dan stimuli ini diproses otak yang akhirnya disebut kognisi. Persepsi atau dalam bahasa Inggris *perception* berasal dari bahasa latin *perceptio*, dari *percipere* yang artinya menerima atau mengambil (Sobur, 2003). Menurut istilah, persepsi mendefinisikan persepsi dalam arti sempit ialah penglihatan, bagaimana cara seseorang melihat sesuatu, sedangkan dalam arti luas ialah pandangan atau pengertian, yaitu bagaimana seseorang memandang atau mengartikan sesuatu. menurut Desiderato dalam Rahmat (2007), persepsi adalah pengalaman tentang objek, peristiwa atau hubungan-hubungan yang diperoleh dengan menyimpulkan informasi dan menafsirkan pesan.

Persepsi sehat mengacu pada cara seseorang menginterpretasikan dan merasakan kondisi kesehatan mereka sendiri atau orang lain. Ini mencakup pandangan, keyakinan, dan penilaian subjektif individu terhadap kesehatan mereka, termasuk bagaimana mereka menilai gejala, kondisi fisik, dan kesejahteraan secara umum. Konsep sehat dan sakit pada responden dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu faktor biologis, , faktor psikologis, dan faktor sosial dan budaya (Sudarsono, 2016).

**b. Faktor penyebab persepsi**

Secara umum, faktor faktor yang mempengaruhi persepsi:

- 1) Minat, artinya semakin tinggi minat seseorang terhadap suatu objek atau peristiwa maka semakin tinggi juga minatnya dalam memersepsikan diri.
- 2) Kepentingan, artinya semakin dirasakan penting terhadap suatu objek atau peristiwa tersebut bagi diri seseorang, maka semakin peka dia terhadap objek-objek persepsinya.
- 3) Kebiasaan, artinya objek atau peristiwa semakin sering dirasakan seseorang, maka semakin terbiasa dirinya di dalam membentuk persepsi.
- 4) Konstansi, artinya ada kecenderungan seseorang untuk selalu melihat objek atau kejadian secara konstan sekalipun sebenarnya itu bervariasi dalam bentuk, ukuran, warna, dan kecermerlangan. (Herri Zan Pieter. 2010).

Persepsi sehat seseorang adalah hasil dari berbagai faktor yang saling berinteraksi. Pengalaman pribadi, termasuk riwayat penyakit dan perawatan medis, membentuk kerangka pemahaman individu tentang kesehatan mereka. Pendidikan dan pengetahuan tentang kesehatan juga memainkan peran penting dalam membentuk persepsi sehat, dengan orang yang lebih teredukasi cenderung memiliki pemahaman yang lebih baik. Selain itu, faktor genetik dan lingkungan, seperti kondisi tempat tinggal dan budaya, dapat mempengaruhi pandangan seseorang terhadap kesehatan. Paparan terhadap informasi kesehatan melalui media dan pengalaman layanan kesehatan juga berkontribusi pada bagaimana seseorang membentuk persepsi mereka. Faktor sosial dan ekonomi, stigma terkait penyakit, serta pengalaman kesehatan masyarakat secara keseluruhan juga turut memengaruhi cara individu melihat dan merespons kesehatan mereka. Keseluruhan, persepsi sehat adalah konstruksi kompleks yang melibatkan interaksi dinamis antara berbagai elemen dalam kehidupan seseorang (Kemkes, 2022).

### **c. Cara meningkatkan persepsi sehat**

Meningkatkan persepsi sehat melibatkan serangkaian tindakan yang dapat diterapkan dalam kehidupan sehari-hari. Pendidikan kesehatan memegang peranan penting, dimana peningkatan pengetahuan individu tentang gaya hidup sehat, deteksi dini, dan pencegahan penyakit dapat mengubah pandangan mereka terhadap kesehatan. Mengadopsi gaya hidup sehat, seperti pola makan seimbang dan olahraga teratur, dapat memberikan dampak positif pada persepsi kesehatan. Pengelolaan stres melalui teknik relaksasi juga dapat meningkatkan kesejahteraan mental dan fisik, serta memperkuat persepsi positif terhadap kesehatan (Milah, 2022).

Selain itu berkonsultasi secara rutin dengan profesional kesehatan, berpartisipasi dalam program pencegahan, dan menetapkan tujuan kesehatan pribadi dapat memberikan arahan yang jelas untuk perbaikan kesehatan. Dukungan sosial dari keluarga, teman, dan komunitas juga dapat memperkuat persepsi sehat, menciptakan lingkungan yang mendukung upaya kesehatan individu. Melibatkan diri dalam monitoring kesehatan pribadi, seperti pemantauan berat badan atau tekanan darah, memberikan pemahaman yang lebih baik tentang kondisi kesehatan dan memfasilitasi tindakan pencegahan (Sartika, 2022).

Pentingnya komunikasi terbuka dengan profesional kesehatan tidak hanya menciptakan hubungan yang saling mendukung, tetapi juga memberikan informasi yang akurat untuk membantu individu mengelola kesehatan mereka secara efektif. Menerapkan kombinasi langkah-langkah ini, individu dapat merasa lebih berdaya dalam merawat kesehatan mereka dan mengembangkan pandangan positif yang mendorong perubahan perilaku menuju kesehatan yang lebih baik (Almas, 2021).

### **d. Bentuk-bentuk persepsi**

#### **1) Persepsi jarak**

Persepsi jarak sebelumnya merupakan suatu teka-teki teoritis persepsi, karna cenderung dianggap sebagai apa yang dihayati oleh

indra perorangan yang berkaitan dengan bayangan dua dimensi.akhirnya ditemukan bahwa stimulus visual dimiliki ciri-ciri yang berhubungan dengan jarak pengamatan. Persepsi jarak menjadi lebih rumit karena sangat tergantung pada sejumlah besar faktor.

### 2) Persepsi gerakan

Persepsi gerakan ada di lingkungan sekitar manusia. Kita melihat sebuah benda bergerak karena ketika benda itu bergerak, sebagian menutupi dan sebagian lagi tidak menutupi latar belakangnya yang bergerak. Jadi tidak peduli apakah pandangan mata kita mengikuti benda yang bergerak atau pada latar belakangnya. Suatu hal akan menjadi menarik jika meninggalkan isyarat yang ambigu sehingga dapat memungkinkan terjadinya kekeliruan dalam memersepsi.

### 3) Persepsi kedalaman

Persepsi kedalaman dimungkinkan akan muncul melalui penggunaan isyarat-isyarat fisik, seperti akomodasi, konvergensi dan disparitas selaput jala dari mata dan juga disebabkan oleh isyarat-isyarat yang dipelajari dari perspektif linier dan udara interposisi atau meletakkan di tengah-tengah, di mana ukuran relatif dari objek dalam penjajaran, bayangan, ketinggian tekstur (Herri Zan Pieter, 2010).

## **e. Proses terbentuknya persepsi**

Proses persepsi dimulai dari proses menerima rangsangan, menyeleksi, mengorganisasi, menafsirkan, mengecek dan reaksi terhadap rangsangan. Rangsangan dari proses persepsi dimulai dari penangkapan indera terhadap objek persepsi. Ada dua jenis proses persepsi yaitu:

### 1) Proses fisik

Proses persepsi dimulai dari pengindraan yang menimbulkan stimulus dari reseptor yang dilanjutkan dengan pengolahan data pada syaraf sensorik otak atau dalam pusat kesadaran. Proses ini disebut juga dengan proses fisiologis.

## 2) Proses psikologis

Proses pengolahan data pada syaraf sensorik otak akan menyebabkan reseptor menyadari apa yang dilihat, didengar, atau apa yang diraba. Terbentuknya persepsi individu maupun suatu komunitas juga sangat tergantung pada stimulus yang jadi perhatian untuk di persepsikan. Di samping itu, kelengkapan data dan faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi sangat menentukan kualitas persepsi dari reseptor.

### f. Macam-macam persepsi sehat

Persepsi sehat merujuk pada cara individu memahami dan menilai kondisi kesehatan mereka sendiri, lingkungan sekitar, serta berbagai aspek yang berhubungan dengan kesehatan. Macam-macam persepsi sehat dapat mencakup berbagai dimensi dan sudut pandang. Berikut adalah beberapa macam persepsi sehat yang umum:

#### 1) Persepsi kesehatan fisik:

- a. Pemahaman tubuh: bagaimana seseorang memahami fungsi tubuhnya, kesehatan organ-organ utama, dan tingkat kebugaran fisik.
- b. Respons terhadap gejala: bagaimana individu menilai dan merespons gejala penyakit atau ketidaknyamanan fisik.

#### 2) Persepsi kesehatan mental:

Stigma terhadap kesehatan mental: bagaimana individu menilai atau merespons masalah kesehatan mental, termasuk sejauh mana stigma terhadap gangguan mental. kesadaran emosional: bagaimana seseorang mengenali dan mengelola emosi mereka, serta pemahaman terhadap kesehatan mental secara menyeluruh

#### 3) Persepsi gaya hidup sehat:

- a. Pandangan tentang aktivitas Fisik: Bagaimana seseorang memandang olahraga dan aktivitas fisik dalam menjaga kesehatan.
- b. Pemahaman nutrisi: bagaimana seseorang memahami pentingnya nutrisi dan diet seimbang.

- c. Sikap terhadap kebiasaan merokok atau minum alkohol: bagaimana individu menilai risiko dari kebiasaan merokok, minum alkohol, atau perilaku berisiko lainnya.

4) Persepsi lingkungan:

- a. Pengaruh lingkungan terhadap kesehatan: bagaimana individu menilai dampak lingkungan sekitar terhadap kesehatan mereka, seperti polusi udara, air bersih, dan keamanan lingkungan.
- b. Akses terhadap pelayanan kesehatan: bagaimana individu menilai ketersediaan dan aksesibilitas pelayanan kesehatan di sekitar mereka.

5) Persepsi sosial:

- a. Penerimaan sosial terhadap penyakit atau kondisi kesehatan: bagaimana individu merasa diterima atau dihargai oleh masyarakat ketika mereka mengalami kondisi kesehatan tertentu.
- b. Hubungan sosial dan dukungan: bagaimana jaringan sosial dan dukungan interpersonal mempengaruhi persepsi kesehatan seseorang.

6) . Persepsi risiko dan pencegahan:

- a. Pemahaman risiko kesehatan: bagaimana individu menilai risiko tertentu terhadap kesehatan mereka, seperti risiko penyakit tertentu atau cedera.
- b. Sikap terhadap pencegahan: bagaimana individu mengadopsi tindakan preventif, seperti vaksinasi atau pemeriksaan kesehatan rutin.

7) Persepsi terhadap proses penyembuhan:

- a. Harapan terhadap kesembuhan: bagaimana individu memahami dan menilai proses penyembuhan, serta harapan mereka terkait kesembuhan.

- b. Penting untuk diingat bahwa persepsi sehat bersifat individual dan dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor, termasuk budaya, nilai, pengalaman pribadi, dan informasi yang tersedia.

**f. Penilaian persepsi sehat**

Kuesioner Persepsi Penyakit Singkat (B-IPQ) adalah alat yang digunakan untuk mengevaluasi representasi kognitif dan emosional dari penyakit (Broadbent et al. 2006). Ini adalah kuesioner delapan item yang menilai representasi penyakit kognitif, representasi penyakit emosional, dan representasi pemahaman penyakit.

Berbagai penelitian mengevaluasi sifat psikometrik dari Kuesioner Persepsi Penyakit Singkat (B-IPQ) di berbagai populasi, dan evaluasi psikometriknya menunjukkan validitas konkuren dan prediktif yang baik, sensitivitas terhadap perubahan, dan reliabilitas tes-tes ulang yang baik (Timmermans dkk. 2017, Hallegraeff dkk. 2013, Machado dkk. 2019, Zhang dkk. 2017). B-IPQ terbukti memiliki konsistensi internal yang baik, validitas konstruk yang memuaskan, dan sifat psikometrik yang dapat diterima (Timmermans dkk. 2017, Hallegraeff dkk. 2013, Machado dkk. 2019, Zhang dkk. 2017, Kuiper dkk. al.2022).

B-IPQ telah divalidasi pada banyak penyakit seperti diabetes, asma, penyakit ginjal, kanker, dan juga penyakit ringan (Machado et al. 2019 ). B-IPQ telah terbukti menjadi alat yang berguna dalam memprediksi tingkat kehadiran di klinik rawat jalan diabetes (Kuiper et al. 2022). Skor B-IPQ menawarkan kemungkinan untuk menilai sejauh mana persepsi penyakit mengancam pasien (Rivera dkk. 2022). B-IPQ ditemukan memiliki korelasi positif yang signifikan antara total skor B-IPQ dan depresi dan kecemasan (Rivera dkk. 2022).

Penilaian kuesioner B-IPQ, setiap item diberi peringkat pada skala 0-10, dengan skor yang lebih tinggi menunjukkan persepsi yang lebih mengancam terhadap penyakit tersebut. Skor total dihitung dengan menjumlahkan skor kedelapan item, dengan rentang kemungkinan 0-80. Skor yang lebih tinggi menunjukkan persepsi penyakit yang lebih buruk.

(Kuiper et al. 2022). Skor B-IPQ menawarkan kemungkinan untuk menilai sejauh mana persepsi penyakit mengancam pasien (Rivera dkk. 2022). B-IPQ ditemukan memiliki korelasi positif yang signifikan antara total skor B-IPQ dan depresi dan kecemasan (Rivera dkk. 2022). Oleh karena itu, B-IPQ adalah alat yang andal dan valid untuk menilai representasi kognitif dan emosional dari penyakit di berbagai populasi.

Kuesioner persepsi sehat telah dimodifikasi oleh Pratiwi dkk., (2019) terkait kuesioner B-IPQ terhadap penyakit gagal ginjal kronik. B-IPQ terdiri dari 14 aspek yang mencakup 7 domain dengan masing masing domain terdiri atas 2 pertanyaan. Ketujuh domain tersebut adalah:

- 1) Persepsi umum terkait gagal ginjal kronik,
- 2) Pemahaman terhadap pengobatan
- 3) Kualitas hidup,
- 4) Persepsi terhadap dukungan medis,
- 5) Aspek psikologi,
- 6) Kontrol cairan dan diet,
- 7) Aktivitas fisik.

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

- 1) Pada item pertanyaan nomor 1, 3, 4, 5, dan 6 dengan skor 1: tidak, 2: sebagian, 3: baik, dan 4: sangat baik.
- 2) Pada item pertanyaan nomor 2, 7, 8, dan 14 dengan skor 1: tidak, 2: biasa saja, 3: baik, dan 4: sangat baik
- 3) Pada item pertanyaan nomor 9, 10, 12 dan 13 dengan skor 1: tidak pernah, 2: kadang-kadang, 3: sering, dan 4: selalu.
- 4) Pada item pertanyaan nomor 11 terkait kontrol cairan dan diet dengan skor 1: sangat buruk, 2: buruk, 3: baik, dan 4: sangat baik.

Penilaian mengenai persepsi tentang penyakit gagal ginjal kronik ini didasarkan pada skor jawaban item 1-7 pada kuesioner B-IPQ (*Brief Illness Perception Questionnaire*). Menurut Pratiwi dkk., (2019) skor yang lebih tinggi menunjukkan bahwa penyakit tersebut dianggap ancaman



dengan rentang nilai total 0 hingga 56. Penyakit gagal ginjal kronik dianggap sebagai ancaman apabila skor total berada dibawah nilai median yaitu 28. Skor dari masing-masing domain persepsi sehat yang telah ditransformasi, kemudian diakumulasi lalu dibagi 4, kemudian diklasifikasi sebagai berikut:

- 1) 0-22: Persepsi sehat Tidak Baik
- 2) 23-56: Persepsi sehat Baik

## 2. Konsep Gagal Ginjal Kronik

### a. Definisi gagal ginjal kronik

GGK atau tahap akhir penyakit ginjal, yang dikenal sebagai *End Stage Renal Disease* (ESRD), merupakan gangguan fungsi ginjal yang bersifat progresif dan tidak dapat diubah, di mana tubuh tidak mampu menjaga metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit, mengakibatkan uremia (akumulasi urea dan zat nitrogen lain dalam darah) (Nuari & Widayati, 2017). GGK adalah penurunan fungsi ginjal yang berkelanjutan dan menyebabkan kerusakan jaringan ginjal yang tidak dapat dipulihkan dan terus berkembang. Fase terakhir dari kondisi ini disebut Gagal Ginjal Terminal (GGT), di mana fungsi ginjal sudah sangat terganggu. Kedua kondisi ini dapat dibedakan melalui tes klirens kreatinin (Irwan, 2019). GGK merupakan tingkat keparahan yang memerlukan terapi pengganti ginjal permanen, seperti dialisis atau transplantasi ginjal. Uremia merupakan sindrom klinis dan laboratorium yang terjadi pada semua organ akibat penurunan fungsi ginjal dalam kondisi GGK (Suwitra, 2019).

### b. Kriteria gagal ginjal kronik

Kerusakan ginjal (*Renal Damage*) yang terjadi lebih dari 3 bulan, berupa kelainan structural atau fungsional, dengan atau tanpa penurunan Laju Filtrasi Glomerulus (LFG), dengan manifestasi:

- 1) Kelainan patologis
- 2) Terdapat tanda kelainan ginjal, termasuk kelainan dalam komposisi

darah atau urin, atau kelamin dalam tes pencitraan (imaging test). Laju Filtrasi Glomerulus (LFG) kurang dari 60ml/menit/1,73m<sup>2</sup> selama 3 bulan, dengan atau tanpa kerusakan ginjal. Pada keadaan tidak terdapat kerusakan ginjal lebih dari 3 bulan, dan LFG sama atau lebih dari 60,1/menit/1,73 m<sup>2</sup>, tidak termasuk kriteria GGK (Suwirta. 2019).

### c. Etiologi gagal ginjal kronik

Menurut *The Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (KDOQI) of National Kidney Foundation* (2018), ada dua penyebab utama dari penyakit ginjal kronis yaitu diabetes dan tekanan darah tinggi, yang bertanggung jawab untuk sampai dua- pertiga kasus. Diabetes terjadi ketika gula darah terlalu tinggi, menyebabkan kerusakan banyak organ dalam tubuh, termasuk ginjal dan jantung, serta pembuluh darah, saraf dan mata. Tekanan darah tinggi, atau hipertensi, terjadi ketika tekanan darah terhadap dinding pembuluh darah meningkat. Jika tidak terkontrol, atau kurang terkontrol, tekanan darah tinggi bisa menjadi penyebab utama serangan jantung, stroke dan penyakit ginjal kronis. Begitupun sebaliknya, penyakit ginjal kronis dapat menyebabkan tekanan darah tinggi.

Penyebab gagal ginjal pasien hemodialisis baru dari data tahun 2019 berdasarkan data dari *Indonesian Renal Registry (IRR)* masih sama dengan tahun sebelumnya. Penyakit ginjal hipertensi meningkat menjadi 37% diikuti oleh Nefropati diabetika sebanyak 27%. Glomerulopati primer memberi proporsi yang cukup tinggi sampai 10% dan Nefropati Obstruktif pun masih memberi angka 7% dimana pada registry di negara maju angka ini sangat rendah. Masih ada kriteria lain-lain yang memberi angka 7%, angka ini cukup tinggi hal ini bisa diminimalkan dengan menambah jenis etiologi pada IRR. Proporsi penyebab yang tidak diketahui atau E10 cukup rendah.

### d. Patofisiologi gagal ginjal kronik

#### 1) Penurunan GFR (Glomerular Filtration Rate)

Penurunan GFR dapat dideteksi dengan mendapatkan urin 24 jam untuk memeriksa klirens kreatinin. Akibat dari penurunan GFR,

maka klirens kreatinin akan menurun, kreatinin akan meningkat, dan nitrogen urea darah (BUN) juga akan meningkat.

2) Gangguan klirens renal

Banyak masalah muncul pada gagal ginjal sebagai akibat dari penurunan jumlah glomeruli yang berfungsi, yang menyebabkan penurunan klirens (substansi darah yang seharusnya dibersihkan oleh ginjal)

3) Retensi cairan dan natrium

Ginjal kehilangan kemampuan untuk mengkonsentrasi atau mengencerkan urin secara normal. Terjadi penahanan cairan dan natrium, meningkatkan resiko terjadinya edema, gagal jantung kongestif dan hipertensi.

4) Anemia

Anemia terjadi sebagai akibat dari produksi yang tidak adekuat, memendeknya usia sel darah merah, defisiensi nutrisi, dan kecenderungan untuk terjadi perdarahan akibat status uremik pasien, terutama dari saluran. 5. Ketidakseimbangan kalium dan fosfat Kadar serum kalsium dan fosfat tubuh memiliki hubungan yang saling timbal balik, jika salah satunya meningkat, yang lain akan turun. Dengan menurunnya GFR (*Glomerular Filtration Rate*), maka terjadi peningkatan kadar fosfat serum dan sebaliknya penurunan kadar kalsium. Penurunan kadar kalsium ini akan memicu sekresi parathormon, namun dalam kondisi gagal ginjal, tubuh tidak berespon terhadap peningkatan sekresi parathormon, akibatnya kalsium di tulang menurun menyebabkan perubahan pada tulang dan penyakit tulang.

**e. Manifestasi klinis gagal ginjal kronik**

Manifestasi klinis menurut Suryono (2001) dalam Nuari & Widayati, (2017) adalah sebagai berikut:

1) Gangguan kardiovaskuler

Hipertensi, nyeri dada, dan sesak nafas, akibat perikarditis,

effuse persikardie dan gagal jantung akibat penimbunan cairan, gangguan irama jantung dan edema.

2) Gangguan pulmonal

Nafas dangkal, kussmaul, batuk dengan sputum kental dan riak suara krekels.

3) Gangguan gastrointestinal

Anoreksia, nausea dan fortinus yang berhubungan dengan metabolisme protein dalam usus, perdarahan pada saluran gastrointestinal, ulserasi dan perdarahan mulut, nafas bau ammonia.

4) Gangguan musculoskeletal

*Resiles reg sindrom* (pegal pada kakinya sehingga selalu di gerakkan), *Burning feet sindrom* (rasa kesemutan dan terbakar terutama di telapak kaki), tremor, miopati (kelemahan dan hipertrofi otot-otot ekstremitas).

### 3. Konsep Hemodialisa

#### a. Definisi hemodialisa

Terapi hemodialisa merupakan teknologi tinggi sebagai terapi pengganti untuk mengeluarkan sisa-sisa metabolisme atau racun tertentu dari peredaran darah manusia seperti air, natrium, kalium, hidrogen, urea, kreatinin, asam urat, dan zat-zat lain melalui membran semi permeabel sebagai pemisah darah dan cairan dialisis pada ginjal buatan dimana terjadi proses difusi, osmosis dan ultra filtrasi (Brunner & Suddarth 2014).

Dializer merupakan suatu membran atau selaput semi permeabel. Membran ini dapat dilalui oleh air dan zat tertentu atau zat sampah. Proses ini disebut dialisis yaitu proses berpindahnya air atau zat, bahan melalui membran semi permeabel (Pardede, 2019).

#### b. Prinsip hemodialisa

Dialisis berkesinambungan merupakan terapi pengganti (*replacement treatment*) pada klien CRF stadium terminal. Dialisis

digunakan untuk mengeluarkan cairan dan produk-produk sampah dari dalam tubuh saat ginjal tidak dapat melakukannya lagi. Prinsip hemodialisis adalah menempatkan darah berdampingan dengan cairan dialisat yang dipisahkan oleh suatu membrane (selaput tipis) yang disebut membrane semi permeable. Membrane hanya dapat dilalui oleh air dan zat tertentu (zat sampah) dengan BM kecil sampai sedang. Ada 3 prinsip dasar dalam HD yang bekerja pada saat yang sama yaitu (Pardede, 2019):

1) Proses difusi

merupakan proses berpindahnya suatu zat terlarut yang disebabkan karena adanya perbedaan konsentrasi zat-zat terlarut dalam darah dan dialisat. Perpindahan molekul terjadi dari zat yang berkonsentrasi tinggi ke yang berkonsentrasi lebih rendah. Pada HD pergerakan molekul/zat ini melalui suatu membrane semi permeable yang membatasi kompartemen darah dan kompartemen dialisat.

2) Proses ultrafiltrasi

Berpindahnya zat pelarut (air) melalui membrane semi permeable akibat perbedaan tekanan hidrostatis pada kompartemen darah dan kompartemen dialisat. Tekanan hidrostatis /ultrafiltrasi adalah yang memaksa air keluar dari kompartemen darah ke kompartemen dialisat. Besar tekanan ini ditentukan oleh tekanan positif dalam kompartemen darah (positive pressure) dan tekanan negatif dalam kompartemen dialisat (negative pressure) yang disebut TMP (trans membrane pressure) dalam mmHg.

3) Proses osmosis

Berpindahnya air karena tenaga kimiawi yang terjadi karena adanya perbedaan tekanan osmotik (osmolalitas) darah dan dialisat. Proses osmosis ini lebih banyak ditemukan pada peritoneal dialysis (Haryati, 2018).

**c. Indikasi hemodialisa**

Pada umumnya indikasi dari terapi hemodialisa pada penyakit ginjal kronis adalah Laju Filtrasi Glomerulus (LFG) sudah kurang dari 5 mL/menit, sehingga dialisis dianggap baru perlu dimulai bila dijumpai salah satu dari hal tersebut dibawah Sylvia & Wilson, (2015):

- 1) Keadaan umum buruk dan 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 )
- 5) Fluid overloaded

**d. Kontraindikasi**

Hemodialisis menurut PERNEFRI (2018), kontraindikasi dari hemodialisa adalah tidak mungkin didapatkan akses vaskuler pada hemodialisa, akses vaskuler sulit, instabilitas hemodinamik dan koagulasi. Kontra indikasi hemodialisa yang lain diantaranya adalah penyakit alzheimer, demensia multi infark, sindrom hepatorenal, sirosis hati lanjut dengan ensefalopati dan keganasan lanjut.

**e. Komplikasi**

Hemodialisa Hemodialisis merupakan intervensi untuk mengganti sebagian dari fungsi ginjal. Intervensi ini rutin dilakukan pada penderita penyakitginjal tahap akhir stadium akhir. Walaupun intervensi hemodialisis saat ini mengalami perkembangan yang cukup pesat, namun masih banyak penderita yang mengalami masalah medis saat menjalani hemodialisis. Komplikasi yang sering terjadi pada penderita yang menjalani hemodialisis adalah gangguan hemodinamik. Tekanan darah umumnya menurun dengan dilakukannya ultrafiltrasi atau penarikan cairan saat hemodialisis. Hipotensi intradialitik terjadi pada 5-40% penderita yang menjalani hemodialisis regular, namun sekitar 5-15% dari responden hemodialisis tekanan darahnya justru meningkat. Kondisi ini disebut hipertensi intradialitik atau intradialytic hypertension Agarwal dkk dalam (Mahmudah, 2019).

#### 4. Konsep Kualitas Hidup

##### a. Definisi kualitas hidup

Kualitas hidup adalah suatu kondisi dimana seorang individu mendapatkan kepuasan dan kesenangan dalam kehidupan sehari-hari yang teratur. Kepuasan pribadi mencakup kesejahteraan aktual dan kesejahteraan emosional, yang menyiratkan bahwa dengan asumsi seorang individu benar-benar solid secara intelektual, individu tersebut akan mencapai pemenuhan dalam hidupnya. Kesejahteraan aktual dapat dievaluasi dari kapasitas aktual, pembatasan pekerjaan aktual, siksaan tubuh, dan pandangan kesejahteraan. Kesejahteraan psikologis itu sendiri dapat dievaluasi dari kapasitas sosial, dan kendala dari pekerjaan yang penuh gairah (Rustandi et al., 2018)

Kualitas menjadi ukuran yang signifikan setelah pasien pengobatan substitusi ginjal semacam hemodialysis atau penggantian ginjal. Kepuasan pribadi pasien program hemodialysis akan berkurang mengingat pasien tak cuma menghadapi masalah medis yang berhubungan dengan penyakitnya yang terus-menerus namun juga terkait perawatan jangka panjang, sehingga kepuasan pribadi pasien program hemodialysis sangat rendah. lebih rendah dari pada pasien dengan kerusakan kongestif kardiovaskuler, penyakitparu-paru persisten, dan pertumbuhan ganas.

##### b. Dimensi kualitas hidup

Menurut Sagala, (2018) terdapat dimensi kualitas hidup sebagai berikut:

1. Dimensi fisik berhubungan dengan kesakitan dan kegelisahan, ketergantungan pada perawatan medis, energi dan kelelahan, mobilitas, tidur dan istirahat, aktifitas kehidupan sehari-hari, dan kapasitas kerja.
2. Dimensi psikologis berhubungan dengan pengaruh positif dan negatif spiritual, pemikiran pembelajaran, daya ingat dan konsentrasi, gambarantubuh dan penampilan, serta penghargaan terhadap diri sendiri.

3. Dimensi sosial terdiri dari hubungan personal, aktifitas seksual dan hubungan sosial.
4. Dimensi lingkungan terdiri dari keamanan dan kenyamanan fisik, lingkungan fisik, sumber penghasilan, kesempatan memperoleh informasi, dan keterampilan baru, partisipasi dan kesempatan untuk rekreasi, atau aktifitas pada waktu luang.

**c. Faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien GGK**

Menurut Rustandi et al., (2018) menyatakan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup dibagi menjadi dua bagian meliputi:

- 1) Sosial demografi
  - a. Usia

Pada umumnya sebagai kepuasan pribadi berkurang dengan bertambahnya usia. Anak-anak dengan CKD akan memiliki kepuasan pribadi yang lebih tinggi karena mereka biasanya dalam keadaan yang lebih baik daripada individu yang lebih mapan. Pasien yang berada di usia produktif merasa terdorong untuk memulihkan diri dengan berpikir bahwa mereka masih muda dan memiliki harapan yang boros dan mewah, sebagai fondasi keluarga, sedangkan orang tua menyerahkan pilihan kepada anak-anak ataupun keluarganya.

- b. Jenis kelamin

Laki-laki memiliki kualitas hidup lebih buruk dibanding perempuan dan semakin lama program hemodialyisa akan semakin buruk kualitas hidupnya.

- c. Pendidikan

Pada pasien yang mempunyai pendidikan tinggi akan memiliki informasi yang luas serta memungkinkan pasien untuk memiliki kemampuan untuk mengendalikan diri dalam mengatasi masalah utama dan terdapat, memiliki kepercayaan diri yang tinggi, pengalaman, dan memiliki ukuran yang tepat tentang cara mengelola waktu dan efektif. mendapatkan apa yang terjadi.



Disarankan oleh pekerja kesehatan, sebenarnya ingin mengurangi kegelisahan sehingga dapat membantu orang tersebut dalam memutuskan. Efek lanjutan dari tinjauan ini didukung oleh hipotesis di mana informasi atau mental adalah ruang vital untuk pengaturan suatu kegiatan, perilaku yang bergantung pada informasi akan lebih bertahan lama daripada yang tidak bergantung pada pengetahuan.

d. Pekerjaan

Pekerjaan adalah suatu gerakan atau tindakan individu yang bekerja untuk perusahaan, tempat kerja, organisasi bertujuan mendapatkan bayaran, menjadi upah atau kompensasi tertentu sebagai uang tunai atau produk untuk memenuhi kebutuhan hidup mereka.

**d. Penilaian kualitas hidup**

Kualitas hidup adalah tolak ukur yang patut diperhitungkan apabila akan menilai pasien program pengobatan khusus pasien penyakit kronis. Pasien dengan penyakit kronis rata-rata susah sembuh (Hacker, 2019). WHO telah menginisiasiasi sebuah proyek bernama (WHOQOL), pada tahun 1991, yang bertujuan membentuk suatu instrumen pengukuran kualitas hidup yang terstandarisasi secara internasional. WHOQOL mengukur persepsi seseorang dalam konteks budaya, sistem nilai, tujuan hidup, standard dan pertimbangan mereka. Instrumen ini telah dikembangkan dan diuji lapangan secara mendunia. WHOQOL-BREF terdiri dari 26 item pertanyaan yang terdiri dari 4 dimensi Rasjidi, (2019). Kualitas hidup akan diukur dengan menggunakan skala kualitas hidup dari WHOQOL-BREF (Lopez & Snyder, 2018). Skala tersebut terdiri dari 26 item, yang sudah terbagi dalam 4 dimensi yaitu kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial, lingkungan, dan kesehatan umum. Pada penelitian ini, peneliti menggunakan alat ukur terjemahan dari WHOQOL-BREF. Rating Nilai Kualitas Hidup yakni Sempurna (100), Tinggi (80-90), Sedang (56-79), Rendah (1-55).

Alat ukur variabel kualitas hidup berupa kuesioner yang dibuat oleh WHO pada Tahun 2004 yaitu *World Health Organization Quality Of Life (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:

- 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:

- 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:

- 1) 0-49: Kualitas Hidup Tidak Baik
- 2) 50-100: Kualitas Hidup Baik

#### **e. Faktor penyebab gangguan kualitas hidup**

Menurut Ferrans et al., (2020), terdapat beberapa faktor penyebab Gangguan Kualitas Hidup antara lain:

- 1) 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.

## 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, keluarga dan pelayanan Kesehatan.

## 3) Biologis

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.

## 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 health/*general health*

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.

## 5. Konsep Lansia

### a. Definisi lansia

Lansia merupakan tahap lanjut dari suatu proses kehidupan yang ditandai dengan penurunan kemampuan tubuh untuk beradaptasi dengan stres lingkungan. Lansia adalah keadaan yang ditandai oleh kegagalan seseorang untuk mempertahankan keseimbangan terhadap kondisi stres fisiologis (Effendi, 2009). Lansia adalah seseorang yang telah berusia >60 tahun dan tidak berdaya mencari nafkah sendiri untuk memenuhi kebutuhan hidupnya sehari-hari (Ratnawati, 2017). Kedua pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa lansia adalah seseorang yang telah berusia >60 tahun, mengalami penurunan kemampuan beradaptasi, dan tidak berdaya untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari seorang diri.

### b. Klasifikasi lansia

Klasifikasi lansia menurut WHO ( World Health Organization) dibagi menjadi tiga kategori yaitu:

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

### c. Karakteristik lansia

Karakteristik lansia menurut Ratnawati (2017) yaitu:

#### 1) Usia

Menurut UU No. 13 tahun 1998 tentang kesejahteraan lanjut usia, lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia diatas 60 tahun (Ratnawati, 2017).

#### 2) Jenis kelamin

Data Kemenkes RI (2015), lansia didominasi oleh jenis kelamin perempuan. Artinya, ini menunjukkan bahwa harapan hidup yang paling tinggi adalah perempuan (Ratnawati, 2017).

#### 3) Status pernikahan

Berdasarkan Badan Pusat Statistik RI SUPAS 2015,

penduduk lansia ditilik dari status perkawinannya sebagian besar berstatus kawin (60%) dan cerai mati (37%). Adapun perinciannya yaitu lansia perempuan yang berstatus cerai mati sekitar 56,04% dari keseluruhan yang cerai mati, dan lansia laki-laki yang berstatus kawin ada 82,84%. Hal ini disebabkan usia harapan hidup perempuan lebih tinggi dibandingkan dengan usia harapan hidup laki-laki, sehingga presentase lansia perempuan yang berstatus cerai mati lebih banyak dan lansia laki-laki yang bercerai umumnya kawin lagi (Ratnawati, 2017).

#### 4) Pekerjaan

Mengacu pada konsep *active ageing* WHO, lanjut usia sehat berkualitas adalah proses penuaan yang tetap sehat secara fisik, sosial dan mental sehingga dapat tetap sejahtera sepanjang hidup dan tetap berpartisipasi dalam rangka meningkatkan kualitas hidup sebagai anggota masyarakat. Berdasarkan Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI 2016 sumber dana lansia sebagian besar pekerjaan/usaha (46,7%), pensiun (8,5%) dan (3,8%) adalah tabungan, saudara atau jaminan sosial (Ratnawati, 2017).

#### 5) Pendidikan terakhir

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Darmojo menunjukkan bahwa pekerjaan lansia terbanyak sebagai tenaga terlatih dan sangat sedikit yang bekerja sebagai tenaga profesional. Dengan kemajuan pendidikan diharapkan akan menjadi lebih baik (Darmojo & Martono, 2018).

#### 6) Kondisi kesehatan

Angka kesakitan, menurut Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI (2018) merupakan salah satu indikator yang digunakan untuk mengukur derajat kesehatan penduduk. Semakin rendah angka kesakitan menunjukkan derajat kesehatan penduduk yang semakin baik. Angka kesehatan penduduk lansia tahun 2014 sebesar 25,05%, artinya bahwa dari setiap 100 orang lansia

terdapat 25 orang di antaranya mengalami sakit. Penyakit terbanyak adalah penyakit tidak menular (PTM) antar lain hipertensi, artritis, strok, diabetes mellitus (Ratnawati, 2017).

#### **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.

Perubahan 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 diperburuk 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 sosial.

## B. Hasil penelitian yang relevan

**Tabel 2.1**  
**Hasil penelitian yang relevan**

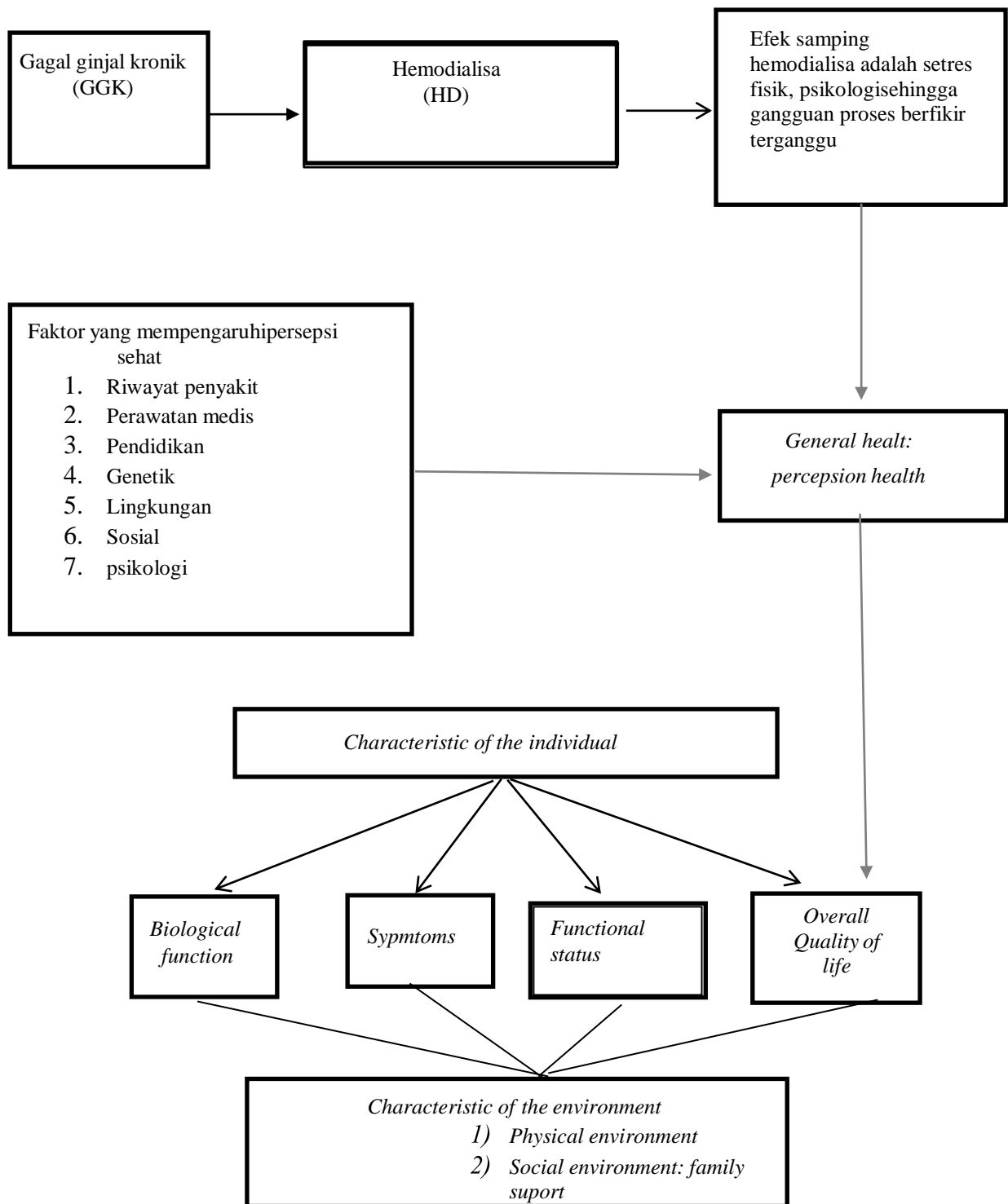
No	Nama Peneliti	tahun	Judul	Metode penelitian	Hasil penelitian
1.	Dwi	2019	Hubungan persepsi sehat dengan kualitas hidup pada usia lanjut GGK	Metode analitik digunakan dalam penelitian dengan rancangan <i>cross sectional</i> , dengan teknik <i>purposive sampling</i> sebanyak 30 sampel.	Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan atau korelasi yang positif atau searah dan bermakna antara persepsi sakit 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.
2.	Aris	2020	hubungan antara pengobatan dengan persepsi penyakit GGK dan kualitas hidup pasien yang menjalani haemodialisa di RSUD Soedarso Pontianak	Menggunakan metode kuantitatif dengan rancangan penelitian <i>cross sectional</i> dan besar sampel penelitian adalah 100 responden.	hasil penelitian menunjukkan pasien lebih banyak memiliki persepsi negatif (54,90%), kualitas hidup yang baik (72,55%) dan mengalami polifarmasi (50,98%). Hasil uji statistik menunjukkan tidak terdapat hubungan yang bermakna antara persepsi penyakit dan kualitas hidup ( <i>p value</i> : 0,058); antara pengobatan dan persepsi penyakit ( <i>p value</i> : 0,683) dan terdapat hubungan antara pengobatan dan kualitas hidup ( <i>p value</i> : 0,004).
3.	Adam	2022	hubungan persepsi sehat dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa	Menggunakan metode kuantitatif dengan rancangan penelitian <i>cross sectional</i> dan besar sampel penelitian adalah 100 responden	Hasil analisis didapatkan $r=0,00$ ; $p\text{-value } 0,001 < \alpha 0,05$ artinya persepsi sehat terbukti memiliki korelasi dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa
4.	Wua	2019	Kualitas Hidup Pasien Hemodialisis Di Unit Hemodialisis Rumah Sakit Umum Pusat Prof. Dr. R.D. Kandou Manado	Menggunakan metode kuantitatif dengan rancangan penelitian <i>cross sectional</i> dan besar sampel penelitian adalah 102 responden.	didapatkan bahwa dari 34 orang didapatkan 7 orang (31,9) dengan kualitas hidup baik, 15 responden (68,1%) dengan kualitas hidup buruk yang lama menjalani HD lebih dari 6 bulan, dan lama menjalani HD kurang dari 6 bulang didapatkan 5 orang (41,7%) dengan kualitas hidup baik dan 7 orang (58,3%) dengan kualitas hidup buruk
5.	Inayati	2020	hubungan persepsi sehat dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yangmenjalani hemodialisa di RSUD Ahmad Yani Metro	Metode analitik digunakan dalam penelitian dengan rancangan <i>cross sectional</i> , dengan teknik <i>purposive sampling</i> sebanyak 66 sampel.	Hasil analisis didapatkan $r=0,393$ ; $p\text{-value } 0,001 < \alpha 0,05$ artinya persepsi sehat terbukti memiliki korelasi dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa

### **C. Kerangka Teori**

Kerangka teori adalah kerangka yang menggambarkan hubungan hipotesis antara satu atau lebih faktor dengan satu situasi masalah, dengan demikian, faktor-faktor yang telah disajikan dalam seksi sebelumnya disintesis sedemikian rupa sehingga dalam kerangka teori tergambar hubungan hipotesis antara satu atau lebih faktor dengan satu situasi masalah (Sutriyawan, Agung, 2021).

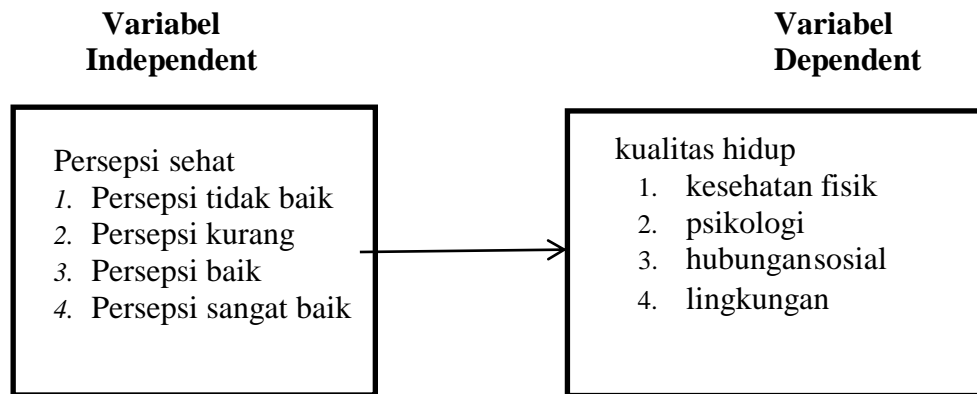


**Gambar 2.1**  
**Kerangka Teori**

Sumber: *Ferrans Model of Quality Of Life Enviroment, 2020* (Delima & Tjitra, 2017), Hardywinoto dalam Rakhmawati (2017)

#### D. Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian adalah suatu uraian dan gambaran tentang hubungan antar konsep atau variabel yang akan diamati atau diukur melalui penelitian yang dilakukan (Notoatmodjo, 2018).



#### E. Hipotesis

1. Ha: Ada hubungan persepsi sehat dengan kualitas hidup pada usia lanjut GGK yang menjalani hemodialisa di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.