

SKRIPSI

**HUBUNGAN KOPING DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN GAGAL
GINJAL KRONIS YANG MENJALANI TERAPI HEMODIALISA
DI RS ADI HUSADA UNDAAN WETAN SURABAYA**

PENELITIAN *CROSS SECTIONAL*



**Oleh:
Evi Desnauli
NIM: 131011159**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2011**

SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun

Surabaya, 16 Februari 2012

Yang menyatakan

EVI DESNAULI
NIM. 131011159

LEMBAR PERSETUJUAN SKRIPSI

SKRIPSI

**HUBUNGAN KOPING DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN GAGAL
GINJAL KRONIS YANG MENJALANI TERAPI HEMODIALISA
DI RS ADI HUSADA UNDAAN WETAN SURABAYA**

Oleh:

EVI DESNAULI
NIM. 131011159

TELAH DISETUJUI
TANGGAL, 16 FEBRUARI 2012

Oleh:

Pembimbing I

Dr. Nursalam, M. Nurs (Hons)
NIP. 196612251989031004

Pembimbing II

Ferry Efendi S. Kep. Ns., M. Sc
NIP. 198202182008121005

Mengetahui

Plh Wakil Dekan I

Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Wakil Dekan III

Yulis Setiya Dewi, S. Kep. Ns., MNg
NIP. 197507092005012001

PENETAPAN PANITIA PENGUJI SKRIPSI

SKRIPSI

**HUBUNGAN KOPING DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN GAGAL
GINJAL KRONIS YANG MENJALANI TERAPI HEMODIALISA
DI RS ADI HUSADA UNDAAN WETAN SURABAYA**

Oleh:
Evi Desnauli
NIM: 131011159

Telah diuji
Pada tanggal, 16 Februari 2012

PANITIA PENGUJI

Ketua : Dr. Nursalam, M. Nurs (Hons)

Anggota : 1. Aditiawardana, dr., Sp. PD-KGH

2. Ferry Efendi, S. Kep. Ns., M. Sc

Mengetahui
Plh Wakil Dekan I
Wakil Dekan III
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Yulis Setiya Dewi, S. Kep. Ns., MNg
NIP. 197507092005012001

MOTTO

“Serahkanlah segala kekuatiranmu kepadaNya, sebab Ia yang memelihara kamu (1 Petrus 5:7).”

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur saya panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala hikmat dan karuniaNya sehingga saya dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **“HUBUNGAN KOPING DENGAN KUALITAS HIDUP PADA PASIEN GAGAL GINJAL KRONIS YANG MENJALANI TERAPI HEMODIALISA DI RS ADI HUSADA UNDAAN WETAN SURABAYA”**. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Airlangga.

Bersama ini perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Purwaningsih, S. Kp., M.Kes. selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberi kesempatan dan fasilitas kepada saya untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi Ilmu Keperawatan.
2. Mira Triharini, S. Kp., M. Kep. selaku Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan dorongan kepada kami untuk menyelesaikan Program Studi Ilmu Keperawatan.
3. Dr. Mardha Handiwijaya, MARS selaku direktur RS Adi Husada Undaan Wetan Surabaya beserta seluruh staf, yang telah memberi izin dan bantuan untuk dapat melakukan penelitian di RS Adi Husada Undaan Wetan Surabaya.
4. Dr. Aditiawardana, Sp. PD-KGH selaku dokter pembimbing klinik yang telah memberikan bimbingan dan arahan serta memfasilitasi dalam penelitian.
5. Dr. Nursalam, M. Nurs (Hons) selaku pembimbing ketua yang telah memberikan bimbingan dan arahan dalam menyelesaikan skripsi ini.
6. Ferry Efendi, S. Kep., Ns., M. Sc. selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan arahan dalam menyelesaikan skripsi ini.
7. Kepala ruang dan seluruh staf di unit hemodialisa RS Adi Husada Undaan Wetan Surabaya yang telah membantu selama proses penelitian.
8. Pasien-pasien yang menjalani terapi hemodialisa di RS Adi Husada Undaan Wetan Surabaya, yang telah bersedia untuk menjadi responden di dalam penelitian ini.
9. Orang tua dan keluarga yang telah memberikan dukungan, semangat dan doa yang tulus.
10. Teman-teman B13 yang telah memberikan bantuan dan semangat kepada penulis selama penyusunan skripsi ini.

Semoga Tuhan Yang Maha Esa membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan skripsi ini. Saya menyadari bahwa skripsi ini jauh dari sempurna, tetapi saya berharap skripsi ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan.

Surabaya, Februari 2012

Penulis

ABSTRACT

THE CORRELATION OF COPING AND QUALITY OF LIFE IN CHRONIC HAEMODIALYSIS PATIENT AT HAEMODIALYSIS UNIT ADI HUSADA UNDAAN WETAN HOSPITAL

A cross sectional study

By: Evi Desnauli

Chronic kidney disease is a slow, progressive, and irreversible deterioration in renal function. Ultimately, it leads to end stage renal disease which in this condition need for haemodialysis therapy to replace renal function. The coping of patient who undergo haemodialysis therapy is very important to promote the success of the therapy. The aim of this study was to find out the correlation between coping and quality of life of patient with chronic renal failure who undergo haemodialysis therapy.

This study was a cross sectional study, it was done from 8 February until 11 February 2012. The sample were 13 patients with chronic kidney disease who undergo haemodialysis therapy. Sample was taken by purposive sampling. Independent variable was coping, and the dependent variable was quality of life. The data were collected using questionnaire and analyzed using Chi Square test or Fisher Exact test as alternative test from Chi Square Test.

The result showed that most of respondents have adaptive coping and good quality of life. The result of Fisher Exact test showed that $p=0,038$ ($p<0,05$), it means that there was significant correlation between coping and quality of life of patient with chronic kidney disease who undergo haemodialysis therapy.

The conclusion of this research is coping could improve the quality of life of patient who undergo haemodialysis therapy. Further studies are recommended to extend this research using another design and sampling, and observe physical and laboratory examination for measuring quality of life.

Keywords: chronic kidney disease, haemodialysis, coping, quality of life.

DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	i
Lembar Pernyataan	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembar Penetapan Penguji.....	iv
Motto.....	v
Ucapan Terima Kasih.....	vi
Abstract	vii
Daftar Isi	viii
Daftar Tabel	xi
Daftar Gambar.....	xii
Daftar Lampiran.....	xiii
Daftar Singkatan	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat	5
1.4.1 Manfaat teoritis	5
1.4.2 Manfaat praktis	5
1.5 Keaslian Penelitian.....	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep Gagal Ginjal Kronis	8
2.1.1 Definisi Gagal Ginjal Kronis	8
2.1.2 Klasifikasi Gagal Ginjal Kronik	9
2.1.3 Etiologi Gagal Ginjal Kronis	9
2.1.4 Tanda dan gejala	10
2.1.5 Penatalaksanaan Gagal Ginjal Kronis.....	11
2.2 Konsep Hemodialisis	12
2.2.1 Definisi Hemodialisis.....	12
2.2.2 Prinsip-Prinsip Hemodialisis.....	12
2.2.3 Akses pada Sirkulasi Darah Pasien.....	13

2.2.4	Prosedur Hemodialisis	15
2.2.5	Komplikasi Hemodialisis.....	17
2.2.6	Adekuasi Hemodialisis	18
2.3	Konsep Stres	20
2.3.1	Pengertian Stres.....	20
2.3.2	Pengertian Stresor	20
2.3.3	Sumber stres	20
2.3.4	Bentuk stress pada pasien GGK.....	21
2.3.5	Stresor pada pasien GGK.....	21
2.3.6	Respon psikologis (penerimaan diri) terhadap penyakit.....	22
2.3.7	Faktor-faktor yang mempengaruhi respon terhadap stresor	23
2.4	Konsep Koping	24
2.4.1	Pengertian Koping.....	24
2.4.2	Macam-macam koping.....	26
2.4.3	Mekanisme pertahanan diri yang bersumber dari ego	27
2.4.4	Metode koping	30
2.4.5	Faktor-faktor yang mempengaruhi mekanisme koping:	31
2.4.6	Koping terhadap penyakit	33
2.5	Konsep Adaptasi	34
2.5.1	Pengertian.....	34
2.5.2	Model adaptasi Roy	34
2.5.4	Dimensi adaptasi	39
2.5.5	Karakteristik respon adaptif.....	39
2.6	Konsep Kualitas Hidup	40
2.6.1	Pengertian Kualitas Hidup	40
2.6.2	Teori tentang kualitas hidup.....	40
2.6.3	Komponen kualitas hidup	43
2.6.4	Pengukuran kualitas hidup pada pasien yang menjalani terapi HD .	44
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS		46
3.1	Kerangka konseptual penelitian.....	46
3.2	Hipotesis.....	48
BAB 4 METODE PENELITIAN		49
4.1	Rancangan atau Desain Penelitian	49
4.2	Populasi, Sampel, Sampling, dan Besar Sampel.....	49
4.2.1	Populasi.....	49
4.2.2	Sampel.....	49

4.2.3	Sampling	50
4.3	Identifikasi Variabel.....	50
4.3.1	Variabel Independen	50
4.3.2	Variabel Dependensi.....	50
4.3.3	Definisi Operasional	51
4.4	Pengumpulan Data	53
4.4.1	Instrumen Penelitian	53
4.4.2	Lokasi dan Waktu Penelitian	54
4.4.3	Prosedur Penelitian	54
4.4.4	Kerangka Operasional.....	55
4.5	Analisis Data	56
4.6	Etik Penelitian	57
4.7	Keterbatasan.....	58
BAB 5	HASIL DAN PEMBAHASAN	59
5.1	Hasil Penelitian	59
5.1.1	Gambaran lokasi penelitian.....	59
5.1.2	Data karakteristik responden.....	60
5.1.3	Data variabel penelitian	61
5.2	Pembahasan.....	67
5.2.1	Hubungan karakteristik responden dengan koping.....	67
5.2.2	Hubungan karakteristik responden dengan kualitas hidup	71
5.2.3	Hubungan koping dengan kualitas hidup.....	74
BAB 6	KESIMPULAN DAN SARAN	76
6.1	Kesimpulan	76
6.2	Saran.....	77
DAFTAR	PUSTAKA	78

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Data pasien yang menjalani terapi hemodialisa reguler di RS Adi Husada Undaan Wetan Surabaya.....	2
Tabel 1.2	Keaslian penelitian.....	25
Tabel 2.1	Klasifikasi gagal ginjal kronis atas derajat penyakitnya.....	8
Tabel 4.1	Definisi operasional.....	50
Tabel 5.1	Distribusi pasien GGK yang menjalani terapi hemodialisa di RS Adi Husada Undaan Wetan Surabaya pada tanggal 8-11 Februari 2012.....	59
Tabel 5.2	Deskriptif koping pasien GGK yang menjalani terapi hemodialisa di RS Adi Husada Undaan Wetan Surabaya pada tanggal 8-11 Februari 2012.....	60
Tabel 5.3	Deskriptif kualitas hidup pasien GGK yang menjalani terapi hemodialisa di RS Adi Husada Undaan Wetan Surabaya pada tanggal 8-11 Februari 2012.....	60
Tabel 5.4	Hubungan karakteristik responden dengan koping pasien GGK yang menjalani terapi hemodialisa di RS Adi Husada Undaan Wetan Surabaya pada tanggal 8-11 Februari 2012.....	61
Tabel 5.5	Hubungan karakteristik responden dengan kualitas hidup pasien GGK yang menjalani terapi hemodialisa di RS Adi Husada Undaan Wetan Surabaya pada tanggal 8-11 Februari 2012.....	63
Tabel 5.6	Hubungan koping dengan kualitas hidup pasien GGK yang menjalani terapi hemodialisa di RS Adi Husada Undaan Wetan Surabaya pada tanggal 8-11 Februari 2012.....	65

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Gambar fistula AV dan tandur.....	14
Gambar 2.2	Gambar skematik system hemodialisis.....	16
Gambar 2.3	Model adaptasi Roy.....	35
Gambar 3.1	Kerangka konseptual.....	45
Gambar 4.2	Kerangka operasional hubungan koping dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa.....	54

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Surat permohonan ijin melakukan penelitian.....	80
Lampiran 2	Surat perijinan melakukan penelitian.....	81
Lampiran 3	Lembar permintaan menjadi responden.....	82
Lampiran 4	Lembar persetujuan menjadi responden.....	83
Lampiran 5	Lembar kuesioner.....	84
Lampiran 6	Lembar kuesioner dalam bahasa Inggris.....	91
Lampiran 7	Tabulasi data seluruh responden.....	95
Lampiran 8	Tabulasi data tiap responden.....	97
Lampiran 9	Hasil uji statistik SPSS.....	110

DAFTAR SINGKATAN

AV	: <i>Arteriovenosa</i>
BUN	: <i>Blood Urea Nitrogen</i>
GGK	: <i>Gagal Ginjal Kronis</i>
KDOQI	: <i>Kidney Disease Outcomes and Quality Initiative</i>
K _r	: <i>Residual Urea Clearance</i>
LFG	: <i>Laju Filtrasi Glomerular</i>
NKF	: <i>National Kidney Foundation</i>
PT	: <i>Perguruan Tinggi</i>
RKF	: <i>Residual Kidney Function</i>
RS	: <i>Rumah Sakit</i>
RSU	: <i>Rumah Sakit Umum</i>
SF	: <i>Short Form</i>
SMA	: <i>Sekolah Menengah Atas</i>
SPSS	: <i>Statistical Product and Service Solution</i>
TCC	: <i>Total Creatinine Clearance</i>
YGDI	: <i>Yayasan Ginjal Diatrans Indonesia</i>
PDPERSI	: <i>Pusat Data dan Informasi Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia</i>

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gagal ginjal kronis (GGK) saat ini menjadi semakin banyak menarik perhatian, karena walaupun sudah mencapai tahap akhir, pasien tetap dapat hidup panjang dengan kualitas hidup yang cukup baik. Sidabutar (1992) dikutip oleh Lubis (2006) menyatakan bahwa prevalensi gagal ginjal kronik selalu meningkat setiap tahun dan kasus ini semakin banyak dipelajari. Pengobatan gagal ginjal kronik stadium akhir bisa dilakukan dengan pemberian terapi pengganti ginjal, salah satunya adalah dengan cara cuci darah atau hemodialisa (HD). Individu yang menjalani terapi HD jangka panjang sering merasa khawatir akan kondisi penyakit yang tidak dapat diramalkan dan gangguan yang terjadi dalam kehidupan akibat penyakit yang dialami. Bagi sebagian pasien GGK, kualitas hidup merupakan sesuatu yang tidak mudah dicapai, bahkan mereka menganggap hidupnya tinggal dihitung dengan jari dan melampiaskan keputusasaannya dengan tidak mengindahkan petunjuk tim medis. Hasil studi pendahuluan yang dilakukan di Rumah Sakit (RS) Adi Husada Undaan Wetan Surabaya, pada tahun 2011 didapatkan 70 pasien GGK yang seharusnya menjalani terapi HD reguler, tetapi tidak menjalani sesuai jadwal dan sebagian lagi tidak melanjutkan terapi reguler HD di RS Adi Husada. Sukandar (2006) menyatakan bahwa program HD yang tidak adekuat dapat menyebabkan kualitas hidup yang tidak optimal. Hubungan koping dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi

hemodialisa di Rumah Sakit (RS) Adi Husada Undaan Wetan Surabaya sampai saat ini belum diteliti lebih lanjut.

Yayasan Ginjal Diatrans Indonesia (YGDI, 2009) menyatakan bahwa survei Perhimpunan Nefrologi Indonesia menunjukkan 12,5% dari populasi mengalami penurunan fungsi ginjal, secara kasar hal ini berarti lebih dari 25 juta penduduk, sedangkan di seluruh dunia pada tahun 2005 ada 1,1 juta orang menjalani dialisis kronik. Data yang didapat dari Pusat Data dan Informasi Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PDPERSI), menyebutkan bahwa jumlah penderita gagal ginjal kronis di Indonesia yang menjalani terapi hemodialisa adalah lima puluh juta orang per satu juta penduduk (Soeparman 2003).

Tabel 1.1 Data pasien yang menjalani terapi hemodialisa reguler di RS Adi Husada Undaan Wetan Surabaya (sumber: buku kunjungan pasien hemodialisa RS Adi Husada Undaan Wetan Surabaya)

Tahun	Jumlah keseluruhan pasien HD	Jumlah pasien HD reguler lebih dari 3 bulan
2009	102	50
2010	108	45
2011	110	40

Berdasarkan data yang diperoleh di RS Adi Husada Undaan Wetan Surabaya seperti yang terlihat pada tabel di atas, jumlah pasien yang menjalani HD reguler setiap tahun mengalami penurunan. Jumlah pasien GGK yang harus menjalani terapi HD pada tahun 2009 adalah 102 orang, namun dari jumlah tersebut, jumlah

pasien yang tercatat menjalani HD reguler lebih dari 3 bulan hanya 50 orang. Jumlah pasien yang menjalani terapi HD pada tahun 2010 adalah 108 orang, dan yang menjalani HD reguler adalah 45 orang. Data pada tahun 2011, jumlah pasien yang menjalani terapi HD adalah 110 orang, dan dari jumlah tersebut yang menjalani HD reguler hanya 40 orang.

Penderita yang menjalani terapi HD jangka panjang sering merasa depresi akibat sakit yang kronis dan ketakutan terhadap kematian, selain itu pasien juga mengalami masalah yang lain terkait kondisinya, diantaranya masalah finansial, kesulitan dalam mempertahankan pekerjaan, dorongan seksual yang hilang serta impotensi dan hal ini akan mempengaruhi coping individu dan kualitas hidup mereka (Smeltzer dan Bare, 2001). Coping dengan stres karena penyakit kronis sangat berpengaruh dalam perubahan kualitas hidup seseorang. Kondisi emosional dengan sikap bertahan atau membela diri merupakan gaya coping yang cenderung berpengaruh terhadap komponen mental dan fisik pada penilaian kualitas hidup pasien GGK, oleh karena itu penilaian coping dan depresi pada pasien GGK harus diperhatikan dengan tujuan untuk memperbaiki kesehatan mental dan fisik mereka (Kaltsouda, *et al*, 2011). Strategi coping yang digunakan individu dalam menghadapi kesulitan yang mengancam tergantung pada beberapa variabel, diantaranya karakteristik demografi, karakteristik klinis, tantangan yang dihadapi, dan dukungan sosial yang diterima (Wahl, Hanestad & Moum, 1999).

Dalam penelitian, baik pasien maupun anggota keluarga menggunakan kombinasi antara coping yang berfokus pada emosi maupun coping yang berfokus pada masalah dalam menghadapi stresor yang berhubungan dengan penyakit. Menurut Jalowiec (1993) dikutip oleh Smeltzer dan Bare (2001), ada lima cara

penting dalam menghadapi penyakit yang diidentifikasi dari menelaah 57 penelitian keperawatan, yaitu mencoba merasa optimis mengenai masa depan, menggunakan dukungan sosial, menggunakan sumber spiritual, mencoba tetap mengontrol situasi maupun perasaan, mencoba menerima kenyataan yang ada, hal ini akan menghasilkan koping yang adaptif pada pasien, sehingga diharapkan dapat memperbaiki kualitas hidup mereka. Berdasarkan latar belakang di atas, maka peneliti tertarik untuk meneliti hubungan koping dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa di RS Adi Husada Undaan Wetan Surabaya.

1.2 Rumusan Masalah

Apakah ada hubungan koping dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Menjelaskan hubungan koping dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi koping pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa.
2. Mengidentifikasi kualitas hidup pasien GGK yang menjalani terapi HD berdasarkan kuesioner SF-36.
3. Menganalisis hubungan karakteristik responden dengan koping.

4. Menganalisis hubungan karakteristik responden dengan kualitas hidup.
5. Menganalisis hubungan koping dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat teoritis

Hasil penelitian ini dapat menjelaskan adanya hubungan koping dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa, sehingga dapat digunakan sebagai kerangka dalam pengembangan ilmu keperawatan khususnya pada penerapan teori adaptasi Roy di ruang lingkup keperawatan medikal bedah.

1.4.2 Manfaat praktis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai dasar bagi praktisi keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan dan membantu pasien untuk dapat beradaptasi dengan penyakit yang dialami, sehingga pasien memiliki koping yang adaptif dan tetap memiliki kualitas hidup yang baik walaupun menjalani terapi hemodialisa.

1.5 Keaslian Penelitian

Tabel 1.2: Keaslian Penelitian

No	Judul penelitian	Variabel	Jenis penelitian	Hasil
1.	Koping pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisa di RSUP H. Adam Malik (E.Novalia, 2011).	Koping pasien GGK yang menjalani hemodialisa	Deskriptif	63,42% responden melakukan koping adaptif dan 36,58% responden melakukan koping maladaptif.
2.	<i>Defensive coping and health-</i>	- <i>Defensive coping</i>	<i>Cross sectional study</i>	<i>The result provided evidence that</i>

	<i>related quality of life in chronic kidney disease: a cross sectional study</i> (Kaltsouda, et al, 2011).	- <i>Health related quality of life</i>		<i>emotional defensiveness as a coping style tends to differentially affect the mental and the physical component of HROOL in CKD.</i>
3.	Hubungan peran perawat pelaksana dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa di RSUP H. Adam Malik (Lina Togatorop, 2011).	- Peran perawat pelaksana - Kualitas hidup pasien	Deskriptif korelatif	Terdapat hubungan signifikan antara peran perawat pelaksana dengan kualitas hidup pasien GGK yang menjalani terapi hemodialisa.
4.	Hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa di RSUP H. Adam Malik (Desita Saragih, 2010).	- Dukungan keluarga - Kualitas hidup	Deskriptif korelatif	Terdapat hubungan yang positif antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa di RSUP HAM Medan.
5.	Pengalaman pasien gagal ginjal kronis yang menjalani perawatan hemodialisa di RS Telogorejo Semarang (Fitriani, 2010).	Pengalaman pasien GGK yang menjalani hemodialisa	Kualitatif	Faktor-faktor yang mempengaruhi pasien dalam menjalani hemodialisa adalah pengetahuan, kondisi tubuh, dukungan keluarga, kebutuhan yang harus dilakukan. Sikap pasien dan keluarga yang menjalani hemodialisa pertama sedih, takut, cemas, ihklas, menerima, keluarga mendukung memotivasi pasien.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan dibahas mengenai konsep: 1) gagal ginjal kronis, 2) hemodialisa, 3) koping, dan 4) kualitas hidup.

2.1 Konsep Gagal Ginjal Kronis

2.1.1 Definisi Gagal Ginjal Kronis

Gagal ginjal kronik (GGK) adalah suatu sindrom klinis yang disebabkan penurunan fungsi ginjal yang bersifat menahun, berlangsung progresif, dan cukup lanjut. Hal ini terjadi apabila laju filtrasi glomerular (LFG) kurang dari 50 ml/menit (Suhardjono, *et al*, 2001).

Definisi Gagal ginjal kronis menurut *National Kidney Foundation-Kidney Disease Outcomes and Quality Initiative* (NKF-KDOQI) (2002) adalah sebagai berikut:

1. Kerusakan ginjal yang terjadi lebih dari 3 bulan, berupa kelainan struktural atau fungsional, dengan atau tanpa disertai penurunan LFG, dengan manifestasi:
 - 1) kelainan patologis
 - 2) terdapat tanda kelainan ginjal, termasuk kelainan dalam komposisi darah atau urin, atau kelainan dalam tes pencitraan (*imaging test*)
2. LFG kurang dari 60 ml/ menit/ 1,73m² selama 3 bulan, dengan atau tanpa kerusakan ginjal.

2.1.2 Klasifikasi Gagal Ginjal Kronik

Berikut ini merupakan klasifikasi gagal ginjal kronik (NKF-KDOQI, 2002):

Tabel 2.1 Klasifikasi gagal ginjal kronik atas dasar derajat penyakit

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

2.1.3 Etiologi Gagal Ginjal Kronis

Ada banyak jenis penyakit yang dapat menyebabkan terjadinya gagal ginjal kronis, diantaranya adalah sebagai berikut (Morton, 2006):

1. Diabetes mellitus
2. Hipertensi
3. Glomerulonefritis primer (*nephropathy immunoglobulin A, postinfectious glomerulonephritis*) dan sekunder (*HIV nephropathy, lupus, cryoglobulinemia, polyarteritis nodosa, amyloidosis*)
4. Nefritis interstisialis
5. Penyakit mikroangiopati vaskuler
6. Penyakit kongenital
7. Penyakit genetik (penyakit ginjal polistik, penyakit ginjal *medullary cystic*)
8. Uropati obstruktif
9. Neoplasma atau tumor
10. Reaksi rejeksi transplantasi
11. Sindrom hepatorenal

2.1.4 Tanda dan gejala

Tanda dan gejala pada gagal ginjal antara lain (Tim hemodialisa RSUD Dr. Soetomo, 2008):

1. Renal: anuria, oliguria, poliuri, infeksi.
2. Kardiovaskuler: hipertensi, takikardi, aritmia, miokardiopati, perikarditis, oedema, arterosklerosis.
3. Kulit: kering, pucat, kekuning-kuningan, gatal-gatal, mudah memar, rapuh, *ekimosis*, pruritis, ureafrost.
4. Cairan dan elektrolit: hiperkalemia, hiperfosfatemia, hipokalsemia, hipoproteinemia, hiperlipidemia, asidosis metabolik.
5. Saluran cerna: anoreksia, mual, muntah, nafas bau amoniak, sendawa, stomatitis, paratitis, gastritis, ulkus peptik, perdarahan (hematemesis melena).
6. Metabolisme: intoleransi karbohidrat, hiperlipidemia.
7. Endokrin: hiperparatiroidisme, intoleransi glukosa.
8. Neurologi: miopati, ensefalopati, *restless syndrome*.
9. Reproduksi: impoten, amenore, libido berkurang.
10. Pernafasan: edema paru, pneumoni, pernafasan *cheyne stoke*, pleural effusi, nafas bau amoniak.
11. Muskuloskeletal: osteodistofi, fibrosis, kalsifikasi jaringan lemak.
12. Hematologi: anemia.
13. Imonulogi: hipertermi, infeksi, keracunan obat.
14. Psikososial: merasa tidak berdaya, cemas, takut, marah, menarik diri, depresi, gangguan hubungan dengan orang-orang lain yang berarti.

2.1.5 Penatalaksanaan Gagal Ginjal Kronis

Tujuan penatalaksanaan adalah untuk mempertahankan fungsi dan homeostasis selama mungkin. Penatalaksanaan pada penderita gagal ginjal kronis, yaitu (Sukandar, 2006):

1. Konservatif

Bertujuan untuk memperbaiki atau memperlambat proses penurunan fungsi ginjal, juga salah satu usaha untuk menurunkan frekuensi dialisis.

2. Terapi pengganti/ dialisis

3. Transplantasi ginjal

Beberapa hal penting pada penatalaksanaan konservatif:

1. Pengaturan asupan cairan.
2. Pengaturan makanan (pembatasan protein, garam dan kalium).
3. Pengendalian hipertensi dan diabetes mellitus.
4. Pengendalian anemia.
5. Penyesuaian dosis obat, hindarkan obat-obat nefrotoksik.
6. Mencegah kondisi yang dapat memperburuk keadaan ginjal.
7. Mencegah dehidrasi, infeksi saluran kencing, dan kehamilan.
8. Persiapan fisik dan psikologis untuk dialisis dan transplantasi.

Penatalaksanaan konservatif dihentikan bila penderita sudah mulai memerlukan dialisis tetap atau transplantasi (*Total Creatinin Clearance (TCC)* < 5 ml/ menit), atau bila ditemukan keadaan (Sukandar, 2006):

1. Asidosis metabolik yang tidak dapat diatasi dengan obat-obatan.
2. Hiperkalemia yang tidak dapat diatasi dengan obat-obatan ($K > 6$ mEq/ L).

3. Overload cairan (oedema paru).
4. Ensefalopati uremik (penurunan kesadaran).
5. Sindroma uremi (mual, muntah, anoreksia, uropati yang memburuk).
6. Urea darah > 200 mg/ dl.
7. Anuria > 5 hari.

2.2 Konsep Hemodialisis

2.2.1 Definisi Hemodialisis

Hemodialisis adalah suatu proses difusi partikel terlarut dalam darah dengan cairan dialisat melalui membran semipermeabel, yang bertujuan untuk mengeluarkan produk limbah dan kelebihan cairan dalam darah (Morton, 2009).

Membran semipermeabel adalah bagian dari dialiser atau ginjal artifisial, yang berupa lembar tipis berpori-pori, terbuat dari selulosa atau bahan sintetik. Ukuran pori-pori membran memungkinkan zat dengan molekul rendah seperti urea, kreatinin, dan asam urat berdifusi (Hudak & Gallo, 1996).

2.2.2 Prinsip-Prinsip Hemodialisis

Prinsip yang mendasari kerja hemodialisis adalah proses difusi, osmosis, dan ultrafiltrasi. Zat toksik dan produk limbah dalam darah dikeluarkan melalui proses difusi dari konsentrasi tinggi (darah) ke konsentrasi rendah (cairan dialisat). Cairan dialisat tersusun dari semua elektrolit penting dengan konsentrasi ekstra sel yang ideal. Kelebihan cairan dari dalam tubuh dikeluarkan melalui proses osmosis dengan menciptakan gradien tekanan, dimana air bergerak dari tekanan yang lebih tinggi (tubuh pasien) ke tekanan yang lebih rendah (cairan dialisat). Gradien ini dapat ditingkatkan melalui penambahan tekanan negatif pada mesin dialisis, yang

dikenal dengan istilah ultrafiltrasi, sehingga air dihisap keluar dari tubuh sampai tercapai keadaan *isovolemia* (Smeltzer & Bare, 2001).

Sistem *buffer* tubuh dipertahankan dengan penambahan asetat yang akan berdifusi dari cairan dialisis ke dalam darah pasien dan mengalami metabolisme untuk membentuk bikarbonat. Darah yang sudah dibersihkan kemudian dikembalikan lagi ke dalam tubuh pasien melalui pembuluh vena (Smeltzer & Bare 2001).

2.2.3 Akses pada Sirkulasi Darah Pasien

1. Kateter subklavia dan femoralis

Pada hemodialisis darurat, akses segera ke sirkulasi darah pasien dapat dilakukan melalui kateterisasi subklavia untuk pemakaian sementara. Kateter *double lumen* atau *triple lumen* dimasukkan ke dalam vena subklavia atau vena femoralis. Pemasangan kateter ini memiliki beberapa efek samping, diantaranya dapat menyebabkan cedera vaskuler seperti hematoma, pnemotoraks, infeksi, thrombosis vena subklavia dan aliran darah yang tidak adekuat. Metode ini dapat digunakan selama beberapa minggu. Kateter tersebut dikeluarkan jika sudah tidak diperlukan karena kondisi pasien yang sudah membaik atau terdapat cara akses yang lain (Smeltzer & Bare, 2001).

2. Fistula *Arteriovenosa* (AV)

Fistula permanen dibuat melalui pembedahan dengan cara menghubungkan atau menyambung (anastomosis) pembuluh darah arteri dengan vena secara *side to side* (dihubungkan antar sisi) atau *end to side* (dihubungkan antara ujung dan sisi pembuluh darah). Pemasangan fistula ini biasanya dilakukan pada lengan bawah. Fistula tersebut memerlukan

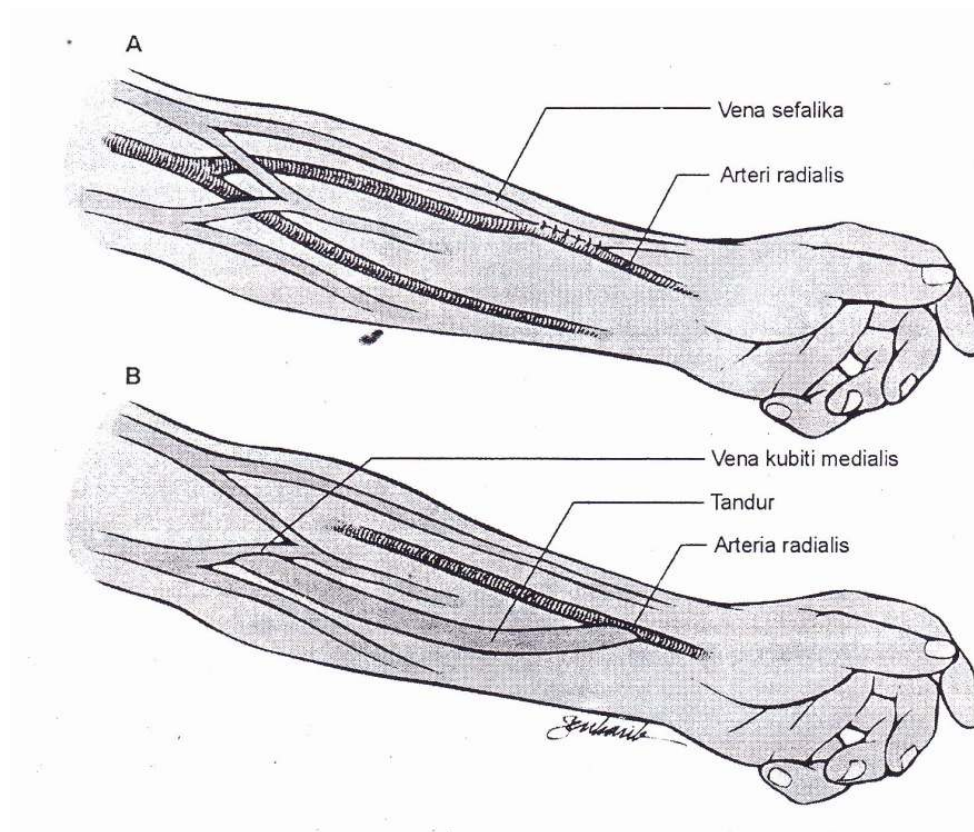
memerlukan waktu 4 hingga 6 minggu untuk “matang” dan siap untuk digunakan. Waktu ini diperlukan untuk member kesempatan agar fistula berdilatasi dengan baik sehingga dapat menerima jarum berlumen besar dengan ukuran 14 atau 16. Jarum ditusukkan ke dalam pembuluh darah agar cukup banyak aliran darah yang akan mengalir melalui dialiser. Segmen arteri fistula digunakan untuk aliran darah arteri dan segmen vena digunakan untuk memasukkan kembali (*reinfuse*) darah yang sudah didialisis. Untuk menampung aliran darah ini, segmen arteri dan vena fistula tersebut harus lebih besar daripada pembuluh darah normal (Smeltzer & Bare, 2001).

Fistula yang belum matur dengan baik akan menjadi tantangan bagi perawat dialisis ketika akan melakukan pungsi, karena aliran darah arterial dari fistula AV tidak adekuat. Intervensi yang tepat untuk mengatasi hal ini adalah dengan meningkatkan latihan pada lengan yang berfistula, merendam lengan dengan air hangat selama dialysis, dan penyelidikan revisi fistula bila tindakan lainnya gagal (Hudak & Gallo, 1996).

3. Tandur

Dalam menyediakan lumen sebagai tempat penusukan jarum dialisis, sebuah tandur dapat dibuat dengan cara menjahit sepotong pembuluh arteri atau vena dari sapi, material Gore-Tex (heterograft) atau bisa juga dibuat tandur vena safena dari pasien sendiri. Biasanya tandur ini dibuat bila pembuluh darah pasien sendiri tidak cocok untuk dijadikan fistula. Tandur biasanya dipasang pada lengan bawah, lengan atas, atau paha bagian atas. Pasien dengan system vaskuler terganggu, seperti pasien diabetes, biasanya memerlukan pemasangan tandur sebelum menjalani hemodialisis. Karena

tandur ini merupakan pembuluh darah artifisial, maka resiko infeksi juga akan meningkat (Smeltzer & Bare, 2001).



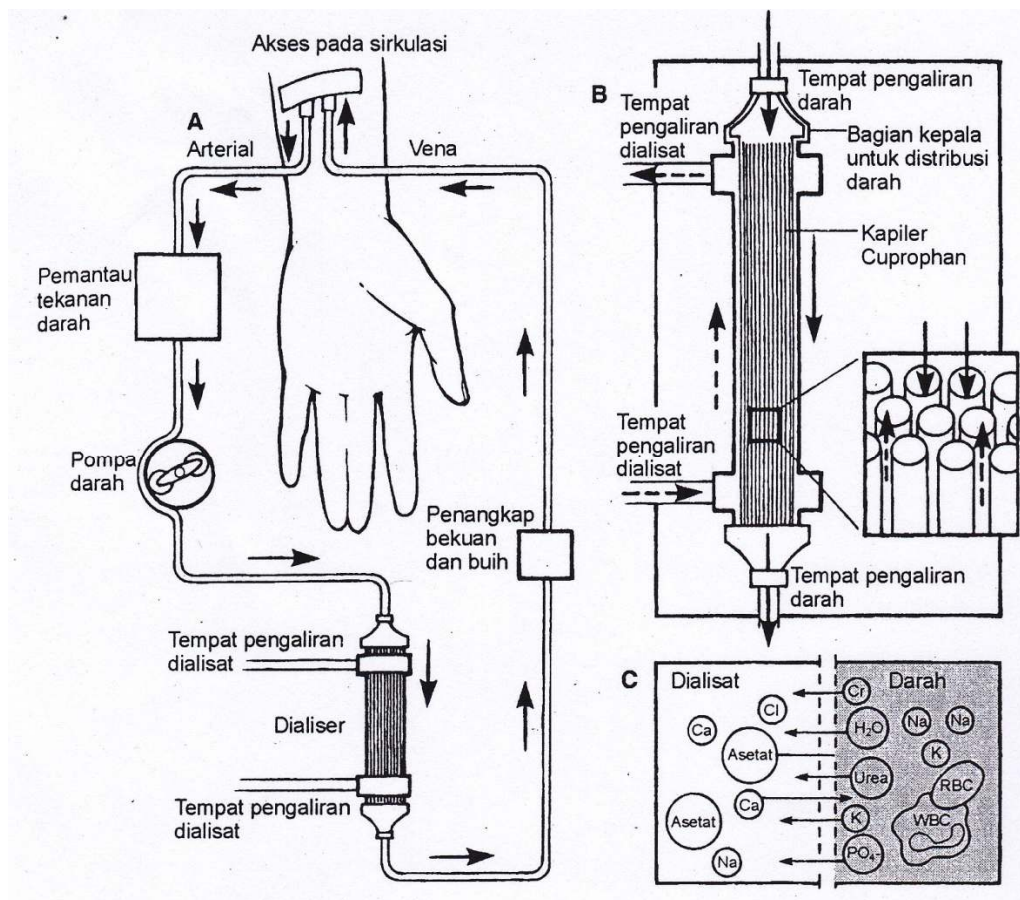
Gambar 2.1: (A) Sebuah fistula *arteriovenosa* dibuat dengan cara anastomosis *side to side* pada pembuluh darah arteri dan vena. (B) Sebuah tandur juga dapat dibuat di antara pembuluh arteri dan vena (Smeltzer & Bare, 2001).

2.2.4 Prosedur Hemodialisis

Pada proses dialisis terjadi aliran darah di luar tubuh. Pada keadaan ini akan terjadi aktivasi sistem koagulasi darah, sehingga mengakibatkan timbulnya bekuan darah, karena itu diperlukan pemberian heparin selama proses dialisis berlangsung. Ada tiga teknik pemberian heparin, yaitu teknik heparin rutin, heparin minimal, dan bebas heparin. Pada teknik heparin rutin yang merupakan teknik yang paling sering digunakan sehari-hari, heparin diberikan dengan cara

bolus diikuti dengan *continous infusion*. Pada keadaan dimana terdapat resiko perdarahan sedang atau berat digunakan teknik heparin minimal dan teknik bebas heparin. Contoh beberapa keadaan resiko perdarahan berat adalah pada pasien dengan perdarahan intraserebral, trombositopenia, koagulopati, dan pascaoperasi dengan perdarahan (Rahardjo, Susalit & Suhardjono, 2006).

Jika akses vaskuler telah ditetapkan, darah mulai mengalir dibantu oleh pompa darah. Bagian dari sirkuit disosibel sebelum dialiser, diperuntukkan sebagai aliran "arterial". Jarum arterial diletakkan paling dekat dengan anastomosis AV fistula atau tandur untuk memaksimalkan aliran darah. Kantong cairan normal salin yang diklem selalu disambungkan ke sirkuit tepat sebelum pompa darah. Bila terjadi hipotensi saat hemodialisis, darah yang mengalir dari pasien dapat diklem dan cairan normal salin yang sebelumnya diklem kemudian dialirkan, sehingga memungkinkan dengan cepat untuk memperbaiki tekanan darah. Tranfusi darah dan plasma ekspander juga dapat disambungkan ke sirkuit pada keadaan ini dan dibiarkan untuk menetes, dibantu dengan pompa darah. Dialiser adalah komponen penting selanjutnya dari sirkuit. Darah mengalir ke dalam kompartemen darah dari dialiser, tempat terjadinya pertukaran cairan dan zat sisa. Darah yang meninggalkan dialiser melewati detector udara dan *foam*, yang akan menghentikan aliran darah bila terdeteksi adanya udara. Darah yang telah melewati dialisis kembali ke pasien melalui *venosa* atau selang posdialiser. Dialisis diakhiri dengan mengklem darah dari pasien, membuka selang cairan normal salin, dan membilas sirkuit untuk mengembalikan darah pasien (Hudak & Gallo, 1996).



Gambar 2.2 Gambar skematik sistem hemodialisis. (A) Darah dari arteri di pompa ke dalam dialiser yang di dalamnya mengalir darah melalui tabung-tabung selofan yang bekerja sebagai membran semipermeabel. (B) Larutan dialisat yang memiliki komposisi kimiawi yang sama seperti darah kecuali ureum dan produk limbah, mengalir di sekeliling tubulus. (C) Produk limbah dalam darah berdifusi melalui membran semipermeabel ke dalam larutan dialisat (Smeltzer & Bare, 2001).

2.2.5 Komplikasi Hemodialisis

Komplikasi dialisis dapat mencakup hal-hal berikut ini (Smeltzer & Bare, 2001; Hudak & Gallo, 1996):

1. Hipotensi, dapat disebabkan oleh *hipovolemia*, ultrafiltrasi berlebihan, kehilangan darah ke dalam dialiser, inkompatibilitas membran dialiser dan terapi obat antihipertensi.

2. Hipertensi, yang paling sering disebabkan karena kelebihan cairan, sindrom disequilibrium, respon rennin terhadap ultrafiltrasi, dan ansietas.
3. Emboli udara, merupakan komplikasi yang jarang tetapi dapat terjadi jika udara memasuki sistem vaskuler pasien.
4. Nyeri dada, dapat terjadi karena pCO₂ menurun bersamaan dengan terjadinya sirkulasi darah di luar tubuh.
5. Sindrom disequilibrium dialisis, yang dimanifestasikan oleh sekelompok gejala-gejala yang diduga disfungsi serebral. Rentang beratnya gejala gejala dari mual ringan, muntah, sakit kepala, dan hipertensi sampai agitasi, kedutan, kekacauan mental, dan kejang. Komplikasi ini dapat terjadi pada pasien dengan kadar ureum tinggi, di mana koreksi kelainan biokimiawi terjadi terlalu cepat dan lebih sering terjadi pada pasien dengan overhidrasi.
6. *Pruritus*, dapat terjadi selama dialisis, ketika produk akhir metabolisme meninggalkan kulit.
7. Kram otot dan nyeri, terjadi ketika cairan dan elektrolit dengan cepat meninggalkan ruang ekstrasel.

2.2.6 Adekuasi Hemodialisis

Kecukupan dosis hemodialisis yang diberikan diukur dengan istilah adekuasi dialisis, dan terdapat korelasi yang kuat antara adekuasi dialisis dengan angka morbiditas dan mortalitas pada pasien dialisis (Suhardjono, *et al*, 2001).

Adekuasi hemodialisis menurut NKF - KDOQI (2006) adalah sebagai berikut:

1. Dosis adekuat minimal

Dosis HD minimal yang adekuat diberikan 3 kali/ minggu untuk pasien dengan *residual urea clearance* (Kr) kurang dari 2 mL/mnt/1,73m² dan harus

menjadi $spKt/v$ (tidak termasuk *Residual Kidney Function (RKF)*) 1.2 tiap dialisis. Untuk pengobatan kurang dari 5 jam, alternatif dosis minimum adalah *Urea Reduction Ratio (URR)* adalah 65%.

2. Dosis target

Dosis target untuk HD diberikan 3x/ minggu dengan Kr kurang dari 2 mL/mnt/1,73m² dan harus menjadi $spKt/v$ 1.4 tiap dialisis, atau URR 70%.

3. Pada pasien dengan Kr lebih besar atau sama dengan 2 mL/mnt/1,72 m², sesi minimum $spKt/v$ dapat dikurangi, pada pasien tersebut target $spKt/v$ harus setidaknya 15% lebih besar dari dosis minimum.

4. Pengobatan yang singkat

Upaya harus dilakukan untuk memantau dan meminimalkan pengobatan yang singkat.

Sukandar (2006), kriteria klinik HD yang adekuat adalah keadaan umum serta status nutrisi yang baik, normotensi, tanpa presentasi klinik anemia, keseimbangan cairan, elektrolit, dan asam basa masih normal, metabolisme fosfor kalsium terkontrol tanpa osteodistrofi, sedangkan HD yang tidak adekuat tampak pada keadaan umum dan status nutrisi yang kurang baik, tekanan darah yang kurang stabil, terdapat penurunan kadar Hb dan serum albumin, serum kreatinin / *Blood Urea Nitrogen (BUN)* masih tinggi, mual, muntah, tampak lemah, badan kurus dan tidak mampu melakukan aktivitas sendiri.

2.3 Konsep Stres

2.3.1 Pengertian Stres

Menurut Seyle (1956) sebagaimana dikutip oleh Rasmun (2004), menyatakan bahwa stres adalah respon tubuh terhadap fenomena yang terjadi dalam kehidupan sehari-hari dan tidak dapat dihindari yang berdampak pada kondisi fisik, psikologis, intelektual, sosial, serta spiritual, dan dapat mengancam keseimbangan fisiologis.

2.3.2 Pengertian Stresor

Stresor adalah setiap kejadian atau stimulus yang menyebabkan individu mengalami stres (Kozier, 2010).

2.3.3 Sumber stres

Berikut ini merupakan beberapa sumber stres (Rasmun, 2004), diantaranya:

1. Stresor biologis dapat berupa mikroba, bakteri, virus dan jasad renik lainnya, hewan, binatang, bermacam tumbuhan dan makhluk hidup lainnya yang dapat mempengaruhi kesehatan.
2. Stresor fisik dapat berupa perubahan iklim, alam, suhu, cuaca, geografi, dan demografi.
3. Stresor kimia, dari dalam tubuh dapat berupa serum darah dan glukosa, sedangkan dari luar tubuh dapat berupa obat, pengobatan, pemakaian alkohol, nikotin, kafein, dan lain-lain.
4. Stresor sosial psikologik, yaitu *labeling* (penamaan) dan prasangka, ketidakpuasan terhadap diri sendiri, kekejaman (aniaya, perkosaan), konflik peran, percaya diri yang rendah, perubahan ekonomik, emosi yang negatif, dan kehamilan.

5. Stresor spiritual, yaitu adanya persepsi negatif terhadap nilai-nilai ke-Tuhanan.

2.3.4 Bentuk stress pada pasien GGK

Menurut Kaplan (1981) dikutip oleh Puspita (2011), terdapat dua bentuk stres pada penderita GGK yang akan muncul pada situasi-situasi berikut ini:

1. Stres psikologis

- 1) Terjadi pada saat seseorang didiagnosis GGK dan harus menjalani terapi hemodialis sebagai terapi pengganti ginjal.
- 2) Pada waktu seorang penderita GGK mendapatkan informasi secara lengkap tentang penyakit dan komplikasinya.
- 3) Pada waktu penderita GGK mulai menjalankan terapi pengobatan (mematuhi diet, mentaati program terapi HD, pembatasan minum, menjalani transplantasi ginjal, dan lain-lain).

2. Stres fisik

- 1) Infeksi dan berbagai komplikasi GGK yang mungkin terjadi
- 2) Tindakan-tindakan operasi untuk menangani komplikasi GGK
- 3) Penurunan kualitas fisik

2.3.5 Stresor pada pasien GGK

Menurut Kaplan (1981) dalam buku Psikonefrologi, dikutip oleh Puspita (2011), terdapat 10 sumber stres pada pasien GGK, yaitu:

1. Ancaman kehilangan
2. Pembatasan
3. Diet
4. Program pengobatan

5. Masalah gambaran diri
6. Masalah perkemihan
7. Aktivitas seksual
8. Ketergantungan
9. Peningkatan agresi
10. Ancaman kematian

2.3.6 Respon psikologis (penerimaan diri) terhadap penyakit

Menurut Kubler Ross (1974) dikutip oleh Nursalam (2007), ada lima tahapan reaksi emosi seseorang terhadap penyakit:

1. Peningkaran (*denial*)

Pada tahapan yang pertama ini, akan menunjukkan karakteristik perilaku peningkaran, yang disebabkan karena ketidaktahuan terhadap penyakitnya, atau sudah mengetahuinya dan mengancam dirinya. Peningkaran ini dapat berlalu dengan memproyeksikan pada apa yang diterima pasien, misalnya dengan mengatakan bahwa alat pemeriksaan yang digunakan tidak berfungsi dengan baik, kesalahan laporan laboratorium, atau menganggap bahwa dokter dan perawat tidak kompeten.

2. Marah (*anger*)

Apabila peningkaran tidak dapat dipertahankan lagi, maka fase tersebut akan berubah menjadi kemarahan. Pasien akan mengalihkan kemarahannya pada segala sesuatu yang ada disekitarnya. Pasien akan menjadi banyak menuntut, cerewet, cemberut, tidak bersahabat, kasar, menantang, sangat marah, mudah tersinggung, tidak mau bekerja sama, dan iri hati.

3. Tawar menawar (*bargaining*)

Setelah fase marah berlalu, pasien akan merasa bahwa sikap marah yang dilakukan selama ini tidak ada artinya. Pasien mulai menyesali perbuatannya dan mendekati diri kepada Tuhan, berdoa dan berjanji untuk menjadi lebih baik bila sembuh.

4. Depresi

Pada fase ini pasien mulai mengatasi kehilangannya dengan cara yang lebih konstruktif. Pasien akan menunjukkan sikap emosional seperti kesedihan, merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, merasa bersalah, penyesalan yang mendalam, merasa kesepian, dan lebih banyak menangis.

5. Menerima (*acceptance*)

Pada fase ini pasien mulai dapat beradaptasi, dapat menerima kondisi penyakitnya, dan kesedihannya akan mulai berkurang.

2.3.7 Faktor-faktor yang mempengaruhi respon terhadap stresor

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi respon terhadap stresor (Rasmun, 2004; Potter, 2005), yaitu:

1. Bagaimana individu mempersepsikan stresor
2. Bagaimana intensitasnya terhadap stimulus
3. Jumlah stresor yang harus dihadapi pada waktu yang sama
4. Lamanya pemaparan stresor
5. Pengalaman masa lalu
6. Tingkat perkembangan

2.4 Konsep Koping

2.4.1 Pengertian Koping

Menurut Folkman dan Lazarus (1991) dikutip oleh Kozier (2010), koping adalah upaya kognitif dan perilaku untuk mengelola tuntutan eksternal dan/ atau internal tertentu yang dinilai membebani atau melewati batas sumber daya yang ada dalam diri individu.

Secara alamiah baik disadari ataupun tidak, individu sesungguhnya telah menggunakan strategi koping dalam menghadapi stres. Strategi koping (mekanisme koping) adalah cara berespons bawaan atau yang didapat terhadap perubahan lingkungan, masalah atau situasi tertentu (Kozier 2010). Menurut Rasmun (2004), strategi koping adalah cara yang dilakukan untuk merubah lingkungan atau situasi atau menyelesaikan masalah yang sedang dirasakan/ dihadapi.

Koping yang efektif menghasilkan adaptasi yang menetap yang merupakan kebiasaan baru dan perbaikan dari situasi yang lama, sedangkan koping yang tidak efektif berakhir dengan maladaptif, yaitu perilaku yang menyimpang dari keinginan normatif dan dapat merugikan diri sendiri maupun orang lain dan lingkungan. Setiap individu dalam melakukan koping tidak sendiri dan tidak hanya menggunakan satu strategi tetapi dapat melakukannya bervariasi, hal ini tergantung dari kemampuan dan kondisi individu (Rasmun, 2004).

Koping dapat adaptif dan maladaptif. Koping adaptif akan membantu individu untuk menghadapi kejadian yang menimbulkan stres dan meminimalkan distress yang diakibatkannya secara efektif. Koping maladaptif dapat mengakibatkan

distres yang tidak seharusnya bagi individu dan orang lain yang berhubungan dengan individu tersebut atau kejadian yang menimbulkan stres (Kozier, 2010).

Menurut Lazarus dan Folkman (1984) dalam Gerald (2010), secara umum coping dibagi dalam dua kategori utama, yaitu:

1. Coping yang berfokus pada masalah (*problem focused coping*)

Merupakan salah satu bentuk coping yang berorientasi pada pemecahan masalah (*problem solving*), meliputi usaha-usaha untuk mengatur atau merubah kondisi objektif yang merupakan hambatan dalam penyesuaian diri atau melakukan sesuatu untuk merubah hambatan tersebut. Aspek yang menunjukkan coping berorientasi pada masalah adalah:

1) Coping konfrontif (*confrontive coping*)

Individu berpegang pada pendiriannya dan berusaha memperjuangkan yang diinginkannya, menggambarkan usaha-usaha agresif untuk mengubah situasi, member kesan permusuhan dan mengambil resiko.

2) Mencari dukungan sosial (*seeking social support*)

Suatu usaha yang dilakukan individu untuk mencari dukungan, dapat berupa informasi, dukungan nyata (uang, waktu, pengalaman), dan dukungan secara emosional.

3) Merencanakan pemecahan masalah (*planfull problem solving*)

Individu memikirkan suatu rencana tindakan untuk memecahkan masalah yang dihadapi.

2. Coping yang berfokus pada emosi (*emotion focused coping*)

Merupakan usaha untuk mengurangi atau mengendalikan emosi dengan cara menghindar untuk berhadapan langsung dengan stresor. Dalam *emotion*

focused coping, terdapat kecenderungan untuk lebih memfokuskan diri dan melepaskan emosi yang berfokus pada kekecewaan atau distress yang dialami.

Beberapa aspek yang terdapat dalam *emotion focused coping* adalah:

- 1) *Distancing*, yaitu menggunakan upaya kognitif untuk melepaskan diri dari masalah atau menciptakan harapan positif.
- 2) *Escape avoidance*, yaitu melakukan tindakan untuk menghindari dari keadaan yang tidak menyenangkan.
- 3) *Self control*, yaitu usaha untuk mengatur perasaan diri sendiri atau melakukan tindakan dalam hubungannya untuk menyelesaikan masalah.
- 4) *Accepting responsibility*, yaitu menerima dan menjalani masalah yang dihadapi sementara mencoba untuk memikirkan jalan keluarnya.
- 5) *Positive reappraisal*, yaitu mencoba untuk menciptakan suatu arti positif dari situasi dalam masa perkembangan kepribadian, kadang-kadang dengan suasana religious.

2.4.2 Macam-macam coping

Berikut ini adalah macam-macam coping menurut Rasmun (2004):

1. Coping psikologis

Pada umumnya gejala yang ditimbulkan akibat stres psikologis tergantung pada 2 faktor, yaitu:

- 1) Bagaimana persepsi atau penerimaan individu terhadap stresor, artinya seberapa berat ancaman yang dirasakan oleh individu tersebut terhadap stresor yang diterimanya.
- 2) Kefektifan strategi coping yang digunakan oleh individu, artinya dalam menghadapi stresor jika strategi yang digunakan efektif maka

menghasilkan adaptasi yang baik dan menjadi suatu pola baru dalam kehidupan, tetapi jika sebaliknya dapat mengakibatkan gangguan kesehatan fisik maupun psikologis.

2. Koping psikososial

Adalah reaksi psiko sosial terhadap adanya stimulus stres yang diterima atau dihadapi oleh klien, menurut Stuart dan Sundeen (1991) dikutip oleh Rasmun (2004), mengemukakan bahwa terdapat terdapat 2 kategori koping yang biasa dilakukan untuk mengatasi stres dan kecemasan;

1) Reaksi yang berorientasi pada tugas (*task oriented reaction*) cara ini digunakan untuk menyelesaikan masalah, menyelesaikan konflik dan memenuhi kebutuhan dasar. Terdapat 3 macam reaksi yang berorientasi pada tugas yaitu menyerang, menarik diri, dan kompromi.

2) Reaksi yang berorientasi pada ego

Reaksi ini sering digunakan oleh individu dalam menghadapi stres, atau kecemasann, jika individu melakukannya dalam waktu sesaat maka akan dapat mengurangi kecemasan, tetapi jika digunakan dalam waktu yang lama akan mengakibatkan gangguan orientasi realita, memburuknya hubungan interpersonal dan menurunnya produktifitas kerja. Koping ini bekerja tidak sadar sehingga penyelesaiannya sering sulit dan tidak realistis.

2.4.3 Mekanisme pertahanan diri yang bersumber dari ego

Di bawah ini diuraikan tentang mekanisme pertahanan diri yang bersumber dari ego (Rasmun, 2004; Kozier, 2010):

1. Kompensasi, yaitu menutupi kelemahan dengan menekankan sifat yang lebih diinginkan atau dengan pencapaian yang berlebihan pada area yang lebih nyaman. Tujuan mekanisme ini adalah untuk memfasilitasi individu untuk mengatasi kelemahan dan mencapai keberhasilan.
2. Penyangkalan (*denial*), yaitu perilaku menolak realita yang terjadi pada dirinya, dengan berusaha mengatakan tidak terjadi apa-apa pada dirinya, cara ini akan mengisolasi individu dari dampak penuh situasi traumatis untuk sementara waktu.
3. Pemindahan (*displacement*), memindahkan atau menghentikan reaksi emosi dari satu objek atau seseorang ke objek atau orang lain. Cara ini bertujuan untuk memfasilitasi pengungkapan perasaan melalui orang atau objek lain yang tidak terlalu berbahaya.
4. Identifikasi, yaitu usaha untuk mengelola ansietas dengan meniru perilaku seseorang yang ditakuti atau dihormati.
5. Disosiasi, yaitu kehilangan kemampuan untuk mengingat peristiwa yang terjadi pada dirinya.
6. Intelektualisasi, yaitu mekanisme yang digunakan ketika respon emosi yang biasanya menyertai kejadian yang tidak nyaman atau nyeri, dihindari melalui penggunaan penjelasan rasional yang menghilangkan semua kepentingan dan perasaan pribadi akibat kejadian tersebut.
7. Introyeksi, yaitu perilaku dimana individu menyatukan nilai orang lain atau kelompok ke dalam dirinya. Hal ini akan membantu individu menghindari balasan dan hukuman social, terutama penting untuk perkembangan superego anak.

8. Proyeksi, yaitu suatu proses menempatkan kesalahan kepada orang lain atau pada lingkungan untuk keinginan, pikiran, kelemahan, dan kesalahan yang tidak dapat diterima. Cara ini melindungi individu untuk menyangkal adanya kelemahan dan kesalahan, serta melindungi citra diri.
9. Rasionalisasi, yaitu memberikan alasan yang dapat diterima secara sosial, yang tampaknya masuk akal untuk membenarkan kesalahan dirinya. Cara ini digunakan untuk membantu individu menghadapi ketidakmampuan mencapai tujuan atau standar tertentu.
10. Formasi reaksi, adalah mekanisme yang menyebabkan individu melakukan tindakan yang sebenarnya bertentangan dengan apa yang mereka rasakan.
11. Regresi, yaitu kembali ke tingkat fungsi sebelumnya yang lebih nyaman dan tidak terlalu menuntut, dengan lebih sedikit tanggung jawab.
12. Represi, yaitu menekan perasaan/ pengalaman yang menyakitkan atau konflik yang cenderung memperkuat mekanisme ego lainnya.
13. Sublimasi, yaitu pemindahan energi terkait dorongan seksual agresif atau primitive ke dalam aktivitas yang lebih diterima secara social.
14. Substitusi, adalah penggantian objek yang sangat bernilai, tidak dapat diterima atau tidak tersedia dengan objek yang bernilai, dapat diterima, dan tersedia.
15. *Undoing*, yaitu tindakan atau kata-kata yang dirancang untuk membatalkan beberapa pikiran, impuls, atau tindakan yang tidak disetujui yang membuat rasa bersalah seseorang berkurang dengan melakukan perbaikan.

2.4.4 Metode koping

Ada 2 metode koping yang digunakan oleh individu dalam mengatasi masalah psikologis seperti yang dikemukakan oleh Bell (1977) dikutip Rasmun (2004), dua metode tersebut antara lain adalah:

1. Metode koping jangka panjang, merupakan cara konstruktif dan merupakan cara yang efektif serta realistis dalam menangani masalah psikologis untuk kurun waktu yang lama.
2. Metode koping jangka pendek, cara ini digunakan untuk mengurangi stres/ketegangan psikologis dan cukup efektif untuk waktu sementara, tetapi tidak efektif jika digunakan dalam jangka panjang.

Pada tingkat keluarga koping yang dilakukan dalam menghadapi masalah/ketegangan seperti yang dikemukakan oleh Mc. Cubbin (1979) sebagaimana dikutip oleh Rasmun (2004), adalah:

1. Mencari dukungan sosial seperti minta bantuan keluarga, tetangga, teman, atau keluarga jauh.
2. *Reframing* yaitu mengkaji ulang kejadian masa lalu agar lebih dapat menanganinya dan menerima, menggunakan pengalaman masa lalu untuk mengurangi stres / kecemasan.
3. Mencari dukungan spiritual, berdoa, menemui pemuka agama atau aktif pada pertemuan ibadah.
4. Menggerakkan keluarga untuk mencari dan menerima bantuan.
5. Penilaian secara pasif terhadap peristiwa yang dialami dengan cara menonton TV, atau diam saja.

2.4.5 Faktor-faktor yang mempengaruhi mekanisme koping:

Menurut Smeltzer dan Bare (2001), mekanisme koping dipengaruhi oleh faktor internal dan faktor eksternal seperti berikut ini:

1. Faktor internal

- 1) Kesehatan
- 2) Sistem kepercayaan
- 3) Komitmen atau tujuan hidup
- 4) Perasaan, meliputi harga diri, kontrol, dan kemahiran.
- 5) Pengetahuan
- 6) Keterampilan pemecahan masalah
- 7) Keterampilan sosial (kemampuan berkomunikasi dan berinteraksi dengan orang lain)

2. Faktor eksternal

1) Dukungan sosial

Dukungan sosial merupakan sumber daya eksternal utama yang dapat memfasilitasi koping seseorang. Melalui dukungan sosial ini seseorang bisa memiliki hubungan yang mendalam saling berinteraksi dengan anggota yang lain, namun dukungan yang diperlukan hanya benar-benar dapat dirasakan bila ada keterlibatan dan perhatian yang mendalam, sehingga terbentuk solidaritas dan kepercayaan.

Menurut House dalam Depkes (2002), sebagaimana dikutip oleh Nursalam (2007), jenis dukungan sosial dibagi menjadi empat bagian:

(1) Dukungan emosional

Mencakup ungkapan empati, kepedulian, dan perhatian terhadap orang yang bersangkutan.

(2) Dukungan penghargaan

Mencakup ungkapan hormat/ penghargaan positif untuk orang yang memerlukan dukungan sosial, dorongan maju atau persetujuan atas gagasan atau perasaan individu tersebut, dan perbandingan positif antara seseorang tersebut dengan orang lain.

(3) Dukungan instrumental

Mencakup bantuan langsung, misalnya member pinjaman uang kepada orang yang membutuhkan, atau menolong dengan memberi pekerjaan pada orang yang tidak mempunyai pekerjaan.

(4) Dukungan informatif

Mencakup pemberian nasihat, saran, pengetahuan, dan informasi, serta petunjuk.

2) Sumber material

Sumber material meliputi barang dan jasa yang dapat dibeli. Seseorang yang memiliki sumber finansial yang memadai akan lebih mudah mengatasi keterbatasannya, karena perasaan ketidakberdayaan terhadap ancaman akan menjadi berkurang.

Menurut Pramadi dan Lasmono (2003), ada beberapa hal yang mempengaruhi *coping behavior*, yaitu:

1. Jenis kelamin

Billing & Pearlin (1984, dikutip oleh Pramadi dan Lasmono, 2003) menyatakan bahwa wanita lebih sering menggunakan strategi *emotion focused coping* dari pada pria, karena wanita lebih berorientasi pada emosi.

2. Tingkat pendidikan

Semakin tinggi tingkat pendidikan yang dimiliki seseorang, maka akan semakin kompleks cara berpikir yang dimilikinya. Tingkat pendidikan yang tinggi akan memudahkan seseorang untuk memahami sebuah masalah dan akan mempermudah juga dalam mencari alternatif untuk memecahkan masalah.

3. Perkembangan usia

Semakin tinggi usia seseorang akan mempengaruhi pola berpikir yang digunakan dalam menyelesaikan masalah. Tingginya usia seseorang memiliki pengaruh dalam memilih alternatif penyelesaian masalah.

4. Konteks lingkungan

Lingkungan dapat memberi dampak pada individu dalam menentukan strategi coping yang akan digunakan. Hubungan dengan orang lain memiliki pengaruh yang positif maupun negatif dalam menentukan coping terhadap suatu masalah.

2.4.6 Koping terhadap penyakit

Menurut Jalowiec (1993) dikutip oleh Smeltzer dan Bare (2001), ada lima cara penting dalam menghadapi penyakit yang diidentifikasi dari menelaah 57 penelitian keperawatan, yaitu:

1. Mencoba merasa optimis mengenai masa depan

2. Menggunakan dukungan sosial
3. Menggunakan sumber spiritual
4. Mencoba tetap mengontrol situasi maupun perasaan
5. Mencoba menerima kenyataan yang ada

Dalam penelitian, baik pasien maupun anggota keluarga menggunakan kombinasi antara koping yang berfokus pada emosi maupun koping yang berfokus pada masalah dalam menghadapi stresor yang berhubungan dengan penyakit.

Cara koping lain dalam penelitian tersebut meliputi pencarian informasi, menyusun ulang prioritas kebutuhan dan peran, menurunkan tingkat harapan, melakukan kompromi, membandingkan dengan orang lain, perencanaan aktivitas untuk menghemat energi, melakukan satu persatu, memahami tubuhnya, dan melakukan bicara sendiri untuk meningkatkan keberanian diri.

2.5 Konsep Adaptasi

2.5.1 Pengertian

Adaptasi adalah menyesuaikan diri dengan kebutuhan atau tuntutan baru, yaitu suatu usaha untuk mencari keseimbangan kembali kedalam keadaan normal. Penyesuaian terhadap kondisi lingkungan, modifikasi dari organism atau penyesuaian organ secara sempurna untuk dapat eksis pada kondisi lingkungan tersebut (Rasmun, 2004).

2.5.2 Model adaptasi Roy

Menurut Roy ada empat komponen penting dalam ilmu keperawatan, yaitu 1) Manusia, 2) Lingkungan, 3) Sehat dan sakit, dan 4) keperawatan (Tomey & Alligood, 2006).

1. Manusia

Menurut Roy manusia terus berinteraksi dan beradaptasi dengan perubahan lingkungannya. Mereka selalu mengupayakan keseimbangan bio-psiko-sosial. Manusia adalah sistem adaptif yang kompleks karena adaptasi terhadap perubahan lingkungan terjadi melalui proses internal (regulator dan kognator). Proses ini dapat mengarah pada empat cara adaptasi yang berbeda, yaitu fisiologis, konsep diri, perilaku peran, dan interdependen.

2. Lingkungan

Lingkungan mengacu pada semua kondisi, situasi dan pengaruh yang mempengaruhi perkembangan dan perilaku individu dan kelompok. Lingkungan ini adalah faktor dinamik yang terus mengalami perubahan.

3. Sehat dan sakit

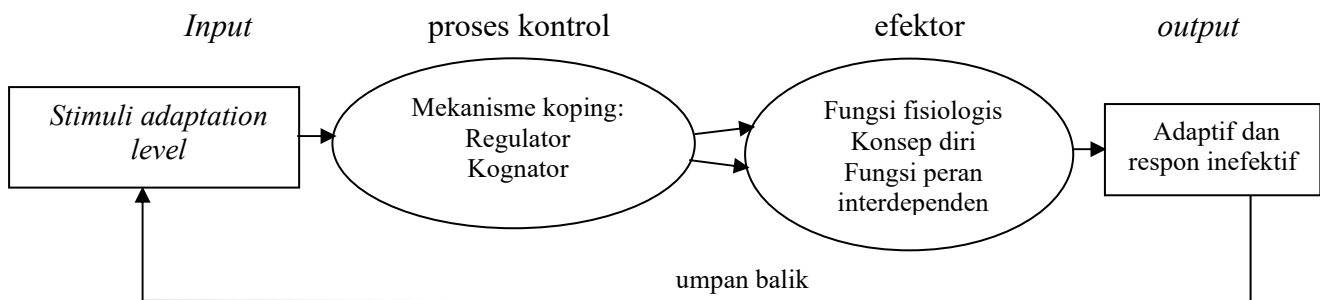
Menurut Roy sehat adalah suatu kondisi dan proses ketika seseorang menjadi individu yang terintegrasi dan utuh. Ide utama dari keutuhan tersebut adalah mampu menggunakan dan mengembangkan potensial individu untuk mendapatkan manfaat yang terbaik. Adaptasi akan meningkatkan integritas seseorang, sehingga dapat dipandang sebagai meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan individu. Roy memandang sakit sebagai salah satu aspek yang membentuk pengalaman hidup total dari seseorang. Sakit biasanya terjadi jika terdapat perilaku koping yang tidak efektif.

4. Keperawatan

Keperawatan dipandang sebagai mekanisme pengaturan eksternal ketika perawat memanipulasi stimulus dengan cara sedemikian rupa sehingga pasien dapat beradaptasi seadekuat mungkin. Tujuan dari keperawatan adalah untuk

meningkatkan adaptasi pasien, karena adaptasi memiliki efek yang positif pada kesehatan.

Menurut Roy proses adaptasi adalah model sistem terbuka. Sebuah sistem yang dapat dipandang sebagai sejumlah unsur yang saling berkaitan yang membentuk satu kesatuan berorientasi pada tujuan. Roy menjelaskan bahwa respon yang menyebabkan penurunan integritas tubuh akan menimbulkan suatu kebutuhan dan menyebabkan individu tersebut berespon melalui upaya atau perilaku tertentu. Setiap manusia selalu berusaha menanggulangi perubahan status kesehatan, dan perawat harus merespon untuk membantu beradaptasi terhadap perubahan ini (Basford, 2006).



Gambar 2.3 Model adaptasi Roy (Tomey & Alligood, 2006)

1. *Input*

Roy mengidentifikasi bahwa input sebagai stimulus, merupakan kesatuan informasi, bahan-bahan atau energi dari lingkungan yang dapat menimbulkan respon, dimana terdapat 3 macam stimulus yang menyebabkan terjadinya perubahan (Rasmun, 2004):

- 1) Fokal; yaitu rangsangan yang berhubungan langsung dengan perubahan lingkungan.

- 2) Kontekstual; yaitu berasal dari sumber lain, baik internal maupun eksternal yang mempunyai pengaruh negatif terhadap rangsang fokal.
- 3) Residual stimuli; yaitu kepercayaan, sikap dan pembawaan dari individu yang dibawa dari perkembangan sikap masa lalu yang tidak mau berterus terang.

2. Proses kontrol

Menurut Roy, manusia bereaksi terhadap stres dengan dua proses kontrol internal yang digunakan sebagai mekanisme koping. Terdapat 2 sub sistem yang berperan sebagai mekanisme koping di dalam konsep adaptasi (Rasmun, 2004; Tomey & Alligood, 2006), yaitu:

- 1) Sub sistem regulator, yaitu sub sistem dari manusia yang menangani terhadap adanya rangsangan dari luar secara *neural*, *chemical*, dan *endocrine system*.
- 2) Subsistem kognator, yaitu sub sistem yang menangani stimulus dengan cara pengolahan persepsi dan informasi, belajar, pengambilan keputusan, dan emosi; artinya adaptasi ini dengan cara mengaktifkan fungsi-fungsi kognitif untuk menyelesaikan masalah yang dihadapi.

3. Efektor

Mekanisme koping ini diwujudkan dalam bentuk perilaku koping, yang juga disebut model adaptasi. Roy menyebut model adaptasi sebagai sistem efektor, yang dibagi menjadi empat bagian (BASFORD, 2006):

1) Fungsi fisiologis

Cara adaptasi ini ditentukan terutama oleh kebutuhan akan integritas fisiologis. Bentuk perilaku koping ini melibatkan kebutuhan dasar, yaitu oksigen, makanan, ekskresi, istirahat dan aktivitas, serta proteksi.

2) Konsep diri

Cara adaptasi ini merujuk pada kebutuhan integritas mental. Interaksi dengan orang lain dan diri sendiri merupakan unsure utama untuk mendapatkan integritas mental.

3) Fungsi peran

Cara adaptasi fungsi peran adalah kebutuhan akan integritas sosial, yang ditentukan berdasarkan serangkaian harapan orang-orang pada berbagai posisi berkomunikasi satu sama lain.

4) Interdependen

Cara adaptasi ini berkaitan dengan kebutuhan integritas sosial, tetapi titik awalnya adalah kemampuan dan keinginan untuk membantu, menghormati, menghargai dan mencintai orang lain.

4. *Output*

Mekanisme koping dan perilaku koping ini mengarah pada perilaku adaptasi baik yang efektif maupun yang tidak efektif. Tingkat keefektifan atau ketidakefektifan dari perilaku adaptasi ini menjadi umpan balik bagi sistem tersebut. Umpan balik ini memberikan stimulus *input* yang sekali lagi menyebabkan mekanisme koping dan perilaku koping. Perilaku adaptasi baik yang efektif maupun tidak efektif secara konsekuen dilihat sebagai proses *output*.

2.5.4 Dimensi adaptasi

Dimensi adaptasi menurut Rasmun (2004) adalah sebagai berikut:

1. Dimensi fisik/biologik, yaitu adaptasi dapat berupa; penyesuaian atas tuntutan terhadap perubahan fisik biologik.
2. Dimensi psikologik, yaitu adaptasi yang terjadi adalah berupa telah berubahnya sikap perilaku individu oleh karena adanya upaya yang terus menerus dilakukan.
3. Dimensi sosial budaya, yaitu terjadinya perubahan perilaku yang berkaitan dengan norma dan keyakinan terhadap budaya baru.

2.5.5 Karakteristik respon adaptif

Karakteristik respon adaptif menurut Rasmun (2004) adalah sebagai berikut:

1. Semua respon adaptif mengarah dan berusaha mempertahankan kearah keseimbangan.
2. Adaptasi adalah totalitas respons dari tubuh atau manusia secara keseluruhan (holistik).
3. Respon adaptif terbatas; fisiologis lebih terbatas daripada psikososial, psikososial perubahannya lebih luas.
4. Adaptasi memerlukan waktu, artinya perubahan itu tidak instan atau tidak mudah, karena memerlukan ketekunan dan kesungguhan untuk melakukannya.
5. Kemampuan adaptasi antar individu berbeda-beda, individu yang sehat lebih banyak mempunyai sumber untuk adaptasi, individu yang fleksibel selalu siap merubah respon dan memakai strategi koping yang bervariasi dan lebih luas.

6. Respon adaptif mungkin tidak adekuat atau eksefif misalnya, respon inflamasi terhadap infeksi, mungkin tubuh dapat mengatasi sendiri tanpa pemberian antibiotik.

2.6 Konsep Kualitas Hidup

2.6.1 Pengertian Kualitas Hidup

Kualitas hidup adalah persepsi individu baik laki-laki maupun perempuan terhadap kehidupan, ditinjau dari konteks budaya dan sistem nilai di mana mereka tinggal, dan hubungan dengan standar hidup, harapan, kesenangan, dan perhatian mereka (WHO, 2002).

Kualitas hidup dapat diartikan sebagai derajat di mana seseorang menikmati kepuasan dalam hidupnya. Untuk mencapai kualitas hidup, maka seseorang harus dapat menjaga kesehatan tubuh, pikiran, dan jiwa, sehingga dapat melakukan segala aktivitas tanpa gangguan (Ventegodt, 2003).

2.6.2 Teori tentang kualitas hidup

Ventegodt (2003), menyatakan bahwa kualitas hidup berarti suatu kehidupan yang baik, yang dapat disamakan dengan suatu kehidupan dengan kualitas yang tinggi, dalam hal ini dibagi dalam 3 bagian yang berpusat pada aspek hidup yang baik:

1. Kualitas hidup subjektif, yaitu suatu kehidupan yang baik yang dirasakan oleh masing-masing individu yang memilikinya. Masing-masing individu secara personal mengevaluasi bagaimana mereka menggambarkan sesuatu dan perasaan mereka.

2. Kualitas hidup eksistensial, yaitu seberapa baik kehidupan seseorang pada tingkatan yang lebih dalam. Hal ini dapat diasumsikan bahwa individu memiliki sifat-sifat dasar yang harus dihormati dan bahwa individu tersebut dapat hidup secara harmonis di dalamnya.
3. Kualitas hidup objektif adalah bagaimana suatu kehidupan dapat diterima oleh dunia luar. Hal ini dipengaruhi oleh budaya di mana orang tersebut tinggal, dan dilihat dari kemampuan seseorang untuk beradaptasi dengan nilai-nilai dan budaya tersebut.

Ketiga aspek kualitas hidup ini secara keseluruhan dikelompokkan dengan pernyataan yang relevan pada kualitas hidup, dan ditempatkan dalam suatu rentang dari subjektif ke objektif, dan elemen eksistensial berada di antaranya. Ventegodt (2003) menyatakan bahwa komponen kualitas hidup meliputi beberapa aspek berikut ini:

1. Kesejahteraan

Kesejahteraan berhubungan dengan bagaimana sesuatu dapat berfungsi dalam suatu dunia objektif dan faktor eksternal hidup. Kesejahteraan merupakan suatu kehidupan yang berarti, terpenuhinya semua kebutuhan, dan realisasi diri.

2. Kepuasan hidup

Kepuasan adalah pernyataan mental yaitu keadaan kognitif, di mana harapan-harapan, kebutuhan hidup dan gairah hidup dapat diperoleh.

3. Kebahagiaan

Kebahagiaan merupakan suatu perasaan spesial yang berharga dan sangat diinginkan, tetapi sulit untuk diperoleh. Tidak banyak orang yang percaya

bahwa kebahagiaan diperoleh dari adaptasi dengan suatu budaya dan faktor-faktor yang berhubungan. Kebahagiaan sering dihubungkan dengan dimensi nonrasional, seperti cinta, ikatan yang erat dengan sifat-sifat dasar, bukan dengan uang, status kesehatan, atau faktor lainnya.

4. Makna dalam hidup

Makna dalam hidup merupakan konsep yang sangat penting dan jarang digunakan. Pencarian makna hidup melibatkan suatu penerimaan terhadap sesuatu yang tidak berarti atau sangat berarti dalam hidup, dan kewajiban terhadap diri sendiri untuk menebus kesalahan akibat sesuatu yang tidak berarti.

5. Pemenuhan kebutuhan

Kebutuhan dihubungkan dengan kualitas hidup di mana ketika kebutuhan terpenuhi, maka kualitas hidupnya semakin tinggi. Kebutuhan merupakan suatu ekspresi sifat dasar yang secara umum dimiliki oleh makhluk hidup.

6. Mewujudkan potensi kehidupan

Manusia harus menyadari akan potensi yang ada dalam suatu kehidupan, yaitu dari dirinya dan lingkungannya, sehingga dapat tercapai kualitas hidup.

7. Gambaran biologis dalam kualitas hidup

Kesehatan fisik mencerminkan gambaran secara biologis, seperti sel-sel dalam tubuh kita membutuhkan sinyal yang tepat untuk berfungsi secara benar dalam menjaga kesehatan dan keseimbangan tubuh. Kualitas hidup juga dipengaruhi oleh kondisi secara biologis.

8. Faktor-faktor tujuan

Aspek tujuan dalam kualitas hidup dihubungkan dengan faktor eksternal dari kehidupan, dan akan merupakan sesuatu yang mudah untuk dicapai, meliputi pendapatan, status pernikahan, status kesehatan, dan interaksi dengan orang lain.

2.6.3 Komponen kualitas hidup

University of Toronto (2004) dalam Kurtus (2005) menyebutkan bahwa kualitas hidup dibagi dalam 3 bagian, yaitu:

1. Kesehatan

Kesehatan dalam kualitas hidup meliputi kesehatan fisik, psikologis, dan spiritual. Kesehatan fisik terdiri dari *personal hygiene*, nutrisi, olah raga, pakaian dan penampilan fisik secara umum. Kesehatan psikologis dipengaruhi oleh penyesuaian psikologis, kesadaran, perasaan, harga diri, konsep diri, dan kontrol diri, sedangkan kesehatan spiritual dipengaruhi oleh nilai-nilai pribadi, standar-standar pribadi, dan kepercayaan spiritual.

2. Kepemilikan

Kepemilikan (hubungan individu dengan lingkungannya) dalam kualitas hidup dibagi menjadi 3 bagian, yaitu secara fisik, sosial, dan komunitas. Kepemilikan fisik terdiri dari rumah, tempat kerja/sekolah, tetangga/lingkungan dan masyarakat. Kepemilikan secara sosial meliputi kedekatan dengan orang lain, keluarga, teman/rekan kerja, lingkungan dan masyarakat. Kepemilikan dalam komunitas meliputi pekerjaan, pendapatan yang cukup, pelayanan kesehatan dan sosial, program pendidikan, rekreasi, dan kegiatan-kegiatan di komunitas.

3. Harapan

Merupakan keinginan dan harapan yang akan dicapai sebagai perwujudan dari individu, sehingga individu tersebut merasa dihargai di dalam lingkungan keluarga maupun masyarakat sekitarnya melalui tindakan nyata yang bermanfaat dari karya yang dihasilkannya.

2.6.4 Pengukuran kualitas hidup pada pasien yang menjalani terapi HD

Pada penelitian ini, instrumen yang digunakan untuk mengukur kualitas hidup pasien GGK yang menjalani terapi HD adalah *The Short Form-36 (SF-36)* (Division of nephrology and hypertension, 1992). SF-36 merupakan salah satu kuesioner yang dikembangkan dan digunakan secara luas untuk menilai kualitas hidup sehubungan dengan kondisi kesehatan. Instrumen SF-36 telah banyak digunakan pada penelitian sebelumnya yang mengukur tentang kualitas hidup pasien GGK yang menjalani terap HD. SF-36 terdiri dari 36 pertanyaan yang dibagi dalam 8 skala, dan secara umum disimpulkan menjadi dua komponen, yaitu komponen fisik dan komponen mental (Chiang, *et al*, 2004).

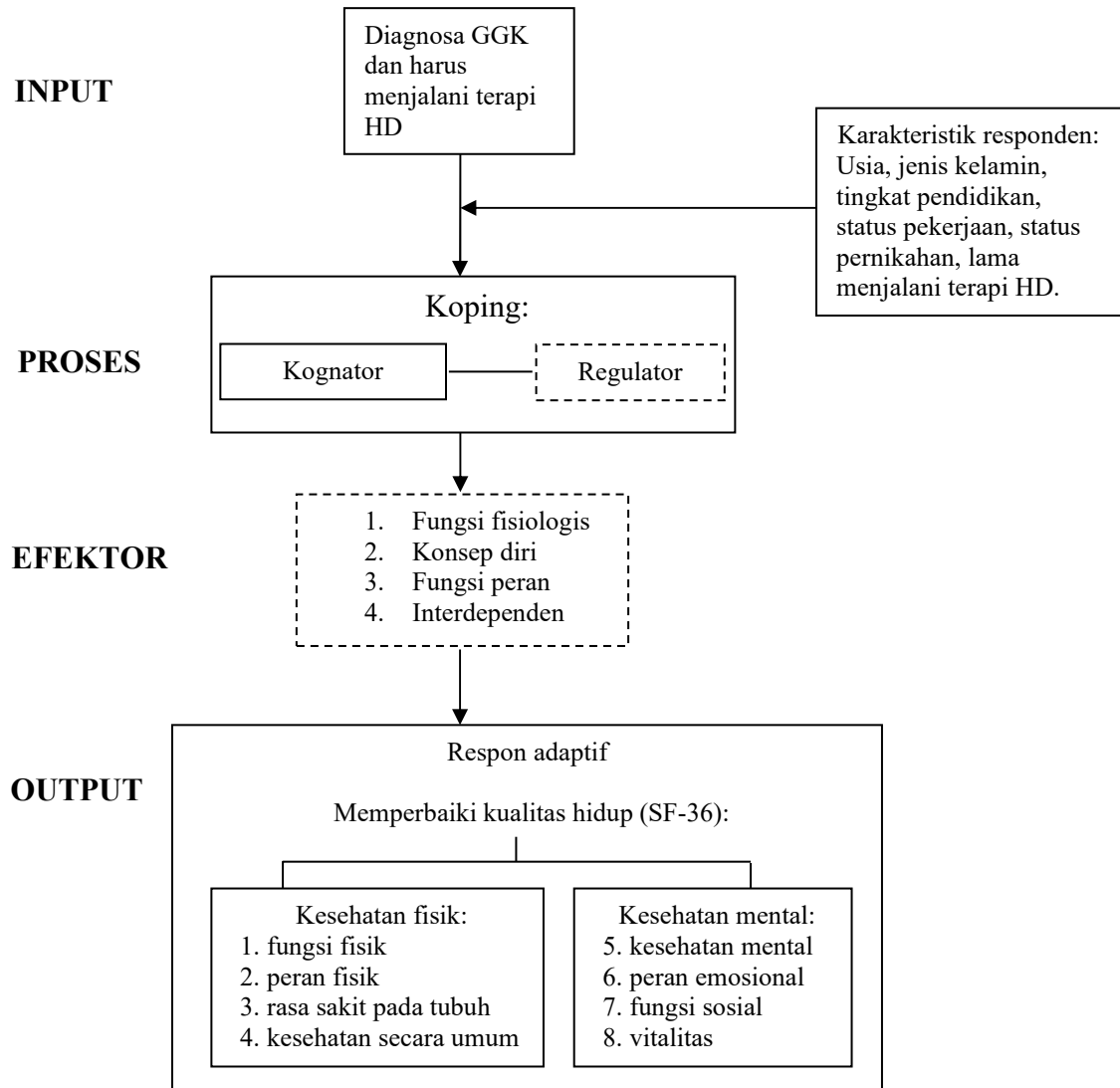
Komponen fisik terdiri dari skala fungsi fisik (mengkaji kemampuan pasien untuk merespon kebutuhan fisiknya, seperti berjalan, berlari, menaiki anak tangga); peran fisik (mengevaluasi seberapa besar pengaruh kemampuan fisik membatasi aktivitas pasien); rasa sakit yang dirasakan pada tubuh (untuk menilai persepsi pasien terhadap rasa nyeri dalam empat minggu terakhir dan seberapa besar pengaruhnya terhadap aktivitas fisik); dan kesehatan secara umum (menilai persepsi pasien terhadap kondisi kesehatannya secara umum). Komponen mental terdiri dari kesehatan mental (mengevaluasi persepsi tentang kecemasan dan

depresi); peran emosional (menilai seberapa besar pengaruh faktor emosional pasien terhadap pekerjaan atau aktivitas lainnya); fungsi sosial (untuk mengevaluasi seberapa besar pengaruh kesehatan fisik atau masalah emosional terhadap hubungan sosial dalam empat minggu terakhir); dan vitalitas (mengevaluasi tentang energi yang dimiliki dan keletihan yang dirasakan) (Bohlke, *et al*, 2008).

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka konseptual penelitian



Keterangan: yang diukur yang tidak diukur

Gambar 3.1 Kerangka konseptual hubungan koping dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa berdasarkan Teori Adaptasi Roy (1970).

Dari gambar 3.1 dapat dijelaskan bahwa di dalam teori model adaptasi Roy dimulai dari adanya input, yaitu perubahan-perubahan yang terjadi di lingkungan sekitar manusia atau disebut juga stimulus yang akan direpon oleh manusia. Stimulus pada penelitian ini adalah diagnosa GGK dan harus menjalani terapi HD yang akan mempengaruhi coping seseorang, selain itu juga terdapat faktor-faktor karakteristik responden yang juga berpengaruh terhadap coping, diantaranya adalah usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pekerjaan, status pernikahan, dan lamanya menjalani terapi HD. Stimulus-stimulus tersebut akan mempengaruhi proses adaptasi melalui dua proses kontrol internal yang digunakan sebagai mekanisme coping, yaitu subsistem regulator dan kognator. Subsistem regulator terdiri dari semua proses coping yang terjadi di dalam diri manusia pada tingkat biologis, yang dikendalikan oleh sistem saraf pusat dan dimanifestasikan secara *neural*, *chemical*, dan *endocrine system*, yaitu melalui peningkatan hormon-hormon stres serta peningkatan tanda-tanda vital (TTV). Pada subsistem kognator akan terjadi proses coping yang berhubungan dengan persepsi, pembelajaran, pengambilan keputusan, dan emosi.

Mekanisme coping ini diwujudkan dalam bentuk perilaku coping yang berperan sebagai efektor, terdiri dari fungsi fisiologis, konsep diri, fungsi peran, dan interdependen. Mekanisme coping dan perilaku coping ini akan mengarah pada perilaku adaptasi yang baik, sehingga coping pasien menjadi positif (Basford 2006). Coping yang positif ini juga akan diikuti dengan perbaikan kualitas hidup, yang dinilai dari segi komponen fisik dan komponen mental.

3.2 Hipotesis

H₁ : Ada hubungan koping dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa.

BAB 4

METODE PENELITIAN

Dalam bab ini akan dijelaskan tentang: 1) Desain penelitian, 2) Populasi, sampel, dan *sampling*, 3) Identifikasi variabel, 4) Pengumpulan data, 5) Analisa data, dan 6) Etik penelitian.

4.1 Rancangan atau Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah *cross sectional*, yaitu menganalisa hubungan antara variabel koping dan variabel kualitas hidup pada pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa, dan observasi kegiatan pengumpulan data dilakukan sekaligus pada suatu saat.

4.2 Populasi, Sampel, Sampling, dan Besar Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi pada penelitian ini adalah semua pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa reguler di RS Adi Husada Undaan Wetan Surabaya pada bulan Januari 2012, yaitu sebanyak 52 orang.

4.2.2 Sampel

Sampel pada penelitian ini ditentukan dengan kriteria inklusi dan eksklusi untuk meminimalkan bias.

1. Kriteria inklusi:

- 1) Pasien yang menjalani terapi hemodialisa reguler ≥ 3 bulan dan ≤ 1 tahun.
- 2) Berusia 30-60 tahun, kooperatif, dapat berbahasa Indonesia serta dapat berkomunikasi dengan baik.
- 3) Tidak menggunakan asuransi atau tanggungan perusahaan.
- 4) Pendidikan terakhir minimal Sekolah Menengah Akhir (SMA).
- 4) Bersedia menjadi menjadi sampel dalam penelitian ini.

2. Kriteria eksklusi

- 1) Pasien yang sedang dirawat di rumah sakit akibat komplikasi atau penyakit lain.
- 2) Mengalami penurunan kesadaran.

4.2.3 Sampling

Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *purposive sampling*.

4.3 Identifikasi Variabel

4.3.1 Variabel Independen

Variabel independen dalam penelitian ini adalah karakteristik responden meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan, status pekerjaan, status pernikahan lama menjalani terapi HD, dan koping.

4.3.2 Variabel Dependen

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah kualitas hidup yang meliputi komponen kesehatan fisik dan kesehatan mental.

4.3.3 Definisi Operasional

Tabel 4.1 Definisi Operasional

VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	PARAMETER (INDIKATOR)	ALAT UKUR	SKALA	SKOR
Variabel Independen: Karakteristik responden:					
1. Umur	Lama hidup dalam tahun dihitung sejak dilahirkan hingga saat ini.	1. Umur \leq 50 tahun 2. Umur $>$ 50 tahun	Kuesioner	Nominal	
2. Jenis kelamin	Kelas atau kelompok pada manusia yang dibedakan berdasarkan ciri-ciri biologis yang dimiliki.	1. Perempuan 2. Laki-laki	Kuesioner	Nominal	
3. Pendidikan	Pendidikan formal yang pernah diikuti sesuai dengan ijazah terakhir yang dimiliki.	1. Sekolah Menengah Atas (SMA) 2. Perguruan Tinggi (PT)	Kuesioner	Nominal	
4. Status pekerjaan	Mata pencaharian tetap yang dimiliki baik berupa wiraswasta maupun pekerjaan di luar rumah.	1. Bekerja 2. Tidak bekerja	Kuesioner	Nominal	
5. Status pernikahan	Status ikatan lahir batin antara laki-laki dan wanita yang sah secara hukum dan agama, dan telah tercatat di Kantor Urusan Agama (KUA) atau catatan sipil.	1. Menikah 2. Belum menikah	Kuesioner	Nominal	

6. Lama menjalani HD	Waktu selama menjalani HD reguler minimal 1x/minggu (sesuai program dokter), sejak pertama kali hingga saat dilakukan penelitian.	1. \leq 6 bulan 2. $>$ 6 bulan	Kuesioner	Nominal	
Koping	Upaya kognitif dan perilaku pasien GGK dalam menghadapi perubahan-perubahan yang terjadi selama menjalani terapi HD.	Menurut Lazarus dan Folkman (1984): 1. <i>Problem focused coping</i> 1) <i>Confrontive coping</i> 2) <i>Planfull problem solving</i> 3) <i>Seeking social support</i> 2. <i>Emotion focused coping</i> 1) <i>Distancing</i> 2) <i>Escape avoidance</i> 3) <i>Self controlling</i> 4) <i>Accepting responsibility</i> 5) <i>Positive reappraisal</i>	Kuesioner <i>WCQ</i> (Folkman, 1985)	Nominal	Adaptif \geq <i>mean</i> Maladaptif $<$ <i>mean</i>
Variabel Dependen:					
Kualitas hidup	Suatu kehidupan yang baik yang dirasakan oleh pasien GGK yang menjalani terapi hemodialisa.	Kesehatan fisik: 1. fungsi fisik 2. peran terkait kesehatan fisik 3. rasa sakit pada tubuh 4. kesehatan secara umum Kesehatan mental: 1. kesehatan mental 2. peran terkait masalah emosional 3. fungsi sosial 4. vitalitas / energi	Kuesioner SF-36	Nominal	≥ 50 : baik < 50 : buruk

4.4 Pengumpulan Data

4.4.1 Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah menggunakan kuesioner yang terdiri dari 3 bagian, yaitu:

1. Kuesioner bagian A terdiri dari 6 (enam) pertanyaan mengenai data demografi responden. Pertanyaan dalam kuesioner bertujuan untuk mengidentifikasi karakteristik responden berdasarkan umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pekerjaan, status pernikahan, dan lama menjalani terapi HD.
2. Kuesioner bagian B untuk menilai koping yang diambil dari *Ways of Coping Questionnaire (WCQ)*, yang dikembangkan oleh Lazarus dan Folkman (1984). Kuesioner ini berisi 24 pertanyaan, terdiri dari 8 sub skala koping yang dibagi menjadi dua bagian, yaitu koping yang berfokus pada masalah dan koping yang berfokus pada emosi. Koping yang berfokus pada masalah atau *problem focused coping* terdiri dari *confrontive* (no. 1, 9, 17), *planfull problem solving* (no.6, 14, 22), *seeking social support* (no. 4, 12, 20). Koping yang berfokus pada emosi atau *emotion focused coping* terdiri dari *distancing* (no. 8, 16, 24), *escape avoidance* (no. 7, 15, 23), *self controlling* (no. 3, 11, 19), *accepting responsibillity* (no. 5, 13, 21), dan *positive reappraisal* (no. 2, 10, 18). Kuesioner koping ini terdiri dari pertanyaan positif dan pertanyaan negatif. Pertanyaan negatif pada kuesioner ini ada 7, yaitu pertanyaan no 5, 7, 9, 15, 16, 17, 24, dan selebihya adalah pertanyaan positif. Setiap tingkatan jawaban untuk pertanyaan positif diberi nilai, yaitu 1 untuk jawaban tidak pernah, 2 untuk jawaban kadang-kadang, 3 untuk jawaban sering, dan 4 untuk

jawaban selalu. Pertanyaan negatif diberi nilai 4 untuk jawaban tidak pernah, 3 untuk jawaban kadang-kadang, 2 untuk jawaban sering, dan 1 untuk jawaban selalu. Batasan kategori pada kuesioner ini adalah koping adaptif bila nilai lebih dari sama dengan dari *mean*, dan koping maladaptif bila nilai kurang dari *mean*.

3. Kuesioner bagian C untuk menilai kualitas hidup yang diukur menggunakan kuesioner SF-36, berisi 36 pertanyaan dan terdiri dari 8 skala pengukuran yang dibagi menjadi dua komponen secara umum, yaitu komponen kesehatan fisik dan kesehatan mental. Komponen kesehatan fisik terdiri dari fungsi fisik (no. 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12), peran terkait kesehatan fisik (no. 13, 14, 15, 16), rasa sakit pada tubuh (no. 21, 22), dan kesehatan secara umum (no. 1, 2, 33, 34, 35, 36). Komponen kesehatan mental terdiri dari kesejahteraan emosional (no. 24, 25, 26, 28, 30), peran terkait masalah emosional (no. 17, 18, 19), fungsi sosial (no. 20, 32), vitalitas atau energi (no. 23, 27, 29, 31). Batasan kategori pada kuesioner ini adalah kualitas hidup baik bila nilai ≥ 50 , kualitas hidup buruk bila nilai < 50 .

4.4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

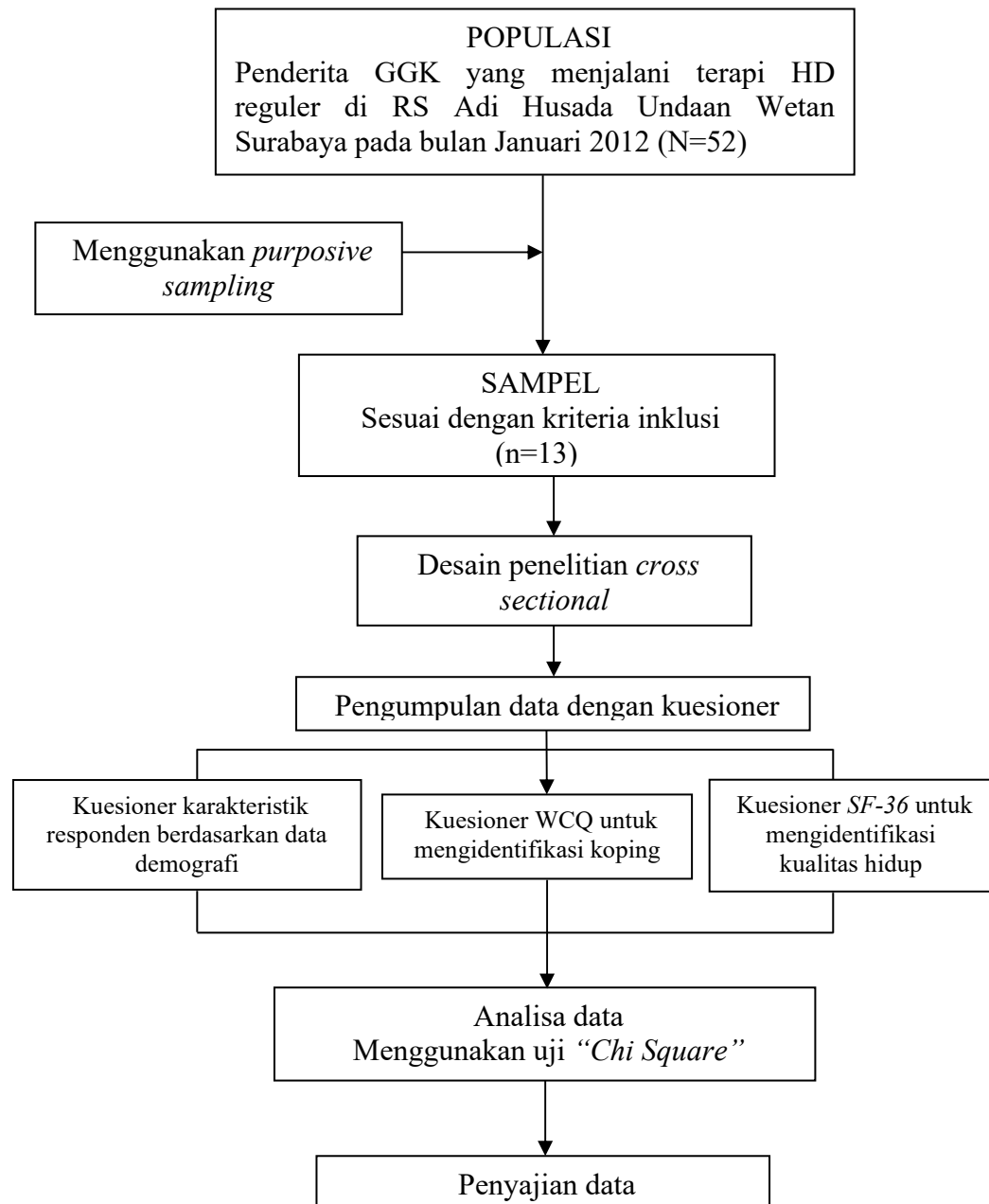
Penelitian ini dilaksanakan sejak tanggal 8-11 Februari 2012, di Ruang Hemodialisa RS Adi Husada Undaan Wetan Surabaya.

4.4.3 Prosedur Penelitian

Prosedur pengumpulan data dilakukan setelah peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian kepada responden, selanjutnya peneliti meminta persetujuan dari responden dengan memberikan surat persetujuan (*informed consent*) untuk menjadi responden dan ditandatangani oleh responden. Responden akan diberi

kuesioner WCQ untuk mengidentifikasi koping dan kuesioner SF-36 untuk mengidentifikasi kualitas hidup. Peneliti akan secara langsung menunggu responden dalam pengisian kuesioner, dan setelah semua data terkumpul selanjutnya dilakukan analisa data.

4.4.4 Kerangka Operasional



Gambar 4.1 Kerangka operasional hubungan koping dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa.

4.5 Analisis Data

Proses pengolahan data yang dilakukan oleh peneliti adalah sebagai berikut:

1. Peneliti memeriksa nama dan kelengkapan identitas responden dan kelengkapan isi dilembar kuesioner yang sudah dibagikan pada responden yang menjadi subyek penelitian.
2. Melakukan *coding* pada data untuk mempermudah pengelompokan data.
3. Memberikan *skoring* pada data yang sudah dikumpulkan.
4. Peneliti menganalisis data dengan menggunakan analisa statistik deskriptif proporsi prosentase dan uji statistik.

1) Analisa statistik deskriptif

Untuk mengelompokkan responden berdasarkan data umum maka digunakan rumus proporsi:

$$\text{Proporsi} = \frac{x}{x+y} \times 100\%$$

Keterangan:

x : angka kejadian tertentu

x+y : jumlah kejadian seluruhnya

100% : konstanta

2) Uji statistik

Uji statistik dilakukan untuk mengetahui hubungan koping dengan kualitas hidup pasien GGK yang menjalani terapi HD dengan menggunakan uji statistik korelasi. Berdasarkan kuesioner yang telah diisi oleh responden, selanjutnya dilakukan tabulasi data dan analisa data dengan menggunakan uji statistik "*Chi Square*", menggunakan

program komputer *Statistical Product and Service Solution (SPSS) for Window* dengan derajat kemaknaan $p < 0,05$, artinya ada hubungan koping dengan kualitas hidup pasien GGK yang menjalani terapi HD. Apabila hasil uji "*Chi Square*" ternyata tidak layak digunakan karena tidak memenuhi syarat, maka dapat dilihat hasil uji alternatifnya, yaitu uji "*Fisher Exact*".

4.6 Etik Penelitian

Dalam melaksanakan penelitian ini, peneliti mendapatkan rekomendasi dari Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya dan permintaan ijin RS Adi Husada Undaan Wetan Surabaya. Setelah mendapatkan ijin, peneliti melaksanakan penelitian dengan masalah etika yang meliputi:

1. *Informed Consent* (lembar persetujuan), diberikan kepada subyek yang akan diteliti, kemudian peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian yang dilakukan serta dampak yang mungkin terjadi selama dan sesudah pengumpulan data. Responden harus menandatangani lembar persetujuan tersebut, bila responden menolak untuk diteliti, maka peneliti tidak akan memaksakan dan tetap menghormati hak-haknya.
2. *Anonymity* (tanpa nama), untuk menjaga kerahasiaan responden maka tidak harus mencantumkan namanya dan lembar tersebut diberi kode.
3. *Confidentiality* (kerahasiaan), kerahasiaan informasi yang diberikan oleh responden dijamin oleh peneliti dan hanya digunakan untuk keperluan penelitian ini.

4.7 Keterbatasan

1. Sampel yang diteliti adalah sampel yang sesuai dengan kriteria inklusi, hal menyebabkan jumlah sampel terbatas dan variasi data kurang, sehingga hasilnya kurang representatif.
2. Desain yang digunakan pada penelitian ini adalah *cross sectional*, sehingga tidak dapat meneliti sebab akibat dan penelitian ini tidak mengikuti perkembangan subjek dalam waktu yang lama.
3. Pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner memungkinkan responden menjawab pertanyaan dengan tidak jujur atau tidak mengerti maksud pertanyaan, sehingga hasilnya kurang mewakili secara kualitatif.

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN

Bab ini akan menguraikan hasil penelitian tentang hubungan koping dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa di RS Adi Husada Undaan Wetan Surabaya, yang dilakukan pada tanggal 8-11 Februari 2012.

Pada bagian hasil akan diuraikan tentang karakteristik lokasi pengambilan sampel, karakteristik responden dan variabel yang diukur meliputi koping dan kualitas hidup responden. Bagian pembahasan akan diuraikan tentang hasil uji *Chi Square* untuk mengetahui hubungan variabel independen koping dengan variabel dependen kualitas hidup pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa.

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran lokasi penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di ruang hemodialisa RS Adi Husada Undaan Wetan Surabaya yang memiliki 9 unit mesin hemodialisa dengan kapasitas tempat tidur yang berjumlah 8 tempat tidur.

Ruang Hemodialisa RS Adi Husada Undaan Wetan Surabaya didukung oleh 2 dokter spesialis nefrolog dan 10 orang perawat lulusan D3. Pelayanan hemodialisa di RS Adi Husada Undaan Wetan dilakukan setiap hari selain hari Minggu dan hari besar nasional, kecuali pada pasien dengan keadaan *emergency (cito)*, dapat dilaksanakan setiap saat. Jadwal pelaksanaan hemodialisa dilakukan dalam dua

shift, yaitu pagi dan siang, di mana dalam satu hari dapat dihitung rata-rata sebanyak 15 tindakan hemodialisa yang setiap hari dilakukan.

5.1.2 Data karakteristik responden

Karakteristik demografi responden penelitian yang diperoleh pada saat pengumpulan data adalah sebagai berikut:

Tabel 5.1 Distribusi pasien GGK yang menjalani terapi hemodialisa di RS Adi Husada Undaan Wetan Surabaya pada tanggal 8-11 Februari 2012

Karakteristik	Distribusi	Frekuensi		Total	
		n	%	N	%
Umur	≤ 50 tahun	5	38,5%	13	100%
	> 50 tahun	8	61,5%		
Jenis kelamin	Laki-laki	11	84,6%	13	100%
	Perempuan	2	15,4%		
Pendidikan	SMA	10	76,9%	13	100%
	PT	3	23,1%		
Status pekerjaan	Bekerja	6	46,1%	13	100%
	Tidak bekerja	7	53,9%		
Status pernikahan	Menikah	12	92,3%	13	100%
	Belum menikah	1	7,7%		
Lama menjalani HD	≤ 6 bulan	9	69,2%	13	100%
	> 6 bulan	4	30,8%		

Tabel 5.1 di atas menunjukkan bahwa responden yang berusia lebih dari 50 tahun sebanyak 8 orang (61,5%), sedangkan responden yang berusia kurang dari sama dengan 50 tahun sebanyak 5 orang (38,5%). Responden yang berjenis kelamin laki-laki adalah 11 orang (84,6%), sedangkan perempuan sebanyak 2 orang (15,4%). Berdasarkan tingkat pendidikan yang dibagi dalam 2 kelompok, untuk responden dengan pendidikan terakhir SMA berjumlah 10 orang (76,9%), sedangkan responden dengan pendidikan terakhir Perguruan Tinggi (PT)

berjumlah 3 orang (23,1%). Jumlah responden yang masih bekerja adalah 6 orang (46,1%), sedangkan pasien yang tidak bekerja sebanyak 7 orang (53,9%). Berdasarkan status pernikahan, sebagian besar responden, yaitu sebanyak 12 orang (92,3%) memiliki status menikah, sedangkan 1 orang lainnya (7,7%) memiliki status belum menikah. Jumlah responden yang menjalani terapi HD kurang dari sama dengan 6 bulan adalah 9 orang (69,2%), sedangkan responden yang menjalani terapi HD lebih dari 6 bulan adalah 4 orang (30,8%).

5.1.3 Data variabel penelitian

1. Deskriptif koping

Tabel 5.2 Deskriptif koping pasien GGK yang menjalani terapi hemodialisa di RS Adi Husada Undaan Wetan Surabaya pada tanggal 8-11 Februari 2012

Koping	Distribusi	
	F	%
Adaptif	10	76,9%
Maladaptif	3	23,1%
Total	13	100%

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa sebagian besar responden, yaitu sebanyak 10 orang (76,9%) memiliki koping adaptif, dan sebanyak 3 orang responden (23,1%) memiliki koping maladaptif.

2. Deskriptif kualitas hidup

Tabel 5.3 Deskriptif kualitas hidup pasien GGK yang menjalani terapi hemodialisa di RS Adi Husada Undaan Wetan Surabaya pada tanggal 8-11 Februari 2012

Kualitas hidup	Distribusi	
	F	%
Baik	11	84,6%
Buruk	2	15,4%
Total	13	100%

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa sebagian besar responden, yaitu sebanyak 11 orang (84,6%) memiliki kualitas hidup yang baik, dan sebanyak 2 orang responden (15,4%) memiliki kualitas hidup yang buruk.

3. Hubungan karakteristik responden dengan koping

Hubungan karakteristik responden yang meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan, status pekerjaan, status pernikahan, dan lama menjalani terapi HD, dengan koping akan di uji dengan menggunakan uji “*Chi Square*” dengan derajat kemaknaan $p < 0,05$, yang berarti H_1 diterima, H_0 ditolak, dan apabila hasil uji “*Chi Square*” ternyata tidak memenuhi syarat, maka yang digunakan adalah hasil uji alternatif “*Fisher Exact test*”.

Tabel 5.4 Hubungan karakteristik responden dengan koping pasien GGK yang menjalani terapi hemodialisa di RS Adi Husada Undaan Wetan Surabaya pada tanggal 8-11 Februari 2012

Karakteristik responden	Koping				Total		
	Adaptif		Maladaptif		N	%	
	n	%	n	%			
Umur	≤ 50 tahun	4	80%	1	20%	2	100%
	>50 tahun	6	75%	2	25%	8	100%
Total		10	76,9%	3	23,1%	13	100%
p Fisher Exact				1, 000			
Jenis kelamin	Laki-laki	8	72,7%	3	27,3%	11	100%
	Perempuan	2	100%	0	0%	2	100%
Total		10	76,9%	3	23,1%	13	100%
p Fisher Exact				1, 000			
Pendidikan	SMA	7	70%	3	30%	10	100%
	PT	3	100%	0	0%	3	100%
Total		10	76,9%	3	23,1%	13	100%
p Fisher Exact				0,528			
Status pekerjaan	Bekerja	6	100%	0	0%	6	100%
	Tidak bekerja	4	57,1%	3	42,9%	7	100%
Total		10	76,9%	3	23,1%	13	100%
p Fisher Exact				0,192			
Status pernikahan	Menikah	9	75%	3	25%	12	100%
	Belum menikah	1	100%	0	0%	1	100%
Total		10	76,9%	3	23,1%	13	100%
p Fisher Exact				1, 000			

Lama menjalani terapi HD	≤ 6 bulan	7	77,8%	2	22,2%	9	100%
	> 6 bulan	3	75%	1	25%	4	100%
Total		10	76,9%	3	23,1%	13	100%
p Fisher Exact				1,000			

Hasil uji statistik menggunakan uji “*Chi Square*” didapatkan bahwa nilai “*Chi Square*” tidak layak digunakan karena tidak memenuhi syarat, sehingga digunakan hasil dari uji alternatif “*Fisher Exact*”. Hasil uji statistik di atas menunjukkan bahwa nilai p dari masing-masing karakteristik responden adalah $p < 0,05$, sehingga hal ini berarti bahwa tidak ada hubungan antara karakteristik responden dengan koping.

Tabel 5.4 di atas menunjukkan bahwa terdapat 4 responden yang berusia kurang dari sama dengan 50 tahun memiliki koping adaptif, dan 1 responden yang berusia kurang dari sama dengan 50 tahun memiliki koping maladaptif. Responden yang berusia lebih dari 50 tahun dan memiliki koping adaptif berjumlah 6 orang, sedang yang memiliki koping maladaptif berjumlah 2 orang.

Responden dengan jenis kelamin perempuan berjumlah 2 orang dan semuanya memiliki koping adaptif. Responden dengan jenis kelamin laki-laki yang memiliki koping adaptif berjumlah 8 orang, dan yang memiliki koping maladaptif berjumlah 3 orang. Responden dengan pendidikan terakhir SMA yang memiliki koping adaptif sebanyak 7 orang, dan yang memiliki koping maladaptif sebanyak 3 orang. Responden dengan pendidikan terakhir PT adalah 3 orang dan semuanya memiliki koping adaptif. Responden yang bekerja sebanyak 6 orang dan semuanya memiliki koping adaptif. Responden yang tidak bekerja dan memiliki koping adaptif adalah 4 orang, dan responden yang tidak bekerja dan memiliki koping maladaptif adalah 3 orang.

Tabel di atas juga menunjukkan bahwa responden yang sudah menikah dan memiliki koping adaptif sebanyak 9 orang, sedangkan yang memiliki koping maladaptif sebanyak 3 orang. Responden yang belum menikah adalah 1 orang, dan responden tersebut memiliki koping adaptif. Responden yang telah menjalani terapi HD reguler selama kurang dari sama dengan 6 bulan dan memiliki koping adaptif adalah 7 orang, sedangkan yang memiliki koping maladaptif adalah 2 orang. Responden yang telah menjalani terapi HD reguler selama lebih dari 6 bulan dan memiliki koping adaptif adalah 3 orang, dan yang memiliki koping adaptif 1 orang.

4. Hubungan karakteristik responden dengan kualitas hidup

Hubungan karakteristik responden yang meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan, status pekerjaan, status pernikahan, dan lama menjalani terapi HD, dengan kualitas hidup juga diuji dengan menggunakan uji “*Chi Square*” dengan derajat kemaknaan $p < 0,05$, yang berarti H_1 diterima, H_0 ditolak, dan apabila hasil uji “*Chi Square*” ternyata tidak memenuhi syarat, maka yang digunakan adalah hasil uji alternatif yaitu “*Fisher Exact test*”.

Tabel 5.5 Hubungan karakteristik responden dengan kualitas hidup pasien GGK yang menjalani terapi hemodialisa di RS Adi Husada Undaan Wetan Surabaya pada tanggal 8-11 Februari 2012

Karakteristik responden	Kualitas hidup				Total		
	Baik		Buruk		N	%	
	n	%	n	%			
Umur	≤ 50 tahun	5	100%	0	0%	3	100%
	>50 tahun	6	75%	2	25%	2	100%
Total		11	84,6%	2	15,4%	13	100%
p Fisher Exact				0,487			
Jenis kelamin	Laki-laki	9	81,8%	2	18,2%	11	100%
	Perempuan	2	100%	0	0%	2	100%
Total		11	84,6%	2	15,4%	13	100%
p Fisher Exact				1, 000			
Pendidikan	SMA	8	80%	2	20%	10	100%

	PT	3	100%	0	0%	3	100%
Total		11	84,6%	2	15,4%	13	100%
p Fisher Exact		1,000					
Status pekerjaan	Bekerja	6	100%	0	0%	6	100%
	Tidak bekerja	5	71,4%	2	28,6%	7	100%
Total		11	84,6%	2	15,4%	13	100%
p Fisher Exact		0,462					
Status pernikahan	Menikah	10	83,3%	2	16,7%	12	100%
	Belum menikah	1	100%	0	0%	1	100%
Total		11	84,6%	2	15,4%	13	100%
p Fisher Exact		1,000					
Lama menjalani terapi HD	≤6 bulan	8	88,9%	1	11,1%	9	100%
	>6 bulan	3	75%	1	25%	4	100%
Total		11	84,6%	2	15,4%	13	100%
p Fisher Exact		1,000					

Hasil uji statistik menggunakan uji “*Chi Square*” didapatkan bahwa nilai “*Chi Square*” tidak layak digunakan karena tidak memenuhi syarat, sehingga digunakan hasil dari uji alternatif “*Fisher Exact*”. Hasil uji statistik di atas menunjukkan bahwa nilai p dari masing-masing karakteristik responden adalah $p < 0,05$, sehingga hal ini berarti bahwa tidak ada hubungan antara karakteristik responden dengan kualitas hidup.

Tabel 5.5 menunjukkan bahwa responden yang berusia kurang dari sama dengan 50 tahun sebanyak 5 orang, dan semuanya memiliki kualitas hidup baik. Responden yang berusia lebih dari 50 tahun dan memiliki kualitas hidup baik adalah 6 orang, sedangkan yang memiliki kualitas hidup buruk adalah 2 orang. Responden dengan jenis kelamin perempuan adalah 2 orang dan semuanya memiliki kualitas hidup baik. Responden dengan jenis kelamin laki-laki yang memiliki kualitas hidup baik adalah 9 orang, dan yang memiliki kualitas hidup buruk adalah 2 orang. Responden dengan pendidikan terakhir SMA dan memiliki kualitas hidup baik adalah 8 orang, dan yang memiliki kualitas hidup buruk

adalah 2 orang. Responden dengan pendidikan terakhir tingkat PT adalah 3 orang, dan semuanya memiliki kualitas hidup baik. Responden yang bekerja sebanyak 6 orang dan semuanya memiliki kualitas hidup baik. Responden yang tidak bekerja dan memiliki kualitas hidup baik adalah 5 orang, sedangkan yang memiliki kualitas hidup buruk adalah 2 orang. Responden yang sudah menikah dan memiliki kualitas hidup baik adalah 10 orang, dan yang memiliki kualitas hidup buruk adalah 2 orang. Responden yang belum menikah adalah 1 orang, dan responden tersebut memiliki kualitas hidup baik. Responden yang telah menjalani terapi HD selama kurang dari sama dengan 6 bulan dan memiliki kualitas hidup baik adalah 8 orang, yang memiliki kualitas hidup buruk adalah 1 orang. Responden yang telah menjalani terapi HD selama lebih dari 6 bulan dengan kualitas hidup baik adalah 3 orang, dan yang memiliki kualitas hidup buruk adalah 1 orang.

5. Hubungan koping dengan kualitas hidup

Tabel 5.6 Hubungan koping dengan kualitas hidup pasien GGK yang menjalani terapi hemodialisa di RS Adi Husada Undaan Wetan Surabaya pada tanggal 8-11 Februari 2012

Koping	Kualitas hidup		Baik		Buruk		Total		<i>Fisher Exact Test</i>
	n	%	N	%	N	%			
Adaptif	10	76,9%	0	0%	10	76,9%	p = 0.038		
Maladaptif	1	7,7%	2	15,4%	3	23,1%			
Total	11	84,6%	2	15,4%	13	100%	Hasil Significant		

Tabel 5.6 menunjukkan bahwa responden dengan koping adaptif adalah 10 orang, dan semuanya memiliki kualitas hidup baik. Responden dengan koping maladaptif dan memiliki kualitas hidup baik adalah 1 orang, dan responden

dengan coping maladaptif yang memiliki kualitas hidup buruk adalah 2 orang. Hasil uji statistik “*Chi Square*”, didapatkan nilai $p = 0,005$, namun hasil uji “*Chi Square*” ini tidak memenuhi syarat karena terdapat 3 kotak (75%) yang memiliki nilai harapan kurang dari 5, sehingga digunakan uji alternatif “*Fisher Exact*” dengan nilai $p = 0,038$, hal ini menunjukkan bahwa H_1 diterima, artinya ada hubungan antara coping dengan kualitas hidup.

5.2 Pembahasan

5.2.1 Hubungan karakteristik responden dengan coping

Hasil uji statistik pada penelitian ini yang dilakukan dengan menggunakan uji “*Fisher Exact*” menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara karakteristik responden berupa umur dengan coping. Menurut Lazarus sebagaimana dikutip oleh Pramadi dan Lasmono (2003), bahwa semakin tinggi usia seseorang akan mempengaruhi pola berpikir yang digunakan dalam menyelesaikan masalah. Menurut Rasmun (2004), ada beberapa faktor yang mempengaruhi respon terhadap stresor, salah satu diantaranya adalah tingkat perkembangan, di mana pada tingkat perkembangan tertentu terdapat jumlah dan intensitas stresor yang berbeda, sehingga resiko stress pada tiap tingkat perkembangan akan berbeda.

Hasil tabulasi silang antara umur responden dengan coping pada tabel 5.4 menunjukkan bahwa 80% responden yang berusia kurang dari sama dengan 50 tahun memiliki coping adaptif, sedangkan 75% responden yang berusia lebih dari 50 tahun memiliki coping adaptif. Hal ini dapat terjadi, mengingat bahwa ada faktor lain yang juga mempengaruhi coping seseorang, tetapi tidak diteliti oleh

peneliti, yaitu adanya penyakit lain yang dialami sehubungan dengan proses penuaan, sehingga hal ini menyebabkan beban stresor menjadi lebih banyak, dan berpengaruh terhadap coping yang dimiliki. Hal ini sesuai dengan teori bahwa coping salah satunya juga dipengaruhi oleh faktor internal berupa kesehatan (Smeltzer dan Bare, 2001).

Hasil uji statistik pada penelitian ini sebagaimana terlihat pada tabel 5.4 menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin responden dengan coping. Pramadi dan Lasmono (2003) juga menyatakan bahwa faktor lain yang mempengaruhi coping selain perkembangan usia adalah jenis kelamin. Menurut Billing & Pearlin (1984, dikutip oleh Pramadi dan Lasmono, 2003) bahwa wanita lebih sering menggunakan strategi *emotion focused coping* dari pada pria. Coping yang berfokus pada emosi merupakan usaha untuk mengurangi atau mengendalikan emosi dengan cara menghindar untuk berhadapan langsung dengan stresor (Gerald, 2010). Kozier (2010) menyebutkan bahwa coping yang berfokus pada emosi tidak memperbaiki situasi, tetapi setelah menggunakannya individu sering kali merasa lebih baik.

Hasil penelitian di atas menunjukkan bahwa semua pasien berjenis kelamin perempuan memiliki coping adaptif, dan sebagian besar responden berjenis kelamin laki-laki juga memiliki coping yang adaptif, hal ini tidak sesuai dengan teori yang telah diuraikan sebelumnya, dan hal ini dapat terjadi karena jumlah responden yang terbatas dan sebagian besar responden berjenis kelamin laki-laki, selain itu dapat juga dipengaruhi oleh faktor-faktor lain yaitu bagaimana individu mempersepsikan stresor, bagaimana intensitasnya terhadap stimulus, jumlah

stresor yang harus dihadapi dalam waktu yang sama, lamanya pemaparan stresor, pengalaman masa lalu (Rasmun, 2001).

Hasil tabulasi silang antara pendidikan responden dengan koping, didapatkan bahwa sebagian besar responden dengan pendidikan terakhir SMA memiliki koping adaptif, sedangkan semua responden dengan pendidikan terakhir PT memiliki koping adaptif, hal ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa koping juga dipengaruhi oleh pengetahuan (Smeltzer dan Bare, 2001). Pramadi dan Lasmono (2003) juga menyatakan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan yang dimiliki seseorang, maka akan semakin kompleks cara berpikir yang dimilikinya. Tingkat pendidikan yang tinggi akan memudahkan seseorang untuk memahami sebuah masalah dan akan mempermudah juga dalam mencari alternatif untuk memecahkan masalah.

Tabel 5.4 juga menunjukkan bahwa berdasarkan status pekerjaan, didapatkan bahwa semua responden yang bekerja memiliki koping adaptif, sedangkan pada responden yang tidak bekerja, 57,1% memiliki koping adaptif dan 42,9% memiliki koping maladaptif. Hasil uji statistik antara status pekerjaan dengan koping tidak menunjukkan adanya hubungan, namun demikian hasil tabulasi silang menunjukkan bahwa status pekerjaan juga dapat berpengaruh terhadap koping, hal ini dikarenakan untuk menjalani terapi hemodialisa reguler memerlukan biaya yang tidak sedikit. Individu yang menjalani terapi hemodialisa jangka panjang sering merasa khawatir akan kondisi penyakit yang tidak dapat diramalkan dan gangguan yang terjadi dalam kehidupannya, seperti masalah finansial, kesulitan dalam mempertahankan pekerjaan, depresi akibat sakit kronis dan ketakutan terhadap kematian (Smeltzer dan Bare, 2001).

Menurut Smeltzer dan Bare (2001), kondisi koping dipengaruhi oleh faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal dari individu yang mempengaruhi koping meliputi kondisi kesehatan, sistem kepercayaan, komitmen atau tujuan hidup, perasaan harga diri, pengetahuan, ketrampilan pemecahan masalah, dan ketrampilan sosial yang meliputi kemampuan untuk berkomunikasi dan berinteraksi dengan orang lain. Faktor eksternal yang mempengaruhi koping adalah adanya dukungan sosial dan sumber material. Menurut House dalam Depkes (2002), sebagaimana dikutip oleh Nursalam (2007), menyatakan bahwa dukungan sosial dibagi menjadi empat bagian, yaitu dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan instrumental, dan dukungan informatif.

Hasil penelitian tentang koping bila dilihat dari status pernikahan responden, didapatkan bahwa sebagian besar responden yang sudah menikah memiliki koping yang adaptif. Dari seluruh jumlah responden yang diteliti, ada satu orang responden dengan status belum menikah juga memiliki koping yang adaptif, hal ini tidak dapat dianalisis lebih lanjut karena tidak ada pembandingan dengan responden yang lain, namun demikian hal ini juga dapat dipengaruhi oleh faktor-faktor lain yang dapat mempengaruhi kemampuan koping seseorang.

Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan antara lama menjalani terapi HD dengan koping. Sebagaimana telah diuraikan diatas bahwa kemampuan koping seseorang juga dipengaruhi oleh lama pemaparan stresor (Rasmun, 2004). Hasil tabulasi silang menunjukkan bahwa hampir tidak ada perbedaan antara koping responden yang telah menjalani terapi HD selama kurang dari sama dengan 6 bulan dengan responden yang telah menjalani terapi HD lebih dari 6 bulan. Hal ini dikarenakan memanjangnya stresor dapat menyebabkan

menurunnya kemampuan individu untuk mengatasi stres, karena individu telah berada pada fase kelelahan, individu sudah kehabisan tenaga untuk menghadapi stresor tersebut sehingga menyebabkan coping menjadi maladaptif, namun di sisi lain lamanya pemaparan stresor dapat menyebabkan proses adaptasi pada individu, karena sudah sering mengalami stresor yang sama pada waktu yang lama, selain itu hal ini juga dapat dipengaruhi oleh faktor-faktor lain yang mempengaruhi coping.

5.2.2 Hubungan karakteristik responden dengan kualitas hidup

Hasil penelitian pada tabel 5.5 menunjukkan bahwa dari rentang usia, didapatkan semua responden yang berusia kurang dari sama dengan 50 tahun memiliki kualitas hidup yang baik, sedangkan dari jumlah responden yang berusia lebih dari 50 tahun, sebagian besar diantaranya memiliki kualitas hidup yang baik, dan lainnya memiliki kualitas hidup buruk, hal ini terkait dengan proses penuaan yang menyebabkan kondisi fisik menurun, di mana salah satu komponen yang diukur dalam instrumen kualitas hidup *SF-36* adalah komponen fisik, yang meliputi skala fungsi fisik (mengkaji kemampuan pasien untuk merespon kebutuhan fisiknya, seperti berjalan, berlari, menaiki anak tangga), peran fisik (mengevaluasi seberapa besar pengaruh kemampuan fisik membatasi aktivitas responden), rasa sakit yang dirasakan pada tubuh, dan kesehatan secara umum (menilai persepsi pasien terhadap kondisi kesehatannya secara umum) (Bohlke, *et al*, 2008).

Menurut Mc. Cartney & Larson dalam Yuwono (2000) menyatakan bahwa umumnya kualitas hidup menurun dengan meningkatnya umur, responden yang

berusia lebih muda akan mempunyai kualitas hidup yang lebih baik oleh karena kondisi fisiknya lebih baik dibanding usia tua.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden yang berjenis kelamin laki-laki memiliki kualitas hidup baik, sedangkan semua responden yang berjenis kelamin perempuan memiliki kualitas hidup yang baik. Komponen lain yang diukur dalam instrumen kualitas hidup SF 36 selain komponen fisik adalah komponen mental, yang meliputi kesehatan mental (mengevaluasi persepsi tentang kecemasan dan depresi), peran emosional (menilai seberapa besar pengaruh faktor emosional pasien terhadap pekerjaan atau aktivitas lainnya), fungsi sosial (untuk mengevaluasi seberapa besar pengaruh kesehatan fisik atau masalah emosional terhadap hubungan sosial), dan vitalitas (mengevaluasi tentang energi yang dimiliki dan keletihan yang dirasakan) (Bohlke, *et al*, 2008), sehingga hal ini tentu sangat berkaitan dengan coping yang dimiliki.

Uraian sebelumnya pada pembahasan hubungan jenis kelamin dengan coping, disebutkan bahwa wanita lebih sering menggunakan strategi *emotion focused coping* dari pada pria, dan Koziar (2010) menyebutkan bahwa coping yang berfokus pada emosi tidak memperbaiki situasi, tetapi setelah menggunakannya individu sering kali merasa lebih baik, sehingga hal ini tentu juga akan berpengaruh pada hasil penilaian kualitas hidup berdasarkan kuesioner SF 36.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa semua responden berjenis kelamin perempuan memiliki kualitas hidup yang baik, hal ini bisa saja terjadi karena ada faktor lain yang juga berpengaruh terhadap kualitas hidupnya.

Hasil penelitian tentang kualitas hidup berdasarkan tingkat pendidikan, didapatkan bahwa responden yang berpendidikan terakhir SMA sebagian besar

memiliki kualitas hidup yang baik, sedangkan semua pasien dengan pendidikan terakhir sampai tingkat PT memiliki kualitas hidup yang baik. Sesuai dengan teori yang telah diuraikan di atas, di sebutkan bahwa tingkat pengetahuan dapat berpengaruh terhadap kemampuan coping seseorang, sehingga hal ini juga akan mempengaruhi penilaian kualitas hidup dari segi komponen mental. Kurtus (2005) menyebutkan kualitas hidup dibagi menjadi tiga bagian, yaitu kesehatan, kepemilikan dan harapan, sehingga hal ini tentu juga terkait dengan faktor umur, tingkat pendidikan, dan status pekerjaan.

Hasil penelitian tentang kualitas hidup dilihat dari segi status pekerjaan menunjukkan bahwa semua responden yang bekerja memiliki kualitas hidup yang baik, hal ini dimungkinkan karena responden yang bekerja memiliki penghasilan yang dapat digunakan untuk kelanjutan menjalani terapi hemodialisa, sehingga kondisi fisik juga akan membaik. Dari jumlah responden yang tidak bekerja, ada sebagian kecil responden yang memiliki kualitas hidup buruk, hal ini dikarenakan kondisi responden yang tidak bekerja akan semakin menambah beban stresor yang dialami, karena untuk menjalani terapi hemodialisa diperlukan biaya yang cukup banyak, bisa juga karena peran responden sebagai tulang punggung di dalam keluarga, sehingga kondisi ini dapat mempengaruhi nilai komponen mental pada pengukuran kualitas hidup, di mana dari tabel 5.5 dapat dilihat bahwa jenis kelamin responden yang memiliki kualitas hidup buruk adalah laki-laki.

Hasil penelitian sebagaimana terlihat pada tabel 5.5, bahwa sebagian besar responden yang sudah menikah memiliki kualitas hidup yang baik. Sebagaimana telah diuraikan di atas bahwa salah satu komponen penilaian kualitas hidup berdasarkan SF 36 adalah komponen kesehatan mental. Menurut Smeltzer dan

Bare (2001), mekanisme koping juga dipengaruhi oleh faktor eksternal, yaitu dukungan sosial, dalam hal ini responden yang sudah menikah tentu akan mendapatkan dukungan dari pasangannya saat menghadapi suatu masalah, sehingga responden tersebut cenderung memiliki koping adaptif dan pada akhirnya juga berpengaruh pada kualitas hidup pasien.

Tabel 5.5 menunjukkan bahwa sebagian besar responden yang menjalani terapi hemodialisa reguler kurang dari sama dengan 6 bulan maupun lebih dari 6 bulan, memiliki kualitas hidup yang baik. Hal ini sangat sesuai dengan teori bahwa pasien yang mencapai adekuasi HD akan memiliki kualitas hidup yang lebih baik. Suhardjono (2001) menyebutkan bahwa terdapat korelasi yang kuat antara adekuasi dialisis dengan angka morbiditas dan mortalitas pada pasien dialisis. Kriteria klinik HD yang adekuat adalah keadaan umum serta status nutrisi yang baik, normotensi, tanpa presentasi klinik anemia, keseimbangan cairan, elektrolit, dan asam basa masih normal, metabolisme fosfor kalsium terkontrol tanpa osteodistrofi (Sukandar, 2006).

Hasil penelitian di atas juga menunjukkan bahwa pada kategori kurang dari sama dengan 6 bulan dan lebih dari 6 bulan, masing-masing terdapat 1 orang responden yang memiliki kualitas hidup buruk, hal ini dapat terjadi karena ada beberapa faktor lain yang juga berpengaruh terhadap kualitas hidup selain adekuasi HD, diantaranya adalah faktor umur dan status kesehatan mental

5.2.3 Hubungan koping dengan kualitas hidup

Hasil uji statistik sebagaimana terlihat pada tabel 5.6, menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara koping dengan kualitas hidup pasien yang menjalani terapi hemodialisa. Hal ini berarti bahwa semakin adaptif koping

seseorang, maka kualitas hidupnya juga akan semakin baik, di mana koping yang baik sangat berpengaruh terhadap kepatuhan responden dalam menjalani HD, sehingga pasien mencapai adekuasi HD dan kualitas hidup menjadi lebih baik. Suhardjono (2001) menyebutkan bahwa terdapat korelasi yang kuat antara adekuasi dialisis dengan angka morbiditas dan mortalitas pada pasien dialisis. Hasil ini mungkin dikarenakan sebagian besar jenis kelamin responden adalah laki-laki, dimana laki-laki biasa menggunakan strategi koping yang berfokus pada masalah, sedangkan perempuan lebih sering menggunakan strategi koping yang berfokus pada emosi, sehingga akan mempengaruhi koping yang dimiliki. Tabel 5.6 menunjukkan bahwa ada satu responden dengan koping maladaptif, tetapi memiliki kualitas hidup yang baik. Hal ini bisa saja terjadi karena responden tersebut berusia kurang dari 50 tahun, di mana responden belum mengalami proses penuaan, sehingga masih dapat melakukan aktivitasnya, dan hal ini mempengaruhi penilaian komponen fisik pada pengukuran kualitas hidup.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan disajikan kesimpulan dan saran dari hasil penelitian tentang hubungan koping dan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa di RS Adi Husada Undaan Wetan Surabaya, yang dilakukan sejak tanggal 8 sampai 11 Februari 2012.

6.1 Kesimpulan

1. Sebagian besar responden yang menjalani terapi hemodialisa memiliki koping yang adaptif.
2. Sebagian besar responden yang menjalani terapi hemodialisa memiliki kualitas hidup yang baik.
3. Semakin tinggi usia dan pendidikan seseorang, maka koping semakin adaptif. Responden yang bekerja dan sudah menikah memiliki koping yang adaptif.
4. Semakin tua usia responden akan diikuti dengan penurunan kualitas hidup. Responden yang bekerja dan responden yang menjalani terapi HD lebih dari sama dengan 3 bulan memiliki kualitas hidup yang lebih baik.
5. Koping yang adaptif dapat memperbaiki kualitas hidup pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa.

6.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan yang telah diuraikan di atas, maka saran yang dapat diberikan adalah sebagai berikut:

1. Institusi

Institusi diharapkan dapat berperan dalam membantu memfasilitasi pasien untuk beradaptasi dengan penyakit yang dialami melalui penyelenggaraan kegiatan dukungan sosial bagi sesama penderita yang menjalani terapi hemodialisa, sehingga dapat membangun coping yang adaptif dan memperbaiki kualitas hidup pasien.

2. Perawat

Perawat diharapkan mampu meningkatkan perannya sebagai konselor dan edukator dalam upaya membantu pasien untuk bisa beradaptasi dengan kondisinya, sehingga pasien memiliki coping adaptif dan kualitas hidup menjadi lebih baik.

3. Peneliti selanjutnya

Peneliti selanjutnya diharapkan mampu melakukan penelitian lebih lanjut dengan jumlah sampel yang lebih banyak, waktu yang lebih panjang, dengan menggunakan desain *cohort study* dan teknik *random sampling*, serta untuk pengukuran kualitas hidup tidak hanya dinilai secara subyektif, tetapi juga obyektif dengan melakukan observasi hasil pemeriksaan fisik dan laboratorium.

DAFTAR PUSTAKA

- Basford, L, 2006, *Teori dan Praktik Keperawatan: Pendekatan Integral Pada Asuhan Pasien*, EGC, Jakarta.
- Bohlke, *et al*, 2008, Predictors of Quality of Life Among Patients on Dialysis in Southern Brazil, *Sao Paulo Medical Journal*, vol. 126, no. 5, hal. 252-6, diakses pada tanggal 24 Desember 2011, <<http://www.scielo.br/pdf/spmj/v126n5/01.pdf>>.
- Chiang, *et al*, 2004, Health-Related Quality of Life of Hemodialysis Patients in Taiwan: A Multicenter Study, *Blood Purification*, no. 22, hal. 490-498, diakses pada tanggal 24 Desember 2011, <<http://faculty.ksu.edu.sa/73577>>.
- Davidson, GC, *et al*, 2006, *Psikologi Abnormal*, PT RajaGrafindo Persada, Jakarta.
- Division of Nephrology and Hypertension, 1992, *SF36 Questionnaire*, diakses pada tanggal 28 Desember 2011, <<http://www.nephrology.rei.edu/qol.htm>>
- Folkman, S, 1985, *Ways of Coping Questionnaire*, University of California, San Fransisco, diakses tanggal 28 Desember 2011, <<http://caps.ucsf.edu/uploads/tools/surveys/Ways%20of%20coping.pdf>>.
- Hudak, CM, Gallo, BM, 1996, *Keperawatan Kritis: Pendekatan Holistik*, edisi 6, vol. 2, EGC, Jakarta.
- Kozier, B, *et al*, 2010, *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik*, edisi 7, vol. 2, EGC, Jakarta.
- Kaltsouda, A, *et al*, 2011, Defensive Coping and Health-Related Quality of Life in Chronic Kidney Disease: a Cross Sectional Study, *BMC Nephrology*, vol. 12, no. 28, hal. 1-9, diakses pada tanggal 24 Desember 2011, <<http://www.biomedcentral.com/1471-2369/12/28>>.
- Kurtus, 2005, *University of Toronto Quality of Life Model*, diakses pada tanggal 20 Oktober 2011, <http://www.school-for-champions.com/life/toronto_univ_quality_life.htm>.
- Lubis, AJ, 2006, *Dukungan Sosial Pada Pasien Gagal Ginjal Terminal Yang Menjalani Terapi Hemodialisa*, diunduh pada tanggal 17 Oktober 2011, <<http://library.usu.ac.id/download/fk/06010311/pdf>>.

- Morton, PG, Fontaine, DK, 2009, *Critical Care Nursing: A Holistic Approach*, 9th edition, Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- NKF KDOQI, 2002, *Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification, and Stratification*, diakses pada tanggal 12 Februari 2012, <http://www.kidney.org/professionals/kdoqi/guidelines_ckd/toc.htm>.
- NKF KDOQI, 2006, *Clinical Practice Guidelines and Clinical Practice Recommendation (Hemodialysis adequacy – Peritoneal Dialysis Adequacy – Vascular Acces)*. diakses pada tanggal 16 Februari 2012, <http://www.kidney.org/professionals/kdoqi/guideline_uphd_pd_va/hd_guide4.htm>.
- Novalia, E, 2011, *Koping Pasien Gagal Ginjal Kronis Yang Menjalani Terapi Hemodialisa di RSUP H. Adam Malik Medan*, diunduh pada tanggal 16 Oktober 2011, <<http://repository.usu.ac.id/handle/123456789/24973>>.
- Nurachman, E, 1999, *Jurnal Keperawatan Indonesia*, Vol. II, hal 189-94.
- Nursalam, Kurniawati, ND, 2007, *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Terinfeksi HIV/AIDS*, Salemba Medika, Jakarta.
- Nursalam, 2008, *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan*, edisi 2, Salemba Medika, Jakarta.
- Pramadi, A, Lasmono, HK, 2003, Koping Stres Pada Etnis Bali, Jawa, dan Sunda, *Anima: Indonesian Journal Psychology*, vol. 18, no. 4, hal: 326-40.
- Potter, PA, 2005, *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik*, edisi 4, vol. 1, EGC, Jakarta.
- Puspita, A, 2011, *Hubungan Peran Perawat Sebagai Proses Kontrol Kognator dengan Tingkat Stres dan Kualitas Hidup Pasien GGK (Pendekatan Model Adaptasi Sister Calista Roy) di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Doris Sylvanus Palangkaraya*.
- Rahardjo, P, Susalit, E & Suhardjono, 2006, 'Hemodialisis', dalam AW Sudoyo (ed.), *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*, jilid I, edisi 4, FKUI, Jakarta, hal: 581-584.
- Rasmun, 2004, *Stres, Koping dan Adaptasi: Teori dan Pohon Masalah Keperawatan*, edisi 1, Sagung Seto, Jakarta.
- Saragih, D, 2009, *Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronis Yang Menjalani Terapi Hemodialisa di RSUP H.*

Adam Malik Medan, diunduh pada tanggal 17 Oktober 2011, <<http://repository.usu.ac.id/handle/123456789/20218>>.

Smeltzer , SC, Bare, BG, 2001, *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth*, edisi 8, vol. 2, EGC, Jakarta.

Soeparman, 2003, *Ilmu Penyakit Dalam*, jilid II, edisi 2, FKUI, Jakarta.

Suhardjono, *et al*, 2001, ‘Gagal Ginjal Kronik’, dalam S Suyono (ed.), *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*, jilid II, edisi 3, FKUI, Jakarta, hal: 427-34.

Sukandar, E, 2006, *Gagal Ginjal dan Panduan Terapi Dialisis*, Pusat Informasi Ilmiah (PPI) Bagian Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran UNPAD/RS Dr. Hasan Sadikin, Bandung.

Tim Hemodialisis Dr. Soetomo Surabaya, 2008, *Materi Pelatihan Perawat Mahir Hemodialisa*, Surabaya.

Tomey, AM, Alligood, MR, 2006, *Nursing Theorists and Their Work*, 7th ed., Mosby. Inc, Philadelphia.

Ventegodt, Merrick & Andersen, 2003, *QoL I. The QoL Theory of Global Quality of Life Concept*, diakses pada 20 Oktober 2011, <<http://www.thescientificworld.com>>.

Wade, C, Tavis, C, 2007, *Psikologi*, 9th ed., Erlangga, Jakarta.

Wahl, *et al*, 1999, ‘Coping and Quality of Life in Patients With Psoriasis’, *Quality of Life Research*, no. 8, hal: 427-33, diakses tanggal 16 Oktober 2011, <<http://springerlink.com/>>.

WHO, 2002, WHOQOL Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs (SRPB) Field Tesy Instrument, *Mental Health: Evidence & Research*, Department of Mental Health & Substance dependence, Switzerland, diakses pada tanggal 19 Oktober 2011, <http://www.who.int/mental_health/media/en/620.pdf>.

YGDI, 2009, *Penyakit Ginjal Kronik, Epidemi Global Baru*, diakses pada tanggal 26 Desember 2011, <www.ygdi.org>.

Yuwono, A, 2000, *Kualitas Hidup Pasien*, Jakarta: FKUI, hal:1-5.

Lampiran 3

LEMBAR PERMINTAAN MENJADI RESPONDEN

Kepada,

Yth. Bapak/Ibu

Di RS Adi Husada Undaan Wetan Surabaya

Dengan hormat,

Bersama ini saya Evi Desnauli, mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya mengharapkan bantuan bapak / ibu untuk menjadi responden pada penelitian yang saya lakukan tentang **“Hubungan Koping dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronis Yang Menjalani Terapi Hemodialisa”**. Permohonan ini sifatnya tidak memaksa dan hasil dari jawaban bapak/ibu akan kami jamin kerahasiaannya.

Atas kesediaan bapak/ibu untuk menjadi responden, saya ucapkan banyak terima kasih.

Hormat saya,

(Evi Desnauli)

Lampiran 4

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN
(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, atas nama diri sendiri menyatakan bersedia untuk menjadi peserta / responden penelitian yang dilakukan oleh Evi Desnauli, mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, yang berjudul **“Hubungan Koping dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronis yang Menjalani Terapi Hemodialisa di RS Adi Husada Undaan Wetan Surabaya”**.

Persetujuan ini saya buat dengan sadar dan tanpa paksaan dari siapapun. Demikian pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana seharusnya.

Surabaya, Februari 2012

Responden

()

Lampiran 5

LEMBAR KUESIONER

No. responden

Cara pengisian: Berikanlah tanda checklist (✓) pada kotak sebelah kiri sesuai dengan jawaban yang anda pilih. Mohon diteliti ulang agar jangan sampai ada pertanyaan yang terlewatkan untuk dijawab.

A. DATA DEMOGRAFI

1. Umur

 1) 30 – 40 tahun 2) 41 – 50 tahun 3) 51 – 60 tahun

2. Jenis Kelamin

 1) Laki-laki 2) Perempuan

3. Pendidikan

 1) SMA 2) Perguruan Tinggi

4. Status Pekerjaan

 1) Bekerja 2) Tidak bekerja

5. Status pernikahan

- 1) Menikah
- 2) Tidak menikah

6. Lama menjalani hemodialisa: Bulan Minggu.

B. KUESIONER KOPING WCQ (Folkman, 1985)

Cara pengisian: Berikanlah tanda checklist (√) pada kolom di sebelah kanan pada masing-masing butir pertanyaan dengan pilihan yang sesuai dengan yang anda alami.

TP : Tidak Pernah

KDG : Kadang-kadang

SRG : Sering

SLL : Selalu

No.	Pertanyaan	TP	KDG	SRG	SLL
1.	Saya mencoba melakukan sesuatu meskipun saya tahu hal itu tidak akan mengatasi masalah yang muncul, tetapi paling tidak saya melakukan sesuatu.				
2.	Saya menemukan keyakinan yang baru dibalik masalah yang saya hadapi bahwa ada rencana Tuhan yang lebih baik buat saya.				
3.	Saya mencoba untuk tidak bertindak terlalu tergesa-gesa atau mengikuti kata hati saya.				
4.	Saya membicarakan masalah saya pada seseorang yang saya anggap dapat membantu memberikan solusi.				
5.	Saya sadar masalah itu datang dari saya.				
6.	Saya tahu apa yang harus saya lakukan, sehingga saya berusaha lebih keras agar masalah yang saya hadapi selesai dengan baik.				
7.	Saya tidak percaya bahwa masalah yang saya alami benar-benar telah terjadi.				
8.	Saya mencoba berpikir itu semua adalah takdir, dan saya sedang tidak beruntung.				
9.	Saya mengekspresikan kemarahan kepada orang yang menyebabkan masalah yang menimpa saya.				
10.	Pastinya semua masalah yang saya hadapi bertujuan agar saya lebih dewasa dalam menghadapi masalah.				
11.	Saya selalu bersabar dan mencoba memendam emosi saya ketika sedang mempunyai masalah.				
12.	Saya meminta saran kepada seseorang yang saya percaya.				
13.	Saya sering melakukan introspeksi diri.				
14.	Saya membuat perencanaan yang matang untuk langkah-langkah yang akan saya lakukan.				
15.	Saya menghabiskan waktu lebih banyak untuk tidur dari pada biasanya.				
16.	Saya enggan untuk memikirkan lebih jauh tentang				

	permasalahan-permasalahan yang saya hadapi.				
17.	Saya melakukan sesuatu hal yang cukup beresiko.				
18.	Saya berdoa.				
19.	Saya mencoba untuk melihat masalah yang saya hadapi dari sudut pandang orang lain.				
20.	Saya membicarakan pada seseorang tentang apa yang saya rasakan.				
21.	Saya melakukan sesuatu untuk mengatasi masalah.				
22.	Saya mencoba belajar dari pengalaman sebelumnya.				
23.	Berharap akan terjadi keajaiban.				
24.	Saya mencoba melupakan masalah yang saya hadapi.				

C. KUESIONER KUALITAS HIDUP (*SF 36*)

Cara pengisian: Berikanlah tanda checklist (√) pada kolom di sebelah kanan pada masing-masing butir pertanyaan dengan pilihan yang sesuai dengan yang anda alami.

No.	Pertanyaan	Sangat baik sekali	Sangat baik	Baik	Agak baik	Kurang baik
1.	Secara umum, bagaimana anda menilai kesehatan anda?					

No.	Pertanyaan	Sangat lebih baik	Sedikit lebih baik	Sama saja	Sedikit lebih buruk	Sangat lebih buruk
2.	Bila dibandingkan dengan satu tahun yang lalu, bagaimana kondisi kesehatan anda saat ini?					

Pertanyaan berikut adalah tentang aktivitas yang anda lakukan setiap hari. Apakah kondisi kesehatan anda membatasi anda untuk melakukan aktivitas berikut ini? Jika ya, seberapa berpengaruh?

No.	Aktivitas	Ya, sangat membatasi	Ya, sedikit membatasi	Tidak sama sekali
3.	Aktivitas berat , seperti berlari, mengangkat beban berat, mengikut olahraga berat			
4.	Aktivitas sedang , seperti memindahkan meja, mendorong alat penghisap debu, menyapu rumah.			
5.	Mengangkat dan membawa barang belanjaan atau tas kerja			
6.	Menaiki beberapa anak tangga			
7.	Menaiki satu anak tangga			
8.	Membungkukkan badan atau berlutut			
9.	Berjalan lebih jauh (lebih dari beberapa gang perumahan)			
10.	Berjalan melewati beberapa gang perumahan			
11.	Berjalan melewati satu gang perumahan			
12.	Mandi atau menggunakan pakaian sendiri			

Dalam **empat minggu terakhir**, apakah anda mengalami masalah terhadap pekerjaan atau aktivitas rutin sehari-hari, terkait kondisi kesehatan fisik anda?

No.	Pertanyaan	Ya	Tidak
13.	Mengurangi waktu yang biasanya digunakan untuk bekerja atau melakukan aktivitas lain		
14.	Tidak dapat menyelesaikan rencana kerja		
15.	Membatasi anda dalam pekerjaan atau aktivitas lain		
16.	Mengalami kesulitan untuk melakukan pekerjaan atau aktivitas lain di luar pekerjaan rutin		

Dalam **empat minggu terakhir**, apakah anda mengalami masalah terhadap pekerjaan atau aktivitas rutin sehari-hari, terkait masalah emosional yang anda alami (seperti perasaan depresi atau cemas)?

No.	Pertanyaan	Ya	Tidak
17.	Mengurangi waktu yang biasanya digunakan untuk bekerja atau melakukan aktivitas lain		
18.	Tidak dapat menyelesaikan rencana kerja		
19.	Tidak melakukan pekerjaan atau aktivitas lain seperti biasanya		

20. Dalam **empat minggu terakhir**, seberapa berpengaruh kondisi kesehatan fisik anda atau masalah emosional yang anda alami terhadap aktivitas sosial bersama keluarga, teman, tetangga atau kelompok?

- a. tidak sama sekali
- b. sedikit
- c. sedang
- d. berpengaruh
- e. sangat berpengaruh

21. Bagaimana rasa sakit yang anda rasakan dalam **empat minggu terakhir**?

- a. tidak pernah
- b. sangat ringan
- c. ringan
- d. sedang
- e. berat
- f. sangat berat

22. Dalam **empat minggu terakhir**, apakah rasa sakit tersebut mempengaruhi aktivitas normal anda (baik di dalam maupun di luar rumah)?

- a. tidak sama sekali
- b. sedikit
- c. sedang
- d. berpengaruh

e. sangat berpengaruh

Pertanyaan berikut ini adalah tentang perasaan anda dalam **empat minggu terakhir**. Berikan jawaban yang paling sesuai dengan yang anda rasakan.

No.	Pertanyaan	Selalu	Sering	Hampir sering	Kadang-kadang	Jarang	Tidak pernah
23.	Apakah anda merasa penuh semangat?						
24.	Apakah anda merasa cemas?						
25.	Apakah anda merasa sangat sedih dan tidak ada yang menghibur anda?						
26.	Apakah anda merasa tenang dan damai?						
27.	Apakah anda memiliki banyak energi?						
28.	Apakah anda merasa putus asa dan sedih?						
29.	Apakah anda merasa menyerah?						
30.	Apakah anda menjadi seorang yang berbahagia?						
31.	Apakah anda merasa lelah?						

32. Dalam **empat minggu terakhir**, seberapa sering kondisi kesehatan fisik dan masalah emosional anda berpengaruh terhadap aktivitas sosial anda (seperti mengunjungi teman, relasi, dll)?
- sepanjang waktu
 - sering
 - kadang-kadang
 - jarang
 - tidak pernah

Menurut anda apakah pernyataan dibawah ini benar atau salah?

No.	Pertanyaan	Sangat benar	Benar	Tidak tahu	Salah	Sangat salah
33.	Saya merasa lebih mudah sakit dibandingkan orang lain					
34.	Kondisi saya sehat sebagaimana orang lain					
35.	Saya memperkirakan kesehatan saya akan memburuk					
36.	Kesehatan saya sangat baik					

Lampiran 6

KUESIONER KOPING DAN KUALITAS HIDUP (VERSI BAHASA INGGRIS)**1. *WAYS OF COPING QUESTIONNAIRE* (Folkman, 1985)**

Not used **Used Somewhat** **Used quite a bit** **Used a great deal**
(1) **(2)** **(3)** **(4)**

Pertanyaan	1	2	3	4
Confrontive coping	I did something which I didn't think would work, but at least I was doing something.			
	I expressed anger to the person (s) who caused the problem.			
	Took a big chance or did something very risky.			
Planfull problem solving	I knew what had to be done, so I doubled my efforts to make things work.			
	I made a plan of action and followed it.			
	Drew on my past experiences; I was in similar situation before.			
Seeking social support	Talked to someone who could do something concrete about the problem.			
	I asked a relative or friend I respected for advice.			
	Talked to someone about how I was feeling.			
Distancing	Went along with fate; sometimes I just have bad luck.			
	Didn't let it get to me; refused to think too much about it.			
	Tried to forget the whole thing			
Escape avoidance	Refused to believe that it had happened			
	Slept more than usual.			
	Hoped a miracle would happen.			
Self controlling	I tried not too act to hastily or follow my first hunch.			
	I tried to keep my feelings to myself.			
	I tried to see things from the other person's point of view.			
Accepting responsibility	Realized I brought the problem on myself.			
	Critized or lectured myself.			
	I apologized or did something to make up.			
Positive	Found new faith			

reappraisal	Changed or grew as a person in a good way.				
	I prayed.				

2. *SHORT FORM (SF) 36*

Patient name: _____ **Date:** _____

1. In general, would you say your health is: (circle one)

Excellent Very good Good Fair Poor

2. Compared to one year ago, how would you rate your health in general now? (circle one):

Much better now than one year ago
 Somewhat better now than one year ago
 About the same as one year ago
 Somewhat worse than one year ago
 Much worse than one year ago

3. The following items are about activities you might do during a typical day. Does your health now limit you in these activities? If so, how much? (Mark each answer with an **X**)

<u>ACTIVITIES</u>	Yes, Limited A Lot	Yes, Limited A Little	No, Not Limited At All
a. Vigorous activities , such as running, lifting heavy objects, participating in strenuous sports.			
b. Moderate activities , such as moving a table, pushing a vacuum cleaner, bowling, or playing golf.			
c. Lifting or carrying groceries.			
d. Climbing several flights of stairs.			
e. Climbing one flight of stairs.			
f. Bending, kneeling or stooping.			
g. Walking more than a mile .			
h. Walking several blocks .			
i. Walking one block .			
j. Bathing or dressing yourself.			

4. During the past 4 weeks, have you had any of the following problems with your work or other regular daily activities as a result of your physical health? (Mark each answer with an **X**)

	YES	NO
a. Cut down on the amount of time you spent on work or other activities		

b. Accomplished less than you would like		
c. Were limited in the kind of work or other activities		
d. Had difficulty performing the work or other activities (for example, it took extra effort)		

5. During the past 4 weeks, have you had any of the following problems with your work or other regular daily activities as a result of any emotional problems (such as feeling depressed or anxious)? (Mark each answer with an **X**)

	YES	NO
a. Cut down on the amount of time you spent on work or other activities		
b. Accomplished less than you would like		
c. Didn't do work or other activities as carefully as usual		

6. During the past 4 weeks, to what extent has your physical health or emotional problems interfered with your normal social activities with family, friends, neighbors or groups?

Not at all Slightly Moderately Quite a bit Extremely

7. How much bodily pain have you had during the past 4 weeks? (circle one)

None Very mild Mild Moderate Severe Very severe

8. During the past 4 weeks, how much did pain interfere with your normal work (including both work outside the home and housework)?

Not at all A little bit Moderately Quite a bit Extremely

9. These questions are about how you feel and how things have been with you during the past 4 weeks. For each question, please give the one answer that comes closest to the way you have been feeling. How much of the time during the past 4 weeks (Mark each answer with an **X**)

	All of the Time	Most of the Time	A Good Bit of the Time	Some of the Time	A Little of the Time	None of the Time
a. Did you feel full of pep?						
b. Have you been a very nervous person?						
c. Have you felt so down in the dumps that nothing could cheer you up?						
d. Have you felt calm and peaceful?						
e. Did you have a lot of energy?						
f. Have you felt downhearted and						

blue?						
g. Did you feel worn out?						
h. Have you been a happy person?						
i. Did you feel tired?						

10. During the past 4 weeks, how much of the time has your physical health or emotional problems interfered with your social activities (like visiting with friends, relatives, etc.)?

- All of the time
- Most of the time
- Some of the time
- A little of the time
- None of the time

11. How TRUE or FALSE is each of the following statements for you?

	Definitely True	Mostly True	Don't Know	Mostly False	Definitely False
a. I seem to get sick a little easier than other people.					
b. I am as healthy as anybody I know.					
c. I expect my health to get worse.					
d. My health is excellent.					

Lampiran 7

TABULASI KOPING (SELURUH RESPONDEN)

KELOMPOK PERTANYAAN	NO. PERTANYAAN	NO. RESPONDEN													
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
CONFRONTIVE	1	1	2	2	2	1	2	1	1	1	1	2	2	3	
	9	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	
	17	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	
PLANFULL PROBLEM SOLVING	6	2	2	3	3	3	3	3	3	4	2	2	3	3	
	14	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	4	
	22	2	2	3	3	3	3	4	3	3	2	3	3	3	
SEEKING SOCIAL SUPPORT	4	3	2	4	4	3	3	4	3	2	3	3	3	4	
	12	3	2	4	4	3	3	3	4	3	3	3	3	4	
	20	2	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	4	
DISTANCING	8	3	3	2	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	
	16	2	2	3	2	3	3	3	2	3	2	3	3	2	
	24	2	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	
ESCAPE AVOIDANCE	7	2	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	
	15	2	2	3	3	4	3	4	4	3	2	4	4	4	
	23	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	
SELF CONTROLLING	3	3	2	4	3	3	3	4	3	3	2	3	3	3	
	11	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	
	19	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	
ACCEPTING RESPONSIBILLITY	5	4	3	3	4	3	4	3	3	4	3	3	4	4	
	13	2	2	1	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	
	21	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	4	
POSITIVE REAPPRAISAL	2	2	2	3	3	3	3	4	4	3	3	4	3	2	
	10	2	3	3	3	3	2	2	3	2	2	4	3	2	
	18	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	
SCORE		63	57	74	76	74	74	76	75	73	61	76	75	74	
MEAN		71,38													
KODE		2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1

Keterangan: Koping adaptif \geq mean (kode: 1)
Koping maladaptif $<$ mean (kode: 2)

TABULASI KUALITAS HIDUP (SELURUH RESPONDEN)

PERTANYAAN	NO. RESPONDEN																										
	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		
FUNGSI FISIK	3	0		0		0		50		0		0		0		0		0		0		0		0		0	
	4	50		0		50		100		0		0		100		50		50		50		50		0		50	
	5	50		50		100		100		50		50		100		50		100		50		100		50		100	
	6	50		50		50		100		50		50		100		100		100		50		100		50		100	
	7	50	40		100	55	100	65	100	95	100	55	100	45	100	90	100	80	100	80	50	40	100	80	100	55	100
	8	50		100		50		100		50		100		50		100		100		50		100		50		100	
	9	0		0		50		100		0		50		100		100		100		50		100		50		100	
	10	0		50		50		100		50		50		100		100		100		100		100		50		100	
	11	50		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100	
	12	100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100	
	13	100		0		100		0		0		0		100		0		0		0		0		0		0	
	PEMBATASAN PERAN TERKAIT KESEHATAN FISIK	14	0	25	0	0	100	100	100	75	100	25	0	0	100	100	100	75	100	75	0	0	100	75	0	0	100
15		0		0		100		100		0		0		100		100		100		0		100		0		100	
16		0		0		100		100		0		0		100		100		100		0		100		0		100	
PEMBATASAN PERAN TERKAIT MASALAH EMOSIONAL	17	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
	18	100		100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
	19	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
ENERGI	23	60	45	80	55	100	75	80	85	80	65	80	65	80	80	80	80	60	70	60	50	80	70	80	75	80	65
	27	40		40		60		60		60		40		60		100		60		20		60		60		60	
	29	60		80		80		100		60		100		100		100		100		100		100		100		80	
	31	20		20		60		100		60		40		80		80		60		20		40		60		40	
KESEJAHTRAAN EMOSIONAL	24	40	52	100	80	100	88	100	88	60	68	80	80	100	80	100	92	80	80	80	80	80	80	80	80	84	
	25	60		100		100		100		80		100		100		100		100		100		100		80		100	
	26	60		60		80		80		60		60		60		80		60		60		80		80		80	
	28	60		80		100		100		80		100		100		100		100		100		100		100		100	
	30	40		60		60		60		60		60		60		60		60		60		60		60		60	
FUNGSI SOSIAL	20	50	50	50	50	75	75	100	88	50	50	50	50	100	87.5	100	87.5	75	75	50	50	75	75	50	50	100	87.5
	32	50		50		75		75		50		50		75		75		75		50		75		50		75	
NYERI	21	40	45	40	45	80	78	80	90	40	45	40	45	80	77.5	100	100	60	68	20	20	40	45	60	60	67.5	67.5
	22	50		50		75		100		50		50		75		100		75		20		50		75		75	
KESEHATAN SECARA UMUM	1	25	41.7	25		50		50		50		50		50		50		50		50		50		50		50	
	2	25		25		50		50		25		50		50		50		50		75		50		50		50	
	33	50		50		75		50		50		50		75		75		50		25		75		75		50	
	34	50		50		75		75		50		50		75		75		75		50		75		75		50	
	35	50		50		75		75		50		50		75		75		75		50		75		75		75	
	36	50		50		75		25		50		50		75		75		75		50		75		50		50	
SCORE TOTAL		49,84		53,38		81		83,36		56,75		54,38		84,69		85,66		76,38		48,75		73,96		60,72		79,76	
KODE		2		1		1		1		1		1		1		1		1		2		1		1		1	

Keterangan: ≥50 : Kualitas hidup baik (kode: 1)
 <50 : Kualitas hidup buruk (kode: 2)

Lampiran 8

TABULASI DATA TIAP RESPONDEN

No. Responden: 1

Tanggal pengambilan data: 8 Februari 2012

KUESIONER DATA DEMOGRAFI						
VARIABEL	KELOMPOK	DATA RESPONDEN	KODE	KETERANGAN		
UMUR	≤50 tahun	56 tahun	2	1 = ≤50 tahun		
	>50 tahun			2 = >50 tahun		
JENIS KELAMIN	Perempuan	Laki-laki	2	1 = Perempuan		
	Laki-laki			2 = Laki-laki		
PENDIDIKAN	SMA	SMA	1	1 = SMA		
	PT			2 = PT		
STATUS PEKERJAAN	Bekerja	Tidak bekerja	2	1 = Bekerja		
	Tidak bekerja			2 = Tidak bekerja		
STATUS PERNIKAHAN	Menikah	Menikah	1	1 = Menikah		
	Tidak menikah			2 = Tidak menikah		
LAMA MENJALANI HD	≤6 bulan	3 bulan	1	1 = ≤6 bulan		
	>6 bulan			2 = >6 bulan		
KUESIONER KOPING						
KELOMPOK PERTANYAAN	NO. PERTANYAAN	SCORE	SCORE TOTAL	KODE	KETERANGAN	
CONFRONTIVE	1	1	63	2	Koping adaptif ≥ mean Koping maladaptif < mean Mean = 71,38 1 = Koping adaptif 2 = Koping maladaptif	
	9	3				
	17	4				
PLANFULL PROBLEM SOLVING	6	2				
	14	3				
	22	2				
SEEKING SOCIAL SUPPORT	4	3				
	12	3				
	20	2				
DISTANCING	8	3				
	16	2				
	24	2				
ESCAPE AVOIDANCE	7	2				
	15	2				
	23	4				
SELF CONTROLLING	3	3				
	11	3				
	19	2				
ACCEPTING RESPONSIBILLITY	5	4				
	13	2				
	21	3				
POSITIVE REAPPRAISAL	2	2				
	10	2				
	18	3				
KUESIONER KUALITAS HIDUP						
KELOMPOK PERTANYAAN	NO. PERTANYAAN	SCORE	RATA-RATA	SCORE AKHIR	KODE	KETERANGAN
FUNGSI FISIK	3	0	40	49,84	2	≥50 : Kualitas hidup baik <50 : Kualitas hidup buruk 1 = Kualitas hidup baik 2 = Kualitas hidup buruk
	4	50				
	5	50				
	6	50				
	7	50				
	8	50				
	9	0				
	10	0				
	11	50				
	12	100				
PEMBATASAN PERAN TERKAIT KESEHATAN FISIK	13	100	25	49,84	2	≥50 : Kualitas hidup baik <50 : Kualitas hidup buruk 1 = Kualitas hidup baik 2 = Kualitas hidup buruk
	14	0				
	16	0				
PEMBATASAN PERAN TERKAIT KESEHATAN EMOSIONAL	17	100	100	49,84	2	≥50 : Kualitas hidup baik <50 : Kualitas hidup buruk 1 = Kualitas hidup baik 2 = Kualitas hidup buruk
	18	100				
	19	100				
ENERGI	23	60	45	49,84	2	≥50 : Kualitas hidup baik <50 : Kualitas hidup buruk 1 = Kualitas hidup baik 2 = Kualitas hidup buruk
	27	40				
	29	60				
KESEJAHTERAAN EMOSIONAL	31	20	52	49,84	2	≥50 : Kualitas hidup baik <50 : Kualitas hidup buruk 1 = Kualitas hidup baik 2 = Kualitas hidup buruk
	24	40				
	25	60				
	26	60				
FUNGSI SOSIAL	28	60	50	49,84	2	≥50 : Kualitas hidup baik <50 : Kualitas hidup buruk 1 = Kualitas hidup baik 2 = Kualitas hidup buruk
	30	40				
NYERI	20	50	45	49,84	2	≥50 : Kualitas hidup baik <50 : Kualitas hidup buruk 1 = Kualitas hidup baik 2 = Kualitas hidup buruk
	32	50				
KESEHATAN SECARA UMUM	21	40	41.7	49,84	2	≥50 : Kualitas hidup baik <50 : Kualitas hidup buruk 1 = Kualitas hidup baik 2 = Kualitas hidup buruk
	22	50				
	1	25				
	2	25				
	33	50				
34	50					
35	50					
36	50					

No. Responden: 2

Tanggal pengambilan data: 8 Februari 2012

KUESIONER DATA DEMOGRAFI							
VARIABEL	KELOMPOK	DATA RESPONDEN	KODE	KETERANGAN			
UMUR	≤50 tahun	36 tahun	1	1 = ≤50 tahun			
	>50 tahun			2 = >50 tahun			
JENIS KELAMIN	Perempuan	Laki-laki	2	1 = Perempuan			
	Laki-laki			2 = Laki-laki			
PENDIDIKAN	SMA	SMA	1	1 = SMA			
	PT			2 = PT			
STATUS PEKERJAAN	Bekerja	Tidak bekerja	2	1 = Bekerja			
	Tidak bekerja			2 = Tidak bekerja			
STATUS PERNIKAHAN	Menikah	Menikah	1	1 = Menikah			
	Tidak menikah			2 = Tidak menikah			
LAMA MENJALANI HD	≤6 bulan	5 bulan	1	1 = ≤6 bulan			
	>6 bulan			2 = >6 bulan			
KUESIONER KOPING							
KELOMPOK PERTANYAAN	NO. PERTANYAAN	SCORE	SCORE TOTAL	KODE	KETERANGAN		
CONFRONTIVE	1	2	57	2	Koping adaptif ≥ mean Koping maladaptif < mean Mean = 71,38 1 = Koping adaptif 2 = Koping maladaptif		
	9	2					
	17	4					
PLANFULL PROBLEM SOLVING	6	2					
	14	3					
	22	2					
SEEKING SOCIAL SUPPORT	4	2					
	12	2					
	20	2					
DISTANCING	8	3					
	16	2					
	24	2					
ESCAPE AVOIDANCE	7	2					
	15	2					
	23	4					
SELF CONTROLLING	3	2					
	11	3					
	19	3					
ACCEPTING RESPONSIBILITY	5	3					
	13	2					
	21	3					
POSITIVE REAPPRAISAL	2	2					
	10	3					
	18	3					
KUESIONER KUALITAS HIDUP							
KELOMPOK PERTANYAAN	NO. PERTANYAAN	SCORE	RATA-RATA	SCORE AKHIR	KODE	KETERANGAN	
FUNGSI FISIK	3	0	55	53,38	1	≥50 : Kualitas hidup baik <50 : Kualitas hidup buruk 1 = Kualitas hidup baik 2 = Kualitas hidup buruk	
	4	0					
	5	50					
	6	50					
	7	100					
	8	100					
	9	0					
	10	50					
	11	100					
	12	100					
	13	0					
	PEMBATASAN PERAN TERKAIT KESEHATAN FISIK	14					
14		0					
16		0					
PEMBATASAN PERAN TERKAIT KESEHATAN EMOSIONAL	17	100	100				
	18	100					
	19	100					
ENERGI	23	80	55				
	27	40					
	29	80					
	31	20					
KESEJAHTERAAN EMOSIONAL	24	100	80				
	25	100					
	26	60					
	28	80					
	30	60					
FUNGSI SOSIAL	20	50	50				
	32	50					
NYERI	21	40	45				
	22	50					
KESEHATAN SECARA UMUM	1	25	42				
	2	25					
	33	50					
	34	50					
	35	50					
	36	50					

No. Responden: 3

Tanggal pengambilan data: 8 Februari 2012

KUESIONER DATA DEMOGRAFI						
VARIABEL	KELOMPOK	DATA RESPONDEN	KODE	KETERANGAN		
UMUR	≤50 tahun	55 tahun	2	1 = ≤50 tahun		
	>50 tahun			2 = >50 tahun		
JENIS KELAMIN	Perempuan	Laki-laki	2	1 = Perempuan		
	Laki-laki			2 = Laki-laki		
PENDIDIKAN	SMA	SMA	1	1 = SMA		
	PT			2 = PT		
STATUS PEKERJAAN	Bekerja	Bekerja	1	1 = Bekerja		
	Tidak bekerja			2 = Tidak bekerja		
STATUS PERNIKAHAN	Menikah	Menikah	1	1 = Menikah		
	Tidak menikah			2 = Tidak menikah		
LAMA MENJALANI HD	≤6 bulan	8 bulan	2	1 = ≤6 bulan		
	>6 bulan			2 = >6 bulan		
KUESIONER KOPING						
KELOMPOK PERTANYAAN	NO. PERTANYAAN	SCORE	SCORE TOTAL	KODE	KETERANGAN	
CONFRONTIVE	1	2	74	1	Koping adaptif ≥ mean Koping maladaptif < mean Mean = 71,38 1 = Koping adaptif 2 = Koping maladaptif	
	9	3				
	17	4				
PLANFULL PROBLEM SOLVING	6	3				
	14	3				
	22	3				
SEEKING SOCIAL SUPPORT	4	4				
	12	4				
	20	3				
DISTANCING	8	2				
	16	3				
	24	3				
ESCAPE AVOIDANCE	7	3				
	15	3				
	23	4				
SELF CONTROLLING	3	4				
	11	3				
	19	3				
ACCEPTING RESPONSIBILITY	5	3				
	13	1				
	21	3				
POSITIVE REAPPRAISAL	2	3				
	10	3				
	18	4				
KUESIONER KUALITAS HIDUP						
KELOMPOK PERTANYAAN	NO. PERTANYAAN	SCORE	RATA-RATA	SCORE AKHIR	KODE	KETERANGAN
FUNGSI FISIK	3	0	65	81	1	≥50 : Kualitas hidup baik <50 : Kualitas hidup buruk 1 = Kualitas hidup baik 2 = Kualitas hidup buruk
	4	50				
	5	100				
	6	50				
	7	100				
	8	50				
	9	50				
	10	50				
	11	100				
	12	100				
	13	100				
PEMBATASAN PERAN TERKAIT KESEHATAN FISIK	14	100	100			
	14	100	100			
	16	100	100			
PEMBATASAN PERAN TERKAIT KESEHATAN EMOSIONAL	17	100	100			
	18	100	100			
	19	100	100			
ENERGI	23	100	75			
	27	60				
	29	80				
	31	60				
KESEJAHTERAAN EMOSIONAL	24	100	88			
	25	100				
	26	80				
	28	100				
	30	60				
FUNGSI SOSIAL	20	75	75			
	32	75	75			
NYERI	21	80	78			
	22	75				
KESEHATAN SECARA UMUM	1	50	67			
	2	50				
	33	75				
	34	75				
	35	75				
	36	75				

No. Responden: 4

Tanggal pengambilan data: 8 Februari 2012

KUESIONER DATA DEMOGRAFI						
VARIABEL	KELOMPOK	DATA RESPONDEN	KODE	KETERANGAN		
UMUR	≤50 tahun	45 tahun	1	1 = ≤50 tahun		
	>50 tahun			2 = >50 tahun		
JENIS KELAMIN	Perempuan	Laki-laki	2	1 = Perempuan		
	Laki-laki			2 = Laki-laki		
PENDIDIKAN	SMA	PT	2	1 = SMA		
	PT			2 = PT		
STATUS PEKERJAAN	Bekerja	Bekerja	1	1 = Bekerja		
	Tidak bekerja			2 = Tidak bekerja		
STATUS PERNIKAHAN	Menikah	Menikah	1	1 = Menikah		
	Tidak menikah			2 = Tidak menikah		
LAMA MENJALANI HD	≤6 bulan	3 bulan	1	1 = ≤6 bulan		
	>6 bulan			2 = >6 bulan		
KUESIONER KOPING						
KELOMPOK PERTANYAAN	NO. PERTANYAAN	SCORE	SCORE TOTAL	KODE	KETERANGAN	
CONFRONTIVE	1	2	76	1	Koping adaptif ≥ mean Koping maladaptif < mean Mean = 71,38 1 = Koping adaptif 2 = Koping maladaptif	
	9	3				
	17	4				
PLANFULL PROBLEM SOLVING	6	3				
	14	3				
	22	3				
SEEKING SOCIAL SUPPORT	4	4				
	12	4				
	20	3				
DISTANCING	8	2				
	16	2				
	24	3				
ESCAPE AVOIDANCE	7	3				
	15	3				
	23	4				
SELF CONTROLLING	3	3				
	11	3				
	19	3				
ACCEPTING RESPONSIBILITY	5	4				
	13	3				
	21	3				
POSITIVE REAPPRAISAL	2	3				
	10	3				
	18	4				
KUESIONER KUALITAS HIDUP						
KELOMPOK PERTANYAAN	NO. PERTANYAAN	SCORE	RATA-RATA	SCORE AKHIR	KODE	KETERANGAN
FUNGSI FISIK	3	50	95	83,36	1	≥50 : Kualitas hidup baik <50 : Kualitas hidup buruk 1 = Kualitas hidup baik 2 = Kualitas hidup buruk
	4	100				
	5	100				
	6	100				
	7	100				
	8	100				
	9	100				
	10	100				
	11	100				
	12	100				
PEMBATASAN PERAN TERKAIT KESEHATAN FISIK	13	0	75			
	14	100				
	14	100				
PEMBATASAN PERAN TERKAIT KESEHATAN EMOSIONAL	16	100	100			
	17	100				
	18	100				
ENERGI	19	100	85			
	23	80				
	27	60				
	29	100				
KESEJAHTERAAN EMOSIONAL	31	100	88			
	24	100				
	25	100				
	26	80				
	28	100				
FUNGSI SOSIAL	30	60	88			
	20	100				
NYERI	32	75	90			
	21	80				
KESEHATAN SECARA UMUM	22	100	46			
	1	50				
	2	50				
	33	50				
	34	75				
	35	25				
36	25					

No. Responden: 5

Tanggal pengambilan data: 8 Februari 2012

KUESIONER DATA DEMOGRAFI						
VARIABEL	KELOMPOK	DATA RESPONDEN	KODE	KETERANGAN		
UMUR	≤50 tahun	56 tahun	2	1 = ≤50 tahun		
	>50 tahun			2 = >50 tahun		
JENIS KELAMIN	Perempuan	Perempuan	1	1 = Perempuan		
	Laki-laki			2 = Laki-laki		
PENDIDIKAN	SMA	SMA	1	1 = SMA		
	PT			2 = PT		
STATUS PEKERJAAN	Bekerja	Tidak bekerja	2	1 = Bekerja		
	Tidak bekerja			2 = Tidak bekerja		
STATUS PERNIKAHAN	Menikah	Menikah	1	1 = Menikah		
	Tidak menikah			2 = Tidak menikah		
LAMA MENJALANI HD	≤6 bulan	6 bulan	1	1 = ≤6 bulan		
	>6 bulan			2 = >6 bulan		
KUESIONER KOPING						
KELOMPOK PERTANYAAN	NO. PERTANYAAN	SCORE	SCORE TOTAL	KODE	KETERANGAN	
CONFRONTIVE	1	1	74	1	Koping adaptif ≥ mean Koping maladaptif < mean Mean = 71,38 1 = Koping adaptif 2 = Koping maladaptif	
	9	3				
	17	4				
PLANFULL PROBLEM SOLVING	6	3				
	14	3				
	22	3				
SEEKING SOCIAL SUPPORT	4	3				
	12	3				
	20	3				
DISTANCING	8	3				
	16	3				
	24	3				
ESCAPE AVOIDANCE	7	3				
	15	4				
	23	4				
SELF CONTROLLING	3	3				
	11	3				
	19	3				
ACCEPTING RESPONSIBILITY	5	3				
	13	3				
	21	3				
POSITIVE REAPPRAISAL	2	3				
	10	3				
	18	4				
KUESIONER KUALITAS HIDUP						
KELOMPOK PERTANYAAN	NO. PERTANYAAN	SCORE	RATA-RATA	SCORE AKHIR	KODE	KETERANGAN
FUNGSI FISIK	3	0	55	56,75	1	≥50 : Kualitas hidup baik <50 : Kualitas hidup buruk 1 = Kualitas hidup baik 2 = Kualitas hidup buruk
	4	0				
	5	50				
	6	50				
	7	100				
	8	100				
	9	0				
	10	50				
	11	100				
	12	100				
PEMBATASAN PERAN TERKAIT KESEHATAN FISIK	13	0	25			
	14	100				
	16	0				
PEMBATASAN PERAN TERKAIT KESEHATAN EMOSIONAL	17	100	100			
	18	100				
	19	100				
ENERGI	23	80	65			
	27	60				
	29	60				
	31	60				
KESEJAHTERAAN EMOSIONAL	24	60	68			
	25	80				
	26	60				
	28	80				
	30	60				
FUNGSI SOSIAL	20	50	50			
	32	50				
NYERI	21	40	45			
	22	50				
KESEHATAN SECARA UMUM	1	50	46			
	2	25				
	33	50				
	34	50				
	35	50				
	36	50				

No. Responden: 6

Tanggal pengambilan data: 9 Februari 2012

KUESIONER DATA DEMOGRAFI						
VARIABEL	KELOMPOK	DATA RESPONDEN	KODE	KETERANGAN		
UMUR	≤50 tahun	57 tahun	2	1 = ≤50 tahun		
	>50 tahun			2 = >50 tahun		
JENIS KELAMIN	Perempuan	Laki-laki	2	1 = Perempuan		
	Laki-laki			2 = Laki-laki		
PENDIDIKAN	SMA	SMA	1	1 = SMA		
	PT			2 = PT		
STATUS PEKERJAAN	Bekerja	Bekerja	1	1 = Bekerja		
	Tidak bekerja			2 = Tidak bekerja		
STATUS PERNIKAHAN	Menikah	Menikah	1	1 = Menikah		
	Tidak menikah			2 = Tidak menikah		
LAMA MENJALANI HD	≤6 bulan	6 bulan	1	1 = ≤6 bulan		
	>6 bulan			2 = >6 bulan		
KUESIONER KOPING						
KELOMPOK PERTANYAAN	NO. PERTANYAAN	SCORE	SCORE TOTAL	KODE	KETERANGAN	
CONFRONTIVE	1	2	74	1	Koping adaptif ≥ mean Koping maladaptif < mean Mean = 71,38 1 = Koping adaptif 2 = Koping maladaptif	
	9	3				
	17	4				
PLANFULL PROBLEM SOLVING	6	3				
	14	3				
	22	3				
SEEKING SOCIAL SUPPORT	4	3				
	12	3				
	20	3				
DISTANCING	8	3				
	16	3				
	24	3				
ESCAPE AVOIDANCE	7	3				
	15	3				
	23	4				
SELF CONTROLLING	3	3				
	11	3				
	19	3				
ACCEPTING RESPONSIBILITY	5	4				
	13	3				
	21	3				
POSITIVE REAPPRAISAL	2	3				
	10	2				
	18	4				
KUESIONER KUALITAS HIDUP						
KELOMPOK PERTANYAAN	NO. PERTANYAAN	SCORE	RATA-RATA	SCORE AKHIR	KODE	KETERANGAN
FUNGSI FISIK	3	0	45	54,38	1	≥50 : Kualitas hidup baik <50 : Kualitas hidup buruk 1 = Kualitas hidup baik 2 = Kualitas hidup buruk
	4	0				
	5	50				
	6	50				
	7	100				
	8	50				
	9	0				
	10	50				
	11	100				
	12	50				
	13	0				
PEMBATASAN PERAN TERKAIT KESEHATAN FISIK	14	0	0			
	14	0				
	16	0				
PEMBATASAN PERAN TERKAIT KESEHATAN EMOSIONAL	17	100	100			
	18	100				
	19	100				
ENERGI	23	80	65			
	27	40				
	29	100				
	31	40				
KESEJAHTERAAN EMOSIONAL	24	80	80			
	25	100				
	26	60				
	28	100				
	30	60				
FUNGSI SOSIAL	20	50	50			
	32	50				
NYERI	21	40	45			
	22	50				
KESEHATAN SECARA UMUM	1	50	50			
	2	50				
	33	50				
	34	50				
	35	50				
	36	50				

No. Responden: 7

Tanggal pengambilan data: 9 Februari 2012

KUESIONER DATA DEMOGRAFI						
VARIABEL	KELOMPOK	DATA RESPONDEN	KODE	KETERANGAN		
UMUR	≤50 tahun	55 tahun	2	1 = ≤50 tahun		
	>50 tahun			2 = >50 tahun		
JENIS KELAMIN	Perempuan	Laki-laki	2	1 = Perempuan		
	Laki-laki			2 = Laki-laki		
PENDIDIKAN	SMA	PT	2	1 = SMA		
	PT			2 = PT		
STATUS PEKERJAAN	Bekerja	Bekerja	1	1 = Bekerja		
	Tidak bekerja			2 = Tidak bekerja		
STATUS PERNIKAHAN	Menikah	Menikah	1	1 = Menikah		
	Tidak menikah			2 = Tidak menikah		
LAMA MENJALANI HD	≤6 bulan	5 bulan	1	1 = ≤6 bulan		
	>6 bulan			2 = >6 bulan		
KUESIONER KOPING						
KELOMPOK PERTANYAAN	NO. PERTANYAAN	SCORE	SCORE TOTAL	KODE	KETERANGAN	
CONFRONTIVE	1	1	76	1	Koping adaptif ≥ mean Koping maladaptif < mean Mean = 71,38 1 = Koping adaptif 2 = Koping maladaptif	
	9	3				
	17	4				
PLANFULL PROBLEM SOLVING	6	3				
	14	3				
	22	4				
SEEKING SOCIAL SUPPORT	4	4				
	12	3				
	20	3				
DISTANCING	8	2				
	16	3				
	24	3				
ESCAPE AVOIDANCE	7	3				
	15	4				
	23	4				
SELF CONTROLLING	3	4				
	11	3				
	19	3				
ACCEPTING RESPONSIBILITY	5	3				
	13	3				
	21	3				
POSITIVE REAPPRAISAL	2	4				
	10	2				
	18	4				
KUESIONER KUALITAS HIDUP						
KELOMPOK PERTANYAAN	NO. PERTANYAAN	SCORE	RATA-RATA	SCORE AKHIR	KODE	KETERANGAN
FUNGSI FISIK	3	0	90	84,69	1	≥50 : Kualitas hidup baik <50 : Kualitas hidup buruk 1 = Kualitas hidup baik 2 = Kualitas hidup buruk
	4	100				
	5	100				
	6	100				
	7	100				
	8	100				
	9	100				
	10	100				
	11	100				
	12	100				
	13	100				
PEMBATASAN PERAN TERKAIT KESEHATAN FISIK	14	100	100			
	14	100				
	16	100				
PEMBATASAN PERAN TERKAIT KESEHATAN EMOSIONAL	17	100	100			
	18	100				
	19	100				
ENERGI	23	80	80			
	27	60				
	29	100				
	31	80				
KESEJAHTERAAN EMOSIONAL	24	100	80			
	25	100				
	26	60				
	28	80				
	30	60				
FUNGSI SOSIAL	20	100	87.5			
NYERI	32	75	77.5			
	21	80				
KESEHATAN SECARA UMUM	22	75	62.5			
	1	50				
	2	50				
	33	75				
	34	75				
	35	50				
	36	75				

No. Responden: 8

Tanggal pengambilan data: 9 Februari 2012

KUESIONER DATA DEMOGRAFI						
VARIABEL	KELOMPOK	DATA RESPONDEN	KODE	KETERANGAN		
UMUR	≤50 tahun	50 tahun	1	1 = ≤50 tahun		
	>50 tahun			2 = >50 tahun		
JENIS KELAMIN	Perempuan	Laki-laki	2	1 = Perempuan		
	Laki-laki			2 = Laki-laki		
PENDIDIKAN	SMA	SMA	1	1 = SMA		
	PT			2 = PT		
STATUS PEKERJAAN	Bekerja	Tidak bekerja	2	1 = Bekerja		
	Tidak bekerja			2 = Tidak bekerja		
STATUS PERNIKAHAN	Menikah	Menikah	1	1 = Menikah		
	Tidak menikah			2 = Tidak menikah		
LAMA MENJALANI HD	≤6 bulan	4 bulan	1	1 = ≤6 bulan		
	>6 bulan			2 = >6 bulan		
KUESIONER KOPING						
KELOMPOK PERTANYAAN	NO. PERTANYAAN	SCORE	SCORE TOTAL	KODE	KETERANGAN	
CONFRONTIVE	1	1	75	1	Koping adaptif ≥ mean Koping maladaptif < mean Mean = 71,38 1 = Koping adaptif 2 = Koping maladaptif	
	9	3				
	17	4				
PLANFULL PROBLEM SOLVING	6	3				
	14	3				
	22	3				
SEEKING SOCIAL SUPPORT	4	3				
	12	4				
	20	3				
DISTANCING	8	3				
	16	2				
	24	3				
ESCAPE AVOIDANCE	7	3				
	15	4				
	23	4				
SELF CONTROLLING	3	3				
	11	3				
	19	3				
ACCEPTING RESPONSIBILITY	5	3				
	13	3				
	21	3				
POSITIVE REAPPRAISAL	2	4				
	10	3				
	18	4				
KUESIONER KUALITAS HIDUP						
KELOMPOK PERTANYAAN	NO. PERTANYAAN	SCORE	RATA-RATA	SCORE AKHIR	KODE	KETERANGAN
FUNGSI FISIK	3	0	80	85,66	1	≥50 : Kualitas hidup baik <50 : Kualitas hidup buruk 1 = Kualitas hidup baik 2 = Kualitas hidup buruk
	4	50				
	5	50				
	6	100				
	7	100				
	8	100				
	9	100				
	10	100				
	11	100				
	12	100				
PEMBATASAN PERAN TERKAIT KESEHATAN FISIK	13	0	75			
	14	100				
	14	100				
PEMBATASAN PERAN TERKAIT KESEHATAN EMOSIONAL	16	100	100			
	17	100				
	18	100				
ENERGI	19	100	80			
	23	80				
	27	60				
	29	100				
KESEJAHTERAAN EMOSIONAL	31	80	92			
	24	100				
	25	100				
	26	80				
	28	100				
FUNGSI SOSIAL	30	80	87,5			
	20	100				
NYERI	32	75	100			
	21	100				
KESEHATAN SECARA UMUM	22	100	70,8			
	1	50				
	2	75				
	33	75				
	34	75				
	35	75				
36	75					

No. Responden: 9

Tanggal pengambilan data: 10 Februari 2012

KUESIONER DATA DEMOGRAFI							
VARIABEL	KELOMPOK	DATA RESPONDEN	KODE	KETERANGAN			
UMUR	≤50 tahun	52 tahun	2	1 = ≤50 tahun			
	>50 tahun			2 = >50 tahun			
JENIS KELAMIN	Perempuan	Laki-laki	2	1 = Perempuan			
	Laki-laki			2 = Laki-laki			
PENDIDIKAN	SMA	PT	2	1 = SMA			
	PT			2 = PT			
STATUS PEKERJAAN	Bekerja	Bekerja	1	1 = Bekerja			
	Tidak bekerja			2 = Tidak bekerja			
STATUS PERNIKAHAN	Menikah	Menikah	1	1 = Menikah			
	Tidak menikah			2 = Tidak menikah			
LAMA MENJALANI HD	≤6 bulan	6 bulan	1	1 = ≤6 bulan			
	>6 bulan			2 = >6 bulan			
KUESIONER KOPING							
KELOMPOK PERTANYAAN	NO. PERTANYAAN	SCORE	SCORE TOTAL	KODE	KETERANGAN		
CONFRONTIVE	1	1	73	1	Koping adaptif ≥ mean		
	9	3			Koping maladaptif < mean		
	17	4			Mean = 71,38		
PLANFULL PROBLEM SOLVING	6	4			1 = Koping adaptif		
	14	4			2 = Koping maladaptif		
	22	3					
SEEKING SOCIAL SUPPORT	4	2					
	12	3					
	20	2					
DISTANCING	8	2					
	16	3					
	24	3					
ESCAPE AVOIDANCE	7	3					
	15	3					
	23	4					
SELF CONTROLLING	3	3					
	11	3					
	19	3					
ACCEPTING RESPONSIBILITY	5	4					
	13	3					
	21	4					
POSITIVE REAPPRAISAL	2	3					
	10	2					
	18	4					
KUESIONER KUALITAS HIDUP							
KELOMPOK PERTANYAAN	NO. PERTANYAAN	SCORE	RATA-RATA	SCORE AKHIR	KODE	KETERANGAN	
FUNGSI FISIK	3	0	80	76,38	1	≥50 : Kualitas hidup baik <50 : Kualitas hidup buruk	
	4	50					
	5	100					
	6	100					
	7	100					
	8	100					
	9	50					
	10	100					
	11	100					
	12	100					
PEMBATASAN PERAN TERKAIT KESEHATAN FISIK	13	0	75				
	14	100					
	14	100					
PEMBATASAN PERAN TERKAIT KESEHATAN EMOSIONAL	16	100	100				
	17	100					
	18	100					
ENERGI	19	100	70				
	23	60					
	27	60					
	29	100					
KESEJAHTERAAN EMOSIONAL	31	60	80				
	24	80					
	25	100					
	26	60					
	28	100					
FUNGSI SOSIAL	30	60	75				
	20	75					
NYERI	32	75	68				
	21	60					
KESEHATAN SECARA UMUM	22	75	63				
	1	50					
	2	50					
	33	50					
	34	75					
	35	75					
36	75						

No. Responden: 10

Tanggal pengambilan data: 10 Februari 2012

KUESIONER DATA DEMOGRAFI						
VARIABEL	KELOMPOK	DATA RESPONDEN	KODE	KETERANGAN		
UMUR	≤50 tahun	55 tahun	2	1 = ≤50 tahun		
	>50 tahun			2 = >50 tahun		
JENIS KELAMIN	Perempuan	Laki-laki	2	1 = Perempuan		
	Laki-laki			2 = Laki-laki		
PENDIDIKAN	SMA	SMA	1	1 = SMA		
	PT			2 = PT		
STATUS PEKERJAAN	Bekerja	Tidak bekerja	2	1 = Bekerja		
	Tidak bekerja			2 = Tidak bekerja		
STATUS PERNIKAHAN	Menikah	Menikah	1	1 = Menikah		
	Tidak menikah			2 = Tidak menikah		
LAMA MENJALANI HD	≤6 bulan	1 tahun	2	1 = ≤6 bulan		
	>6 bulan			2 = >6 bulan		
KUESIONER KOPING						
KELOMPOK PERTANYAAN	NO. PERTANYAAN	SCORE	SCORE TOTAL	KODE	KETERANGAN	
CONFRONTIVE	1	1	61	1	Koping adaptif ≥ mean Koping maladaptif < mean Mean = 71,38 1 = Koping adaptif 2 = Koping maladaptif	
	9	3				
	17	4				
PLANFULL PROBLEM SOLVING	6	2				
	14	3				
	22	2				
SEEKING SOCIAL SUPPORT	4	3				
	12	3				
	20	3				
DISTANCING	8	3				
	16	2				
	24	2				
ESCAPE AVOIDANCE	7	2				
	15	2				
	23	3				
SELF CONTROLLING	3	2				
	11	2				
	19	2				
ACCEPTING RESPONSIBILITY	5	3				
	13	2				
	21	3				
POSITIVE REAPPRAISAL	2	3				
	10	2				
	18	4				
KUESIONER KUALITAS HIDUP						
KELOMPOK PERTANYAAN	NO. PERTANYAAN	SCORE	RATA-RATA	SCORE AKHIR	KODE	KETERANGAN
FUNGSI FISIK	3	0	40	48,75	1	≥50 : Kualitas hidup baik <50 : Kualitas hidup buruk 1 = Kualitas hidup baik 2 = Kualitas hidup buruk
	4	50				
	5	50				
	6	50				
	7	50				
	8	50				
	9	0				
	10	0				
	11	50				
	12	100				
	13	0				
	PEMBATASAN PERAN TERKAIT KESEHATAN FISIK	14				
14		0				
16		0				
PEMBATASAN PERAN TERKAIT KESEHATAN EMOSIONAL	17	100	100			
	18	100				
	19	100				
ENERGI	23	60	50			
	27	20				
	29	100				
	31	20				
KESEJAHTERAAN EMOSIONAL	24	80	80			
	25	100				
	26	60				
	28	100				
	30	60				
FUNGSI SOSIAL	20	50	50			
	32	50				
NYERI	21	20	20			
	22	20				
KESEHATAN SECARA UMUM	1	50	50			
	2	75				
	33	25				
	34	50				
	35	50				
	36	50				

No. Responden: 11

Tanggal pengambilan data: 11 Februari 2012

KUESIONER DATA DEMOGRAFI						
VARIABEL	KELOMPOK	DATA RESPONDEN	KODE	KETERANGAN		
UMUR	≤50 tahun	38 tahun	1	1 = ≤50 tahun		
	>50 tahun			2 = >50 tahun		
JENIS KELAMIN	Perempuan	Perempuan	1	1 = Perempuan		
	Laki-laki			2 = Laki-laki		
PENDIDIKAN	SMA	SMA	1	1 = SMA		
	PT			2 = PT		
STATUS PEKERJAAN	Bekerja	Tidak bekerja	2	1 = Bekerja		
	Tidak bekerja			2 = Tidak bekerja		
STATUS PERNIKAHAN	Menikah	Tidak menikah	2	1 = Menikah		
	Tidak menikah			2 = Tidak menikah		
LAMA MENJALANI HD	≤6 bulan	3,5 bulan	1	1 = ≤6 bulan		
	>6 bulan			2 = >6 bulan		
KUESIONER KOPING						
KELOMPOK PERTANYAAN	NO. PERTANYAAN	SCORE	SCORE TOTAL	KODE	KETERANGAN	
CONFRONTIVE	1	2	76	1	Koping adaptif ≥ mean Koping maladaptif < mean Mean = 71,38 1 = Koping adaptif 2 = Koping maladaptif	
	9	3				
	17	4				
PLANFULL PROBLEM SOLVING	6	2				
	14	3				
	22	3				
SEEKING SOCIAL SUPPORT	4	3				
	12	3				
	20	3				
DISTANCING	8	3				
	16	3				
	24	3				
ESCAPE AVOIDANCE	7	3				
	15	4				
	23	4				
SELF CONTROLLING	3	3				
	11	3				
	19	3				
ACCEPTING RESPONSIBILITY	5	3				
	13	3				
	21	3				
POSITIVE REAPPRAISAL	2	4				
	10	4				
	18	4				
KUESIONER KUALITAS HIDUP						
KELOMPOK PERTANYAAN	NO. PERTANYAAN	SCORE	RATA-RATA	SCORE AKHIR	KODE	KETERANGAN
FUNGSI FISIK	3	0	80	73,96	1	≥50 : Kualitas hidup baik <50 : Kualitas hidup buruk 1 = Kualitas hidup baik 2 = Kualitas hidup buruk
	4	50				
	5	100				
	6	100				
	7	100				
	8	100				
	9	50				
	10	100				
	11	100				
	12	100				
PEMBATASAN PERAN TERKAIT KESEHATAN FISIK	13	0	75			
	14	100				
	14	100				
PEMBATASAN PERAN TERKAIT KESEHATAN EMOSIONAL	16	100	100			
	17	100				
	18	100				
ENERGI	19	100	70			
	23	80				
	27	60				
	29	100				
KESEJAHTERAAN EMOSIONAL	31	40	80			
	24	80				
	25	80				
	26	80				
	28	80				
FUNGSI SOSIAL	30	80	75			
	20	75				
NYERI	32	75	45			
	21	40				
	22	50				
KESEHATAN SECARA UMUM	1	50	66,67			
	2	50				
	33	75				
	34	75				
	35	75				
	36	75				

No. Responden: 12

Tanggal pengambilan data: 11 Februari 2012

KUESIONER DATA DEMOGRAFI						
VARIABEL	KELOMPOK	DATA RESPONDEN	KODE	KETERANGAN		
UMUR	≤50 tahun	60 tahun	2	1 = ≤50 tahun		
	>50 tahun			2 = >50 tahun		
JENIS KELAMIN	Perempuan	Laki-laki	2	1 = Perempuan		
	Laki-laki			2 = Laki-laki		
PENDIDIKAN	SMA	SMA	1	1 = SMA		
	PT			2 = PT		
STATUS PEKERJAAN	Bekerja	Tidak bekerja	2	1 = Bekerja		
	Tidak bekerja			2 = Tidak bekerja		
STATUS PERNIKAHAN	Menikah	Menikah	1	1 = Menikah		
	Tidak menikah			2 = Tidak menikah		
LAMA MENJALANI HD	≤6 bulan	1 tahun	2	1 = ≤6 bulan		
	>6 bulan			2 = >6 bulan		
KUESIONER KOPING						
KELOMPOK PERTANYAAN	NO. PERTANYAAN	SCORE	SCORE TOTAL	KODE	KETERANGAN	
CONFRONTIVE	1	2	75	1	Koping adaptif ≥ mean Koping maladaptif < mean Mean = 71,38 1 = Koping adaptif 2 = Koping maladaptif	
	9	3				
	17	4				
PLANFULL PROBLEM SOLVING	6	3				
	14	3				
	22	3				
SEEKING SOCIAL SUPPORT	4	3				
	12	3				
	20	3				
DISTANCING	8	2				
	16	3				
	24	3				
ESCAPE AVOIDANCE	7	3				
	15	4				
	23	4				
SELF CONTROLLING	3	3				
	11	3				
	19	3				
ACCEPTING RESPONSIBILITY	5	4				
	13	2				
	21	3				
POSITIVE REAPPRAISAL	2	3				
	10	3				
	18	4				
KUESIONER KUALITAS HIDUP						
KELOMPOK PERTANYAAN	NO. PERTANYAAN	SCORE	RATA-RATA	SCORE AKHIR	KODE	KETERANGAN
FUNGSI FISIK	3	0	55	60,72	1	≥50 : Kualitas hidup baik <50 : Kualitas hidup buruk 1 = Kualitas hidup baik 2 = Kualitas hidup buruk
	4	0				
	5	50				
	6	50				
	7	100				
	8	50				
	9	50				
	10	50				
	11	100				
	12	100				
PEMBATASAN PERAN TERKAIT KESEHATAN FISIK	13	0	0			
	14	0				
	14	0				
PEMBATASAN PERAN TERKAIT KESEHATAN EMOSIONAL	16	0	100			
	17	100				
	18	100				
ENERGI	19	100	75			
	23	80				
	27	60				
	29	100				
KESEJAHTERAAN EMOSIONAL	31	60	80			
	24	80				
	25	80				
	26	80				
	28	100				
FUNGSI SOSIAL	30	60	50			
	20	50				
NYERI	32	50	67.5			
	21	60				
KESEHATAN SECARA UMUM	22	75	58.33			
	1	50				
	2	50				
	33	75				
	34	75				
	35	50				
36	50					

No. Responden: 13

Tanggal pengambilan data: 11 Februari 2012

KUESIONER DATA DEMOGRAFI						
VARIABEL	KELOMPOK	DATA RESPONDEN	KODE	KETERANGAN		
UMUR	≤50 tahun	35 tahun	1	1 = ≤50 tahun		
	>50 tahun			2 = >50 tahun		
JENIS KELAMIN	Perempuan	Laki-laki	2	1 = Perempuan		
	Laki-laki			2 = Laki-laki		
PENDIDIKAN	SMA	SMA	1	1 = SMA		
	PT			2 = PT		
STATUS PEKERJAAN	Bekerja	Bekerja	1	1 = Bekerja		
	Tidak bekerja			2 = Tidak bekerja		
STATUS PERNIKAHAN	Menikah	Menikah	1	1 = Menikah		
	Tidak menikah			2 = Tidak menikah		
LAMA MENJALANI HD	≤6 bulan	1 tahun	2	1 = ≤6 bulan		
	>6 bulan			2 = >6 bulan		
KUESIONER KOPING						
KELOMPOK PERTANYAAN	NO. PERTANYAAN	SCORE	SCORE TOTAL	KODE	KETERANGAN	
CONFRONTIVE	1	3	74	1	Koping adaptif ≥ mean Koping maladaptif < mean Mean = 71,38 1 = Koping adaptif 2 = Koping maladaptif	
	9	2				
	17	3				
PLANFULL PROBLEM SOLVING	6	3				
	14	4				
	22	3				
SEEKING SOCIAL SUPPORT	4	4				
	12	4				
	20	4				
DISTANCING	8	3				
	16	2				
	24	3				
ESCAPE AVOIDANCE	7	3				
	15	4				
	23	3				
SELF CONTROLLING	3	3				
	11	2				
	19	3				
ACCEPTING RESPONSIBILITY	5	4				
	13	3				
	21	4				
POSITIVE REAPPRAISAL	2	2				
	10	2				
	18	3				
KUESIONER KUALITAS HIDUP						
KELOMPOK PERTANYAAN	NO. PERTANYAAN	SCORE	RATA-RATA	SCORE AKHIR	KODE	KETERANGAN
FUNGSI FISIK	3	0	80	79,76	1	≥50 : Kualitas hidup baik <50 : Kualitas hidup buruk 1 = Kualitas hidup baik 2 = Kualitas hidup buruk
	4	50				
	5	100				
	6	100				
	7	100				
	8	100				
	9	50				
	10	100				
	11	100				
	12	100				
PEMBATASAN PERAN TERKAIT KESEHATAN FISIK	13	0	100			
	14	100				
	14	100				
PEMBATASAN PERAN TERKAIT KESEHATAN EMOSIONAL	16	100	100			
	17	100				
	18	100				
ENERGI	19	100	100			
	23	80	65			
	27	60				
	29	80				
KESEJAHTERAAN EMOSIONAL	31	40		84		
	24	80				
	25	100				
	26	80				
	28	100				
FUNGSI SOSIAL	30	60	87.5			
	20	100				
NYERI	32	75	67.5			
	21	60				
KESEHATAN SECARA UMUM	22	75	54.2			
	1	50				
	2	50				
	33	50				
	34	50				
	35	75				
36	50					

Lampiran 9

HASIL SPSS**Umur Responden * Koping responden**

Crosstab

			Koping responden		
			adaptif	maladaptif	Total
Umur Responden	<=50	Count	4	1	5
		Expected Count	3.8	1.2	5.0
		% within Umur Responden	80.0%	20.0%	100.0%
	51-60	Count	6	2	8
		Expected Count	6.2	1.8	8.0
		% within Umur Responden	75.0%	25.0%	100.0%
Total		Count	10	3	13
		Expected Count	10.0	3.0	13.0
		% within Umur Responden	76.9%	23.1%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.043 ^a	1	.835		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.044	1	.834		
Fisher's Exact Test				1.000	.685
Linear-by-Linear Association	.040	1	.841		
N of Valid Cases	13				

a. 3 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.15.

b. Computed only for a 2x2 table

Umur Responden * Kualitas hidup responden

Crosstab

			Kualitas hidup responden		
			Baik	buruk	Total
Umur Responden	<=50	Count	5	0	5
		Expected Count	4.2	.8	5.0
		% within Umur Responden	100.0%	.0%	100.0%
	51-60	Count	6	2	8
		Expected Count	6.8	1.2	8.0
		% within Umur Responden	75.0%	25.0%	100.0%
Total		Count	11	2	13
		Expected Count	11.0	2.0	13.0
		% within Umur Responden	84.6%	15.4%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.477 ^a	1	.224		
Continuity Correction ^b	.181	1	.671		
Likelihood Ratio	2.165	1	.141		
Fisher's Exact Test				.487	.359
Linear-by-Linear Association	1.364	1	.243		
N of Valid Cases	13				

a. 3 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .77.

b. Computed only for a 2x2 table

Jenis kelamin responden * Koping responden

Crosstab

			Koping responden		Total
			adaptif	maladaptif	
Jenis kelamin responden	perempuan	Count	2	0	2
		Expected Count	1.5	.5	2.0
		% within Jenis kelamin responden	100.0%	.0%	100.0%
laki-laki	Count	8	3	11	
	Expected Count	8.5	2.5	11.0	
	% within Jenis kelamin responden	72.7%	27.3%	100.0%	
Total	Count	10	3	13	
	Expected Count	10.0	3.0	13.0	
	% within Jenis kelamin responden	76.9%	23.1%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.709 ^a	1	.400		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	1.154	1	.283		
Fisher's Exact Test				1.000	.577
Linear-by-Linear Association	.655	1	.418		
N of Valid Cases	13				

a. 3 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .46.

b. Computed only for a 2x2 table

Jenis kelamin responden * Kualitas hidup responden

Crosstab

			Kualitas hidup responden	
			baik	buruk
Jenis kelamin responden	perempuan	Count	2	0
		Expected Count	1.7	.3
		% within Jenis kelamin responden	100.0%	.0%
	laki-laki	Count	9	2
		Expected Count	9.3	1.7
		% within Jenis kelamin responden	81.8%	18.2%
Total	Count	11	2	
	Expected Count	11.0	2.0	
	% within Jenis kelamin responden	84.6%	15.4%	

Crosstab

			Total
Jenis kelamin responden	Perempuan	Count	2
		Expected Count	2.0
		% within Jenis kelamin responden	100.0%
	laki-laki	Count	11
		Expected Count	11.0
		% within Jenis kelamin responden	100.0%
Total	Count	13	
	Expected Count	13.0	
	% within Jenis kelamin responden	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.430 ^a	1	.512		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.731	1	.392		
Fisher's Exact Test				1.000	.705
Linear-by-Linear Association	.397	1	.529		
N of Valid Cases	13				

a. 3 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .31.

b. Computed only for a 2x2 table

Pendidikan responden * Koping responden

Crosstab

			Koping responden	
			adaptif	maladaptif
Pendidikan responden	SMA	Count	7	3
		Expected Count	7.7	2.3
		% within Pendidikan responden	70.0%	30.0%
	Perguruan Tinggi	Count	3	0
		Expected Count	2.3	.7
		% within Pendidikan responden	100.0%	.0%
Total	Count	10	3	
	Expected Count	10.0	3.0	
	% within Pendidikan responden	76.9%	23.1%	

Crosstab

			Total
Pendidikan responden	SMA	Count	10
		Expected Count	10.0
		% within Pendidikan responden	100.0%
	Perguruan Tinggi	Count	3
		Expected Count	3.0
		% within Pendidikan responden	100.0%
Total	Count	13	
	Expected Count	13.0	
	% within Pendidikan responden	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.170 ^a	1	.279		
Continuity Correction ^b	.090	1	.764		
Likelihood Ratio	1.828	1	.176		
Fisher's Exact Test				.528	.420
Linear-by-Linear Association	1.080	1	.299		
N of Valid Cases	13				

a. 3 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .69.

b. Computed only for a 2x2 table

Pendidikan responden * Kualitas hidup responden

Crosstab

			Kualitas hidup responden	
			baik	buruk
Pendidikan responden	SMA	Count	8	2
		Expected Count	8.5	1.5
		% within Pendidikan responden	80.0%	20.0%
Pendidikan responden	Perguruan Tinggi	Count	3	0
		Expected Count	2.5	.5
		% within Pendidikan responden	100.0%	.0%
Total	Total	Count	11	2
		Expected Count	11.0	2.0
		% within Pendidikan responden	84.6%	15.4%

Crosstab

			Total
Pendidikan responden	SMA	Count	10
		Expected Count	10.0
		% within Pendidikan responden	100.0%
Pendidikan responden	Perguruan Tinggi	Count	3
		Expected Count	3.0
		% within Pendidikan responden	100.0%
Total	Total	Count	13
		Expected Count	13.0
		% within Pendidikan responden	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.709 ^a	1	.400		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	1.154	1	.283		
Fisher's Exact Test				1.000	.577
Linear-by-Linear Association	.655	1	.418		
N of Valid Cases	13				

a. 3 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .46.

b. Computed only for a 2x2 table

Status pekerjaan responden * Koping responden**Crosstab**

			Koping responden		
			Adaptif	maladaptif	Total
Status pekerjaan responden	bekerja	Count	6	0	6
		Expected Count	4.6	1.4	6.0
		% within Status pekerjaan responden	100.0%	.0%	100.0%
	tidak bekerja	Count	4	3	7
		Expected Count	5.4	1.6	7.0
		% within Status pekerjaan responden	57.1%	42.9%	100.0%
Total		Count	10	3	13
		Expected Count	10.0	3.0	13.0
		% within Status pekerjaan responden	76.9%	23.1%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3.343 ^a	1	.067		
Continuity Correction ^b	1.364	1	.243		
Likelihood Ratio	4.485	1	.034		
Fisher's Exact Test				.192	.122
Linear-by-Linear Association	3.086	1	.079		
N of Valid Cases	13				

a. 3 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.38.

b. Computed only for a 2x2 table

Status pekerjaan responden * Kualitas hidup responden**Crosstab**

			Kualitas hidup responden	
			baik	buruk
Status pekerjaan responden	bekerja	Count	6	0
		Expected Count	5.1	.9
		% within Status pekerjaan responden	100.0%	.0%
	tidak bekerja	Count	5	2
		Expected Count	5.9	1.1
		% within Status pekerjaan responden	71.4%	28.6%
Total	Count	11	2	
	Expected Count	11.0	2.0	
	% within Status pekerjaan responden	84.6%	15.4%	

Crosstab

			Total
Status pekerjaan responden	bekerja	Count	6
		Expected Count	6.0
		% within Status pekerjaan responden	100.0%
	tidak bekerja	Count	7
		Expected Count	7.0
		% within Status pekerjaan responden	100.0%
Total	Count	13	
	Expected Count	13.0	
	% within Status pekerjaan responden	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.026 ^a	1	.155		
Continuity Correction ^b	.426	1	.514		
Likelihood Ratio	2.787	1	.095		
Fisher's Exact Test				.462	.269
Linear-by-Linear Association	1.870	1	.171		
N of Valid Cases	13				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .92.

b. Computed only for a 2x2 table

Status pernikahan * Koping responden

Crosstab

			Koping responden		
			adaptif	maladaptif	Total
Status pernikahan	menikah	Count	9	3	12
		Expected Count	9.2	2.8	12.0
		% within Status pernikahan	75.0%	25.0%	100.0%
	tidak menikah	Count	1	0	1
		Expected Count	.8	.2	1.0
		% within Status pernikahan	100.0%	.0%	100.0%
Total		Count	10	3	13
		Expected Count	10.0	3.0	13.0
		% within Status pernikahan	76.9%	23.1%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.325 ^a	1	.569		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.549	1	.459		
Fisher's Exact Test				1.000	.769
Linear-by-Linear Association	.300	1	.584		
N of Valid Cases	13				

a. 3 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .23.

b. Computed only for a 2x2 table

Status pernikahan * Kualitas hidup responden**Crosstab**

			Kualitas hidup responden		
			Baik	buruk	Total
Status pernikahan	menikah	Count	10	2	12
		Expected Count	10.2	1.8	12.0
		% within Status pernikahan	83.3%	16.7%	100.0%
	tidak menikah	Count	1	0	1
		Expected Count	.8	.2	1.0
		% within Status pernikahan	100.0%	.0%	100.0%
Total		Count	11	2	13
		Expected Count	11.0	2.0	13.0
		% within Status pernikahan	84.6%	15.4%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.197 ^a	1	.657		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.349	1	.555		
Fisher's Exact Test				1.000	.846
Linear-by-Linear Association	.182	1	.670		
N of Valid Cases	13				

a. 3 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .15.

b. Computed only for a 2x2 table

Lama menjalani HD * Koping responden

Crosstab

			Koping responden		
			adaptif	maladaptif	Total
Lama menjalani HD	<=6 bulan	Count	7	2	9
		Expected Count	6.9	2.1	9.0
		% within Lama menjalani HD	77.8%	22.2%	100.0%
	>6 bulan	Count	3	1	4
		Expected Count	3.1	.9	4.0
		% within Lama menjalani HD	75.0%	25.0%	100.0%
Total		Count	10	3	13
		Expected Count	10.0	3.0	13.0
		% within Lama menjalani HD	76.9%	23.1%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.012 ^a	1	.913		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.012	1	.913		
Fisher's Exact Test				1.000	.706
Linear-by-Linear Association	.011	1	.916		
N of Valid Cases	13				

a. 3 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .92.

b. Computed only for a 2x2 table

Lama menjalani HD * Kualitas hidup responden**Crosstab**

			Kualitas hidup responden		
			Baik	buruk	Total
Lama menjalani HD	<=6 bulan	Count	8	1	9
		Expected Count	7.6	1.4	9.0
		% within Lama menjalani HD	88.9%	11.1%	100.0%
	>6 bulan	Count	3	1	4
		Expected Count	3.4	.6	4.0
		% within Lama menjalani HD	75.0%	25.0%	100.0%
Total		Count	11	2	13
		Expected Count	11.0	2.0	13.0
		% within Lama menjalani HD	84.6%	15.4%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.410 ^a	1	.522		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.385	1	.535		
Fisher's Exact Test				1.000	.538
Linear-by-Linear Association	.379	1	.538		
N of Valid Cases	13				

a. 3 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .62.

b. Computed only for a 2x2 table

HASIL SPSS KOPING DAN KUALITAS HIDUP**Koping responden * Kualitas hidup responden Crosstabulation**

			Kualitas hidup responden		
			baik	buruk	Total
Koping responden	adaptif	Count	10	0	10
		Expected Count	8.5	1.5	10.0
	maladaptif	Count	1	2	3
		Expected Count	2.5	.5	3.0
Total		Count	11	2	13
		Expected Count	11.0	2.0	13.0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7.879 ^a	1	.005		
Continuity Correction ^b	3.590	1	.058		
Likelihood Ratio	7.343	1	.007		
Fisher's Exact Test				.038	.038
Linear-by-Linear Association	7.273	1	.007		
N of Valid Cases	13				

a. 3 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .46.

b. Computed only for a 2x2 table