



**HUBUNGAN ANTARA DUKUNGAN SOSIAL DAN KUALITAS
HIDUP PADA PASIEN GAGAL GINJAL YANG MENJALANI
TERAPI HEMODIALISIS DI RUMAH SAKIT URIP
SUMOHARJO**

SKRIPSI

DISUSUN OLEH:

NATHANAEL OSBERT AUDA MAHA

705160010

FAKULTAS PSIKOLOGI

UNIVERSITAS TARUMANAGARA

JAKARTA

2022



**HUBUNGAN ANTARA DUKUNGAN SOSIAL DAN KUALITAS
HIDUP PADA PASIEN GAGAL GINJAL YANG MENJALANI
TERAPI HEMODIALISIS DI RUMAH SAKIT URIP
SUMOHARJO**

**Skripsi Ini Diajukan Sebagai Syarat Untuk Menempuh Ujian Sarjana Strata
Satu (S-1) Psikologi**

**DISUSUN OLEH:
NATHANAEL OSBERT AUDA MAHA
705160010**

**FAKULTAS PSIKOLOGI
UNIVERSITAS TARUMANAGARA
JAKARTA
2022**

 UNTAR Tarumanagara University FAKULTAS PSIKOLOGI	FR-FP-04-06/R0	HAL. 1/1
05 NOVEMBER 2010	SURAT PERNYATAAN KEASLIAN NASKAH	

Yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Nathanael Osbert Auda Maha

NIM : 705160010

Dengan ini menyatakan bahwa karya ilmiah yang diserahkan kepada Fakultas Psikologi Universitas Tarumanagara, berjudul:

Hubungan antara Dukungan Sosial dan Kualitas Hidup pada Pasien Gagal Ginjal yang Menjalani Terapi Hemodialisis di Rumah Sakit Urip Sumoharjo

Merupakan karya sendiri yang tidak dibuat dengan melanggar ketentuan plagiarisme dan otoplagiarisme. Saya menyatakan memahami tentang adanya larangan plagiarisme dan otoplagiarisme tersebut, dan dapat menerima segala konsekuensi jika melakukan pelanggaran menurut ketentuan peraturan perundang-undangan dan peraturan lain yang berlaku di lingkungan Universitas Tarumanagara.

Pernyataan ini dibuat dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan dari pihak mana pun.

Jakarta, 5 Januari 2022

Yang Memberikan Pernyataan



Nathanael Osbert Auda Maha

 UNTAR Tarumanagara University FAKULTAS PSIKOLOGI	FR-FP-04-07/R0	HAL. 1/1
	SURAT PERNYATAAN EDIT NASKAH	
05 NOVEMBER 2010		

Yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : **Nathanael Osbert Auda Maha**

N I M : **705160010**

Alamat : **Jalan MK Baginda No. 12, Gunung Sulah, Way Halim, Bandar Lampung, Lampung, 35136**

Dengan ini memberi hak kepada Fakultas Psikologi Universitas Tarumanagara untuk menerbitkan sebagian atau keseluruhan karya penelitian saya, berupa skripsi yang berjudul:

Hubungan antara Dukungan Sosial dan Kualitas Hidup pada Pasien Gagal Ginjal yang Menjalani Terapi Hemodialisis di Rumah Sakit Urip Sumoharjo

Saya juga tidak keberatan bahwa pihak editor akan mengubah, memodifikasi kalimat-kalimat dalam karya penelitian saya tersebut dengan tujuan untuk memperjelas dan mempertajam rumusan, sehingga maksud menjadi lebih jelas dan mudah dipahami oleh pembaca umum sejauh perubahan dan modifikasi tersebut tidak mengubah tujuan dan makna penelitian saya secara keseluruhan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sungguh-sungguh, secara sadar, dan tanpa paksaan dari pihak manapun.

Jakarta, 5 Januari 2021

Yang Membuat Pernyataan



Nathanael Osbert Auda Maha

**PROGRAM STUDI SARJANA FAKULTAS PSIKOLOGI
UNIVERSITAS TARUMANAGARA
JAKARTA**

TANDA PENGESAHAN SKRIPSI

Nama : **Nathanael Osbert Auda Maha**
N.I.M. : **705160010**
Program Studi : **Sarjana Strata-1 Psikologi**

Judul Skripsi

**Hubungan antara Dukungan Sosial dan Kualitas Hidup pada Pasien Gagal Ginjal
yang Menjalani Terapi Hemodialisis di Rumah Sakit Urip Sumoharjo**

Telah diuji dalam sidang Sarjana pada tanggal **28 Desember 2021** dan dinyatakan lulus, dengan majelis penguji terdiri atas:

1. Ketua : **Riana Sahrani, S.Psi., M.Si., Dr., Psikolog**
2. Anggota : **Erik Wijaya, S.Psi., M.Si.**
Debora Basaria, S.Psi., M.Psi, Psikolog

Jakarta, 5 Januari 2022

Pembimbing



Debora Basaria, M.Psi., Psikolog

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Tuhan atas berkat dan karunia yang diberikan sehingga Tugas Akhir Skripsi dengan judul Hubungan antara Dukungan Sosial dan Kualitas Hidup pada Pasien Gagal Ginjal yang Menjalani Terapi Hemodialisis di Rumah Sakit Urip Sumoharjo, dapat diselesaikan. Selesaiannya Tugas Akhir ini tidak lepas dari dukungan dan bimbingan dari berbagai pihak. Pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. Bapak Agustinus Purna Irawan selaku Rektor Universitas Tarumanagara
2. Ibu Rostiana selaku Dekan Fakultas Universitas Tarumanagara.
3. Ibu Debora Basaria selaku dosen pembimbing skripsi yang telah memberikan bimbingan dan dukungan dalam penyusunan penulisan tugas akhir skripsi ini hingga selesai.
4. Ibu Riana Sahrani, yang telah bersedia melakukan *expert judgement* pada alat ukur yang digunakan dalam skripsi ini.
5. Seluruh pengajar di Fakultas Psikologi Universitas Tarumanagara yang telah memberikan ilmu pengetahuan selama penulis menempuh pendidikan di Fakultas Psikologi Universitas Tarumanagara.
6. Kedua orang tua yang tiada henti menyertai dan terus memelihara harapan penulis hingga pada titik terselesaikan penulisan skripsi ini.
7. Kedua saudara yang terus mendukung penyusunan skripsi ini.
8. Semua pihak Rumah Sakit Urip Sumoharjo yang telah berbesar hati menyediakan ruang untuk penulisan skripsi ini.

9. Seluruh partisipan yang telah bersedia memberikan waktunya untuk berpartisipasi dalam penulisan skripsi ini.

Dalam penulisan skripsi ini masih banyak kekurangan, karena itu segala kritik dan saran yang membangun akan menyempurnakan penulisan skripsi ini serta bermanfaat bagi penulis dan pembaca.

Jakarta, 1 Desember 2021

Nathanael Osbert Auda Maha

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	iii
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR GAMBAR	viii
DAFTAR LAMPIRAN	ix
ABSTRAK	x
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.4 Manfaat Penelitian	4
1.4.1 Manfaat Teoritis	5
1.4.2 Manfaat Praktis	5
1.5 Sistematika Penulisan	5
BAB II KAJIAN PUSTAKA	7
2.1 Dukungan Sosial	7
2.1.1 Pengertian Dukungan Sosial	7
2.1.2 Dimensi Dukungan Sosial	11
2.1.3 Jenis Dukungan Sosial	13
2.1.4 Dampak Dukungan Sosial	16
2.2 Kualitas Hidup	21
2.2.1 Pengertian Kualitas Hidup	21
2.2.2 Dimensi Kualitas Hidup Menurut WHO	23
2.2.2.1 Dimensi Fisik pada Kualitas Hidup	23
2.2.2.2 Dimensi Psikologis pada Kualitas Hidup	24
2.2.2.3 Dimensi Tingkat Kemandirian pada Kualitas Hidup	25
2.2.2.4 Dimensi Hubungan Sosial pada Kualitas Hidup	26
2.2.2.5 Dimensi Lingkungan pada Kualitas Hidup	26
2.2.2.5 Dimensi Spiritualitas/Keagamaan/Keyakinan Pribadi	28
2.3 Gagal Ginjal	30

2.3.1 Pengertian Gagal Ginjal	30
2.3.2 Faktor Risiko Gagal Ginjal	30
2.3.3 Prognosis Gagal Ginjal	32
2.4 Hemodialisis	33
2.4.1 Pengertian Hemodialisis	33
2.5 Kerangka Berpikir	34
2.6 Hipotesis Penelitian	36
BAB III METODE PENELITIAN	37
3.1 Partisipan Penelitian	37
3.1.1 Karakteristik Partisipan	37
3.1.2 Gambaran Partisipan	37
3.2 Jenis Penelitian	41
3.3 <i>Setting</i> dan Peralatan Penelitian	42
3.4 Alat Ukur Penelitian	42
3.4.1 Alat Ukur Variabel Dukungan Sosial MSPSS	42
3.4.2 Alat Ukur Variabel Kualitas Hidup WHOQOL-BREF	45
3.5 Prosedur penelitian	51
3.5.1 Persiapan Penelitian	51
3.5.2 Pelaksanaan Penelitian	52
3.6 Pengolahan data dan Teknik Analisis	53
BAB IV TEMUAN PENELITIAN DAN ANALISIS DATA	54
4.1 Gambaran Variabel Penelitian	54
4.1.1 Gambaran Variabel Dukungan Sosial	54
4.1.2 Gambaran Variabel Kualitas Hidup	58
4.2 Analisis Data Utama	65
4.2.1 Uji Asumsi	65
4.2.2 Analisis Hipotesis	66
BAB V SIMPULAN, DISKUSI, DAN SARAN	68
5.1 Simpulan	68
5.2 Diskusi	69
5.3 Saran	71
5.3.1 Saran Teoritis	71
5.3.2 Saran Praktis	72
ABSTRAK BAHASA INGGRIS	xi

DAFTAR PUSTAKA.....	P-1
LAMPIRAN	L-1

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Dimensi dan Aspek Kualitas Hidup	29
Tabel 2. Gambaran Umum Usia Partisipan.....	38
Tabel 3. Statistik Deskriptif Usia Partisipan.....	38
Tabel 4. Gambaran Umum Partisipan Berdasarkan Jenis Kelamin.....	38
Tabel 5. Gambaran Umum Partisipan Berdasarkan Tingkat Pendidikan Akhir.....	39
Tabel 6. Gambaran Umum Partisipan Berdasarkan Status Pernikahan	39
Tabel 7. Gambaran Umum Partisipan Berdasarkan Tinggal Bersama	40
Tabel 8. Gambaran Umum Partisipan Berdasarkan Lama Terapi Yang Dijalani	40
Tabel 9. Statistik Deskriptif Partisipan Berdasarkan Lama Terapi Yang Dijalani	41
Tabel 10. Butir Alat Ukur MSPSS	43
Tabel 11. Hasil Uji Validitas Alat Ukur MSPSS	44
Tabel 12. Hasil Uji Reliabilitas Alat Ukur Dukungan Sosial MSPSS	45
Tabel 13. Butir Alat Ukur WHOQOL-BREF	46
Tabel 14. Butir Alat Ukur WHOQOL-BREF Setelah Uji Validitas.....	47
Tabel 15. Hasil Uji Validitas Butir WHOQOL-BREF Dimensi Kesehatan Fisik.....	48
Tabel 16. Hasil Uji Validitas Butir WHOQOL-BREF Dimensi Keadaan Psikologis...	48
Tabel 17. Hasil Uji Validitas Butir WHOQOL-BREF Dimensi Hubungan Sosial	49
Tabel 18. Hasil Uji Validitas Butir WHOQOL-BREF Dimensi Lingkungan	50
Tabel 19. Hasil Uji Reliabilitas Alat Ukur WHOQOL-BREF	50
Tabel 20. Statistik Deskriptif Variabel Dukungan Sosial	54
Tabel 21. Gambaran Dukungan Sosial Berdasarkan Jenis Kelamin	55
Tabel 22. Gambaran Dukungan Sosial Berdasarkan Usia	55
Tabel 23. Gambaran Dukungan Sosial Berdasarkan Tingkat Pendidikan	56
Tabel 24. Gambaran Dukungan Sosial Berdasarkan Status Pernikahan	56

Tabel 25. Gambaran Dukungan Sosial Berdasarkan Tinggal Bersama.....	57
Tabel 26. Gambaran Dukungan Sosial Berdasarkan Lama Terapi	57
Tabel 27. Statistik Deskriptif Variabel Kualitas Hidup	58
Tabel 28. Gambaran Kualitas Hidup Partisipan Berdasarkan Usia	59
Tabel 29. Gambaran Kualitas Hidup Partisipan Berdasarkan Jenis Kelamin.....	60
Tabel 30. Gambaran Kualitas Hidup Partisipan Berdasarkan Tingkat Pendidikan...	61
Tabel 31. Gambaran Kualitas Hidup Partisipan Berdasarkan Status Pernikahan....	62
Tabel 32. Gambaran Kualitas Hidup Partisipan Berdasarkan Tinggal Bersama	63
Tabel 33. Gambaran Kualitas Hidup Partisipan Berdasarkan Lama Terapi.....	65
Tabel 34. Hasil Uji Normalitas.....	66
Tabel 35. Hasil Uji Korelasi antara Variabel Dukungan Sosial dan Kualitas Hidup..	67

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. A Broad Multilevel Model.....	19
Gambar 2. Bagan Kerangka Berpikir	35

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar Persetujuan	L-1
Lampiran 2. Lembar Data Diri Partisipan.....	L-2
Lampiran 3. Alat Ukur Kualitas Hidup WHOQOL-BREF versi Bahasa Indonesia	L-3
Lampiran 4. Alat Ukur Dukungan Sosial MSPSS versi Adaptasi	L-7
Lampiran 5. Gambaran Partisipan.....	L-9
Lampiran 6. Hasil Uji Validitas Alat Ukur Dukungan Sosial MSPSS	L-11
Lampiran 7. Hasil Uji Reliabilitas Alat Ukur Dukungan Sosial MSPSS	L-12
Lampiran 8. Hasil Uji Validitas Alat Ukur Kualitas Hidup WHOQOL-BREF	L-13
Lampiran 9. Hasil Uji Reliabilitas Alat Ukur Kualitas Hidup WHOQOL-BREF	L-15
Lampiran 10. Gambaran Variabel Dukungan Sosial.....	L-16
Lampiran 11. Gambaran Variabel Kualitas Hidup.....	L-18
Lampiran 12. Hasil Uji Normalitas	L-21
Lampiran 13. Hasil Uji Korelasi Variabel Dukungan Sosial dengan Kualitas	L-22

ABSTRAK

Maha, Nathanael Osbert Auda (705160010)

Hubungan antara Dukungan Sosial dan Kualitas Hidup pada Pasien Gagal Ginjal yang Menjalani Terapi Hemodialisis di Rumah Sakit Urip Sumoharjo; Debora Basaria, M.Psi., Psi.. Program Studi S-1 Psikologi Universitas Tarumanagara (i-xi, 72 halaman, P-1-P-7, L-1-L-22)

Tujuan dari penelitian ini adalah mengetahui hubungan antara dukungan sosial dan kualitas hidup pada pasien gagal ginjal yang menjalani terapi hemodialisis di rumah sakit Urip Sumoharjo. Penelitian ini melibatkan 32 pasien gagal ginjal yang menjalani terapi hemodialisis di rumah sakit Urip Sumoharjo. Pengambilan data penelitian menggunakan WHOQOL-BREF (WHOQOL Group, 1996) dan *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (MSPSS) (Zimet et al., 1988). Hasil uji korelasi *Pearson Product Moment* menunjukkan adanya hubungan signifikan yang positif antara dukungan sosial dan kualitas hidup. Dukungan sosial dan dimensi kualitas hidup Kesehatan Fisik memiliki nilai koefisien korelasi *Pearson* sebesar 0,56 ($p < 0,01$). Dukungan sosial dan dimensi kualitas hidup Keadaan Psikologis memiliki nilai koefisien korelasi *Pearson* sebesar 0,47 ($p < 0,01$). Dukungan sosial dan dimensi kualitas hidup Hubungan Sosial memiliki nilai koefisien korelasi *Pearson* sebesar 0,61 ($p < 0,01$). Dukungan sosial dan dimensi kualitas hidup Lingkungan memiliki nilai koefisien korelasi *Pearson* sebesar 0,62 ($p < 0,01$). Dengan kata lain, semakin meningkatnya dukungan sosial yang dipersepsi pasien gagal ginjal yang menjalani terapi hemodialisis, maka semakin meningkat pula kualitas hidup mereka.

Kata kunci: dukungan sosial, kualitas hidup, gagal ginjal, hemodialisis

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Mens sana in corpore sano, sebuah frasa Latin yang sering terdengar di dalam bidang olahraga maupun pendidikan. Frasa tersebut secara harafiah memiliki arti bahwa pikiran yang sehat berada di dalam tubuh yang sehat. Frasa tersebut mengekspresikan bahwa kesehatan fisik merupakan bagian penting dari kesejahteraan psikologis seseorang. Kesehatan fisik dapat dipelihara dengan menyeimbangkan gaya hidup dan berolahraga. Bila kesehatan tidak dipelihara, maka seseorang dapat mengalami penurunan fungsi tubuh dan menjadikannya rentan terhadap penyakit. Banyak penyakit yang berkembang dalam tubuh tidak terdeteksi sejak awal sehingga menyebabkan penyakit kronis yang mengakibatkan

71% kematian di seluruh dunia pada tahun 2016 (World Health Organization, 2018). Salah satu dari banyak penyakit kronis adalah gagal ginjal.

Gagal ginjal merupakan penyakit kronis yang disebabkan oleh hilangnya kemampuan ginjal secara bertahap untuk menyaring dan mengeluarkan cairan dari dalam tubuh, sehingga menyebabkan penumpukan limbah, garam, dan kelebihan air dalam tubuh (Christensen & Ehlers, 2002). Keadaan tersebut dapat memburuk ketika individu mengalami penuaan dan penyakit penyerta seperti darah tinggi, diabetes, atau berat badan berlebih (Abbasi et al., 2010; Bakewell et al., 2002; Christensen & Ehlers, 2002; Dąbrowska-Bender et al., 2018; Hsu et al., 2009; Kan et al., 2013; World Health Organization, 1998). Dampak dari gagal ginjal memiliki pengaruh serius pada kualitas hidup individu, merusak kehidupan sosial, finansial, dan kesejahteraan psikologis mereka (Abbasi et al., 2010; Ginieri-Coccossis et al., 2008).

Individu dengan gagal ginjal dapat bertahan hidup dengan menjalani terapi hemodialisis (Fukuhara et al., 2003; Kan et al., 2013; Locatelli et al., 2010; Mingardi et al., 1999; Moreno et al., 1996). Dengan terapi hemodialisis, angka harapan hidup individu dengan gagal ginjal menjadi lebih baik (Kan et al., 2013; Zoccali et al., 2017). Namun, pasien gagal ginjal yang bergantung pada terapi hemodialisis memiliki keterbatasan dalam melakukan kegiatan sehari-hari seperti makan, minum, kegiatan fisik serta pengembangan diri (Dąbrowska-Bender et al., 2018; Jankowska-Polańska et al., 2017). Pasien gagal ginjal yang menjalani hemodialisis mengalami lebih banyak gejala depresi, karena sebagian besar harus bergantung pada mesin hemodialisis, sehingga kehilangan kemandiriannya. Pasien juga mengalami perubahan dalam pekerjaan mereka, memperburuk keadaan finansial pasien (Bakewell et al., 2002; Dąbrowska-Bender et al., 2018).

Berbagai penelitian tentang kualitas hidup menemukan bahwa pasien gagal ginjal yang menjalani terapi hemodialisis memiliki kualitas hidup lebih buruk dibandingkan dengan populasi pada umumnya (Barrett et al., 1990; Evans et al., 1985). Gejala yang disebabkan terapi hemodialisis sendiri seperti rasa nyeri, gangguan tidur, depresi, pelemahan tekanan darah, dan nyeri perut, atau keterbatasan yang diakibatkan penyakit, menurunkan kualitas hidup dan juga membuat penyakit yang dialami terasa berat (Fukuhara et al., 2003; Untas et al., 2011).

Hubungan sosial dan keluarga dapat menentukan kualitas hidup pasien dengan gagal ginjal. Hubungan sosial yang baik penting bagi pasien dan menjadi sumber perasaan positif dan *self-esteem*, serta memperbaiki kualitas hidup pasien (Bakewell et al., 2002; Dąbrowska-Bender et al., 2018). Suatu penelitian menunjukkan bahwa di antara pasien gagal ginjal yang menjalani terapi hemodialisis, pasien yang menjalani terapi di rumah memiliki kualitas hidup paling tinggi dibanding mereka yang menjalani terapi lainnya (Evans et al., 1985). Lingkungan keluarga yang mendukung membuat pasien gagal ginjal lebih patuh dalam menjalani terapi hemodialisis (Christensen & Ehlers, 2002).

Penyakit gagal ginjal merupakan penyakit yang tidak dapat disembuhkan. Indonesia sendiri memiliki 132.143 pasien gagal ginjal yang aktif menjalani hemodialisis di tahun 2018 dan setidaknya ada peningkatan jumlah pasien gagal ginjal yang mengikuti hemodialisis sebesar 66.433 orang dan diprediksi terus meningkat pada tahun-tahun mendatang (PERNEFRI, 2018). Terapi hemodialisis merupakan cara yang paling umum digunakan untuk merawat populasi dengan gagal ginjal. Gagal ginjal dan terapi hemodialisis memiliki dampak serius pada kualitas hidup. Lingkungan sosial merupakan hal penting yang dapat membentuk

kualitas hidup pasien gagal ginjal yang menjalani terapi hemodialisis. Penelitian ini diciptakan untuk mengetahui hubungan antara dukungan sosial dan kualitas hidup pasien gagal ginjal yang menjalani terapi hemodialisis pada populasi pasien gagal ginjal di Indonesia, khususnya pada pasien gagal ginjal di Rumah Sakit Urip Sumoharjo Bandar Lampung.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah apakah terdapat hubungan antara dukungan sosial dan kualitas hidup pada pasien gagal ginjal yang menjalani terapi hemodialisis di Rumah Sakit Urip Sumoharjo Bandar Lampung?

1.3 Tujuan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah yang telah dikemukakan, maka tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara dukungan sosial dan kualitas hidup pada pasien dengan gagal ginjal yang menjalani terapi hemodialisis di Rumah Sakit Urip Sumoharjo Bandar Lampung.

1.4 Manfaat Penelitian

Berdasarkan tujuan penelitian ini, penelitian ini memiliki manfaat teoritis dan manfaat praktis.

1.4.1 Manfaat Teoritis

Secara teoritis, penelitian ini diharapkan dapat memberi kontribusi pada perkembangan ilmu psikologi kesehatan dan sosial, khususnya yang mengkaji hubungan antara dukungan sosial dan kualitas hidup pada pasien gagal ginjal yang menjalani terapi hemodialisis di Indonesia. Kajian tentang dukungan sosial dan kualitas hidup pada pasien gagal ginjal yang menjalani terapi hemodialisis sudah umum dilakukan. Namun sedikit dari kajian tersebut yang mempelajari tentang hubungan dukungan sosial dan kualitas hidup pasien gagal ginjal yang menjalani terapi hemodialisis, khususnya di Indonesia. Oleh karena itu, penelitian ini diharapkan mampu menyediakan referensi baru tentang hubungan antara dukungan sosial dan kualitas hidup pada pasien gagal ginjal yang menjalani terapi hemodialisis di Indonesia.

1.4.2 Manfaat Praktis

Secara praktis, hasil dari penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi keluarga, kerabat, teman dan tenaga medis bagi pasien gagal ginjal yang menjalani terapi hemodialisis agar dapat memberikan dukungan sosial secara positif dalam mendukung kualitas hidup para pasien.

1.5 Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan pada penelitian ini terdiri dari lima bab. Bab satu merupakan pendahuluan yang menerangkan tentang latar belakang penelitian, rumusan masalah, tujuan dari penelitian, serta manfaat teoritis maupun praktis dari penelitian. Bab dua merupakan kajian teoritis yang memuat landasan teori yang

menjadi dasar kerangka berpikir pada penelitian ini. Bab tiga merupakan metode penelitian yang menguraikan metode yang digunakan dalam penelitian. Bab empat memuat temuan penelitian dan analisis data. Terakhir adalah bab lima yang berisi kesimpulan dari penelitian, diskusi dan saran.

BAB II

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Dukungan Sosial

2.1.1 Pengertian Dukungan Sosial

Kesehatan tidak hanya ditentukan oleh faktor biologis, namun juga oleh faktor sosial dan psikologis. Para ahli dari berbagai bidang ilmu telah melakukan penelitian tentang dampak hubungan sosial dan pengaruh dari dukungan orang lain terhadap individu. Penelitian-penelitian yang telah dilakukan menemukan bahwa dukungan sosial dapat memelihara dan meningkatkan kesehatan mental dan fisik individu (Cohen et al., 2000; Cohen & Janicki-Deverts, 2009; Cohen & Wills, 1985; Lakey & Cohen, 2000; LAM, 2019; Ozbay et al., 2007; Pierce et al., 1996; Thoits, 2011; Uchino et al., 2018). Keragaman dalam penelitian mengenai

dukungan sosial menciptakan beragam pengertian tentang definisi dukungan sosial (Barrera, 1986; Cohen & Wills, 1985; Lakey & Cohen, 2000).

Menurut Rodriguez dan Cohen (1998) dukungan sosial merupakan sebuah konsep dengan banyak dimensi yang mengacu pada karakteristik dan fungsi dari hubungan sosial yang dianggap meningkatkan kesehatan mental dan fisik individu, serta merupakan sumber daya psikologis dan materi yang tersedia bagi individu melalui jaringan sosial mereka.

Menurut Lakey dan Cohen (2000), kajian dukungan sosial perlu memiliki dasar teori tentang bagaimana hubungan sosial mempengaruhi individu. Terdapat tiga pendekatan terhadap kajian dukungan sosial, yaitu (1) pendekatan *stress and coping*, (2) pendekatan *social constructionist*, dan (3) pendekatan *relationship*.

Pendekatan *stress and coping* menganggap bahwa dukungan sosial mengurangi dampak stres dari suatu peristiwa terhadap individu baik melalui dukungan yang diberikan orang lain (*received social support*) atau melalui keyakinan bahwa dukungan ada baginya (*perceived social support*) (Lakey & Cohen, 2000).

Lakey dan Cohen (2000) menjelaskan bahwa *received social support* dapat meningkatkan kemampuan *coping* individu dalam mengatasi suatu peristiwa yang penuh tekanan/stres. Jenis dukungan sosial yang diberikan dapat disesuaikan dengan situasi yang dialami individu. Jenis dukungan sosial yang tepat secara efektif membantu individu mengatasi dan mengurangi dampak stres dari suatu peristiwa. Situasi dan kondisi yang berbeda menentukan jenis dukungan sosial yang dibutuhkan dalam suatu peristiwa. *Perceived social support* membuat individu menilai kembali situasi menjadi kurang begitu merugikan. *Perceived social support* juga dapat mempengaruhi reaksi awal individu terhadap situasi dan

menimbulkan emosi positif yang menguntungkan bagi individu tersebut. Penilaian individu terhadap situasi sangat penting dalam menentukan sebagaimana sulit suatu peristiwa dan bagaimana hal tersebut menciptakan reaksi emosional dalam diri individu seperti stres, sebab reaksi emosional dapat diubah.

Pendekatan *social constructionist* dan *interactionalist* menganggap bahwa *perceived social support*/dukungan sosial yang dirasakan individu mempengaruhi *self-esteem* dan identitasnya dan dengan demikian secara tidak langsung berpengaruh pada kesehatan dan kesejahteraan yang lebih baik (Lakey & Cohen, 2000). Pendekatan ini menganggap bahwa persepsi individu tentang dunia tidak mencerminkan kenyataan sebenarnya, karena setiap orang memersepsi dunia dengan cara yang berbeda-beda tergantung pada kepribadian, keyakinan dan nilai dalam konteks budaya. Tidak ada tolok ukur yang jelas di antara individu atau kelompok tentang dukungan sosial. Pengalaman pribadi individu mencerminkan sebagian besar bagaimana mereka dilihat oleh individu lain. Diri individu dan dunia tidak terpisahkan.

Social cognition merupakan salah satu wujud dari *social constructionism* yang menganggap dukungan sosial merupakan persepsi atas dukungan tersebut dan persepsi itu mempengaruhi persepsi terhadap diri sendiri (Lakey & Cohen, 2000). Pemahaman individu berkembang melalui interaksi sosial dan pembelajaran sosial. Begitu individu mengembangkan keyakinan teguh mengenai dukungan orang lain, penilaian mengenai dukungan sosial disesuaikan dengan keyakinan yang sudah ada sebelumnya. Persepsi dukungan dalam lingkungan sosial mempengaruhi penghargaan dan *self-efficacy* individu, yang memediasi pengaruh terhadap kesehatan dan kesejahteraan individu. Persepsi yang telah terbentuk mempengaruhi perilaku individu, dan mengarahkan pengalaman hidup mereka.

Wujud lain dari perspektif *social constructionist* adalah *symbolic interactionism* yang menganggap bahwa dukungan sosial merupakan tata interaksi sosial yang bertanggung jawab memelihara kesejahteraan individu (Lakey & Cohen, 2000). Interaksi sosial dalam lingkungan sosial memberi individu peran untuk dijalani dan dukungan yang dapat diperoleh. Interaksi ini memberi identitas dan makna hidup bagi individu, memungkinkan mereka untuk mengembangkan pemahaman terhadap diri masing-masing dan pemahaman tersebut memantau perilaku mereka dalam lingkungan sosial. Pembentukan identitas yang diperkuat melalui interaksi dalam lingkungan sosial mendukung kesehatan dan kesejahteraan individu.

Pendekatan *relationship* menganggap dukungan sosial sebagai bagian dari proses hubungan (Lakey & Cohen, 2000). Kualitas hubungan yang dipelihara dalam jaringan sosial akan mempengaruhi dukungan sosial yang berikan/*received social support* maupun keyakinan bahwa dukungan sosial ada bagi individu/*perceived social support* serta kesehatan dan kesejahteraan individu. Persahabatan, kerukunan, dan tingkat konflik yang rendah merupakan kualitas hubungan yang baik. Orang yang memelihara kualitas hubungan yang baik terintegrasi secara sosial.

Dari pendekatan yang telah dipaparkan di atas, dapat disimpulkan bahwa dukungan sosial merupakan dukungan yang dirasakan individu atau yang sebenarnya diberikan dari suatu hubungan sosial yang baik yang bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan individu yang menerimanya atau membantu individu menghadapi peristiwa yang penuh tekanan.

2.1.2 Dimensi Dukungan Sosial

Veiel (1985) menjelaskan suatu konsep dalam mengukur dukungan sosial. Menurutnya terdapat tiga dimensi dukungan sosial, yaitu: (1) Jenis dukungan sosial; (2) Peran hubungan sosial; (3) *Focus assessment*. Dimensi jenis dukungan sosial mengkaji fungsi spesifik hubungan sosial antara pemberi dan penerima dukungan sosial. Dimensi ini mengkaji tentang perbedaan antara dukungan psikologis dan instrumental. Kedua dukungan tersebut dibedakan berdasarkan tujuannya, dukungan psikologis bertujuan untuk mengubah faktor psikologis individu seperti suasana hati, sikap, atau kognitif, sedangkan dukungan instrumental merupakan dukungan yang bertujuan untuk membantu usaha-usaha individu. Dimensi ini juga mengkaji tentang dukungan sehari-hari dan pada saat krisis. Dukungan sehari-hari merupakan transaksi dalam integrasi sosial. Dukungan pada saat krisis merupakan dukungan yang bertujuan membantu individu menghadapi krisis atau tekanan tertentu.

Dimensi peran hubungan sosial mengkaji sumber dukungan sosial dalam peran hubungan sosial (Veiel, 1985). Peran hubungan sosial menentukan jenis dan intensitas sebagian besar dukungan. Peran hubungan sosial dapat berupa hubungan pernikahan, pertemanan, keluarga, kerabat, teman sekerja, institusi, dan sebagainya. Setiap hubungan sosial memberikan dukungan yang berbeda, sebagai contoh dukungan diberikan oleh teman sejawat dapat meringankan stres terkait kerja bagi para manajer, sedangkan pengaruh dari dukungan keluarga dapat menambah stres bagi mereka (Kobasa et al., 1981 dalam Veiel, 1985).

Dimensi *focus assessment* mengkaji kriteria objektif dan subjektif dukungan sosial (Veiel, 1985). Contoh kriteria objektif dukungan sosial seperti tingkat frekuensi kontak individu dengan orang lain, jumlah teman, atau tingkat transaksi

sosial tertentu. Kriteria subjektif dukungan sosial seperti penilaian kualitas dukungan yang diterima atau diharapkan. Dimensi ini juga mengkaji perbedaan antara transaksi sosial dan hubungan sosial. Frekuensi interaksi sosial tidak berhubungan dengan adanya ikatan sosial.

Menurut Rodriguez dan Cohen (1998), terdapat dua dimensi dukungan sosial, yaitu: (1) *structural support*/dukungan struktural, dimensi yang mengukur karakteristik struktur dari jaringan sosial; (2) *functional support*/dukungan fungsional, dimensi mengukur sumber daya yang disediakan oleh jaringan sosial.

Dimensi dukungan struktural mengukur cakupan dan keterkaitan dari hubungan sosial individu (Rodriguez & Cohen, 1998). Dimensi ini pada umumnya meliputi status pernikahan, keberadaan teman dan kerabat, dan keanggotaan dalam kelompok dan organisasi keagamaan. Jumlah anggota keluarga, teman, teman sekerja, dan sebagainya, dengan siapa individu biasanya melakukan kontak sosial merupakan ukuran jaringan sosial. Pengukuran dukungan struktural yang biasanya digunakan adalah integrasi sosial. Integrasi sosial merupakan indikator keseluruhan dari cakupan tali sosial individu dalam jaringan sosial. Pengukuran dukungan struktural menyediakan indikator sumber daya yang tersedia dari hubungan antar personal individu. Struktur dari jaringan sosial individu memiliki implikasi penting adanya pemberian dukungan dalam jaringan sosial.

Dimensi dukungan fungsional mengukur ketersediaan sumber daya psikologis dan materi dari hubungan sosial individu (Rodriguez & Cohen, 1998). Sumber daya tersebut biasanya dibedakan menjadi tiga jenis dukungan, yaitu; (1) instrumental, (2) informasi, dan (3) emosional. Dukungan instrumental meliputi penyediaan bantuan materi, sebagai contoh bantuan finansial atau bantuan dengan tugas harian. Dukungan informasi mengacu pada penyediaan informasi

relevan yang diharapkan membantu individu menghadapi kesulitan yang sedang dialami dan biasanya berupa nasihat atau petunjuk dalam menghadapi masalah individu. Dukungan emosional meliputi ungkapan empati, kepedulian, penghiburan, dan kepercayaan, dan menyediakan kesempatan untuk mengungkapkan dan mencurahkan emosi.

Dari uraian di atas dapat disimpulkan, dalam mengukur dukungan sosial perlu memperhatikan struktur jaringan sosial, seperti integrasi sosial, serta aspek fungsional dari dukungan sosial atau sumber daya yang tersedia dalam suatu hubungan sosial. Juga perlu diperhatikan kriteria objektif dukungan sosial, seperti frekuensi dan jumlah kontak sosial individu, dan kriteria subjektif dukungan sosial seperti jumlah dan kecukupan dukungan sosial yang diterima atau diharapkan individu, pada saat ada maupun tidak adanya krisis atau stres.

2.1.3 Jenis Dukungan Sosial

Rodriguez & Cohen (1998) menjelaskan tiga jenis dukungan sosial berdasarkan pengukuran dukungan fungsional atau sumber daya yang disediakan dalam hubungan sosial individu, yaitu; (1) instrumental, (2) informasi, dan (3) emosional. Dukungan instrumental meliputi penyediaan bantuan materi, sebagai contoh bantuan finansial atau bantuan dengan tugas harian. Dukungan informasi mengacu pada penyediaan informasi relevan yang diharapkan membantu individu menghadapi kesulitan yang sedang dialami dan biasanya berupa nasihat atau petunjuk dalam menghadapi masalah individu. Dukungan emosional meliputi ungkapan empati, kepedulian, penghiburan, dan kepercayaan, dan menyediakan kesempatan untuk mengungkapkan dan mencurahkan emosi.

Wills & Shinar (2000) mengemukakan terdapat beberapa jenis dukungan yang tersedia melalui hubungan sosial di antaranya: (1) dukungan emosional, (2) dukungan instrumental, (3) dukungan informasi, (4) dukungan *companionship*, dan (5) validasi.

Dukungan emosional merupakan dukungan dari adanya satu orang atau lebih yang dapat mendengarkan individu ketika menghadapi masalah, serta dapat memberikan tanda-tanda kepedulian dan penerimaan terhadap individu. Sebagai contoh, memperkenankan individu membahas perasaan dan mengungkapkan kekhawatiran mereka, menunjukkan simpati, persetujuan, peduli, dan penerimaan individu. Dukungan ini dapat mengubah penilaian individu terhadap peristiwa dalam hidup mereka, memperkuat *self-esteem*, mengurangi kecemasan atau depresi, dan memotivasi usaha *coping* (Wills & Shinar, 2000).

Dukungan instrumental merupakan dukungan yang meliputi bantuan praktis. Sebagai contoh, meminjamkan uang, membawa perlengkapan rumah tangga, peralatan, transportasi, membantu mengasuh anak dan tugas harian seperti memasak, bersih-bersih, berbelanja, atau perbaikan. Bentuk dukungan ini dapat memecahkan berbagai masalah praktis, memungkinkan individu memiliki waktu lebih untuk istirahat dan santai, dan membantu usaha *coping* lainnya (Wills & Shinar, 2000).

Dukungan informasi merupakan dukungan yang menyediakan pengetahuan yang berguna untuk memecahkan masalah. Sebagai contoh, menyediakan informasi tentang sumber daya yang bisa dimiliki oleh individu seperti komunitas atau layanan, atau menyediakan nasihat dan petunjuk tentang tindakan-tindakan alternatif. Bantuan ini dapat menambah jumlah informasi yang berguna bagi

individu, membantu mendapatkan layanan yang dibutuhkan, dan meningkatkan efektivitas usaha *coping* (Wills & Shinar, 2000).

Dukungan *companionship* merupakan dukungan yang menyediakan individu lain untuk menemani individu ikut serta dalam kegiatan sosial, waktu santai, atau rekreasi. Dukungan ini menciptakan perasaan positif yang memungkinkan individu melepaskan dan pulih dari berbagai tuntutan, serta memberikan pengalihan positif dari perenungan masalah (Wills & Shinar, 2000).

Validasi merupakan dukungan yang menyediakan informasi tentang prevalensi /kelaziman masalah yang dihadapi individu, kelayakan atau kewajaran perilaku/perasaan individu, dan posisi individu dalam suatu populasi. Dukungan ini mengurangi penyimpangan yang dirasakan, memungkinkan individu menerima perasaan yang dialami, dan memberikan perbandingan yang baik (Wills & Shinar, 2000).

Menurut (Veiel, 1985), terdapat dua jenis dukungan sosial, yaitu: (1) dukungan psikologis; dan (2) dukungan instrumental. Kedua dukungan tersebut dibedakan berdasarkan tujuannya, dukungan psikologis bertujuan untuk mengubah faktor psikologis individu seperti suasana hati, sikap, atau kognitif, sedangkan dukungan instrumental merupakan dukungan yang bertujuan untuk membantu usaha-usaha individu.

Dari uraian di atas, terdapat berbagai jenis dukungan sosial. Jenis dukungan sosial biasanya dibedakan berdasarkan sumber daya yang tersedia dalam jaringan sosial. Setiap dukungan memiliki tujuan meningkatkan kesejahteraan psikologis dan fisik individu pada saat ada tidak adanya masalah yang dihadapi individu. Dukungan emosional, instrumental, dan informasi merupakan jenis

dukungan sosial yang umum dibahas di berbagai literatur dan dijadikan pengukuran dimensi fungsional dukungan sosial.

2.1.4 Dampak Dukungan Sosial

Pada umumnya, dukungan sosial dianggap mempengaruhi kesehatan mental dan fisik melalui pengaruhnya terhadap emosi, kognisi, dan perilaku individu, menjaga reaksi emosi, kognisi, dan perilaku tersebut dan mencegah reaksi hebat yang tidak biasa melalui komunikasi dan penyediaan bantuan yang dibutuhkan individu. Dukungan sosial juga memiliki peran dalam risiko, perkembangan, dan pemulihan dari penyakit fisik (Cohen et al., 2000; Rodriguez & Cohen, 1998; Thoits, 2011).

Menurut Berkman (1984), terdapat hubungan antara dukungan sosial dan penyakit. Melalui dukungan sosial seperti pemberian nasihat, layanan, dan akses ke kontak sosial baru, individu memperoleh pelayanan kesehatan yang lebih baik dibanding populasi lainnya. Beberapa jaringan sosial memelihara anggotanya lebih baik dibanding lainnya dengan memberikan dukungan, layanan, dan bantuan nyata (ekonomi) kepada individu. Kontrol dan tekanan sosial dari jaringan sosial membuat individu merasa diharuskan untuk berperilaku seperti anggota jaringan lainnya. Sehingga, orang yang memiliki ikatan dengan orang yang memiliki gaya hidup dapat mengikut pola yang ditetapkan kelompok hanya untuk mempertahankan identitas kelompok, bukan karena nilai kesehatan dari perilaku tersebut. Kemudian ia juga mengatakan bahwa orang yang kurang memiliki ikatan sosial yang positif mengalami tekanan secara fisiologis. Keadaan sosial yang penuh tekanan dapat mengubah sistem kendali saraf, hormon, dan daya tahan tubuh, sehingga mempengaruhi kerentanan individu terhadap penyakit.

Cohen et al. (2000) menjelaskan pengaruh dukungan sosial terhadap individu melalui dua model, yaitu: (1) *stress buffering model* yang mengemukakan bahwa dukungan sosial memperkecil dampak buruk dari pemicu stres, dengan cara meningkatkan strategi *coping* individu atau membuat individu menilai kembali pengalaman negatif agar pengalaman tersebut menjadi tidak terlalu negatif karena adanya dukungan yang tersedia; (2) *Main effect model* yang mengemukakan bahwa dukungan sosial memiliki pengaruh langsung yang positif pada kesejahteraan individu terlepas dari adanya stres.

Main effect model menjelaskan bahwa individu dalam suatu jaringan sosial bergantung pada kendali sosial dan tekanan sosial yang mempengaruhi patokan berperilaku mereka (Cohen et al., 2000; Cohen & Wills, 1985). Bergabung dengan suatu jaringan sosial memberikan perasaan positif pada individu. Perasaan positif yang dialami mengurangi perasaan negatif dan menghasilkan motivasi lebih besar untuk merawat diri sendiri. Perasaan positif dapat menekan reaksi sistem saraf penghasil hormon dan meningkatkan fungsi kekebalan tubuh. Memiliki jaringan sosial yang luas memberikan banyak sumber informasi sehingga meningkatkan kemungkinan individu mengakses sumber informasi yang tepat. Informasi tersebut dapat mempengaruhi perilaku yang berkaitan dengan kesehatan atau membantu individu untuk menghindari atau memperkecil situasi yang berisiko. Sebagai contoh, seorang anggota dalam jaringan sosial dapat memberikan individu informasi mengenai akses ke pelayanan kesehatan atau memberikan informasi mengenai manfaat dari perilaku yang mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan mereka. Suatu jaringan sosial dapat mencegah penyakit dengan cara menyediakan pelayanan nyata yang menghasilkan kesehatan dan perawatan kesehatan bagi anggota jaringan. Sebagai contoh, anggota jaringan dapat

menyediakan makanan, pakaian, dan tempat tinggal yang dapat mencegah penyakit dan membatasi paparan terhadap faktor berisiko.

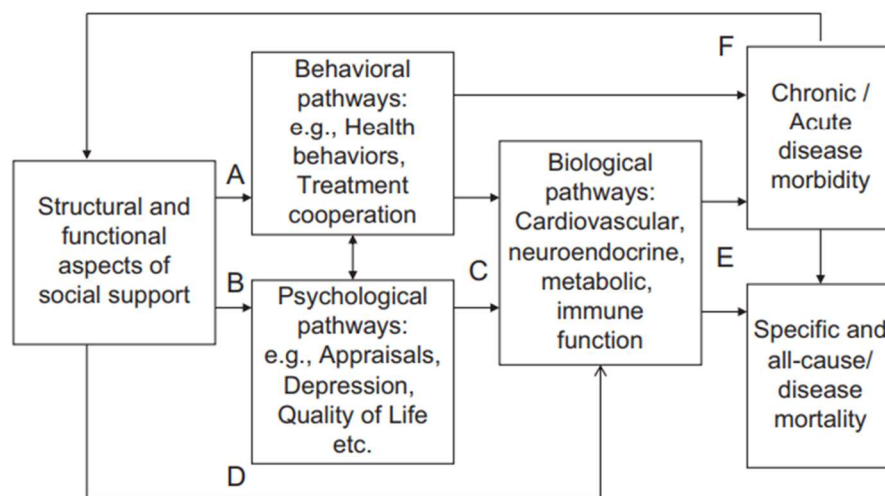
Stress-buffering model menggambarkan dukungan sosial dalam menentukan reaksi individu terhadap peristiwa yang menegangkan dan mencegah reaksi individu terhadap peristiwa yang menegangkan tersebut (Cohen et al., 2000; Cohen & Wills, 1985). Dukungan dapat memainkan peran pada titik-titik berbeda dalam sebab akibat pemicu stres dan penyakit. Keyakinan individu bahwa orang lain akan memberikan sumber daya yang dibutuhkan dapat mengubah potensi bahaya yang diakibatkan oleh situasi dan memperkuat kemampuan individu untuk menghadapi peristiwa yang menegangkan, dengan demikian hal tersebut mencegah situasi dinilai penuh tegangan. Keyakinan individu bahwa adanya dukungan sosial dapat mengurangi reaksi fisiologis dan reaksi psikologis terhadap peristiwa penuh tegangan, atau mencegah reaksi perilaku maladaptif. Adanya orang lain untuk membicarakan masalah mengurangi pikiran mengganggu yang mendukung reaksi maladaptif yang berkepanjangan terhadap peristiwa penuh tekanan. Dukungan yang benar-benar diberikan juga memainkan peran meringankan dampak dari penilaian terhadap tegangan dengan cara menyediakan solusi terhadap masalah, mengurangi pentingnya suatu masalah, atau menyediakan pengalihan dari masalah. Dukungan ini juga menenangkan sistem saraf yang menghasilkan hormon sehingga mengurangi reaksi terhadap tekanan yang dirasakan atau memudahkan perilaku sehat.

Uchino et al. (2018) mengemukakan suatu model dalam menjelaskan mekanisme yang menghubungkan dukungan sosial dengan kesehatan fisik (Gambar 1). Dalam model tersebut dimensi dukungan struktural dianggap sebagai

lingkungan sosial yang memungkinkan dukungan sosial muncul, bertahan, dan berubah seiring.

Gambar 1.

A Broad Multilevel Model yang Menghubungkan Dukungan Sosial dengan Kesehatan Fisik (Uchino et al., 2018)



Jalur A menggambarkan proses perilaku yang menghubungkan dukungan sosial dengan kesehatan dan mencakup faktor-faktor seperti perilaku kesehatan dan kerja sama dalam menjalani pengobatan (Gambar 1). Menurut Uchino et al. (2018), terdapat bukti kuat yang menghubungkan dukungan sosial dengan penerapan kesehatan. Dukungan yang dirasakan individu memiliki kaitan dengan aktivitas fisik yang lebih tinggi, konsumsi rokok atau alkohol yang lebih rendah, dan kualitas tidur yang lebih baik. Dukungan sosial juga memprediksi kerja sama yang lebih baik dalam menjalankan pengobatan yang ditetapkan pada populasi pasien penyakit kronis.

Jalur B menggambarkan proses psikologis yang menghubungkan dukungan sosial dengan kesehatan dan mencakup faktor-faktor seperti penilaian terhadap

tekanan/stres, depresi, dan kualitas hidup. Menurut Uchino et al. (2018), terdapat bukti kuat bahwa dukungan sosial memiliki pengaruh terhadap aspek psikologis dan kesehatan mental individu. Dukungan sosial memiliki hubungan yang positif dengan pola penilaian individu, serta *self-efficacy* dan *self-esteem* mereka. Tingkat dukungan sosial yang tinggi memiliki hubungan dengan persepsi terhadap stres, paparan stres, dan depresi yang lebih rendah. Ia juga mengatakan bahwa dukungan sosial memiliki hubungan dengan kualitas hidup yang lebih tinggi pada individu dengan penyakit kronis

Jalur proses psikologis dan perilaku memiliki hubungan satu sama lain, sebagaimana penilaian terhadap stres dapat mempengaruhi perilaku kesehatan secara negatif, dan perilaku kesehatan seperti olahraga mempengaruhi proses psikologis secara positif (Uchino et al., 2018).

Jalur C menggambarkan proses perilaku dan psikologis yang mempengaruhi penyakit melalui perubahan biologis. Uchino et al. (2018) memberi contoh, olahraga dikaitkan dengan tekanan darah lebih rendah dan efisiensi sistem kardiovaskular lebih tinggi.

Jalur D menggambarkan hubungan langsung antara dukungan sosial dan proses biologis (Uchino et al., 2018). Fungsi kardiovaskular, neuroendokrin, metabolisme tubuh, dan daya tahan tubuh merupakan proses biologis. Jalur E menggambarkan proses biologis yang kemudian mempengaruhi morbiditas penyakit dan mortalitas penyakit.

Jalur F menggambar hubungan langsung antara penyakit dan dukungan sosial. Uchino et al. (2018) mengatakan *coping* terhadap penyakit kronis dianggap menyebabkan stres yang signifikan pada individu, dikarenakan banyak pengobatan, perubahan gaya hidup, dan masalah psikososial yang dihadapi.

Penyebab stres tersebut tidak hanya mempengaruhi individu namun juga orang lain yang memiliki hubungan dekat dengan individu tersebut dan karena itu dapat berdampak secara langsung terhadap proses dukungan sosial.

Dari uraian di atas, dukungan sosial memiliki pengaruh yang positif terhadap kesehatan mental dan fisik individu. Dukungan sosial meningkatkan kesejahteraan individu dengan cara memberi perasaan positif, membantu individu memilih gaya hidup yang sehat, patuh menjalani pengobatan, dan melindungi individu dari banyak faktor risiko. Dukungan sosial juga membantu individu menghadapi stres/situasi yang menegangkan dan mengurangi dampak dari stres/situasi yang menegangkan tersebut. Dukungan sosial juga memiliki pengaruh terhadap kualitas hidup pada populasi dengan penyakit kronis.

2.2 Kualitas Hidup

2.2.1 Pengertian Kualitas Hidup

World Health Organization (1994) mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi individu tentang posisi mereka di kehidupan dalam konteks budaya dan tata nilai di tempat mereka tinggal dan dalam kaitannya dengan tujuan, harapan, tolok ukur, dan perhatian mereka. Kualitas hidup merupakan konsep luas, menggabungkan kesehatan fisik, keadaan psikologis, tingkat kemandirian, hubungan sosial, keyakinan pribadi, dan lingkungan individu. Definisi tersebut mencerminkan pandangan bahwa kualitas hidup mengacu pada evaluasi subjektif yang tertanam dalam konteks budaya, sosial, dan lingkungan. Dengan demikian, kualitas hidup tidak dapat disamakan dengan istilah status kesehatan, gaya hidup, kepuasan hidup, keadaan mental, atau kesejahteraan. Karena definisi kualitas

hidup tersebut berpusat pada kualitas hidup yang dirasakan oleh individu, definisi tersebut tidak diharapkan mengukur secara rinci gejala, penyakit, atau kondisi apa pun, melainkan mengukur pengaruh dari penyakit dan intervensi kesehatan terhadap kualitas hidup.

Diener dan Suh (1997) mengemukakan tiga pendekatan utama untuk menentukan kualitas kehidupan. Pendekatan pertama menggambarkan karakteristik kehidupan baik yang ditentukan oleh teladan baku berdasarkan sistem agama, sistem filosofis, atau sistem lainnya. Sebagai contoh, orang meyakini bahwa kehidupan baik harus membantu orang lain karena hal tersebut ditentukan oleh prinsip agama. Pendekatan ini tidak bergantung pada pengalaman subyektif orang maupun pada pemenuhan harapan mereka, namun pada indikator sosial. Pendekatan kedua berdasarkan pada kepuasan memilih. Dalam keterbatasan sumber daya yang mereka miliki, orang akan memilih hal-hal yang paling meningkatkan kualitas hidup mereka. Dengan pendekatan ini kualitas hidup didasarkan pada kemampuan orang untuk memperoleh hal-hal yang mereka inginkan. Pendekatan ketiga merupakan pengalaman individu. Faktor seperti perasaan positif dan kepuasan hidup adalah hal yang terpenting. Pendekatan ini mendefinisikan kualitas hidup erat kaitannya dengan *subjective well-being* (SWB). Dari tiga pendekatan tersebut, Diener dan Suh mengusulkan bahwa indikator sosial, pengukuran SWB, dan indikator ekonomi diperlukan untuk memahami kualitas hidup.

Dari uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa kualitas hidup merupakan evaluasi subjektif individu terhadap kualitas hidup mereka berdasarkan konteks budaya dan tata nilai mereka. Namun, dalam mengukur kualitas hidup diperlukan indikator objektif, seperti indikator sosial dan ekonomi individu.

2.2.2 Dimensi Kualitas Hidup Menurut WHO

WHO telah mengidentifikasi enam domain atau dimensi yang menggambarkan aspek inti dari kualitas hidup antar budaya (The WHOQOL Group, 1994; World Health Organization, 1998), yaitu: (1) Dimensi fisik, (2) Dimensi Psikologis, (3) Dimensi Tingkat Kemandirian, (4) Dimensi Hubungan Sosial, (5) Dimensi Lingkungan, dan (6) Dimensi Keyakinan Pribadi. Setiap dimensi memiliki aspek yang menggambarkan; (a) Perilaku, seperti aktivitas sebagai pemberi nafkah; (b) Keadaan, seperti kelelahan; (c) Kapasitas, seperti kemampuan untuk bergerak leluasa; Atau, (d) persepsi subyektif mengenai suatu pengalaman, seperti sakit/nyeri.

2.2.2.1 Dimensi Fisik pada Kualitas Hidup

Menurut World Health Organization (1998), dimensi fisik pada kualitas hidup terdiri dari beberapa aspek, yaitu: (1) Aspek sakit/nyeri dan tidak nyaman. Aspek ini mengkaji sensasi fisik yang tidak menyenangkan yang dirasakan individu, termasuk yang dirasakan individu meskipun tidak ada alasan medis, dan sejauh mana sensasi tersebut mempersulit dan mengganggu kehidupan. Perubahan-perubahan pada tingkat sakit/nyeri dan ancaman sakit/nyeri memiliki pengaruh terhadap kualitas hidup individu. Perbedaan toleransi dan penerimaan terhadap sakit/nyeri juga berpengaruh pada kualitas hidup; (2) Aspek energi dan kelelahan. Aspek ini mengkaji energi, antusiasme dan ketahanan yang dimiliki individu untuk melakukan tugas penting dalam kehidupan sehari-hari, dan juga aktivitas lainnya yang dipilih, seperti rekreasi. Kelelahan dapat disebabkan oleh beberapa hal, sebagai contoh penyakit, permasalahan seperti depresi, atau bekerja terlalu keras; (3) Aspek tidur dan istirahat. Aspek ini mengkaji seberapa banyak individu tidur

dan istirahat, dan masalah tidur dan istirahat, mempengaruhi kualitas hidup individu.

2.2.2.2 Dimensi Psikologis pada Kualitas Hidup

Menurut World Health Organization (1998), dimensi psikologis pada kualitas hidup memiliki beberapa aspek, yaitu: (1) Aspek perasaan positif. Aspek ini mengkaji seberapa banyak individu mengalami perasaan positif dan menikmati hal-hal baik dalam hidup, termasuk pandangan dan perasaan mereka tentang masa depan. Bagi banyak orang aspek ini dianggap sama dengan kualitas hidup; (2) Aspek pemikiran, pembelajaran, memori dan konsentrasi; Aspek ini mengkaji pandangan individu mengenai pemikiran, pembelajaran, memori, dan konsentrasi mereka, dan kemampuan mereka dalam membuat keputusan, termasuk kecepatan berpikir dan kejernihan pikiran; (3) Aspek *self-esteem*. Aspek ini mengkaji bagaimana perasaan individu terhadap diri sendiri, termasuk menghargai diri sebagai pribadi, perasaan *self-efficacy* individu, kepuasan dengan dirinya, dan kontrol. Aspek ini tidak mengkaji citra tubuh dan hubungan sosial; (4) Aspek citra diri dan penampilan. Aspek ini mengkaji pandangan individu mengenai tubuh mereka, termasuk kepuasan individu dengan penampilan dan pengaruhnya terhadap konsep dirinya, dan seberapa jauh kecacatan tubuh sebenarnya atau yang dirasakan dapat diperbaiki; (5) Aspek perasaan negatif. Aspek ini mengkaji seberapa banyak individu merasakan perasaan negatif dan kurangnya kesenangan dalam hidup, dampaknya pada keseharian individu.

2.2.2.3 Dimensi Tingkat Kemandirian pada Kualitas Hidup

Menurut World Health Organization (1998), dimensi tingkat kemandirian pada kualitas hidup memiliki beberapa aspek, yaitu: (1) Aspek mobilitas. Aspek ini mengkaji pandangan individu mengenai kemampuannya untuk pergi dari satu tempat ke tempat lain, bergerak di sekitar di rumah, di tempat kerja, dan mengakses layanan transportasi, tanpa bantuan orang lain, termasuk kesulitan dalam mobilitas. Individu yang sangat bergantung pada orang lain untuk mobilitasnya, kemungkinan besar akan mempengaruhi kualitas hidupnya secara negatif. Keterbatasan fisik individu tidak serta merta mempengaruhi mobilitasnya. Sebagai contoh, individu yang menggunakan kursi roda mungkin memiliki mobilitas di rumah atau tempat kerja yang disesuaikan secara memadai; (2) Aspek aktivitas kehidupan sehari-hari. Aspek ini mengkaji kemampuan individu untuk melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari, termasuk pemeliharaan diri dan properti. Tingkat ketergantungan dengan orang lain untuk membantu mereka dalam aktivitas sehari-hari cenderung mempengaruhi kualitas hidup mereka; (3) Aspek ketergantungan pengobatan atau perawatan. Aspek ini mengkaji ketergantungan seseorang pada pengobatan atau pengobatan alternatif untuk mendukung kesejahteraan fisik dan psikologis mereka, termasuk intervensi medis yang bukan farmakologis. Pengobatan pada beberapa kasus mempengaruhi kualitas hidup individu secara negatif, seperti efek samping kemoterapi, sementara di kasus lainnya meningkatkan kualitas hidup individu, sebagai contoh pereda nyeri untuk pasien kanker; (4) Aspek kapasitas kerja. Aspek ini mengkaji tentang individu menggunakan tenaganya untuk bekerja, termasuk pekerjaan yang dibayar, pekerjaan yang tidak dibayar, pekerjaan komunitas sukarela, studi penuh

waktu, pengasuhan anak-anak, dan tugas rumah tangga. Aspek ini berpusat pada kemampuan individu melakukan kerja, terlepas dari jenis pekerjaan.

2.2.2.4 Dimensi Hubungan Sosial pada Kualitas Hidup

Menurut World Health Organization (1998), dimensi hubungan sosial pada kualitas hidup memiliki beberapa aspek, yaitu; (1) Aspek hubungan pribadi. Aspek ini mengkaji sejauh mana individu merasakan persahabatan, kasih sayang, dan dukungan yang mereka inginkan dari hubungan pribadi dalam kehidupan mereka, termasuk komitmen dan pengalaman saat ini dalam merawat dan memberi nafkah untuk orang lain, kemampuan dan kesempatan untuk mencintai, dicintai dan intim dengan orang lain secara emosional dan fisik, merasa dapat membagi suka dan duka. Aspek ini mencakup semua jenis hubungan kasih sayang, seperti persahabatan, pernikahan, hubungan pacaran; (2) Aspek dukungan sosial. Aspek ini mengkaji seberapa banyak individu merasakan komitmen, penerimaan, dan adanya bantuan praktis dari keluarga dan teman, termasuk seberapa banyak keluarga atau teman membagi tanggung jawab dan bekerja sama mengatasi masalah pribadi dan keluarga, dan sejauh mana individu merasa dukungan tersebut dapat diandalkan saat masa sulit; (3) Aspek aktivitas seksual. Aspek ini mengkaji dorongan dan hasrat individu untuk berhubungan seksual dan sejauh mana individu mampu mengungkapkan dan menikmati hasrat seksual secara tepat.

2.2.2.5 Dimensi Lingkungan pada Kualitas Hidup

Menurut World Health Organization (1998), dimensi Lingkungan memiliki beberapa aspek, yaitu: (1) Aspek keselamatan dan keamanan fisik. Aspek ini

membahas tentang rasa aman dan selamat individu dari bahaya fisik. Ancaman terhadap keselamatan atau keamanan dapat muncul dari berbagai sumber seperti orang lain atau penindasan politik; (2) Aspek lingkungan rumah. Aspek ini mengkaji tempat utama individu tinggal dan bagaimana hal tersebut berdampak pada kehidupan orang tersebut. Kualitas rumah dinilai berdasarkan kenyamanan serta memberikan orang tersebut tempat aman untuk tinggal. Kualitas lingkungan terdekat di sekitar rumah penting untuk kualitas hidup; (3) Aspek sumber daya finansial. Aspek ini mengkaji pandangan individu terhadap bagaimana sumber daya finansial mereka dan sejauh mana sumber daya tersebut memenuhi kebutuhan untuk gaya hidup sehat dan nyaman, termasuk rasa puas dengan hal-hal yang diperoleh melalui pendapatan mereka, rasa kemandirian yang diberikan oleh sumber daya finansial mereka, dan rasa kecukupan. (4) Aspek ketersediaan dan kualitas layanan kesehatan dan sosial. Aspek ini mengkaji pandangan individu terhadap layanan di dalam jarak yang cepat dijangkau untuk mendapatkan pertolongan, termasuk kualitas dan keutuhan layanan kesehatan dan sosial yang diterima atau diinginkan; (5) Aspek kesempatan untuk memperoleh informasi dan keterampilan. Aspek ini mengkaji kesempatan dan keinginan individu untuk belajar keterampilan baru, memperoleh informasi baru, dan mengetahui dengan apa yang terjadi. Hal tersebut dapat diperoleh sendiri atau dalam kelompok melalui program pendidikan formal, kelas pendidikan, kegiatan rekreasi, termasuk berita lokal, nasional, atau internasional; (6) Aspek partisipasi dan kesempatan untuk kegiatan rekreasi dan waktu luang. Aspek ini mengkaji kemampuan, kesempatan, dan kecenderungan individu untuk berpartisipasi dalam kegiatan di waktu luang, hiburan, dan relaksasi; (7) Aspek lingkungan fisik (polusi/kebisingan/lalu lintas/iklim). Aspek ini mengkaji pandangan seseorang mengenai lingkungan

mereka, termasuk kebisingan, polusi, iklim, dan estetika lingkungan; (8) Aspek transportasi. Aspek ini mengkaji pandangan individu mengenai ketersediaan dan kemudahan menemukan layanan transportasi untuk berkeliling, termasuk mode transportasi dan ketersediaannya yang memungkinkan individu melakukan tugas penting dalam kehidupan sehari-hari dan kebebasan melakukan aktivitas yang dipilih. Tidak termasuk transportasi pribadi.

2.2.2.5 Dimensi Spiritualitas/Keagamaan/Keyakinan Pribadi

Menurut World Health Organization (1998), dimensi spiritualitas/ keagamaan/ keyakinan pribadi mengkaji keyakinan pribadi seseorang dan dampaknya bagi kualitas kehidupan. Hal tersebut mungkin dengan cara membantu individu menghadapi dalam hidupnya, memberikan struktur pada pengalaman mereka, memberikan makna pada pertanyaan-pertanyaan spiritual, dan memberikan individu rasa sejahtera. Bagi banyak orang agama, keyakinan pribadi, dan spiritualitas merupakan sumber kenyamanan, kesejahteraan, keamanan, makna, rasa memiliki, tujuan, dan kekuatan. Namun, beberapa orang merasa agama memiliki pengaruh buruk pada kehidupan mereka.

Tabel 1*Dimensi dan Aspek Kualitas Hidup*

Dimensi	Aspek
Fisik	Sakit/nyeri dan tidak nyaman
	Tenaga dan kelelahan
	Aktivitas Seksual
	Tidur dan istirahat
	Fungsi indrawi
Psikologis	Perasaan positif
	Berpikir, belajar, ingatan, dan konsentrasi
	<i>Self-esteem</i>
	Citra tubuh dan penampilan
Tingkat kemandirian	Perasaan negatif
	Mobilitas
	Aktivitas kehidupan sehari-hari
	Ketergantungan pada zat obat dan bantuan medis
	Ketergantungan pada zat bukan obat
Hubungan sosial	Kapasitas komunikasi
	Kapasitas kerja
	Hubungan pribadi
	Dukungan sosial praktis
Lingkungan	Aktivitas sebagai pemberi nafkah/penunjang
	Kebebasan, keselamatan dan keamanan fisik
	Lingkungan rumah
	Kepuasan kerja
	Sumber daya finansial
	Layanan kesehatan dan sosial; aksesibilitas dan kualitas
	Kesempatan untuk memperoleh informasi dan keterampilan
	Partisipasi dan kesempatan untuk aktivitas rekreasi dan santai
	Lingkungan fisik (polusi/kebisingan/lalu lintas/iklim
	Transportasi
Spiritualitas/Keagamaan/ Keyakinan pribadi	

Dikutip dari The WHOQOL Group (1994)

2.3 Gagal Ginjal

2.3.1 Pengertian Gagal Ginjal

Menurut Christensen & Ehlers (2002), gagal ginjal merupakan tahap akhir dari penyakit ginjal kronis yang disebabkan oleh hilangnya kemampuan ginjal secara bertahap untuk menyaring dan mengeluarkan cairan dari dalam tubuh, sehingga menyebabkan penumpukan limbah, garam, dan kelebihan air dalam tubuh

Menurut Abbasi et al. (2010), penurunan fungsi ginjal tidak dapat diubah dan dapat berakibat fatal tanpa adanya terapi dialisis atau transplantasi ginjal. Penurunan atau hilangnya fungsi ginjal menyebabkan sejumlah perubahan maladaptif, seperti: penumpukan cairan, kurangnya sel darah merah (anemia), gangguan pada tulang dan metabolisme mineral, kandungan kadar lemak terlalu tinggi atau terlalu rendah (dislipidemia), dan malnutrisi protein-energi. Jika tidak ditangani, gangguan tersebut dapat menyebabkan nyeri, rasa gatal yang disertai keinginan menggaruk (pruritus), kekurangan sel darah merah (anemia), pengeroposan tulang, dan peningkatan risiko patah tulang, dan dapat berkontribusi menyebabkan hipertensi dan penyakit kardiovaskular.

Dari uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa gagal ginjal merupakan penyakit yang disebabkan hilangnya sebagian fungsi ginjal untuk menyaring dan mengeluarkan limbah dari tubuh sehingga terjadi penumpukan cairan dan limbah pada tubuh, serta menyebabkan berbagai gangguan pada tubuh dan dapat berkontribusi menyebabkan hipertensi dan penyakit kardiovaskular.

2.3.2 Faktor Risiko Gagal Ginjal

Dari hasil observasi 842 kasus gagal ginjal Hsu et al. (2009) menemukan faktor risiko berpotensi dalam perkembangan penyakit gagal ginjal meliputi: jenis kelamin

laki-laki, usia yang lebih tua, memiliki jumlah kandungan albumin harian yang tidak normal pada air kencing (proteinuria), diabetes melitus, tingkat pendidikan rendah, ras Afrika Amerika, tekanan darah tinggi, indeks massa tubuh tinggi, tingkat kreatinin serum tinggi. Kemudian, adanya riwayat penyakit seperti: *stroke*, radang sendi akibat asam urat, penyakit ginjal, batu ginjal atau kemih, nokturia/buang air kecil berlebih di malam hari, dan riwayat operasi ginjal; penebalan dinding dari ruang pompa jantung; kolesterol serum tinggi, hemoglobin rendah, dan tingkat asam urat tinggi; juga memiliki riwayat keluarga dengan penyakit ginjal; paparan dari pekerjaan tertentu, seperti: uap timah atau logam lainnya, debu asbes, semen atau biji-bijian; gas amonia, klorin, ozon, atau nitrogen; bahan kimia, cairan pembersih, pelarut, uap pembuangan mesin, paparan panas yang ekstrem, penyemprotan tanaman dan serangga; debu silika, debu dari proses *sandbalsting*, penggilingan, dan bebatuan; merokok, konsumsi alkohol.

Menurut Abbasi et al. (2010), proteinuria paling kuat memprediksi berkembangnya penyakit gagal ginjal. Hipertensi merupakan faktor risiko independen kuat bagi perkembangan gagal ginjal, terutama bagi individu yang memiliki kadar albumin yang tidak normal dalam air kencingnya. Usia juga memprediksi penyakit gagal ginjal. Orang yang berusia di atas 65 tahun memiliki peningkatan risiko empat hingga lima kali lipat mengalami gagal ginjal dibandingkan dengan orang yang berusia di bawah 65 tahun. Faktor risiko lainnya yaitu adanya riwayat ketidakmampuan progresif untuk mengeluarkan asam metabolik, diabetes melitus, penyalahgunaan heroin, penggunaan tembakau atau pereda nyeri, ras atau etnis selain kulit putih, status sosial ekonomi rendah, obesitas, kondisi peningkatan kadar asam urat tinggi dalam darah (hiperurisemia), dan riwayat keluarga dengan penyakit ginjal.

Dari uraian di atas, dapat disimpulkan faktor risiko yang dapat memprediksi perkembangan penyakit gagal ginjal, di antaranya proteinuria, diabetes melitus, tingkat asam urat tinggi, tekanan darah tinggi, usia di atas 65 tahun, indeks massa tubuh tinggi, ras selain kulit putih, status sosial ekonomi rendah, merokok, dan riwayat keluarga dengan penyakit ginjal.

2.3.3 Prognosis Gagal Ginjal

Menurut Abbasi et al. (2010), prognosis keseluruhan dari penyakit gagal ginjal yang tidak ditangani tetap buruk. Sebagian besar dari orang dengan gagal ginjal meninggal akibat komplikasi penyakit kardiovaskular, infeksi, atau jika tidak dilakukan hemodialisis akan terjadi penumpukan racun dalam darah secara bertahap. Namun tidak tersedia perkiraan persis angka kematian. Kematian akibat penyakit kardiovaskular lebih tinggi pada orang yang memiliki gagal ginjal dibandingkan dengan populasi pada umumnya, terutama di kalangan orang muda.

Menurut Locatelli et al. (2010), prognosis pasien gagal ginjal yang memiliki diabetes dan menerima *renal replacement therapy* sangat meningkat, namun tingkat kelangsungan hidup dan rehabilitasi medis secara signifikan memburuk dibanding pasien yang tidak memiliki diabetes, terutama karena kondisi kardiovaskular sebelumnya. *Renal replacement therapy* yang biasanya digunakan pada pasien gagal ginjal dengan diabetes adalah hemodialisis, namun hal tersebut meningkatkan sejumlah masalah klinis.

Gagal ginjal merupakan penyakit yang tidak dapat diubah, prognosis gagal ginjal tetap buruk dan dapat berakhir dengan kematian bisa tidak ditangani dengan hemodialisis. Hemodialisis dapat meningkatkan prognosis pasien dengan gagal ginjal.

2.4 Hemodialisis

2.4.1 Pengertian Hemodialisis

Menurut Abbasi et al. (2010), tujuan umum dari intervensi pada penyakit gagal ginjal adalah untuk memperpanjang hidup, mencegah komplikasi penumpukan urea dan limbah dalam tubuh, mengurangi komplikasi penyakit kardiovaskular, mengatur tekanan darah dan kelebihan muatan darah pada salah satu ruang jantung, memperbaiki kualitas hidup, dengan efek samping minimal. Hemodialisis atau yang biasa disebut terapi cuci darah merupakan salah satu dari berbagai intervensi penyakit gagal ginjal.

Hemodialisis merupakan suatu prosedur yang menggunakan mesin yang memompa darah pasien dan cairan yang disebut dengan dialisat melalui “ginjal buatan” atau yang disebut dengan dializer (Misra, 2005). Dializer memiliki dua bagian, satu untuk darah pasien dan lainnya untuk dialisat. Darah dan dialisat dipisahkan satu sama lain dengan membran semipermeabel, yang memungkinkan terjadinya difusi molekul dalam larutan melintasi membran tersebut.

Himmelfarb & Ikizler (2010) menjelaskan bahwa hemodialisis dilakukan mengembalikan keadaan cairan dalam dan luar sel. Zat terlarut dari darah seperti urea dibawa ke dalam dialisat dan zat terlarut dari dialisat seperti bikarbonat dibawa ke dalam darah. Konsentrasi zat terlarut dan berat molekul merupakan penentu utama laju difusi. Molekul kecil seperti urea terdifusi dengan cepat, sedangkan molekul yang terkotak-kotak dan lebih besar, seperti zat terlarut yang terikat protein terdifusi jauh lebih lambat. Selain difusi molekul, zat terlarut dapat melewati pori-pori pada membran melalui proses osmosis atau hidrostatis. Proses tersebut disebut ultrafiltrasi. Selama ultrafiltrasi, tidak ada perubahan konsentrasi zat terlarut. Proses tersebut menghilangkan kelebihan air dalam tubuh.

Terapi hemodialisis merupakan cara yang paling umum digunakan untuk merawat pasien gagal ginjal. Terapi tersebut dilakukan untuk mengembalikan keadaan cairan dalam dan luar sel, dengan cara menyaring molekul berlebih keluar dari darah dan menambahkan molekul yang kurang dalam darah.

2.5 Kerangka Berpikir

Berbagai penelitian menemukan bahwa dukungan sosial memiliki dampak pada kesehatan fisik dan mental individu (Cohen et al., 2000; Cohen & Janicki-Deverts, 2009; Cohen & Wills, 1985; Lakey & Cohen, 2000; LAM, 2019; Ozbay et al., 2007; Pierce et al., 1996; Thoits, 2011). Dukungan sosial juga memiliki peran dalam risiko, perkembangan, dan pemulihan dari penyakit (Uchino et al., 2018). Dukungan sosial juga memiliki peran dalam risiko, perkembangan, dan pemulihan dari penyakit. Pada pasien gagal ginjal, dukungan sosial dan keluarga memiliki pengaruh terhadap mereka dan menjadi sumber perasaan positif, *self-esteem*, serta memperbaiki kualitas hidup pasien (Bakewell et al., 2002; Christensen & Ehlers, 2002; Dąbrowska-Bender et al., 2018; Evans et al., 1985).

Pada penelitian korelasi antara dukungan sosial dan kualitas hidup yang dilakukan pada pasien dengan kanker pada periode pengobatan yang berbeda, Yang et al. (2017) menemukan bahwa kualitas hidup pasien pada saat sebelum kemoterapi, sesudah kemoterapi, dan pada masa rehabilitasi memiliki korelasi positif dengan dukungan sosial ($p < 0,01$). Penelitian tersebut menyebutkan bahwa kualitas hidup dapat ditingkatkan dengan meningkatkan dukungan sosial bagi pasien.

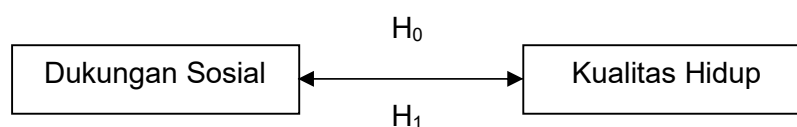
Pada penelitian asosiasi dukungan sosial dan kualitas hidup yang dilakukan pada orang dengan skizofrenia yang menerima layanan psikiatri dari masyarakat, Munikanan et al. (2017) menemukan bahwa dukungan sosial memprediksi kualitas hidup pada setiap dimensi; pada dimensi Fisik [$B = 0.315$ ($p < 0.001$), $B = 0.670$ ($p < 0.001$), $B = 0.257$ ($p < 0.031$)]; pada dimensi Psikologis [$B = 0.491$ ($p < 0.001$), $B = 0.735$ ($p < 0.001$), $B = 0.631$ ($p < 0.001$)]; pada dimensi Sosial [$B = 1.065$ ($p < 0.001$), $B = 0.670$ ($p < 0.017$), $B = 2.076$ ($p < 0.001$)]; dan pada dimensi Lingkungan [$B = 0.652$ ($p < 0.001$), $B = 1.199$ ($p < 0.001$), $B = 0.678$ ($p < 0.001$)]. Penelitian tersebut menyimpulkan merupakan komponen penting bagi orang dengan skizofrenia yang menerima layanan psikiatri.

Pada penelitian hubungan kualitas hidup dan dukungan sosial dilakukan pada pasien hemodialisis, Zamanzadeh et al. (2007) menemukan hubungan signifikan antara dua variabel tersebut ($r = 0,4$, $p < 0,001$).

Berdasarkan uraian di atas, dukungan sosial memiliki hubungan yang positif dengan kualitas hidup individu. Dengan kata lain semakin tinggi dukungan sosial, maka semakin tinggi kualitas hidup individu. Sebaliknya, semakin rendah dukungan sosial, maka semakin rendah kualitas hidup individu.

Gambar 2

Bagan Kerangka Berpikir



2.6 Hipotesis Penelitian

Berdasarkan kerangka berpikir yang telah dipaparkan sebelumnya, maka hipotesis dalam penelitian ini adalah:

H_0 : Tidak terdapat hubungan antara dukungan sosial dan kualitas hidup pada pasien gagal ginjal yang menjalani terapi hemodialisis di Rumah Sakit Urip Sumoharjo.

H_1 : Terdapat hubungan antara dukungan sosial dan kualitas hidup pada pasien gagal ginjal yang menjalani terapi hemodialisis di Rumah Sakit Urip Sumoharjo.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Partisipan Penelitian

3.1.1 Karakteristik Partisipan

Karakteristik partisipan dalam penelitian ini adalah: (1) Orang yang mengalami penyakit gagal; (2) Sedang menjalani terapi hemodialisis; (3) Merupakan dewasa awal dan madia; (5) Berjenis kelamin laki-laki dan perempuan; (4) Berdomisili di Provinsi Lampung, Indonesia.

3.1.2 Gambaran Partisipan

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Urip Sumoharjo, dengan jumlah partisipan penelitian sebanyak 32 ($N = 32$) pasien gagal ginjal yang menjalani terapi hemodialisis.

Tabel 2*Gambaran Umum Usia Partisipan*

Usia	Frekuensi	Persentase
40 - 65	24	75,0
20 - 40	8	25,0
Total	32	100,0

Berdasarkan usia partisipan, diketahui bahwa penelitian ini didominasi oleh partisipan dewasa madya sebanyak 24 partisipan (75%), disusul oleh partisipan dewasa awal sebanyak 8 partisipan (25%).

Tabel 3*Statistik Deskriptif Usia Partisipan*

	<i>N</i>	Minimum	Maksimum	<i>M</i>	<i>SD</i>
Usia	32	23	65	49,38	11,07

Rata-rata usia partisipan dalam penelitian ini adalah 49,38 tahun ($SD = 11.07$). Usia partisipan berkisar antara 23 tahun hingga 65 tahun.

Tabel 4*Gambaran Umum Partisipan Berdasarkan Jenis Kelamin*

Jenis Kelamin	Frekuensi	Persentase
Laki-laki	17	53,1
Perempuan	15	46,9
Total	32	100,0

Berdasarkan jenis kelamin partisipan, diketahui bahwa sebagian besar

partisipasi dalam penelitian ini berjenis kelamin laki sebanyak 17 partisipan (53,1%) dan sebagian lagi berjenis kelamin perempuan sebanyak 15 partisipan (46,9%).

Tabel 5

Gambaran Umum Partisipan Berdasarkan Tingkat Pendidikan Akhir

Tingkat Pendidikan Terakhir	Frekuensi	Persentase
Pendidikan Menengah (SMA/Sederajat)	13	40,6
Pendidikan Dasar (SD/ sederajat, SMP/ sederajat)	10	31,3
Pendidikan Tinggi (Diploma, Sarjana, Magister, Spesialis, Doktor)	9	28,1
Total	32	100,0

Berdasarkan tingkat pendidikan terakhir partisipan, diketahui bahwa penelitian ini didominasi oleh partisipan dengan tingkat pendidikan terakhir di pendidikan menengah sebanyak 13 partisipan (40,6%), disusul oleh partisipan dengan tingkat pendidikan terakhir di pendidikan dasar sebanyak 10 partisipan (31,1%) dan partisipan dengan tingkat pendidikan terakhir di pendidikan tinggi sebanyak 9 partisipan (28,1%).

Tabel 6

Gambaran Umum Partisipan Berdasarkan Status Pernikahan

Status pernikahan	Frekuensi	Persentase
Menikah	27	84,4
Belum Menikah	4	12,5
Cerai Mati	1	3,1
Total	32	100,0

Berdasarkan status pernikahan partisipan, diketahui bahwa penelitian ini didominasi partisipan yang telah menikah sebanyak 27 partisipan (84,4%), disusul oleh partisipan yang belum menikah sebanyak 4 partisipan (12,5%) dan 1 partisipan bercerai akibat kematian (3,1%).

Tabel 7

Gambaran Umum Partisipan Berdasarkan Tinggal Bersama

Tinggal Bersama	Frekuensi	Persentase
Pasangan	21	65,6
Anak	10	31,3
Orang Tua	1	3,1
Total	32	100.0

Berdasarkan dengan siapa partisipan tinggal bersama, diketahui bahwa penelitian ini didominasi oleh partisipan yang tinggal bersama dengan pasangan sebanyak 21 partisipan (65,6%), disusul oleh partisipan yang tinggal bersama dengan anak sebanyak 10 partisipan (31,3%) dan 1 partisipan yang tinggal bersama dengan orang tua (3,1%)

Tabel 8

Gambaran Umum Partisipan Berdasarkan Lama Terapi Yang Dijalani

Lama Terapi yang Dijalani (tahun)	Frekuensi	Persentase
≤ 2	20	62,5
>2 - 4	8	25,0
>4 - 6	3	9,4
>6	1	3,1
Total	32	100,0

Berdasarkan lama terapi yang dijalani partisipan, diketahui bahwa penelitian ini didominasi oleh partisipan yang telah menjalani terapi selama kurang dari sama dengan 2 tahun sebanyak 20 partisipan (62,5%), disusul oleh partisipan yang telah menjalani terapi selama lebih dari 2 tahun hingga 4 tahun sebanyak 8 partisipan (25%), partisipan yang telah menjalani terapi lebih dari 4 tahun hingga 6 tahun sebanyak 3 partisipan (9,4%), dan 1 partisipan yang menjalani terapi lebih dari 6 tahun (3,1%).

Tabel 9

Statistik Deskriptif Partisipan Berdasarkan Lama Terapi Yang Dijalani

	<i>N</i>	Minimum	Maksimum	<i>M</i>	<i>SD</i>
Lama Terapi	32	1	130	24,46	26,68

Rata-rata lama terapi yang dijalani partisipan adalah 24,46 bulan ($SD = 26,68$). Lama terapi yang dijalani partisipan berkisar dari 1 bulan sampai 130 bulan.

3.2 Jenis Penelitian

Penelitian ini dirancang dengan menggunakan pendekatan kuantitatif korelasional. Penelitian korelasional mengukur beberapa variabel dan menganalisis hubungan antara variabel tersebut. Dengan demikian, penelitian ini dirancang untuk menggambarkan dan mengetahui hubungan antara variabel yang telah ditentukan dalam penelitian ini, yaitu dukungan sosial dan kualitas hidup yang ada pada pasien gagal ginjal yang menjalani terapi hemodialisis di Rumah Sakit Urip Sumoharjo.

3.3 Setting dan Peralatan Penelitian

Pengambilan data dalam penelitian ini dilaksanakan di bagian hemodialisis Rumah Sakit Urip Sumoharjo. Peralatan yang digunakan untuk mengukur variabel dalam penelitian ini adalah alat ukur *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (MSPSS) dan alat ukur WHOQOL-BREF. Alat Ukur MSPSS digunakan untuk mengukur variabel dukungan sosial yang menjadi variabel independen (IV) dalam penelitian ini. Alat ukur MSPSS yang digunakan dalam penelitian ini memiliki 12 butir pernyataan dengan konsistensi internal sebesar 0,904. Alat ukur WHOQOL-BREF digunakan untuk mengukur variabel kualitas hidup yang menjadi variabel dependen (DV) pada penelitian ini. Alat ukur WHOQOL-BREF yang digunakan dalam penelitian ini memiliki 22 butir pertanyaan dengan konsistensi internal sebesar 0,878. Alat ukur Butir-butir dari alat ukur tersebut akan disusun menjadi kuesioner untuk pengambilan data.

Peralatan yang digunakan dalam pengambilan data berupa pena, *informed consent*, dan lembar kuesioner. Pengolahan data yang telah diperoleh akan dilaksanakan di rumah peneliti. Peralatan yang digunakan dalam proses pengolahan data berupa lembar kuesioner yang telah diisi partisipan, laptop, dan aplikasi *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versi 25 dari IBM.

3.4 Alat Ukur Penelitian

3.4.1 Alat Ukur Variabel Dukungan Sosial MSPSS

Dukungan sosial merupakan dukungan yang diberikan dari bentuk hubungan sosial yang bertujuan meningkatkan kesejahteraan individu yang menerima dukungan (Zimet et al., 1988). Penelitian ini menggunakan alat ukur

Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) untuk mengukur variabel dukungan sosial yang menjadi variabel independen (IV) dalam penelitian ini. MSPSS merupakan alat ukur yang mengukur persepsi individu terhadap kecukupan dukungan sosial yang berasal dari tiga sumber, yaitu (1) keluarga, (2) teman, dan (3) orang penting lainnya. MSPSS memiliki 12 butir yang terdiri dari butir-butir positif. Kedua belas butir tersebut dibagi menjadi tiga kelompok: (1) Tiga butir membahas tentang hubungan dengan keluarga; (2) Tiga butir membahas tentang hubungan dengan teman, dan (3) Tiga butir membahas tentang hubungan dengan orang penting lainnya. Butir-butir tersebut dijawab menggunakan skala Likert 7 poin dengan rentang mulai dari Sangat Sangat Tidak Setuju (SSTS), Sangat Tidak Setuju (STS), Tidak Setuju (TS), Biasa-Biasa Saya (BBS), Setuju (S), Sangat Setuju (SS), Sangat Sangat Setuju (SST).

Tabel 10

Butir Alat Ukur MSPSS

Variabel	Dimensi	Butir
Dukungan Sosial	Orang Penting	SS1, SS2, SS5, SS10
	Keluarga	SS3, SS4, SS8, SS11
	Teman	SS6, SS7, SS9, SS12

Untuk mendapatkan skor dukungan sosial, seluruh skor butir dijumlahkan dan kemudian dirata-rata. Skor rata-rata menunjukkan tingkat dukungan sosial yang dipersepsi partisipan. Semakin tinggi skor yang diperoleh semakin tinggi dukungan sosial yang dipersepsi partisipan. Partisipan dapat dibagi menjadi beberapa kelompok dengan menggunakan skala respon (Zimet et al., 1988). Partisipan dengan rata-rata skor yang berkisar dari 1 hingga 2,9 dapat dianggap sebagai kelompok dukungan sosial rendah, 3 hingga 5 dapat dianggap sebagai kelompok

dukungan sosial sedang, 5,1 hingga 7 dapat dianggap sebagai kelompok dukungan sosial tinggi.

3.4.1.1 Uji Validitas Alat Ukur MSPSS

Hasil uji daya beda butir pada kedua belas butir alat ukur MSPSS (Tabel 11) menunjukkan bahwa nilai *corrected item-total correlation* dari setiap butir lebih besar dari 0,2. Dari hasil uji daya beda butir tersebut, dapat diketahui butir-butir pada alat ukur MSPSS valid dalam mengukur variabel dukungan sosial.

Tabel 11

Hasil Uji Validitas Alat Ukur MSPSS

Butir	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
SS1	61,00	66,903	0,472	0,905
SS2	60,72	64,789	0,799	0,888
SS3	60,16	68,910	0,558	0,899
SS4	60,34	66,555	0,624	0,896
SS5	60,66	65,072	0,730	0,891
SS6	61,09	64,346	0,659	0,894
SS7	61,56	64,577	0,705	0,892
SS8	60,50	66,645	0,663	0,894
SS9	61,44	63,996	0,666	0,894
SS10	60,66	66,168	0,535	0,901
SS11	60,44	66,964	0,664	0,895
SS12	61,56	65,673	0,560	0,900

3.4.1.2 Uji Reliabilitas Alat Ukur MSPSS

Hasil uji reliabilitas pada alat ukur MSPSS (Tabel 12) menunjukkan nilai koefisien reliabilitas *alpha Cronbach* alat ukur MSPSS sebesar 0,90 ($N_{butir} = 12$).

Dari hasil uji reliabilitas tersebut, dapat diketahui butir-butir pada alat ukur MSPSS reliabel dalam mengukur dukungan sosial.

Tabel 12

Hasil Uji Reliabilitas Alat Ukur Dukungan Sosial MSPSS

Variabel	Alpha Cronbach	N (Butir)
Dukungan Sosial	0,904	12

3.4.2 Alat Ukur Variabel Kualitas Hidup WHOQOL-BREF

Kualitas hidup adalah persepsi individu terhadap keadaan mereka dalam konteks budaya dan tata nilai yang mereka jalani dan yang berhubungan dengan tujuan, harapan, ukuran, dan perhatian mereka (World Health Organization, 1998). Kualitas hidup merupakan konsep luas yang menggabungkan kesehatan fisik, keadaan psikologis, tingkat kemandirian, hubungan sosial, keyakinan pribadi, dan lingkungan individu. Penelitian ini menggunakan WHOQOL-BREF untuk mengukur variabel kualitas hidup yang menjadi variabel dependen (DV) pada penelitian ini. WHOQOL-BREF merupakan alat ukur yang diciptakan untuk mengukur keseluruhan dari persepsi kualitas hidup. WHOQOL-BREF teruji dapat diterapkan pada lintas budaya.

WHOQOL-BREF merupakan bentuk pendek yang dikembangkan dari alat ukur WHOQOL-100. WHOQOL-BREF memiliki 26 butir yang terdiri dari 23 butir positif dan 3 butir negatif. Dua puluh empat butir dibagi menjadi empat dimensi yang masing-masing membahas tentang: (1) kesehatan fisik, yang terdiri dari 5 butir positif dan 3 butir negatif; (2) keadaan psikologis, yang terdiri dari 5 butir positif dan 1 butir negatif, (3) hubungan sosial, yang terdiri dari 3 butir positif, dan (4) lingkungan, yang terdiri dari 8 butir positif. Dua butir lainnya membahas tentang:

keseluruhan kualitas hidup, yang terdiri dari 1 butir positif; dan kesehatan secara umum, yang terdiri dari 1 butir.

Tabel 13

Butir Alat Ukur WHOQOL-BREF

Variabel	Dimensi	Butir	
		Positif	Negatif
Kualitas Hidup	Kesehatan Fisik	Q10, Q15, Q16, Q17, Q18	Q3, Q4
	Keadaan Psikologis	Q5, Q6, Q7, Q11, Q19	Q26
	Hubungan sosial	Q20, Q21, Q22	
	Lingkungan	Q8, Q9, Q12, Q13, Q14, Q23, Q24, Q25	
	Kualitas Hidup Keseluruhan	Q1	
	Kesehatan secara Umum	Q2	

Butir-butir tersebut menggunakan skala Likert 5 poin dengan skala respon yang beragam: (1) Sangat Buruk, Buruk, Biasa-biasa Saja, Baik, Sangat Baik; (2) Sangat Tidak Memuaskan, Tidak Memuaskan, Biasa-biasa Saja, Memuaskan, Sangat Memuaskan; (3) Tidak Sama Sekali, Sedikit, Dalam Jumlah Sedang, Sangat Sering, Dalam Jumlah Luar Biasa; (4) Tidak Sama Sekali, Sedikit, Sedang, Sering kali, Sepenuhnya dialami; (5) Tidak Pernah, Jarang, Cukup Sering, Sangat Sering, Selalu.

Rata-rata skor dalam setiap dimensi digunakan untuk menghitung skor dimensi. Skor dimensi kemudian dikalikan empat dan ditransformasi ke dalam skala 0-100 (arah positif) dengan menggunakan rumus pada manual pengguna WHOQOL (World Health Organization, 1998):

$$\text{TRANSFORMED SCORE} = (\text{SCORE} - 4) \times \frac{100}{16}$$

Tabel 14*Butir Alat Ukur WHOQOL-BREF Setelah Uji Validitas*

Variabel	Dimensi	Butir	
		Positif	Negatif
Kualitas Hidup	Kesehatan Fisik	Q15, Q16, Q17, Q18	
	Keadaan Psikologis	Q5, Q6, Q7, Q11, Q19	Q26
	Hubungan sosial	Q20, Q21, Q22	
	Lingkungan	Q8, Q9, Q13, Q14, Q23, Q24, Q25	
	Kualitas Hidup Keseluruhan	Q1	
	Kesehatan secara Umum	Q2	

Setelah uji validitas dilakukan terhadap alat ukur WHOQOL-BREF, terdapat 4 butir tidak valid sehingga tidak digunakan dalam analisis data selanjutnya. Butir-butir tersebut adalah Q3, Q4, Q10, dan Q12.

3.4.2.1 Uji Validitas Alat Ukur WHOQOL-BREF

3.4.2.1.1 Uji Validitas Butir WHOQOL-BREF Dimensi Kesehatan Fisik

Hasil uji daya beda butir pada 7 butir alat ukur WHOQOL-BREF yang mengukur dimensi Kesehatan Fisik (Tabel 15) menunjukkan bahwa terdapat 3 dari 7 butir yang memiliki nilai *corrected item-total correlation* lebih kecil dari 0,2, yaitu: Q3, Q4, dan Q10. Sehingga 3 butir tersebut tidak valid dalam mengukur dimensi kualitas hidup Kesehatan Fisik dan tidak digunakan dalam analisis data selanjutnya.

Tabel 15*Hasil Uji Validitas Butir WHOQOL-BREF Dimensi Kesehatan Fisik*

Butir	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q3	18,97	7,967	0,018	0,532
Q4	18,84	6,652	0,130	0,521
Q10	19,00	7,742	0,112	0,499
Q15	18,31	6,738	0,302	0,429
Q16	18,97	5,838	0,376	0,382
Q17	19,00	6,065	0,607	0,318
Q18	19,28	6,467	0,221	0,466

3.4.2.1.2 Uji Validitas Butir WHOQOL-BREF Dimensi Keadaan Psikologis

Hasil uji daya beda butir pada 6 butir alat ukur WHOQOL-BREF yang mengukur dimensi Keadaan Psikologis (Tabel 16) menunjukkan butir-butir tersebut memiliki nilai *corrected item-total correlation* lebih besar dari 0,2. Dari hasil uji tersebut, dapat diketahui bahwa 6 butir tersebut valid mengukur dimensi kualitas hidup Keadaan Psikologis.

Tabel 16*Hasil Uji Validitas Butir WHOQOL-BREF Dimensi Keadaan Psikologis*

Butir	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q5	16,81	8,157	0,403	0,691
Q6	16,63	6,435	0,613	0,619
Q7	16,97	8,031	0,547	0,662
Q11	17,00	7,161	0,558	0,644
Q19	16,88	7,726	0,353	0,709
Q26	16,66	7,781	0,302	0,729

3.4.2.1.3 Uji Validitas Butir WHOQOL-BREF Dimensi Hubungan Sosial

Hasil uji daya beda butir pada 3 butir alat ukur WHOQOL-BREF yang mengukur dimensi Hubungan Sosial (Tabel 17) menunjukkan butir-butir tersebut memiliki nilai *corrected item-total correlation* lebih besar dari 0,2. Dari hasil uji tersebut, dapat diketahui bahwa 3 butir tersebut valid dalam mengukur dimensi kualitas hidup Hubungan Sosial.

Tabel 17

Hasil Uji Validitas Butir WHOQOL-BREF Dimensi Hubungan Sosial

Butir	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q20	6.66	1.717	.543	.244
Q21	7.28	1.305	.380	.519
Q22	6.44	2.254	.272	.606

3.4.2.1.4 Uji Validitas Butir WHOQOL-BREF Dimensi Lingkungan

Hasil uji daya beda butir pada 8 butir alat ukur WHOQOL-BREF yang mengukur dimensi Lingkungan (Tabel 18) menunjukkan bahwa terdapat 1 dari 8 butir yang memiliki nilai *corrected item-total correlation* lebih kecil dari 0,2, yaitu: Q12, sehingga butir tersebut tidak valid dalam mengukur dimensi kualitas hidup Lingkungan dan tidak digunakan dalam analisis data selanjutnya.

Tabel 18*Hasil Uji Validitas Butir WHOQOL-BREF Dimensi Lingkungan*

Butir	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q8	23,31	7,706	0,316	0,626
Q9	23,34	7,588	0,500	0,576
Q12	23,69	9,190	0,053	0,688
Q13	23,31	7,383	0,552	0,561
Q14	24,16	7,684	0,286	0,638
Q23	22,94	8,319	0,302	0,626
Q24	22,78	7,725	0,495	0,580
Q25	23,06	8,577	0,331	0,621

3.4.2.2 Uji Reliabilitas Alat Ukur WHOQOL-BREF

Uji validitas dilakukan setelah melakukan uji validitas ulang terhadap alat ukur WHOQOL-BREF. Hasil uji reliabilitas pada alat ukur WHOQOL-BREF (Tabel 19) menunjukkan bahwa alat ukur WHOQOL-BREF memiliki nilai koefisien reliabilitas *alpha Cronbach* sebesar 0,88 ($N_{butir} = 22$).

Tabel 19*Hasil Uji Reliabilitas Alat Ukur WHOQOL-BREF*

Variabel	Alpha Cronbach	N (Butir)
Kualitas Hidup	0,878	22

Dari hasil uji reliabilitas tersebut, dapat diketahui bahwa alat ukur WHOQOL yang digunakan dalam penelitian ini memiliki nilai koefisien reliabilitas *alpha Cronbach* lebih besar dari 0,60, sehingga dapat dikatakan alat ukur WHOQOL-BREF yang digunakan reliabel dalam mengukur variabel kualitas hidup.

3.5 Prosedur penelitian

3.5.1 Persiapan Penelitian

Penelitian ini dimulai dengan menangkap fenomena yang ada di wilayah kesehatan masyarakat. Peneliti menemukan bahwa penyakit kronis dan perawatan penyakit kronis memiliki dampak signifikan bagi berbagai aspek kehidupan pasien penyakit kronis. Melalui beberapa kajian literatur ditemukan bahwa dukungan sosial memiliki kontribusi pada kesehatan fisik maupun psikologis pasien dengan berbagai penyakit kronis dengan begitu mempengaruhi kualitas hidup pasien. Kemudian peneliti mencoba mendapatkan akses kepada populasi penderita penyakit kronis dan menemukan populasi pasien gagal ginjal yang menjalani terapi hemodialisis di Rumah Sakit Urip Sumoharjo Bandar Lampung. Peneliti kemudian menetapkan dukungan sosial dan kualitas hidup menjadi variabel untuk diteliti, peneliti berusaha untuk mengetahui hubungan di antara kedua variabel tersebut pada pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisis sebagai partisipan penelitian.

Peneliti selanjutnya merancang desain penelitian yang sesuai dengan tujuan penelitian. Peneliti menerjemahkan alat ukur MSPSS untuk mengukur dukungan sosial. Alat ukur WHOQOL-BREF yang digunakan untuk mengukur kualitas hidup dalam penelitian ini merupakan WHOQOL-BREF versi Bahasa Indonesia. Kemudian *content validity* kedua alat ukur tersebut diuji oleh pakar, Ibu Debora Basaria M.Psi., Psikolog dan Ibu Dr. Riana Sahrini, M.Si., Psikolog. Dalam pengambilan data, peneliti akan menyebarkan kuesioner yang akan diisi oleh partisipan. Kuesioner yang dirancang terdiri dari formulir data diri partisipan, *informed consent*, dan butir-butir alat ukur MSPSS yang telah diadaptasi dan butir-

butir alat ukur WHOQOL-BREF versi Bahasa Indonesia. Kuesioner dicetak ke atas kertas A4 menjadi berkas kuesioner yang siap diberikan ke partisipan.

3.5.2 Pelaksanaan Penelitian

Pengambilan data dilaksanakan di bagian hemodialisis RS Urip Sumoharjo dari tanggal 27 November 2020 hingga 30 November 2020. Diakibatkan kontaminasi COVID-19 di bagian hemodialisis Rumah Sakit Urip Sumoharjo, seluruh operasi bagian hemodialisis berpindah dari lantai 2 ke lantai 8 dan akses ke bagian hemodialisis Rumah Sakit Urip Sumoharjo dibatasi. Sehingga peneliti bekerja sama dengan penanggung jawab bagian hemodialisis dalam pengambilan data.

Administrasi kuesioner dan pembagian cendera mata dilakukan oleh penanggung jawab. Peneliti memberikan informasi yang perlu diketahui oleh penanggung jawab dalam melakukan administrasi kuesioner. Pengambilan data diadministrasikan dengan metode *paper-and-pencil*. Partisipan dipilih berdasarkan penilaian penanggung jawab terhadap kapasitas dan tingkat kesadaran partisipan untuk melakukan pengisian kuesioner. Setiap partisipan mengisikan berkas kuesioner setelah melakukan terapi hemodialisis dengan pertimbangan agar tidak mengganggu rangkaian terapi yang sedang dijalani. Setiap partisipan akan mendapatkan satu berkas kuesioner. Setiap partisipan diberikan satu pena untuk mengisikan berkas kuesioner tersebut dan dapat dibawa partisipan sebagai cendera mata. Setelah penanggung jawab memastikan kuesioner diisi oleh partisipan dikembalikan kepada peneliti, kemudian peneliti melakukan olah data dari kuesioner yang sudah diisi

3.6 Pengolahan data dan Teknik Analisis

Pengolahan data dan teknik analisis dalam penelitian ini menggunakan aplikasi SPSS IBM versi 25. Data yang telah diperoleh digunakan untuk menguji validitas dan reliabilitas alat ukur yang digunakan, yaitu alat ukur MSPSS dan WHOQOL-BREF. Uji validitas dilakukan untuk mengetahui sejauh mana alat ukur mengukur variabel yang hendak diukur. Uji validitas dilakukan dengan menggunakan *expert judgement* dan analisis daya beda butir berdasarkan nilai *corrected item-total correlation* yang baik. Uji reliabilitas dilakukan untuk mengetahui sejauh mana hasil pengukuran dari alat ukur dapat dipercaya. Uji reliabilitas alat ukur dalam penelitian ini menggunakan analisis reliabilitas *alpha Cronbach*.

Setelah melakukan uji validitas dan reliabilitas, peneliti melakukan uji normalitas untuk mengetahui apakah data terdistribusi secara normal. Uji normalitas menggunakan analisis *Shapiro-Wilk* karena sampel kurang dari 50 ($N = 32$). Selanjutnya dilakukan uji korelasi dilakukan dengan analisis korelasi *Pearson Product Moment*.

BAB IV

TEMUAN PENELITIAN DAN ANALISIS DATA

4.1 Gambaran Variabel Penelitian

4.1.1 Gambaran Variabel Dukungan Sosial

Hasil pengukuran variabel dukungan sosial dengan menggunakan alat ukur MSPSS menunjukkan bahwa skor dukungan sosial yang dipersepsi partisipan sebesar 5,53 ($N = 32$, $SD = 0,74$). Skor tersebut berada pada kisaran 5,1 hingga 7 yang menunjukkan partisipan berada pada kelompok dukungan sosial tinggi.

Tabel 20

Statistik Deskriptif Dukungan Sosial

Variabel	<i>N</i>	Minimum	Maksimum	<i>M</i>	<i>SD</i>
Dukungan Sosial	32	4,00	7,00	5,53	0,74

Berdasarkan jenis kelamin, diketahui skor dukungan sosial pada partisipan berjenis kelamin laki-laki sebesar 5,49 ($N = 17$, $SD = 0,71$), sedangkan pada partisipan berjenis kelamin perempuan sebesar 5,58 ($N = 15$, $SD = 0,79$).

Tabel 21

Gambaran Dukungan Sosial Berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	Dukungan Sosial		
	<i>M</i>	<i>N</i>	<i>SD</i>
Laki-laki	5,49	17	0,71
Perempuan	5,58	15	0,79
Total	5,53	32	0,74

Berdasarkan usia, diketahui skor dukungan sosial pada partisipan dalam rentang usia 40 hingga 65 tahun sebesar 5,48 ($N = 24$, $SD = 0,76$), sedangkan pada partisipan dalam rentang usia 20 hingga 40 tahun sebesar 5,68 ($N = 8$, $SD = 0,69$).

Tabel 22

Gambaran Dukungan Sosial Berdasarkan Usia

Usia	Dukungan Sosial		
	<i>M</i>	<i>N</i>	<i>SD</i>
40 - 65	5,48	24	0,76
20 - 40	5,68	8	0,69
Total	5,53	32	0,74

Berdasarkan tingkat pendidikan, diketahui skor dukungan sosial pada partisipan dengan tingkat pendidikan menengah sebesar 5,49 ($N = 13$, $SD = 0,78$), sedangkan pada partisipan dengan tingkat pendidikan dasar sebesar 5,45 ($N = 10$,

$SD = 0,63$), dan pada partisipan dengan tingkat pendidikan tinggi sebesar 5,69 ($N = 9$, $SD = 0,84$).

Tabel 23

Gambaran Dukungan Sosial Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Tingkat Pendidikan	Dukungan Sosial		
	<i>M</i>	<i>N</i>	<i>SD</i>
Pendidikan Menengah	5,49	13	0,78
Pendidikan Dasar	5,45	10	0,63
Pendidikan Tinggi	5,69	9	0,84
Total	5,53	32	0,74

Berdasarkan status pernikahan, diketahui skor dukungan sosial pada partisipan yang menikah sebesar 5,52 ($N = 27$, $SD = 0,76$), sedangkan pada partisipan yang belum menikah sebesar 5,46 ($N = 4$, $SD = 0,66$), dan pada partisipan yang cerai mati sebesar 6,25 ($N = 1$).

Tabel 24

Gambaran Dukungan Sosial Berdasarkan Status Pernikahan

Status Pernikahan	Dukungan Sosial		
	<i>M</i>	<i>N</i>	<i>SD</i>
Menikah	5,52	27	0,76
Belum Menikah	5,46	4	0,66
Cerai Mati	6,25	1	0,00
Total	5,53	32	0,74

Berdasarkan dengan siapa partisipan tinggal, diketahui skor dukungan sosial pada partisipan yang tinggal dengan pasangan sebesar 5,47 ($N = 21$, $SD = 0,64$),

sedangkan pada partisipan yang tinggal dengan anak sebesar 5,76 ($N = 10$, $SD = 0,87$) dan pada partisipan yang tinggal dengan orang tua sebesar 4,5 ($N = 1$).

Tabel 25

Gambaran Dukungan Sosial Berdasarkan Tinggal Bersama

Tinggal Bersama	Dukungan Sosial		
	<i>M</i>	<i>N</i>	<i>SD</i>
Pasangan	5,47	21	0,64
Anak	5,76	10	0,87
Orang Tua	4,50	1	0,00
Total	5,53	32	0,74

Berdasarkan lama terapi yang dijalani partisipan, diketahui skor dukungan sosial pada partisipan yang menjalani terapi selama kurang dari sama dengan 2 tahun sebesar 5,49 ($N = 20$, $SD = 0,65$). Sedangkan pada partisipan yang menjalani terapi selama lebih dari 2 hingga 4 tahun sebesar 5,66 ($N = 8$, $SD = 0,91$), kemudian pada partisipan yang menjalani terapi selama lebih dari 4 tahun hingga 6 tahun sebesar 5,61 ($N = 3$, $SD = 1,16$), dan pada partisipan yang menjalani terapi selama lebih dari 6 tahun sebesar 5,08 ($N = 1$).

Tabel 26

Gambaran Dukungan Sosial Berdasarkan Lama Terapi

Lama Terapi	Dukungan Sosial		
	<i>M</i>	<i>N</i>	<i>SD</i>
≤2 tahun	5,49	20	0,65
>2 - 4 tahun	5,66	8	0,91
>4 tahun - 6 tahun	5,61	3	1,16
>6 tahun	5,08	1	0,00
Total	5,53	32	0,74

4.1.2 Gambaran Variabel Kualitas Hidup

Hasil pengukuran kualitas hidup pada partisipan dengan menggunakan alat ukur WHOQOL-BREF menunjukkan bahwa skor kualitas hidup partisipan pada dimensi Kesehatan Fisik sebesar 54,30 ($SD = 14,50$), pada dimensi Keadaan Psikologis sebesar 59,12 ($SD = 13,36$), pada dimensi Hubungan Sosial sebesar 59,90 ($SD = 15,03$), dan pada dimensi Lingkungan sebesar 59,60 ($SD = 10,83$).

Tabel 27

Statistik Deskriptif Variabel Kualitas Hidup

Dimensi WHOQOL-BREF	<i>N</i>	Minimum	Maksimum	<i>M</i>	<i>SD</i>
Kesehatan Fisik	32	25,00	87,50	54,30	14,50
Keadaan Psikologis	32	25,00	87,50	59,12	13,36
Hubungan Sosial	32	41,67	91,67	59,90	15,03
Lingkungan	32	42,86	96,43	59,60	10,83

Berdasar usia, diketahui skor dimensi kualitas hidup Kesehatan Fisik pada partisipan dalam rentang usia 40 hingga 65 tahun sebesar 55,99 ($N = 24$, $SD = 14,45$), sedangkan pada partisipan dalam rentang usia 20 hingga 40 tahun sebesar 49,22 ($N = 8$, $SD = 14,35$). Skor pada dimensi kualitas hidup Keadaan Psikologis pada partisipan dalam rentang usia 40 hingga 65 tahun 60,76 ($N = 24$, $SD = 13,29$), sedangkan pada partisipan dalam rentang usia 20 hingga 40 tahun sebesar 54,17 ($N = 8$, $SD = 13,18$).

Skor pada dimensi kualitas hidup Hubungan Sosial, sedangkan pada partisipan dalam rentang usia 40 hingga 65 tahun sebesar 59,03 ($N = 24$, $SD = 15,53$), sedangkan pada partisipan dalam rentang usia 20 hingga 40 tahun sebesar 62,50 ($N = 8$, $SD = 14,09$). Skor pada dimensi kualitas hidup Lingkungan pada partisipan dalam rentang usia 40 hingga 65 tahun sebesar 59,82 ($N = 24$, $SD = 12,11$),

sedangkan pada partisipan dalam rentang usia 20 hingga 40 tahun sebesar 58,93 ($N = 5$, $SD = 6,04$).

Tabel 28

Gambaran Kualitas Hidup Partisipan Berdasarkan Usia

Usia		Dimensi Kualitas Hidup WHOQOL-BREF			
		Kesehatan Fisik	Keadaan Psikologis	Hubungan Sosial	Lingkungan
40 - 65	<i>M</i>	55,99	60,76	59,03	59,82
	<i>N</i>	24	24	24	24
	<i>SD</i>	14,45	13,29	15,53	12,11
20 - 40	<i>M</i>	49,22	54,17	62,50	58,93
	<i>N</i>	8	8	8	8
	<i>SD</i>	14,35	13,18	14,09	6,04
Total	<i>M</i>	54,30	59,12	59,90	59,60
	<i>N</i>	32	32	32	32
	<i>SD</i>	14,50	13,36	15,03	10,83

Berdasarkan jenis kelamin, diketahui skor dimensi kualitas hidup Kesehatan Fisik pada partisipan berjenis kelamin laki-laki sebesar 54,78 ($N = 17$, $SD = 14,91$), sedangkan pada partisipan berjenis kelamin perempuan sebesar 53,75 ($N = 15$, $SD = 14,52$). Skor dimensi kualitas hidup Keadaan Psikologis pada partisipan berjenis kelamin laki-laki sebesar 59,80 ($N = 17$, $SD = 11,02$), sedangkan pada partisipan berjenis kelamin perempuan sebesar 58,33 ($N = 15$, $SD = 15,98$).

Skor pada dimensi kualitas hidup Hubungan Sosial partisipan berjenis kelamin laki-laki sebesar 58,33 ($N = 17$, $SD = 13,82$), sedangkan pada partisipan berjenis kelamin perempuan sebesar 61,67 ($N = 15$, $SD = 16,61$). Skor pada dimensi kualitas hidup Lingkungan partisipan berjenis kelamin laki-laki sebesar 57,77 ($N = 17$, $SD = 8,77$), sedangkan pada partisipan berjenis kelamin perempuan sebesar 61,67 ($N = 15$, $SD = 12,77$).

Tabel 29

Gambaran Kualitas Hidup Partisipan Berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin		Dimensi Kualitas Hidup WHOQOL-BREF			
		Kesehatan Fisik	Keadaan Psikologis	Hubungan Sosial	Lingkungan
Laki-laki	<i>M</i>	54,78	59,80	58,33	57,77
	<i>N</i>	17	17	17	17
	<i>SD</i>	14,91	11,02	13,82	8,77
Perempuan	<i>M</i>	53,75	58,33	61,67	61,67
	<i>N</i>	15	15	15	15
	<i>SD</i>	14,52	15,98	16,61	12,77
Total	<i>M</i>	54,30	59,12	59,90	59,60
	<i>N</i>	32	32	32	32
	<i>SD</i>	14,50	13,36	15,03	10,83

Berdasarkan tingkat pendidikan, diketahui skor dimensi kualitas hidup Kesehatan Fisik pada partisipan dengan tingkat pendidikan menengah sebesar 51,44 ($N = 13$, $SD = 13,54$), sedangkan pada partisipan dengan tingkat pendidikan dasar sebesar 48,75 ($N = 10$, $SD = 13,44$), dan pada partisipan dengan tingkat pendidikan tinggi sebesar 64,58 ($N = 9$, $SD = 12,89$). Skor dimensi kualitas hidup Keadaan Psikologis pada partisipan dengan tingkat pendidikan menengah sebesar 52,89 ($N = 13$, $SD = 11,2$), sedangkan pada partisipan dengan tingkat pendidikan dasar sebesar 58,75 ($N = 10$, $SD = 15,02$), dan pada partisipan dengan tingkat pendidikan tinggi sebesar 68,25 ($N = 9$, $SD = 9,34$).

Skor dimensi kualitas hidup Hubungan Sosial pada partisipan dengan pendidikan menengah sebesar 61,54 ($N = 13$, $SD = 13,84$), sedangkan pada partisipan dengan tingkat pendidikan dasar sebesar 52,50 ($N = 10$, $SD = 13,06$), dan pada partisipan dengan pendidikan tinggi sebesar 65,74 ($N = 9$, $SD = 16,90$). Skor dimensi kualitas hidup Lingkungan pada partisipan dengan tingkat pendidikan menengah sebesar 59,89 ($N = 13$, $SD = 12,64$), sedangkan pada partisipan

dengan tingkat pendidikan dasar sebesar 56,79 ($N = 10$, $SD = 8,82$), dan pada partisipan dengan tingkat pendidikan tinggi sebesar 62,30 ($N = 9$, $SD = 10,43$).

Tabel 30

Gambaran Kualitas Hidup Partisipan Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Tingkat Pendidikan		Dimensi Kualitas Hidup WHOQOL-BREF			
		Kesehatan Fisik	Keadaan Psikologis	Hubungan Sosial	Lingkungan
Menengah	<i>M</i>	51,44	52,89	61,54	59,89
	<i>N</i>	13	13	13	13
	<i>SD</i>	13,54	11,20	13,84	12,64
Dasar	<i>M</i>	48,75	58,75	52,50	56,79
	<i>N</i>	10	10	10	10
	<i>SD</i>	13,44	15,02	13,06	8,82
Tinggi	<i>M</i>	64,58	68,52	65,74	62,30
	<i>N</i>	9	9	9	9
	<i>SD</i>	12,89	9,34	16,90	10,43
Total	<i>M</i>	54,30	59,12	59,90	59,60
	<i>N</i>	32	32	32	32
	<i>SD</i>	14,50	13,36	15,03	10,83

Berdasarkan status pernikahan, skor dimensi kualitas hidup Kesehatan Fisik pada partisipan yang menikah sebesar 54,40 ($N = 27$, $SD = 13,29$), sedangkan pada partisipan yang belum menikah sebesar 45,31 ($N = 4$, $SD = 12,89$), dan pada partisipan yang cerai mati sebesar 87,50 ($N = 1$). Skor dimensi kualitas hidup Keadaan Psikologis pada partisipan yang menikah sebesar 60,49 ($N = 27$, $SD = 13,84$), sedangkan pada partisipan yang belum menikah sebesar 50 ($N = 4$, $SD = 7,61$), dan pada partisipan yang cerai mati sebesar 58,33 ($N = 1$).

Skor dimensi kualitas hidup Hubungan Sosial pada partisipan yang menikah sebesar 60,19 ($N = 27$, $SD = 15,56$), sedangkan pada partisipan yang belum menikah sebesar 54,17 ($N = 4$, $SD = 10,76$), dan pada partisipan yang cerai mati

sebesar 75 ($N = 1$). Skor dimensi kualitas hidup Lingkungan pada partisipan yang menikah sebesar 59,66 ($N = 27$, $SD = 11,20$), sedangkan pada partisipan yang belum menikah sebesar 56,25 ($N = 4$, $SD = 7,92$), dan pada partisipan yang cerai mati sebesar 71,43 ($N = 1$).

Tabel 31

Gambaran Kualitas Hidup Partisipan Berdasarkan Status Pernikahan

Status Pernikahan		Dimensi Kualitas Hidup WHOQOL-BREF			
		Kesehatan Fisik	Keadaan Psikologis	Hubungan Sosial	Lingkungan
Menikah	<i>M</i>	54,40	60,49	60,19	59,66
	<i>N</i>	27	27	27	27
	<i>SD</i>	13,29	13,84	15,56	11,20
Belum Menikah	<i>M</i>	45,31	50,00	54,17	56,25
	<i>N</i>	4	4	4	4
	<i>SD</i>	12,89	7,61	10,76	7,92
Cerai Mati	<i>M</i>	87,50	58,33	75,00	71,43
	<i>N</i>	1	1	1	1
	<i>SD</i>	0,00	0,00	0,00	0,00
Total	<i>M</i>	54,30	59,12	59,90	59,60
	<i>N</i>	32	32	32	32
	<i>SD</i>	14,50	13,36	15,03	10,83

Berdasarkan dengan siapa partisipan tinggal, diketahui skor dimensi kualitas hidup Kesehatan Fisik pada partisipan yang tinggal bersama pasangan sebesar 53,87 ($N = 21$, $SD = 10,17$), sedangkan pada partisipan yang tinggal bersama anak sebesar 57,50 ($N = 10$, $SD = 20,58$), dan pada partisipan yang tinggal bersama orang tua sebesar 31,25 ($N = 1$). Skor dimensi kualitas hidup Keadaan Psikologis pada partisipan yang tinggal dengan pasangan sebesar 58,73 ($N = 21$, $SD = 10,28$), sedangkan pada partisipan yang tinggal dengan anak sebesar 61,26 ($N = 10$, $SD = 18,85$), dan pada partisipan yang tinggal dengan orang tua sebesar 45,83

($N = 1$). Skor dimensi kualitas hidup Hubungan Sosial pada partisipan yang tinggal bersama pasangan sebesar 58,73 ($N = 21$, $SD = 11,93$), sedangkan pada partisipan yang tinggal bersama anak sebesar 64,17 ($N = 10$, $SD = 20,05$), dan pada partisipan yang tinggal bersama orang tua sebesar 41,67 ($N = 1$). Skor dimensi kualitas hidup Lingkungan pada partisipan yang tinggal bersama pasangan sebesar 56,97 ($N = 21$, $SD = 7,27$), sedangkan pada partisipan yang tinggal bersama anak sebesar 65,71 ($N = 10$, $SD = 14,98$), dan pada partisipan yang tinggal bersama orang tua 53,57 ($N = 1$).

Tabel 32

Gambaran Kualitas Hidup Partisipan Berdasarkan Tinggal Bersama

Tinggal Bersama		Dimensi Kualitas Hidup WHOQOL-BREF			
		Kesehatan Fisik	Keadaan Psikologis	Hubungan Sosial	Lingkungan
Pasangan	<i>M</i>	53,87	58,73	58,73	56,97
	<i>N</i>	21	21	21	21
	<i>SD</i>	10,17	10,28	11,93	7,27
Anak	<i>M</i>	57,50	61,25	64,17	65,71
	<i>N</i>	10	10	10	10
	<i>SD</i>	20,58	18,85	20,05	14,98
Orang Tua	<i>M</i>	31,25	45,83	41,67	53,57
	<i>N</i>	1	1	1	1
	<i>SD</i>	0,00	0,00	0,00	0,00
Total	<i>M</i>	54,30	59,12	59,90	59,60
	<i>N</i>	32	32	32	32
	<i>SD</i>	14,50	13,36	15,03	10,83

Berdasarkan lama terapi, diketahui skor dimensi kualitas hidup Kesehatan Fisik pada partisipan yang menjalani lama terapi selama kurang dari sama dengan 2 tahun sebesar 54,06 ($N = 20$, $SD = 11,70$), sedangkan pada partisipan yang

menjalani terapi selama lebih dari 2 tahun hingga 4 tahun sebesar 57,81 ($N = 8$, $SD = 18,82$), kemudian pada partisipan yang menjalani terapi lebih dari 4 tahun hingga 6 tahun sebesar 54,17 ($N = 3$, $SD = 20,09$), dan pada partisipan yang menjalani terapi lebih dari 6 tahun sebesar 31,25 ($N = 1$). Skor dimensi kualitas hidup Keadaan Psikologis pada partisipan yang menjalani terapi selama kurang dari sama dengan 2 tahun sebesar 58,54 ($N = 20$, $SD = 14,9$), sedangkan pada partisipan yang menjalani terapi selama lebih dari 2 tahun hingga 4 tahun sebesar 58,85 ($N = 8$, $SD = 10,07$), kemudian pada partisipan yang menjalani terapi lebih dari 4 tahun hingga 6 tahun sebesar 62,5 ($N = 3$, $SD = 16,67$), dan pada partisipan yang menjalani terapi selama lebih dari 6 tahun sebesar 62,50 ($N = 1$).

Skor dimensi kualitas hidup Hubungan Sosial pada partisipan yang menjalani terapi selama kurang dari sama dengan 2 tahun sebesar 58,75 ($N = 20$, $SD = 15,41$), sedangkan pada partisipan yang menjalani terapi selama lebih dari 2 tahun hingga 4 tahun sebesar 60,42 ($N = 8$, $SD = 14,61$), kemudian pada partisipan yang menjalani terapi lebih dari 4 tahun hingga 6 tahun sebesar 63,89 ($N = 3$, $SD = 20,97$), dan pada partisipan yang menjalani terapi selama lebih dari 6 tahun sebesar 66,67 ($N = 1$). Skor dimensi kualitas hidup Lingkungan pada partisipan yang menjalani terapi selama kurang dari sama dengan 2 tahun sebesar 58,93 ($N = 20$, $SD = 12,88$), sedangkan pada partisipan yang menjalani terapi selama lebih dari 2 tahun hingga 4 tahun sebesar 60,71 ($N = 8$, $SD = 7,39$), kemudian pada partisipan yang menjalani terapi selama lebih dari 4 tahun hingga 6 tahun sebesar 63,10 ($N = 3$, $SD = 2,06$), dan pada partisipan yang menjalani terapi selama lebih dari 6 tahun sebesar 53,57 ($N = 1$).

Tabel 33*Gambaran Kualitas Hidup Partisipan Berdasarkan Lama Terapi*

Lama Terapi (Tahun)		Dimensi Kualitas Hidup WHOQOL-BREF			
		Kesehatan Fisik	Keadaan Psikologis	Hubungan Sosial	Lingkungan
≤2	<i>M</i>	54,06	58,54	58,75	58,93
	<i>N</i>	20	20	20	20
	<i>SD</i>	11,70	14,90	15,41	12,88
>2 - 4	<i>M</i>	57,81	58,85	60,42	60,71
	<i>N</i>	8	8	8	8
	<i>SD</i>	18,82	10,07	14,61	7,39
>4 - 6	<i>M</i>	54,17	62,50	63,89	63,10
	<i>N</i>	3	3	3	3
	<i>SD</i>	20,09	16,67	20,97	2,06
>6	<i>M</i>	31,25	62,50	66,67	53,57
	<i>N</i>	1	1	1	1
	<i>SD</i>	0,00	0,00	0,00	0,00
Total	<i>M</i>	54,30	59,13	59,90	59,60
	<i>N</i>	32	32	32	32
	<i>SD</i>	14,50	13,36	15,03	10,83

4.2 Analisis Data Utama

4.2.1 Uji Asumsi

Dalam melakukan uji asumsi, penelitian ini melakukan uji validitas dan uji reliabilitas terhadap alat ukur MSPSS dan WHOQOL-BREF yang digunakan dalam mengukur variabel dukungan sosial dan kualitas hidup untuk mengetahui apakah alat ukur yang digunakan valid dan reliabel. Selanjutnya, penelitian ini melakukan uji normalitas untuk mengetahui apakah data terdistribusi normal atau tidak. Kemudian, penelitian ini melakukan analisis hipotesis dengan uji korelasi terhadap

dua variabel yang digunakan dalam penelitian, yaitu dukungan sosial dan kualitas hidup.

4.2.1.1 Uji Normalitas

Uji normalitas pada data penelitian ini menggunakan analisis Shapiro-Wilk karena sampel kurang dari 50 ($N = 32$). Hasil uji normalitas (Tabel 34) menunjukkan bahwa data terdistribusi secara normal ($p > 0,05$) pada dimensi kualitas hidup kesehatan fisik, dimensi kualitas hidup keadaan psikologis, dan dukungan sosial. Terdapat juga data yang tidak terdistribusi secara normal ($p < 0,05$) pada dimensi kualitas hidup hubungan sosial dan dimensi kualitas hidup lingkungan.

Tabel 34

Hasil Uji Normalitas

Variabel	Dimensi	Shapiro-Wilk		
		Statistik	df	Sig.
Kualitas Hidup	Kesehatan Fisik	0,965	32	0,375
	Keadaan Psikologis	0,978	32	0,726
	Hubungan Sosial	0,912	32	0,013
	Lingkungan	0,913	32	0,013
Dukungan Sosial		0,986	32	0,937

4.2.2 Analisis Hipotesis

Analisis hipotesis dalam penelitian ini menggunakan uji korelasi *Pearson Product Moment*. Hasil uji korelasi *Pearson Product Moment* menyatakan bahwa terdapat korelasi signifikan antara variabel dukungan sosial dan setiap dimensi kualitas hidup. Dukungan sosial dan dimensi kualitas hidup Kesehatan Fisik memiliki nilai koefisien korelasi Pearson sebesar 0,56 ($p < 0,01$). Dukungan sosial

dan dimensi kualitas hidup Keadaan Psikologis memiliki nilai koefisien korelasi Pearson sebesar 0,47 ($p < 0,01$). Dukungan sosial dan dimensi kualitas hidup Hubungan Sosial memiliki nilai koefisien korelasi Pearson sebesar 0,61 ($p < 0,01$). Dukungan sosial dan dimensi kualitas hidup Lingkungan memiliki nilai koefisien korelasi Pearson sebesar 0,62 ($p < 0,01$).

Dilihat dari koefisien korelasi *Pearson* yang bernilai positif dapat diartikan hubungan antara dukungan sosial dan kualitas hidup bersifat positif, dengan kata lain semakin meningkatnya dukungan sosial yang dipersepsi pasien gagal ginjal yang menjalani terapi hemodialisis, maka semakin meningkat pula kualitas hidup mereka.

Tabel 35

Hasil Uji Korelasi antara Variabel Dukungan Sosial dan Kualitas Hidup

Variabel		Dimensi Kualitas Hidup WHOQOL-BREF			
		Kesehatan Fisik	Keadaan Psikologis	Hubungan Sosial	Lingkungan
Dukungan Sosial	Korelasi Pearson	0,564**	0,467**	0,610**	0,615**
	Sig. (2 arah)	0,001	0,007	0,000	0,000
	N	32	32	32	32

** . Korelasi signifikan pada tingkat 0,01 (2 arah).

BAB V

SIMPULAN, DISKUSI, DAN SARAN

5.1 Simpulan

Capaian tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara dukungan sosial dengan kualitas hidup pada pasien gagal ginjal yang menjalani terapi hemodialisis di Rumah Sakit Urip Sumoharjo. Berdasarkan hasil uji korelasi *Pearson Product Moment* yang dilakukan pada 32 data, terdapat hubungan antara dukungan sosial dengan setiap dimensi kualitas hidup dengan arah positif.

Dari hasil analisis tersebut dapat disimpulkan bahwa hipotesis alternatif dalam penelitian ini diterima, dengan kata lain terdapat hubungan signifikan antara dukungan sosial dan kualitas hidup pada pasien gagal ginjal yang menjalani terapi hemodialisis di Rumah Sakit Urip Sumoharjo.

5.2 Diskusi

Berbagai kajian telah menemukan bahwa penyakit gagal ginjal dan terapi hemodialisis menurunkan kualitas hidup pasien dan kualitas hidup dapat memperbaiki kualitas hidup pasien yang menjalani terapi hemodialisis. Sejalan dengan temuan dari kajian-kajian tersebut, penelitian ini menemukan bahwa terdapat hubungan antara dukungan sosial dengan kualitas hidup pada pasien gagal ginjal yang menjalani terapi hemodialisis di Rumah Sakit Urip Sumoharjo. Hubungan antara dukungan sosial dengan kualitas hidup tersebut merupakan hubungan positif, dengan kata lain semakin tinggi dukungan sosial maka semakin tinggi kualitas, begitu pun sebaliknya, semakin rendah dukungan sosial maka semakin rendah kualitas hidup.

Skor dukungan sosial pasien tergolong tinggi yaitu sebesar 5,5 dan skor kualitas hidup pasien berada pada kisaran 54,30 hingga 59,90 dalam rentang 0 hingga 100, dengan nilai dimensi Hubungan Sosial memiliki nilai tertinggi dan dimensi Kesehatan Fisik berada di nilai terendah. Nilai kualitas hidup dimensi Hubungan Sosial yang tinggi pada pasien mungkin dikarenakan nilai dukungan sosial yang diperoleh pasien cukup tinggi. Menurut Lakey & Cohen (2000), dukungan sosial dipengaruhi dari kualitas hubungan sosial yang dipelihara dalam jaringan sosial individu. Sedangkan, dimensi kualitas hidup Hubungan Sosial yang digagas The WHOQOL Group (1994) mengkaji hubungan sosial, dukungan sosial, dan aktivitas seksual individu. Kedua variabel tersebut mengukur hal yang kurang lebih sama, dan pada penelitian ini keduanya memiliki hubungan signifikan yang bersifat positif ($p < 0,001$). Dengan kata lain, nilai dukungan sosial akan secara signifikan mempengaruhi nilai dimensi kualitas hidup Hubungan Sosial.

Nilai kualitas hidup dimensi Kesehatan Fisik pada pasien yang paling rendah di antara dimensi lainnya mungkin disebabkan oleh gejala-gejala yang muncul terus menerus yang mungkin sangat parah dan dapat mengganggu gaya hidup pasien. Bakewell et al. (2002) menemukan beratnya setiap gejala pada pasien gagal ginjal yang menjalani terapi hemodialisis memiliki hubungan dengan afek dan kualitas hidup mereka. Hal tersebut mungkin dapat menjadi alasan mengapa nilai kualitas hidup Kesehatan Fisik pasien paling rendah di antara lainnya.

Jika dilihat kembali, nilai dimensi kualitas hidup Kesehatan Fisik pasien pada penelitian ini yaitu sebesar 54,53 lebih besar dari 50. Hal tersebut mungkin dikarenakan dukungan sosial yang diperoleh pasien. Menurut Christensen dan Ehlers (2002), pasien yang merasa berada dalam lingkungan keluarga yang mendukung menunjukkan kepatuhan dalam membatasi asupan cairan. Ahrari et al., (2014) menemukan bahwa terdapat hubungan signifikan antara dukungan sosial dan kepatuhan terhadap pembatasan asupan makanan dan cairan pada pasien gagal ginjal yang menjalani terapi hemodialisis dan keluarga merupakan salah satu sumber dukungan yang terpenting bagi pasien. Asupan makanan dan cairan yang tidak dibatasi pada pasien akan menyebabkan penumpukan cairan racun dan hasil akhir metabolisme di aliran darah yang memperparah penyakit dan menyebabkan kematian prematur. Dapat disimpulkan bahwa dukungan sosial mencegah berkembangnya penyakit gagal ginjal dan menjaga kesehatan fisik pasien.

Dalam berbagai kajian yang telah dilakukan, banyak dari pasien gagal ginjal yang menjalani terapi hemodialisis memiliki kualitas hidup yang buruk. Namun dalam penelitian ini, kualitas hidup pasien gagal ginjal yang menjalani terapi hemodialisis tergolong sedang. Bila dijelaskan dengan adanya hubungan antara

dukungan sosial dengan kualitas hidup, maka dukungan sosial dapat mendukung kualitas hidup pasien hemodialisis.

Ada pun keterbatasan dalam penelitian ini, yaitu: (1) Penelitian ini tidak meneliti atau mengukur variabel lain yang kemungkinan memiliki pengaruh terhadap variabel kualitas hidup dan dukungan sosial yang dipersepsi partisipan, seperti kepribadian, keadaan psikologis (perasaan positif, *self-esteem* dan lainnya), sikap (optimisme, *gratitude*, dan lainnya), latar belakang budaya, pendidikan, sosial ekonomi, dan sebagainya; (2) Penelitian ini tidak mengukur dimensi dukungan fungsional dari dukungan sosial atau jenis dukungan yang diterima oleh partisipan; (3) Penelitian ini tidak dapat digeneralisasikan pada populasi pasien gagal ginjal yang menjalani terapi hemodialisis di luar Rumah Sakit Urip Sumoharjo atau pun populasi pada umumnya.

5.3 Saran

5.3.1 Saran Teoritis

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan dukungan sosial dan kualitas hidup pada pasien gagal ginjal yang menjalani terapi hemodialisis di rumah sakit Urip Sumoharjo, agar dapat menambah wawasan terkait dengan dukungan sosial dan kualitas hidup. Peneliti berharap bagi penelitian selanjutnya yang sama-sama mengkaji hubungan dukungan sosial dan kualitas hidup dan atau menjadikan penelitian ini sebagai referensi, dapat meneliti variabel lain yang kemungkinan memiliki pengaruh terhadap variabel kualitas hidup dan dukungan sosial yang dipersepsi individu, seperti kepribadian, keadaan psikologis (perasaan positif, *self-esteem* dan lainnya), sikap (optimisme, *gratitude*, dan lainnya), latar

belakang budaya, pendidikan, sosial ekonomi, dan sebagainya. Penelitian selanjutnya juga diharapkan dapat mengukur dimensi dukungan fungsional dari dukungan sosial atau jenis dukungan yang diterima oleh individu, sehingga dapat diketahui jenis dukungan yang paling mempengaruhi kualitas hidup suatu populasi. Serta penelitian selanjutnya diharapkan dapat melakukan penelitian tentang dukungan sosial dan kualitas hidup pada populasi dengan penyakit kronis lainnya atau populasi dengan penyakit yang memiliki tingkat keparahan tertentu.

5.3.2 Saran Praktis

Peneliti berharap para keluarga, kerabat, teman, serta tenaga kesehatan bagi pasien gagal ginjal yang menjalani hemodialisis memberikan dukungan sosial kepada mereka, karena dukungan sosial memiliki pengaruh terhadap kualitas hidup.

Untuk keluarga bagi pasien, peneliti berharap kepada anggota keluarga untuk ikut serta dalam proses pengobatan dan terus mendorong pasien untuk terus patuh menjalani perawatan yang telah ditentukan, seperti membatasi asupan cairan dan makanan pasien. Keluarga juga diharapkan dapat selalu bersedia mendengarkan ungkapan perasaan dan pemikiran pasien akibat stres terkait penyakit.

Untuk tenaga kesehatan bagi pasien, peneliti berharap untuk meningkatkan komunikasi dengan pasien untuk membantu mereka agar tetap menjalani perawatan yang telah ditentukan, mendorong keluarga, teman, dan orang penting bagi pasien untuk ikut serta dalam proses pengobatan, dan mengedukasi pasien dan keluarga pasien.

ABSTRACT

Maha, Nathanael Osbert Auda (705160010)

The Relationship between Social Support and Quality of Life in Renal Failure Patients Undergoing Hemodialysis at Urip Sumoharjo Hospital; Debora Basaria, M.Psi., Psi.. Psychology Undergraduate Program at Tarumanagara University (i-x, 72 pages, P-1-P-7, L-1-L-22)

The aim of this study was to examine the relationship between social support and quality of life in renal failure patients undergoing hemodialysis at Urip Sumoharjo Hospital. This study involved 32 renal failure patients who were undergoing hemodialysis at Urip Sumoharjo Hospital. The data of this research were collected using the WHOQOL-BREF (WHOQOL Group, 1996) and the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) (Zimet et al., 1988). The Pearson Product Moment shows that there is a significant positive relationship between social support and quality of life. Social support and Physical Health dimension of quality of life have a Pearson correlation coefficient of 0.56 ($p < 0.01$). Social support and Psychological State dimension of quality of life have a Pearson correlation coefficient of 0.47 ($p < 0.01$). Social support and Social Relations dimension of quality of life have a Pearson correlation coefficient of 0.61 ($p < 0.01$). Social support and Environment dimension quality of life have a Pearson correlation coefficient of 0.62 ($p < 0.01$). In other words, the more social support perceived by patients with renal failure undergoing hemodialysis, the more their quality of life will increase.

Keywords: social support, quality of life, renal failure, hemodialysis

DAFTAR PUSTAKA

- Abbasi, M. A., Chertow, G. M., & Hall, Y. N. (2010). End-stage renal disease. *BMJ Clinical Evidence*, 2010, 609–611. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-5659-0_244
- Ahrari, S., Moshki, M., & Bahrami, M. (2014). The relationship between social support and adherence of dietary and fluids restrictions among hemodialysis patients in Iran. *Journal of Caring Sciences*, 3(1), 11–19. <https://doi.org/10.5681/jcs.2014.002>
- Bakewell, A. B., Higgins, R. M., & Edmunds, M. E. (2002). Quality of life in peritoneal dialysis patients: Decline over time and association with clinical outcomes. *Kidney International*, 61(1), 239–248. <https://doi.org/10.1046/j.1523-1755.2002.00096.x>
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, 14(4), 413–445. <https://doi.org/10.1007/BF00922627>
- Barrett, B. J., Vavasour, H. M., Major, A., & Parfrey, P. S. (1990). Clinical and psychological correlates of somatic symptoms in patients on dialysis. *Nephron*, 55(1), 10–15. <https://doi.org/10.1159/000185911>
- Berkman, L. F. (1984). Assessing the physical health effects of social networks and social support. *Annual Review of Public Health*, 5(1), 413–432. <https://doi.org/10.1146/annurev.pu.05.050184.002213>
- Christensen, A. J., & Ehlers, S. L. (2002). Psychological factors in end-stage renal disease: An emerging context for behavioral medicine research.

- Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 712–724.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.3.712>
- Cohen, S., Gottlieb, B. H., & Underwood, L. G. (2000). Social Relationships and Health. In S. Cohen, L. G. Underwood, & B. H. Gottlieb (Eds.), *Social Support Measurement and Intervention* (pp. 3–26). Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195126709.003.0001>
- Cohen, S., & Janicki-Deverts, D. (2009). Can we improve our physical health by altering our social networks? *Perspectives on Psychological Science*, 4(4), 375–378. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2009.01141.x>
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
- Dąbrowska-Bender, M., Dykowska, G., Żuk, W., Milewska, M., & Staniszevska, A. (2018). The impact on quality of life of dialysis patients with renal insufficiency. *Patient Preference and Adherence*, 12, 577–583.
<https://doi.org/10.2147/PPA.S156356>
- Diener, E., & Suh, E. (1997). Measuring quality of life: Economic, social, and subjective indicators. *Social Indicators Research*, 40(1–2), 189–216.
<https://doi.org/10.1023/A:1006859511756>
- Evans, R. W., Manninen, D. L., Garrison, L. P., Hart, L. G., Blagg, C. R., Gutman, R. A., Hull, A. R., & Lowrie, E. G. (1985). The quality of life of patients with end-stage renal disease. *The New England Journal of Medicine*, 312(9), 553–559.
<https://doi.org/10.1056/NEJM198502283120905>
- Fukuhara, S., Lopes, A. A., Bragg-Gresham, J. L., Kurokawa, K., Mapes, D. L.,

- Akizawa, T., Bommer, J., Canaud, B. J., Port, F. K., & Held, P. J. (2003). Health-related quality of life among dialysis patients on three continents: The dialysis outcomes and practice patterns study. *Kidney International*, 64(5), 1903–1910. <https://doi.org/10.1046/j.1523-1755.2003.00289.x>
- Ginieri-Coccossis, M., Theofilou, P., Synodinou, C., Tomaras, V., & Soldatos, C. (2008). Quality of life, mental health and health beliefs in haemodialysis and peritoneal dialysis patients: Investigating differences in early and later years of current treatment. *BMC Nephrology*, 9(1), 14. <https://doi.org/10.1186/1471-2369-9-14>
- Himmelfarb, J., & Ikizler, T. A. (2010). Hemodialysis. *New England Journal of Medicine*, 363(19), 1833–1845. <https://doi.org/10.1056/NEJMra0902710>
- Hsu, C., Iribarren, C., McCulloch, C. E., Darbinian, J., & Go, A. S. (2009). Risk factors for end-stage renal disease. *Archives of Internal Medicine*, 169(4), 342. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2008.605>
- Jankowska-Polańska, B., Uchmanowicz, I., Wysocka, A., Uchmanowicz, B., Lomper, K., & Fal, A. M. (2017). Factors affecting the quality of life of chronic dialysis patients. *European Journal of Public Health*, 27(2), 262–267. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw193>
- Kan, W.-C., Wang, J.-J., Wang, S.-Y., Sun, Y.-M., Hung, C.-Y., Chu, C.-C., Lu, C.-L., Weng, S.-F., Chio, C.-C., & Chien, C.-C. (2013). The new comorbidity index for predicting survival in elderly dialysis patients: A long-term population-based study. *PLoS ONE*, 8(8), e68748. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0068748>
- Kobasa, S. C., Maddi, S. R., & Courington, S. (1981). Personality and constitution as mediators in the stress-illness relationship. *Journal of Health*

- and *Social Behavior*, 22(4), 368. <https://doi.org/10.2307/2136678>
- Lakey, B., & Cohen, S. (2000). Social Support Theory and Measurement. In S. Cohen, L. G. Underwood, & B. H. Gottlieb (Eds.), *Social Support Measurement and Intervention* (pp. 29–52). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195126709.003.0002>
- LAM, B. (2019). Social Support, Well-being, and Teacher Development. In *Social Support, Well-being, and Teacher Development*. Springer Singapore. <https://doi.org/10.1007/978-981-13-3577-8>
- Locatelli, F., Del Vecchio, L., & Cavalli, A. (2010). How Can Prognosis for Diabetic ESRD Be Improved? *Seminars in Dialysis*, 23(2), 214–219. <https://doi.org/10.1111/j.1525-139X.2010.00709.x>
- Mingardi, G., Cornalba, L., Cortinovis, E., Ruggiata, R., Mosconi, P., & Apolone, G. (1999). Health-related quality of life in dialysis patients. A report from an Italian study using the SF-36 Health Survey. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 14(6), 1503–1510. <https://doi.org/10.1093/ndt/14.6.1503>
- Misra, M. (2005). The basics of hemodialysis equipment. *Hemodialysis International*, 9(1), 30–36. <https://doi.org/10.1111/j.1492-7535.2005.01115.x>
- Moreno, F., Lopez Gomez, J. M., Sanz-Guajardo, D., Jofre, R., & Valderrábano, F. (1996). Quality of life in dialysis patients. A Spanish multicentre study. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 11(SUPPL. 2), 125–129. <https://doi.org/10.1093/ndt/11.suppl2.125>
- Munikanan, T., Midin, M., Daud, T. I. M., Rahim, R. A., Bakar, A. K. A., Jaafar, N. R. N., Sidi, H., & Baharuddin, N. (2017). Association of social support and quality of life among people with schizophrenia receiving community psychiatric service: A cross-sectional study. *Comprehensive Psychiatry*, 75,

- 94–102. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.02.009>
- Ozbay, F., Johnson, D. C., Dimoulas, E., Morgan, C. A., Charney, D., & Southwick, S. (2007). Social support and resilience to stress: from neurobiology to clinical practice. *Psychiatry (Edgmont)*, 4(5), 35–40. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20806028>
- PERNEFRI. (2018). 11th Report Of Indonesian Renal Registry 2018. *Irr*, 1–46. <https://www.indonesianrenalregistry.org/data/IRR 2018.pdf>
- Pierce, G. R., Sarason, B. R., Sarason, I. G., Joseph, H. J., & Henderson, C. A. (1996). Conceptualizing and Assessing Social Support in the Context of the Family. In *Handbook of Social Support and the Family* (pp. 3–23). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-1388-3_1
- Rodriguez, M. S., & Cohen, S. (1998). Social Support. In *Encyclopedia of Mental Health* (pp. 535–544). Academic Press.
- The WHOQOL Group. (1994). The Development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (the WHOQOL). In J. Orley & W. Kuyken (Eds.), *Quality of Life Assessment: International Perspectives* (Vol. 16, Issue 2, pp. 41–57). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-79123-9_4
- Thoits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(2), 145–161. <https://doi.org/10.1177/0022146510395592>
- Uchino, B. N., Bowen, K., Kent de Grey, R., Mikel, J., & Fisher, E. B. (2018). Social Support and Physical Health: Models, Mechanisms, and Opportunities. In *Principles and Concepts of Behavioral Medicine* (pp. 341–372). Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-0-387-93826-4_12

- Untas, A., Thumma, J., Rascle, N., Rayner, H., Mapes, D., Lopes, A. A., Fukuhara, S., Akizawa, T., Morgenstern, H., Robinson, B. M., Pisoni, R. L., & Combe, C. (2011). The associations of social support and other psychosocial factors with mortality and quality of life in the dialysis outcomes and practice patterns study. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 6(1), 142–152. <https://doi.org/10.2215/CJN.02340310>
- Veiel, H. O. F. (1985). Dimensions of social support: a conceptual framework for research. *Social Psychiatry*, 20(4), 156–162. <https://doi.org/10.1007/BF00583293>
- WHOQOL Group. (1996). *WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version*. World Health Organization.
- Wills, T. A., & Shinar, O. (2000). Measuring Perceived and Received Social Support. In S. Cohen, L. G. Underwood, & B. H. Gottlieb (Eds.), *Social Support Measurement and Intervention* (pp. 86–135). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195126709.003.0004>
- World Health Organization. (1998). *Draft programme on mental: WHOQOL user manual*. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77932/WHO_HIS_HSI_Rev.2?sequence=1
- World Health Organization. (2018). *Noncommunicable diseases country profiles 2018*. World Health Organization.
- Yang, L., Song, W. P., Chen, Z. L., Wang, Y., Chen, Y. Y., Hua, Y. H., Chen, M., & Zou, W. B. (2017). [Correlation between social support and quality of life in patients with breast cancer at different periods of treatment]. *Zhonghua*

- Zhong Liu Za Zhi [Chinese Journal of Oncology]*, 39(3), 202–206.
<https://doi.org/10.3760/cma.j.issn.0253-3766.2017.03.009>
- Zamanzadeh, V., Heidarzadeh, M., Oshvandi, K., & Lakdizaji, S. (2007). Relationship between quality of life and social support in hemodialysis patients in Imam Khomeini and Sina educational hospitals of Tabriz University of medical sciences. *Med J Tabriz Uni Med Sciences Health Services*, 29(1), 49–54.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30–41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2
- Zoccali, C., Moissl, U., Chazot, C., Mallamaci, F., Tripepi, G., Arkossy, O., Wabel, P., & Stuard, S. (2017). Chronic fluid overload and mortality in ESRD. *Journal of the American Society of Nephrology*, 28(8), 2491–2497.
<https://doi.org/10.1681/ASN.2016121341>

LAMPIRAN

Lampiran 1

Lembar Persetujuan

LEMBAR PERSETUJUAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Alamat :

Telepon :

Menyatakan secara sadar, tanpa paksaan, dan memiliki kapasitas mampu untuk ikut serta sebagai partisipan dalam penelitian yang dilakukan oleh Mahasiswa Fakultas Psikologi Universitas Tarumanagara, Nathanael Osbert (705160010) dengan judul penelitian Hubungan Dukungan Sosial dan Kualitas Hidup pada Pasien Gagal Ginjal yang Menjalani Terapi Hemodialisis. Saya memahami bahwa seluruh data yang saya berikan dirahasiakan dan hanya dipergunakan untuk kepentingan akademik.

Bandar Lampung, November 2020

Peneliti

Partisipan

Nathanael Osbert Auda

705160010

Lampiran 2

Lembar Data Diri Partisipan

LEMBAR DATA DIRI PARTISIPAN

Nama : _____

Usia : _____ tahun

Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan

Tempat, Tanggal Lahir : _____, __ / __ / ____

Tingkat Pendidikan : _____

Status Pernikahan : _____

Alamat : _____

Petunjuk pengisian: beri tanda silang (X) pada jawaban yang Anda pilih

Tinggal Bersama : () Orang Tua

() Pasangan

() Anak

() Sanak Saudara

() Lainnya, sebutkan _____

Lama menjalani Terapi hemodialisis: _____ bulan

Lampiran 3

Alat Ukur Kualitas Hidup WHOQOL-BREF versi Bahasa Indonesia

KUESIONER

Pertanyaan berikut ini menyangkut perasaan Anda terhadap kualitas hidup, kesehatan dan hal-hal lain dalam hidup Anda. **Pilihlah jawaban yang menurut Anda paling sesuai.** Jika Anda tidak yakin tentang jawaban yang akan Anda berikan terhadap pertanyaan yang diberikan, pikiran pertama yang muncul pada benak Anda sering kali merupakan jawaban yang terbaik.

Camkanlah dalam pikiran Anda segala standar hidup, harapan, kesenangan dan perhatian Anda. Kami akan bertanya apa yang Anda pikirkan tentang kehidupan Anda **pada dua minggu terakhir.**

		Sangat Buruk	Buruk	Biasa-biasa Saja	Baik	Sangat Baik
1.	Bagaimana menurut Anda kualitas hidup Anda?	1	2	3	4	5

		Sangat Tidak Memuaskan	Tidak Memuaskan	Biasa-biasa Saja	Memuaskan	Sangat memuaskan
2.	Seberapa puas Anda terhadap kesehatan Anda?	1	2	3	4	5

Pertanyaan berikut adalah tentang **seberapa sering** Anda telah mengalami hal-hal berikut ini **dalam dua minggu terakhir**.

		Tidak Sama Sekali	Sedikit	Dalam Jumlah Sedang	Sangat Sering	Dalam Jumlah Berlebihan
3.	Seberapa jauh rasa sakit fisik Anda mencegah Anda dalam beraktivitas sesuai kebutuhan Anda?	5	4	3	2	1
4.	Seberapa sering Anda membutuhkan terapi medis untuk dapat berfungsi dalam kehidupan sehari-hari Anda?	5	4	3	2	1
5.	Seberapa jauh Anda menikmati hidup Anda?	1	2	3	4	5
6.	Seberapa jauh Anda merasa hidup Anda berarti?	1	2	3	4	5
7.	Seberapa jauh Anda mampu berkonsentrasi?	1	2	3	4	5
8.	Secara umum, seberapa aman Anda rasakan dalam kehidupan Anda sehari-hari?	1	2	3	4	5
9.	Seberapa sehat lingkungan tempat Anda tinggal (berkaitan dengan sarana dan prasarana)	1	2	3	4	5

Pertanyaan berikut ini adalah tentang **seberapa penuh** Anda alami hal-hal berikut ini **dalam dua minggu terakhir**?

		Tidak Sama Sekali	Sedikit	Sedang	Sering-kali	Sepenuhnya Dialami
10.	Apakah Anda memiliki vitalitas yang cukup untuk beraktivitas sehari-hari?	1	2	3	4	5

11.	Apakah Anda dapat menerima penampilan tubuh Anda?	1	2	3	4	5
12.	Apakah Anda memiliki cukup uang untuk memenuhi kebutuhan Anda?	1	2	3	4	5
13.	Seberapa jauh ketersediaan informasi bagi kehidupan Anda dari hari ke hari?	1	2	3	4	5
14.	Seberapa sering Anda memiliki kesempatan untuk bersenang-senang/rekreasi?	1	2	3	4	5

		Sangat buruk	Buruk	Biasa-biasa Saja	Baik	Sangat Baik
15.	Seberapa baik kemampuan Anda dalam bergaul?	1	2	3	4	5

		Sangat Tidak Memuaskan	Tidak Memuaskan	Biasa-Biasa Saja	Memuaskan	Sangat Memuaskan
16.	Seberapa puaskah Anda dengan tidur Anda?	1	2	3	4	5
17.	Seberapa puaskah Anda dengan kemampuan Anda untuk menampilkan aktivitas kehidupan Anda sehari-hari?	1	2	3	4	5
18.	Seberapa puaskah Anda dengan kemampuan Anda untuk bekerja?	1	2	3	4	5
19.	Seberapa puaskah Anda terhadap diri Anda?	1	2	3	4	5
20.	Seberapa puaskah Anda dengan hubungan personal/sosial Anda?	1	2	3	4	5
21.	Seberapa puaskah Anda dengan kehidupan seksual Anda?	1	2	3	4	5
22.	Seberapa puaskah Anda dengan dukungan yang Anda dapat dari teman Anda?	1	2	3	4	5

23.	Seberapa puaskah Anda dengan kondisi tempat Anda tinggal saat ini?	1	2	3	4	5
24.	Seberapa puaskah Anda dengan akses Anda ke layanan kesehatan?	1	2	3	4	5
25.	Seberapa puaskah Anda dengan transportasi yang harus Anda jalani?	1	2	3	4	5

Pertanyaan berikut merujuk pada **seberapa sering** Anda merasakan atau mengalami hal-hal berikut **dalam dua minggu terakhir**.

		Tidak Pernah	Jarang	Cukup Sering	Sangat Sering	Selalu
26.	Seberapa sering Anda memiliki perasaan negatif seperti sedih, putus asa, cemas, depresi?	1	2	3	4	5

Lampiran 4

Alat Ukur Dukungan Sosial MSPSS versi Adaptasi

KUESIONER 2

Baca setiap pernyataan di bawah. Tandai bagaimana perasaan Anda terhadap setiap pernyataan tersebut.

Beri tanda silang pada angka "1" jika Anda **Sangat Sangat Tidak Setuju**

Beri tanda silang pada angka "2" jika Anda **Sangat Tidak Setuju**

Beri tanda silang pada angka "3" jika Anda **Tidak Setuju**

Beri tanda silang pada angka "4" jika Anda **Biasa-Biasa Saja**

Beri tanda silang pada angka "5" jika Anda **Setuju**

Beri tanda silang pada angka "6" jika Anda **Sangat Setuju**

Beri tanda silang pada angka "7" jika Anda **Sangat Sangat Setuju**

		SSTS	STS	TS	BBS	S	SS	SSS
1.	Saya memiliki seseorang yang istimewa di sekitar saya di saat saya membutuhkan sesuatu.	1	2	3	4	5	6	7
2.	Saya memiliki seseorang yang istimewa tempat saya berbagi suka dan duka.	1	2	3	4	5	6	7
3.	Keluarga saya sungguh-sungguh berusaha membantu saya.	1	2	3	4	5	6	7
4.	Saya mendapatkan bantuan dan dukungan emosional yang saya butuhkan dari keluarga saya	1	2	3	4	5	6	7
5.	Saya memiliki seseorang yang istimewa yang menjadi sumber hiburan nyata bagi saya.	1	2	3	4	5	6	7
6.	Teman-teman saya sungguh-sungguh berusaha membantu saya.	1	2	3	4	5	6	7
7.	Saya dapat mengandalkan teman-teman saya ketika ada yang salah.	1	2	3	4	5	6	7

8.	Saya dapat membicarakan masalah yang saya alami dengan keluarga saya	1	2	3	4	5	6	7
9.	Saya memiliki teman-teman tempat saya berbagi suka dan duka.	1	2	3	4	5	6	7
10.	Saya memiliki seseorang istimewa dalam hidup saya yang peduli tentang perasaan saya.	1	2	3	4	5	6	7
11.	Keluarga saya bersedia membantu saya membuat keputusan.	1	2	3	4	5	6	7
12.	Saya dapat membicarakan masalah yang saya alami dengan teman saya.	1	2	3	4	5	6	7

Lampiran 5

Gambaran Umum Partisipan

Gambaran Umum Usia Partisipan

Kategori Usia					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20 - 40	8	25.0	25.0	25.0
	40 - 65	24	75.0	75.0	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

Statistik Deskriptif Usia Partisipan

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Usia	32	23	65	49.38	11.074
Valid N (listwise)	32				

Gambaran Umum Partisipan Berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	17	53.1	53.1	53.1
	Perempuan	15	46.9	46.9	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

Gambaran Umum Partisipan Berdasarkan Tingkat Pendidikan Akhir

Kategori Pendidikan					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Dasar	10	31.3	31.3	31.3
	Menengah	13	40.6	40.6	71.9
	Tinggi	9	28.1	28.1	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

Gambaran Umum Partisipan Berdasarkan Status Pernikahan

		Status Pernikahan			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Belum Menikah	4	12.5	12.5	12.5
	Menikah	27	84.4	84.4	96.9
	Cerai Mati	1	3.1	3.1	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

Gambaran Umum Partisipan Berdasarkan Tinggal Bersama

		Tinggal_Bersama			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Orang Tua	1	3.1	3.1	3.1
	Pasangan	21	65.6	65.6	68.8
	Anak	10	31.3	31.3	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

Gambaran Umum Partisipan Berdasarkan Lama Terapi Yang Dijalani

		Lama Terapi Interval 2th			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 2	20	62.5	62.5	62.5
	> 6	1	3.1	3.1	65.6
	2 - 4	8	25.0	25.0	90.6
	4 - 6	3	9.4	9.4	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

Statistik Deskriptif Partisipan Berdasarkan Lama Terapi Yang Dijalani

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Lama Terapi	32	1	130	24.46	26.678
Valid N (listwise)	32				

Lampiran 6

Hasil Uji Validitas Alat Ukur Dukungan Sosial MSPSS

Hasil Uji Validitas Alat Ukur MSPSS

Item-Total Statistics				Cronbach's Alpha if Item Deleted
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	
SS1	61.00	66.903	.472	.905
SS2	60.72	64.789	.799	.888
SS3	60.16	68.910	.558	.899
SS4	60.34	66.555	.624	.896
SS5	60.66	65.072	.730	.891
SS6	61.09	64.346	.659	.894
SS7	61.56	64.577	.705	.892
SS8	60.50	66.645	.663	.894
SS9	61.44	63.996	.666	.894
SS10	60.66	66.168	.535	.901
SS11	60.44	66.964	.664	.895
SS12	61.56	65.673	.560	.900

Lampiran 7

Hasil Uji Reliabilitas Alat Ukur Dukungan Sosial MSPSS

Hasil Uji Reliabilitas Alat Ukur Dukungan Sosial MSPSS

Reliability Statistics

Cronbach's	
Alpha	N of Items
.904	12

Lampiran 8

Hasil Uji Validitas Alat Ukur Kualitas Hidup WHOQOL-BREF

Hasil Uji Validitas Butir-Butir WHOQOL-BREF Dimensi Kesehatan Fisik

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q3	18.97	7.967	.018	.532
Q4	18.84	6.652	.130	.521
Q10	19.00	7.742	.112	.499
Q15	18.31	6.738	.302	.429
Q16	18.97	5.838	.376	.382
Q17	19.00	6.065	.607	.318
Q18	19.28	6.467	.221	.466

Hasil Uji Validitas Butir-Butir WHOQOL-BREF Dimensi Keadaan Psikologis

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q5	16.81	8.157	.403	.691
Q6	16.63	6.435	.613	.619
Q7	16.97	8.031	.547	.662
Q11	17.00	7.161	.558	.644
Q19	16.88	7.726	.353	.709
Q26	16.66	7.781	.302	.729

Hasil Uji Validitas Butir-Butir WHOQOL-BREF Dimensi Hubungan Sosial

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q20	6.66	1.717	.543	.244
Q21	7.28	1.305	.380	.519

Q22	6.44	2.254	.272	.606
-----	------	-------	------	------

Hasil Uji Validitas Butir-Butir WHOQOL-BREF Dimensi Lingkungan

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q8	23.31	7.706	.316	.626
Q9	23.34	7.588	.500	.576
Q12	23.69	9.190	.053	.688
Q13	23.31	7.383	.552	.561
Q14	24.16	7.684	.286	.638
Q23	22.94	8.319	.302	.626
Q24	22.78	7.725	.495	.580
Q25	23.06	8.577	.331	.621

Lampiran 9

Hasil Uji Reliabilitas Alat Ukur Kualitas Hidup WHOQOL-BREF

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
.878	22

Lampiran 10

Gambaran Variabel Dukungan Sosial

Statistik Deskriptif Dukungan Sosial

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
SS_TOTAL	32	4	7	5.53	.735
Valid N (listwise)	32				

Gambaran Dukungan Sosial Berdasarkan Jenis Kelamin

Report

SS_TOTAL

Jenis Kelamin	Mean	N	Std. Deviation
Laki-laki	5.49	17	.707
Perempuan	5.58	15	.787
Total	5.53	32	.735

Gambaran Dukungan Sosial Berdasarkan Usia

Report

SS_TOTAL

Kategori Usia	Mean	N	Std. Deviation
20 - 40	5.68	8	.689
40 - 65	5.48	24	.757
Total	5.53	32	.735

Gambaran Dukungan Sosial Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Report

SS_TOTAL

Kategori Pendidikan	Mean	N	Std. Deviation
Dasar	5.45	10	.628
Menengah	5.49	13	.776
Tinggi	5.69	9	.841
Total	5.53	32	.735

Gambaran Dukungan Sosial Berdasarkan Status Pernikahan

Report

SS_TOTAL

Status Pernikahan	Mean	N	Std. Deviation
Belum Menikah	5.46	4	.658
Menikah	5.52	27	.757
Cerai Mati	6.25	1	.
Total	5.53	32	.735

Gambaran Dukungan Sosial Berdasarkan Tinggal Bersama

Report

SS_TOTAL

Tinggal_Bersama	Mean	N	Std. Deviation
Orang Tua	4.50	1	.
Pasangan	5.47	21	.644
Anak	5.76	10	.869
Total	5.53	32	.735

Gambaran Dukungan Sosial Berdasarkan Lama Terapi

Report

SS_TOTAL

Lama Terapi Interval 2th	Mean	N	Std. Deviation
< 2	5.49	20	.645
> 6	5.08	1	.
2 - 4	5.66	8	.909
4 - 6	5.61	3	1.156
Total	5.53	32	.735

Lampiran 11

Gambaran Variabel Kualitas Hidup

Statistik Deskriptif Variabel Kualitas Hidup

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
TDOM1	32	25.00	87.50	54.2969	14.50090
TDOM2	32	25.00	87.50	59.1146	13.36344
TDOM3	32	41.67	91.67	59.8958	15.03245
TDOM4	32	42.86	96.43	59.5982	10.82651
Valid N (listwise)	32				

Gambaran Kualitas Hidup Berdasarkan Usia

Report					
Kategori Usia		TDOM1	TDOM2	TDOM3	TDOM4
20 - 40	Mean	49.2188	54.1667	62.5000	58.9286
	N	8	8	8	8
	Std. Deviation	14.34488	13.17616	14.08590	6.03682
40 - 65	Mean	55.9896	60.7639	59.0278	59.8214
	N	24	24	24	24
	Std. Deviation	14.45091	13.28550	15.52555	12.11130
Total	Mean	54.2969	59.1146	59.8958	59.5982
	N	32	32	32	32
	Std. Deviation	14.50090	13.36344	15.03245	10.82651

Gambaran Kualitas Hidup Berdasarkan Jenis Kelamin

Report					
Jenis Kelamin		TDOM1	TDOM2	TDOM3	TDOM4
Laki-laki	Mean	54.7794	59.8039	58.3333	57.7731
	N	17	17	17	17
	Std. Deviation	14.91012	11.01817	13.81927	8.76959
Perempuan	Mean	53.7500	58.3333	61.6667	61.6667
	N	15	15	15	15
	Std. Deviation	14.52369	15.98300	16.60704	12.76802
Total	Mean	54.2969	59.1146	59.8958	59.5982

N	32	32	32	32
Std. Deviation	14.50090	13.36344	15.03245	10.82651

Gambaran Kualitas Hidup Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Report

Kategori Pendidikan		TDOM1	TDOM2	TDOM3	TDOM4
Dasar	Mean	48.7500	58.7500	52.5000	56.7857
	N	10	10	10	10
	Std. Deviation	13.43710	15.01671	13.05851	8.82078
Menengah	Mean	51.4423	52.8846	61.5385	59.8901
	N	13	13	13	13
	Std. Deviation	13.53858	11.20420	13.83537	12.63985
Tinggi	Mean	64.5833	68.5185	65.7407	62.3016
	N	9	9	9	9
	Std. Deviation	12.88471	9.34279	16.89656	10.42941
Total	Mean	54.2969	59.1146	59.8958	59.5982
	N	32	32	32	32
	Std. Deviation	14.50090	13.36344	15.03245	10.82651

Gambaran Kualitas Hidup Berdasarkan Status Pernikahan

Report

Status Pernikahan		TDOM1	TDOM2	TDOM3	TDOM4
Belum Menikah	Mean	45.3125	50.0000	54.1667	56.2500
	N	4	4	4	4
	Std. Deviation	12.88471	7.60726	10.75829	7.91913
Menikah	Mean	54.3981	60.4938	60.1852	59.6561
	N	27	27	27	27
	Std. Deviation	13.29388	13.83715	15.56166	11.19853
Cerai Mati	Mean	87.5000	58.3333	75.0000	71.4286
	N	1	1	1	1
	Std. Deviation	.	.	.	.
Total	Mean	54.2969	59.1146	59.8958	59.5982
	N	32	32	32	32
	Std. Deviation	14.50090	13.36344	15.03245	10.82651

Gambaran Kualitas Hidup Berdasarkan Tinggal Bersama

Report					
Tinggal Bersama		TDOM1	TDOM2	TDOM3	TDOM4
Orang Tua	Mean	31.2500	45.8333	41.6667	53.5714
	N	1	1	1	1
	Std. Deviation	.	.	.	.
Pasangan	Mean	53.8690	58.7302	58.7302	56.9728
	N	21	21	21	21
	Std. Deviation	10.16969	10.28287	11.92459	7.27347
Anak	Mean	57.5000	61.2500	64.1667	65.7143
	N	10	10	10	10
	Std. Deviation	20.58182	18.84492	20.05009	14.98298
Total	Mean	54.2969	59.1146	59.8958	59.5982
	N	32	32	32	32
	Std. Deviation	14.50090	13.36344	15.03245	10.82651

Gambaran Kualitas Hidup Berdasarkan Lama Terapi

Report					
Lama Terapi Interval 2th		TDOM1	TDOM2	TDOM3	TDOM4
< 2	Mean	54.0625	58.5417	58.7500	58.9286
	N	20	20	20	20
	Std. Deviation	11.69707	14.89946	15.40748	12.87697
> 6	Mean	31.2500	62.5000	66.6667	53.5714
	N	1	1	1	1
	Std. Deviation	.	.	.	.
2 - 4	Mean	57.8125	58.8542	60.4167	60.7143
	N	8	8	8	8
	Std. Deviation	18.82426	10.06859	14.60458	7.39356
4 - 6	Mean	54.1667	62.5000	63.8889	63.0952
	N	3	3	3	3
	Std. Deviation	20.09094	16.66667	20.97176	2.06197
Total	Mean	54.2969	59.1146	59.8958	59.5982
	N	32	32	32	32
	Std. Deviation	14.50090	13.36344	15.03245	10.82651

Lampiran 12

Hasil Uji Normalitas

Hasil Uji Normalitas

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
TDOM1	.148	32	.073	.965	32	.375
TDOM2	.131	32	.174	.978	32	.726
TDOM3	.182	32	.008	.912	32	.013
TDOM4	.129	32	.191	.913	32	.013
SS_TOTAL	.104	32	.200*	.986	32	.937

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Lampiran 13

Hasil Uji Korelasi Variabel Dukungan Sosial dengan Kualitas

Hasil Uji Korelasi Variabel Dukungan Sosial Dengan Kualitas Hidup

		Correlations				
		SS_TOTAL	TDOM1	TDOM2	TDOM3	TDOM4
SS_TOTAL	Pearson Correlation	1	.564**	.467**	.610**	.615**
	Sig. (2-tailed)		.001	.007	.000	.000
	N	32	32	32	32	32
TDOM1	Pearson Correlation	.564**	1	.598**	.569**	.669**
	Sig. (2-tailed)	.001		.000	.001	.000
	N	32	32	32	32	32
TDOM2	Pearson Correlation	.467**	.598**	1	.496**	.520**
	Sig. (2-tailed)	.007	.000		.004	.002
	N	32	32	32	32	32
TDOM3	Pearson Correlation	.610**	.569**	.496**	1	.583**
	Sig. (2-tailed)	.000	.001	.004		.000
	N	32	32	32	32	32
TDOM4	Pearson Correlation	.615**	.669**	.520**	.583**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.002	.000	
	N	32	32	32	32	32

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).