

MONOGRAF

**QUALITY OF LIFE
PADA PASIEN TERMINAL ILLNESS
KAJIAN EMPIRIS DI SALAH SATU RUMAH SAKIT DI CIREBON**



**Edi Ruhmadi, S.Kep,M.Kes
H. Aman Budi S, Spd,APP,M.Kes**



MONOGRAF
***QUALITY OF LIFE* PADA PASIEN**
TERMINAL ILLNESS
(Kajian Empiris di Salah Satu Rumah Sakit di Cirebon)

MONOGRAF
QUALITY OF LIFE PADA PASIEN
TERMINAL ILLNESS
(Kajian Empiris di Salah Satu Rumah Sakit di Cirebon)

Edi Ruhmadi, S.Kep,M.Kes
H. Aman Budi S, Spd,APP,M.Kes



MONOGRAF

QUALITY OF LIFE PADA PASIEN *TERMINAL ILLNESS* ***(Kajian Empiris di Salah Satu Rumah Sakit di Cirebon)***

Penulis:

Edi Ruhmadi, S.Kep,M.Kes
H. Aman Budi S, Spd,APP,M.Kes

Editor:

Erik Santoso

Layouter :

Tim Kreatif PRCI

Cover:

Rusli

Cetakan Pertama : November 2021

Hak Cipta 2021, pada Penulis. Diterbitkan pertama kali oleh:

Perkumpulan Rumah Cemerlang Indonesia
ANGGOTA IKAPI JAWA BARAT

Pondok Karisma Residence Jalan Raflesia VI D.151
Panglayungan, Cipedes Tasikmalaya – 085223186009

Website : www.rcipress.rcipublisher.org

E-mail : rumahcemerlangindonesia@gmail.com

Copyright © 2021 by Perkumpulan Rumah Cemerlang Indonesia
All Right Reserved

- Cet. I – : Perkumpulan Rumah Cemerlang Indonesia, 2021
; 14,8 x 21 cm
ISBN : 978-623-5847-39-9

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak buku ini dalam bentuk dan dengan
cara apapun tanpa izin tertulis dari penulis dan penerbit

Undang-undang No.19 Tahun 2002 Tentang
Hak Cipta Pasal 72

Undang-undang No.19 Tahun 2002 Tentang Hak Cipta
Pasal 72

Barang siapa dengan sengaja melanggar dan tanpa hak melakukan perbuatan sebagaimana dimaksud dalam pasal ayat (1) atau pasal 49 ayat (1) dan ayat (2) dipidana dengan pidana penjara masing-masing paling sedikit 1 (satu) bulan dan/atau denda paling sedikit Rp.1.000.000,00 (satu juta rupiah), atau pidana penjara paling lama 7 (tujuh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp.5.000.000.000,00 (lima miliar rupiah).

Barang siapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum suatu ciptaan atau barang hasil pelanggaran hak cipta terkait sebagai dimaksud pada ayat (1) dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp.500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah)

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan rahmat serta karunia-Nya kepada kami sehingga kami berhasil menyelesaikan Buku dengan judul *MONOGRAF Quality Of Life Pada Pasien Terminal Illness (Kajian Empiris di Salah Satu Rumah Sakit di Cirebon)*

Buku dengan judul *MONOGRAF Quality Of Life Pada Pasien Terminal Illness (Kajian Empiris di Salah Satu Rumah Sakit di Cirebon)* merupakan hasil empiris penulis yang dilaksanakan di salah satu Rumah Sakit di Cirebon. Kajian ini memperlihatkan mengenai pengaruh kualitas hidup terhadap pasien *terminal illness*.

Buku ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu kritik dan saran dari semua pihak yang bersifat membangun selalu kami harapkan demi kesempurnaan buku ini. Akhir kata, kami sampaikan terima kasih kepada semua pihak yang telah berperan serta dalam penyusunan Buku ini dari awal sampai akhir. Semoga Tuhan Yang Maha Esa senantiasa meridhoi segala usaha kita. Amin.

November 2021, Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	I
DAFTAR ISI.....	II
DAFTAR TABEL.....	V
BAB I.....	1
KONSEP <i>QUALITY LIFE</i>	1
A. Definisi	2
B. Aspek-Aspek Kualitas Hidup	3
1. Aspek Kesehatan fisik	4
2. Aspek psikologis	4
3. Aspek hubungan sosial.....	5
4. Aspek lingkungan.....	5
C. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup	6
1. Jenis kelamin	7
2. Usia.....	7
3. Pendidikan.....	8
4. Pekerjaan.....	8
5. Status pernikahan	9
6. Finansial.....	9
7. Standar referensi.....	9

BAB II.....	10
KONSEP <i>TERMINAL ILLNESS</i> (PENYAKIT TERMINAL)	10
A. Definisi	11
B. Etiologi.....	11
C. Fase Terminal Illness :.....	11
1. Fase prediagnostik,	11
2. Fase akut,	11
3. Fase kronis,	12
4. Fase terminal,	12
D. Prinsip perawatan pasien <i>terminal illness</i> ,.....	14
BAB III	17
PENGANTAR PENTINGYA <i>QUALITY OF LIFE</i> PADA PASIEN <i>TERMINAL ILLNESS</i>	17
BAB IV	22
ANALISIS DESKRIPTIF <i>QUALITY OF LIFE</i> PADA PASIEN <i>TERMINAL ILLNESS</i>	22
A. Tempat Penelitian	23
B. Responden Kelompok-1 (CHF)	23
C. Responden Kelompok-2 (GGK).....	25
D. Responden Kelompok-3 (PPOK).....	28
BAB V	31
HASIL ANALISIS <i>QUALITY OF LIFE</i> PADA PASIEN <i>TERMINAL ILLNESS</i>	31
A. Metode Pemecahan Masalah.....	32
1. Rancangan Pemecahan Masalah.....	32
2. Target Populasi dan Sampel	32
3. Alat Ukur	33

4. Analisis Data	34
B. Analisis Hasil Di Lapangan	34
DAFTAR REFERENSI	41

DAFTAR TABEL

Tabel 1 Distribusi Responden Berdasarkan Umur CHF	23
Tabel 2 Dsitribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin CHF	24
Tabel 3 Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan CHF	24
Tabel 4 Kualitas Hidup Responden Kelompok-1	25
Tabel 5 Distribusi Responden Berdasarkan Umur CGK	26
Tabel 6 Dsitribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin CGK	26
Tabel 7 Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan CGK	27
Tabel 8 Kualitas Hidup Responden Kelompok-2	27
Tabel 9 Distribusi Responden Berdasarkan Umur PPOK	28
Tabel 10 Dsitribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin PPOK..	29
Tabel 11 Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan PPOK	29
Tabel 12 Kualitas Hidup Responden Kelompok-3	30
Tabel 13 Perbedaan Kualitas Hidup Pasi CHF, GKG dan PPOK	35
Tabel 14 Tabel 4.14 Tingkat Perbedaan Dimensi Kualitas Hidup	36

BAB I

KONSEP *QUALITY LIFE*

A. Definisi

Secara awam, kualitas hidup berkaitan dengan pencapaian kehidupan manusia yang ideal atau sesuai dengan yang diinginkan (Diener dan Suh, dalam Nofitri, 2009). Goodinson dan Singleton (O'Connor, 1993) mengemukakan definisi kualitas hidup sebagai derajat kepuasan atas penerimaan suasana kehidupan saat ini. Calman memberikan satu definisi dari kualitas hidup yang dapat diterima secara umum, yakni perasaan subjektif seseorang mengenai kesejahteraan dirinya, berdasarkan pengalaman hidupnya saat ini secara keseluruhan (dalam O'Connor, 1993).

World Health Organization (WHO) (dalam Kwan, 2000) mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi individu mengenai posisi mereka dalam kehidupan dilihat dari konteks budaya dan sistem nilai dimana mereka tinggal serta hubungannya dengan tujuan, harapan, standar, dan hal-hal lain yang menjadi perhatian individu tersebut. Berdasarkan definisi Calman dan WHO mengimplikasikan bahwa kualitas hidup ditentukan oleh persepsi individual mengenai kondisi kehidupannya saat ini.

Hornuist mengartikan kualitas hidup sebagai tingkat kepuasan hidup individu pada area fisik, psikologis, sosial, aktivitas, materi, dan kebutuhan struktural. Ferrans mendefinisikan kualitas hidup sebagai perasaan sejahtera individu, yang berasal dari rasa puas atau tidak puas individu dengan area kehidupan yang penting baginya. Menurut Taylor, kualitas hidup menggambarkan kemampuan

individu untuk memaksimalkan fungsi fisik, sosial, psikologis, dan pekerjaan yang merupakan indikator kesembuhan atau kemampuan beradaptasi dalam penyakit kronis (dalam Vergi, 2013). Selanjutnya Padilla dan Grant (dalam Kwan,2000) mendefinisikan kualitas hidup sebagai pernyataan pribadi dari kepositifan atau negatif atribut yang mencirikan kehidupan seseorang dan menggambarkan kemampuan individu untuk fungsi dan kepuasan dalam melakukannya.

Beberapa pengertian tersebut di atas dapat disimpulkan bahwa kualitas hidup merupakan perasaan subjektif seseorang mengenai kesejahteraan dirinya, berdasarkan pengalaman hidupnya saat ini secara keseluruhan. Kualitas hidup menggambarkan pencapaian kehidupan manusia yang ideal atau sesuai dengan yang diinginkan.

B. Aspek-Aspek Kualitas Hidup

Berawal dari pemikiran mengenai aspek kualitas hidup yang dapat berbeda antara individu satu dengan individu lainnya, berbagai studi kualitas hidup meneliti aspek-aspek kehidupan yang penting bagi individu dalam hubungannya dengan kualitas hidup.

Berdasarkan perbandingan aspek-aspek kualitas hidup oleh beberapa ahli, maka aspek kualitas hidup yang digunakan dalam penelitian ini mengacu pada aspek-aspek kualitas hidup yang terdapat pada *World Health Organization Quality of Life Bref version (WHOQoL-BREF)* karena sudah mencakup keseluruhan kualitas hidup. Menurut WHOQOL Group (Power dalam Lopers dan Snyder,2004), kualitas

hidup memiliki enam aspek yaitu kesehatan fisik, kesejahteraan psikologis, tingkat kemandirian, hubungan sosial, hubungan dengan lingkungan, dan keadaan spiritual. WHOQoL ini kemudian dibuat lagi menjadi instrument WHOQoL –BREF dimana enam aspek tersebut dipersempit menjadi empat aspek yaitu kesehatan fisik, kesejahteraan psikologis, hubungan sosial dan hubungan dengan lingkungan (Power, dalam Lopez dan Snyder, 2004).

1. Aspek Kesehatan fisik

Kesehatan fisik dapat mempengaruhi kemampuan individu untuk melakukan aktivitas. Aktivitas yang dilakukan individu akan memberikan pengalaman-pengalaman baru yang merupakan modal perkembangan ke tahap selanjutnya. Kesehatan fisik mencakup aktivitas sehari-hari, ketergantungan pada obat-obatan dan bantuan medis, energi dan kelelahan, mobilitas (keadaan mudah bergerak), sakit dan ketidak nyamanan, tidur dan istirahat, kapasitas kerja.

2. Aspek psikologis

Aspek psikologis yaitu terkait dengan keadaan mental individu. Keadaan mental mengarah pada mampu atau tidaknya individu menyesuaikan diri terhadap berbagai tuntutan perkembangan sesuai dengan kemampuannya, baik tuntutan dari dalam diri maupun dari luar dirinya. Aspek psikologis juga terkait dengan aspek fisik, dimana individu dapat melakukan suatu aktivitas dengan baik bila individu tersebut sehat secara mental.

Kesejahteraan psikologis mencakup *bodily image* dan *appearance*, perasaan positif, perasaan negatif, *self esteem*, spiritual/agama/keyakinan pribadi, berpikir, belajar, memori dan konsentrasi.

3. Aspek hubungan sosial

Aspek hubungan sosial yaitu hubungan antara dua individu atau lebih dimana tingkah laku individu tersebut akan saling mempengaruhi, mengubah, atau memperbaiki tingkah laku individu lainnya. Mengingat manusia adalah makhluk sosial maka dalam hubungan sosial ini, manusia dapat merealisasikan kehidupan serta dapat berkembang menjadi manusia seutuhnya. Hubungan sosial mencakup hubungan pribadi, dukungan sosial, aktivitas seksual.

4. Aspek lingkungan

Aspek lingkungan yaitu tempat tinggal individu, termasuk di dalamnya keadaan, ketersediaan tempat tinggal untuk melakukan segala aktivitas kehidupan, termasuk di dalamnya adalah sarana dan prasarana yang dapat menunjang kehidupan. Hubungan dengan lingkungan mencakup sumber *financial*, kebebasan, keamanan dan keselamatan fisik, perawatan kesehatan dan *social care* termasuk aksesibilitas dan kualitas; lingkungan rumah, kesempatan untuk mendapatkan berbagai informasi baru maupun keterampilan (*skill*), partisipasi dan mendapat kesempatan untuk melakukan rekreasi dan kegiatan yang menyenangkan di

waktu luang, lingkungan fisik termasuk polusi/kebisingan/keadaan air/iklim, serta transportasi.

C. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup

Kualitas hidup secara langsung dipengaruhi oleh pengalaman positif pengasuhan, pengalaman pengasuhan negatif, dan stres kronis. Sumber daya ekonomi dan sumber daya sosial memiliki dampak langsung pada kualitas hidup. Ferrans dan Powers (dalam Kwan, 2000) empat domain yang sangat penting untuk kualitas hidup yaitu kesehatan dan fungsi, sosial ekonomi, psikologis, spiritual, dan keluarga. Domain kesehatan dan fungsi meliputi aspek-aspek seperti kegunaan kepada orang lain dan kemandirian fisik. Domain sosial ekonomi berkaitan dengan standar hidup, kondisi lingkungan, teman-teman, dan sebagainya. Domain psikologis/spiritual meliputi kebahagiaan, ketenangan pikiran, kendali atas kehidupan, dan faktor lainnya. Domain keluarga meliputi kebahagiaan keluarga, anak-anak, pasangan, dan kesehatan keluarga. Meskipun sulit untuk membuang semua elemen kehidupan, keempat domain mencakup sebagian besar elemen dianggap penting untuk kualitas hidup.

Menurut Ghozally (dalam Larasati, 2009) faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup diantaranya mengenali diri sendiri, adaptasi, merasakan penderitaan orang lain, perasaan kasih dan sayang, bersikap optimis, mengembangkan sikap empati.

Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup adalah :

1. Jenis kelamin

Fadda dan Jiron (1999) mengatakan bahwa laki-laki dan perempuan memiliki perbedaan dalam peran serta akses dan kendali terhadap berbagai sumber sehingga kebutuhan atau hal-hal yang penting bagi laki-laki dan perempuan juga akan berbeda. Hal ini mengindikasikan adanya perbedaan aspek-aspek kehidupan dalam hubungannya dengan kualitas hidup pada laki-laki dan perempuan. Ryff dan Singer (1998) mengatakan bahwa secara umum, kesejahteraan laki-laki dan perempuan tidak jauh berbeda, namun perempuan lebih banyak terkait dengan aspek hubungan yang bersifat positif sedangkan kesejahteraan tinggi pada pria lebih terkait dengan aspek pendidikan dan pekerjaan yang lebih baik.

2. Usia

Wagner, Abbot, dan Lett (2004) menemukan terdapat perbedaan yang terkait dengan usia dalam aspek-aspek kehidupan yang penting bagi individu. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Ryff dan Singer (1998) individu dewasa mengekspresikan kesejahteraan yang lebih tinggi pada usia dewasa madya.

3. Pendidikan

Pendidikan juga merupakan faktor kualitas hidup, senada dengan penelitian yang dilakukan oleh Wahl dkk (2004) menemukan bahwa kualitas hidup akan meningkat seiring dengan lebih tingginya tingkat pendidikan yang didapatkan oleh individu. Barbareschi, Sanderman, Leegte, Veldhuisen dan Jaarsma (2011) mengatakan bahwa tingkat pendidikan adalah salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup, hasil penelitian menunjukkan bahwa tingginya signifikansi perbandingan dari pasien yang berpendidikan tinggi meningkat dalam keterbatasan fungsional yang berkaitan dengan masalah emosional dari waktu ke waktu dibandingkan dengan pasien yang berpendidikan rendah serta menemukan kualitas hidup yang lebih baik bagi pasien berpendidikan tinggi dalam domain fisik dan fungsional, khususnya dalam fungsi fisik, energi/kelelahan, social fungsi, dan keterbatasan dalam peran berfungsi terkait dengan masalah emosional.

4. Pekerjaan

Hultman, Hemlin, dan Hörnquist (2006) menunjukkan dalam hal kualitas hidup juga diperoleh hasil penelitian yang tidak jauh berbeda dimana individu yang bekerja memiliki kualitas hidup yang lebih baik dibandingkan individu yang tidak bekerja.

5. Status pernikahan

Glenn dan Weaver melakukan penelitian empiris di Amerika secara umum menunjukkan bahwa individu yang menikah memiliki kualitas hidup yang lebih tinggi dari pada individu yang tidak menikah, bercerai, ataupun janda atau duda akibat pasangan meninggal (Veenhoven, 1989).

6. Finansial

Pada penelitian Hultman, Hemlin, dan H'ornquist (2006) menunjukkan bahwa aspek finansial merupakan salah satu aspek yang berperan penting mempengaruhi kualitas hidup individu yang tidak bekerja.

7. Standar referensi

Menurut O'Connor (1993) mengatakan bahwa kualitas hidup dapat dipengaruhi oleh standar referensi yang digunakan seseorang seperti harapan, aspirasi, perasaan mengenai persamaan antara diri individu dengan orang lain. Hal ini sesuai dengan definisi kualitas hidup yang dikemukakan oleh WHOQOL (dalam Power, 2004) bahwa kualitas hidup akan dipengaruhi oleh harapan, tujuan, dan standard dari masing-masing individu.

BAB II

KONSEP *TERMINAL ILLNESS* (PENYAKIT TERMINAL)

A. Definisi

Kondisi Terminal adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami penyakit/ sakit yang tidak mempunyai harapan untuk sembuh sehingga sangat dekat dengan proses kematian.

B. Etiologi

Penyakit yang bisa menyebabkan seseorang dalam kondisi terminal/ mengancam hidup adalah:

1. Penyakit Gagal Jantung Congestif (CHF),
2. Gagal Ginjal Kronik (CKD)
3. Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK)

C. Fase Terminal Illness :

1. Fase prediagnostik,

Terjadi ketika diketahui ada gejala atau factor resiko penyakit.

2. Fase akut,

Terpusat pada kondisi krisis. Pasien dihadapkan pada serangkaian keputusan, termasuk kondisi medis, interpersonal, maupun psikologis.

3. Fase kronis,

Pasien bertempur dengan penyakit dan pengobatannya.

4. Fase terminal,

Dalam kondisi ini kematian bukan lagi hanya kemungkinan, tetapi pasti terjadi.

Masalah yang dihadapi pada kondisi terminal antara lain:

a. Masalah oksigenasi,

Respirasi irregular, cepat atau lambat, sirkulasi perifer menurun, perubahan mental; agitasi-gelisah, tekanan darah menurun, hypoksia, akumulasi secret, nadi ireguler.

b. Masalah eliminasi,

Konstipasi, medikasi atau imobilitas memperlambat peristaltik, kurang diet serat dan asupan makanan juga mempengaruhi konstipasi.

c. Masalah nutrisi dan cairan,

Asupan makanan dan cairan menurun, peristaltic menurun, distensi abdomen, kehilangan BB, bibir kering dan pecah-pecah, lidah kering dan membengkak, mual, muntah, cegukan, dehidrasi terjadi karena asupan cairan menurun.

d. Masalah Suhu,

Ekstremitas dingin, kedinginan menyebabkan harus memakai selimut.

e. Masalah sensori,

Penglihatan menjadi kabur, refleks berkedip hilang saat mendekati kematian, menyebabkan kekeringan pada kornea, Pendengaran menurun, kemampuan berkonsentrasi menjadi menurun, pendengaran berkurang, sensasi menurun.

f. Masalah nyeri,

Ambang nyeri menurun, pengobatan nyeri dilakukan secara intra vena, pasien harus selalu didampingi untuk menurunkan kecemasan dan meningkatkan kenyamanan.

g. Masalah kulit dan mobilitas,

Seringkali tirah baring lama menimbulkan masalah pada kulit sehingga pasien terminal memerlukan perubahan posisi yang sering.

h. Masalah psikologis,

Pasien terminal dan orang terdekat biasanya mengalami banyak respon emosi, perasaan marah dan putus asa seringkali ditunjukkan. Problem psikologis lain yang muncul pada pasien terminal antara lain ketergantungan, hilang control diri, tidak mampu lagi produktif dalam hidup, kehilangan harga diri dan harapan, kesenjangan komunikasi/ barrier komunikasi.

i. Masalah perubahan sosial – spiritual,

Pasien mulai merasa hidup sendiri, terisolasi akibat kondisi terminal dan menderita penyakit kronis yang lama dapat memaknai kematian sebagai kondisi peredaan terhadap penderitaan.

D. Prinsip perawatan pasien *terminal illness*,

1. Peningkatan kenyamanan,

Kenyamanan bagi pasien menjelang ajal termasuk pengenalan dan peredaan distress psikobiologis. Perawat harus memberikan bimbingan kepada keluarga tentang tindakan penenangan bagi pasien sakit terminal. Kontrol nyeri penting karena mengganggu tidur, nafsu makan, mobilitas, dan fungsi psikologis. Pemberian kenyamanan bagi pasien terminal juga mencakup pengendalian gejala penyakit dan pemberian terapi. Klien mungkin akan bergantung pada perawat dan keluarganya untuk pemenuhan kebutuhan dasarnya, sehingga perawat bisa memberikan bimbingan dan konseling bagi keluarga tentang bagaimana cara memberikan kenyamanan pada klien.

2. Pemeliharaan kemandirian,

Tempat perawatan yang tepat untuk pasien terminal adalah perawatan intensif, pilihan lain adalah perawatan *hospice* yang memungkinkan perawatan komprehensif di rumah. Perawat harus memberikan informasi tentang pilihan ini kepada keluarga dan pasien. Sebagian besar pasien terminal ingin mandiri dalam melakukan aktivitasnya. Mengizinkan pasien untuk melakukan tugas sederhana seperti mandi, makan, membaca, akan meningkatkan martabat pasien. Perawat tidak boleh memaksakan partisipasi pasien terutama jika ketidakmampuan secara fisik membuat partisipasi tersebut menjadi sulit. Perawat bisa

memberikan dorongan kepada keluarga untuk membiarkan pasien membuat keputusan.

3. Pencegahan kesepian dan isolasi,

Perawat membutuhkan kesabaran dan pengalaman untuk merespon secara efektif terhadap pasien menjelang ajal. Untuk mencegah kesepian dan penyimpangan sensori, perawat meningkatkan kualitas lingkungan. Lingkungan harus diberi pencahayaan yang baik, keterlibatan anggota keluarga, teman dekat dapat mencegah kesepian. Keluarga atau penjenguk harus diperbolehkan bersama pasien menjelang ajal sepanjang waktu. Perawat memberikan bimbingan kepada keluarga untuk tetap/ selalu bersama klien menjelang ajal, terutama saat-saat terakhir hidupnya.

4. Peningkatan ketenangan spiritual,

Peningkatan ketenangan spiritual mempunyai arti lebih besar dari sekedar meminta rohaniawan. Ketika kematian mendekat, pasien sering mencari ketenangan. Perawat dan keluarga dapat membantu pasien mengekspresikan nilai dan keyakinannya. Pasien menjelang ajal mungkin mencari untuk menemukan tujuan dan makna hidup sebelum menyerahkan diri kepada kematian. Pasien mungkin minta pengampunan baik dari yang maha kuasa atau dari anggota keluarga. Perawat dan keluarga memberikan ketenangan spiritual dengan menggunakan keterampilan komunikasi, empati, berdoa dengan pasien, membaca kitab suci, atau

mendengarkan musik.

5. Dukungan untuk keluarga yang berduka,

Anggota keluarga harus didukung melewati waktu menjelang ajal dan kematian dari orang yang mereka cintai. Semua tindakan medis, peralatan yang digunakan pada pasien harus diberikan penjelasan, seperti alat Bantu nafas atau pacu jantung. Kemungkinan yang terjadi selama fase kritis pasien terminal harus dijelaskan pada keluarga.

BAB III

PENGANTAR PENTINGYA *QUALITY OF LIFE* PADA PASIEN *TERMINAL ILLNESS*

Penyakit terminal adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami penyakit/ sakit yang tidak mempunyai harapan untuk sembuh sehingga sangat dekat dengan proses kematian. Respon pasien dalam kondisi terminal sangat individual tergantung kondisi fisik, psikologis, sosial yang dialami, sehingga dampak yang ditimbulkan pada tiap individu juga berbeda. Hal ini mempengaruhi tingkat kebutuhan dasar yang ditunjukkan oleh pasien terminal. Perawat harus memahami apa yang dialami pasien dengan kondisi terminal, tujuannya untuk dapat menyiapkan dukungan dan bantuan bagi pasien sehingga pada saat-saat terakhir dalam hidup bisa bermakna dan akhirnya dapat meninggal dengan tenang dan damai.

Seiring dengan perkembangan teknologi, perubahan gaya hidup, dan pola makan, semakin banyak orang yang mengalami penyakit kronis bahkan di usia yang masih muda. Dari data yang dimiliki oleh WHO, diketahui ada 38 juta orang yang meninggal dunia setiap tahunnya karena mengidap penyakit tidak menular. Bahkan penyakit-penyakit ini telah dialami oleh 16 juta jiwa orang, sebelum mereka berusia 70 tahun dan menyebabkan kematian dini sebanyak 82%.

Penyakit kardiovaskuler, kanker telah meningkat kejadiannya hingga 70% selama 2 dekade terakhir, lalu diabetes, gagal ginjal kronik dan penyakit pernapasan yaitu Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK).

Penyakit kardiovaskular adalah penyakit yang

mengganggu kesehatan jantung serta pembuluh darah, merupakan penyebab utama yang menyebabkan tingkat kematian dini di dunia.

Gagal jantung merupakan penyebab utama morbiditas dan mortalitas di seluruh dunia (Goodman & Gilman, 2011). Risiko terjadinya gagal jantung semakin meningkat sepanjang waktu. Menurut data WHO 2013, 17,3 juta orang meninggal akibat gangguan kardiovaskular pada tahun 2008 dan lebih dari 23 juta orang akan meninggal setiap tahun dengan gangguan kardiovaskular (WHO, 2013). Lebih dari 80% kematian akibat gangguan kardiovaskular terjadi di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah (Yancy, 2013).

Penelitian di Amerika, risiko berkembangnya gagal jantung adalah 20% untuk usia ≥ 40 tahun, dengan kejadian > 650.000 kasus baru yang didiagnosis gagal jantung selama beberapa dekade terakhir. Kejadian gagal jantung meningkat dengan bertambahnya usia. Tingkat kematian untuk gagal jantung sekitar 50% dalam waktu 5 tahun (Yancy, 2013). Berdasarkan data Riskesdas tahun 2013, prevalensi gagal jantung di Indonesia sebesar 0,3%.

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa kualitas hidup pasien gagal jantung kongestif mayoritas buruk dengan presentase 80%, diharapkan masyarakat dapat meningkatkan kepedulian terhadap pasien yang mempunyai penyakit gagal jantung (Annisa Ratna, 2017).

Dewasa ini, jumlah pasien dengan Penyakit Ginjal Kronis

(PGK) terus meningkat dari tahun ke tahun. Seperti yang dicatat Indonesian Renal Registry (IRR), pada 2015 pasien baru dengan PGK mencapai 21.050 orang.

Jumlah tersebut naik di tahun 2016 sebesar 25.446 orang. Sehingga, pasien dengan PGK di Indonesia diperkirakan lebih 150 ribu orang. Berdasarkan *Indonesian Renal Registry* (IRR) tahun 2016, sebanyak 98% penderita gagal Ginjal menjalani terapi Hemodialisis dan 2% menjalani terapi Peritoneal Dialisis (PD). Penyebab penyakit Ginjal kronis terbesar adalah nefropati diabetik (52%), hipertensi (24%), kelainan bawaan (6%), asam urat (1%), penyakit lupus (1%) dan lain-lain.

Hasil penelitian menunjukkan pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis memiliki kualitas hidup yang lebih buruk dibandingkan dengan masyarakat pada umumnya dan mengalami gangguan atau skor yang lebih rendah disebagian besar domain kualitas hidup (Cleary&Drennan,2005; Sathvik, Parthasarathi, Narahari,& Gurudev, 2008; Bele, Bodhare, Mudgalkar, Saraf, &Valsangkar, 2012; Yong, Kwok,Wong, Chen &Tse, 2009; Pakpour, Saffari Yekaninejad, Panahi,Harrison, et al, 2010; Ayoub&Hijjazi, 2013; Tel& Tel, 2011). Kualitas hidup pasien yang menjalani hemodialisis dalam empat domain yaitu fisik, psikologis, sosial dan lingkungan juga lebih rendah dibandingkan dengan pasien yang menjalani transplantasi ginjal (Fitri Mailany, 2015).

World Health Organisation (WHO) memperkirakan bahwa

pada tahun 2020 prevalensi PPOK akan terus meningkat dari peringkat ke-6 menjadi peringkat ke-3 di dunia dan dari peringkat ke-6 menjadi peringkat ke-3 penyebab kematian tersering di dunia (Depkes RI, 2008).

Menurut WHO pada tahun 2010 PPOK adalah masalah kesehatan utama yang menjadi penyebab kematian nomor empat di Indonesia (PDPI, 2006).

Sedangkan berdasarkan data Badan kesehatan Dunia (WHO) tahun 2010 menyatakan Indonesia merupakan negara konsumsi rokok ketiga setelah Tiongkok dan India. Setiap 4 orang Indonesia terdapat seorang perokok, angka persentase ini jauh lebih besar dari pada Amerika saat ini yakni hanya sekitar 19%.

Responden PPOK yang memiliki kualitas hidup buruk sebesar 70%, sesak napas derajat 3 dengan kualitas hidup buruk sebesar 60%, PPOK derajat 3 dengan kualitas hidup buruk sebesar 45% dan frekuensi eksaserbasi ≥ 2 kali/ tahun dengan kualitas hidup buruk sebesar 67,5% (Shafiza, 2013).

Kualitas hidup pasien PPOK dalam kategori baik sebanyak 27 responden (38,02%) dan sisanya 44 responden (61,97%) memiliki kualitas hidup dalam kategori tidak baik (Muthmainnah, 2015)

BAB IV

ANALISIS DESKRIPTIF *QUALITY OF LIFE* PADA PASIEN *TERMINAL ILLNESS*

A. Tempat Penelitian

Dalam penelitian ini dilaksanakan pada penderita *terminal illness* (Pasien CHF, GGK dan PPOK) di Salah satu Rumah Sakit di Cirebon. Analisis Deskriptif dilakukan untuk melihat gambaran umum mengenai pasien dengan penderita *terminal illness* (Pasien CHF, GGK dan PPOK)

B. Responden Kelompok-1 (CHF)

Karakteristik Responden Pada Responden Kelompok-1 (CHF). Ditribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Umur,

Tabel 1 Distribusi Responden Berdasarkan Umur CHF

NO	UMUR	JUMLAH	%
1	40-45 tahun	0	0
2	46-50 tahun	0	0
3	51-55 tahun	0	0
4	55-60 tahun	0	0
5	>60 tahun	4	100
JUMLAH		4	100

Responden kelompok-1 seluruhnya (100%) berusia di atas 60 tahun.

Disitribusi Frekuensi Karakteristik Responden
Berdasarkan Jenis Kelamin,

Tabel 2 Dsitribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin CHF

NO	JENIS KELAMIN	JUMLAH	%
1	Laki-laki	3	75
2	Wanita	1	25
JUMLAH		4	100

Responden Kelompok-1 paling banyak berjenis kelamin laki-laki (75%) dibanding Wanita (25%)

Disitribusi Frekuensi Karakteristik Responden
Berdasarkan Pendidikan,

Tabel 3 Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan CHF

NO	PENDIDIKAN	JUMLAH	%
1	SD	1	25
2	SMP	1	25
3	SMA	2	50
4	PT	0	0
JUMLAH		4	100

Responden Kelompok-1 paling banyak berpendidikan SMA (50%), paling sedikit pendidikan SD dan SMP ssebanyak 25%.

Kualitas Hidup Responden Kelompok-1 (CHF)

Tabel 4 Kualitas Hidup Responden Kelompok-1

NO	DOMAIN	SKOR (0-100)	KET.
1	Domain-1 (Fisik)	38	Buruk
2	Domain-2 (Psikologis)	44	Sedang
3	Domain-3 (Sosial)	56	Sedang
4	Domain-4 (Lingkungan)	50	Sedang

Kualitas hidup pada Responden Kelompok-1 pada domain-1 (fisik) dengan kualitas buruk, sedangkan pada domain-2,3, dan 4 dengan kualitas hidup sedang.

C. Responden Kelompok-2 (GGK)

Karakteristik Responden pada Responden Kelompok-2,

Disitribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Umur,

Tabel 5 Distribusi Responden Berdasarkan Umur CGK

NO	UMUR	JUMLAH	%
1	40-45 tahun	0	0
2	46-50 tahun	0	0
3	51-55 tahun	0	0
4	55-60 tahun	1	10
5	>60 tahun	9	90
JUMLAH		10	100

Responden kelompok-2 paling banyak berusia >60 tahun (90%), paling sedikit berusia 55-60 tahun (10%)

Disitribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin,

Tabel 6 Dsitribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin CGK

NO	JENIS KELAMIN	JUMLAH	%
1	Laki-laki	8	80
2	Wanita	2	20
JUMLAH		10	100

Responden Kelompok-2 paling banyak berjenis kelamin laki-laki (80%) dibanding wanita (20%)

Disitribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan,

Tabel 7 Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan CGK

NO	PENDIDIKAN	JUMLAH	%
1	SD	4	40
2	SMP	4	40
3	SMA	2	20
4	PT	0	0
JUMLAH		10	100

Responden Kelompok-2 paling sedikit berpendidikan SMA (20%) dan pendidikan SD dan SMP masing-masing 40%.

Kualitas Hidup Responden Kelompok-2,

Tabel 8 Kualitas Hidup Responden Kelompok-2

NO	DOMAIN	SKOR (0-100)	KET.
1	Domain-1 (Fisik)	38	Buruk
2	Domain-2 (Psikologis)	44	Sedang
3	Domain-3 (Sosial)	56	Sedang
4	Domain-4 (Lingkungan)	50	Sedang

Kualitas hidup pada Responden Kelompok-2 pada domain-1 (fisik) dengan kualitas buruk, sedangkan pada domain-2,3, dan 4 dengan kualitas hidup sedang.

D. Responden Kelompok-3 (PPOK)

Karakteristik Responden pada Responden Kelompok-3,
Disitribusi Frekuensi Karakteristik Responden
Berdasarkan Umur,

Tabel 9 Distribusi Responden Berdasarkan Umur PPOK

NO	UMUR	JUMLAH	%
1	40-45 tahun	0	0
2	46-50 tahun	0	0
3	51-55 tahun	0	0
4	55-60 tahun	2	20
5	>60 tahun	8	80
JUMLAH		10	100

Responden kelompok-3 paling banyak berusia >60 tahun (80%), paling sedikit berusia 55-60 tahun (20%)

Disitribusi Frekuensi Karakteristik Responden
Berdasarkan Jenis Kelamin,

Tabel 10 Dsitribusi Respenden Berdasarkan Jenis Kelamin PPOK

NO	JENIS KELAMIN	JUMLAH	%
1	Laki-laki	8	80
2	Wanita	2	20
JUMLAH		10	100

Responden Kelompok-3 paling banyak berjenis kelamin laki-laki (80%) dibanding wanita (20%)

Disitribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan,

Tabel 11 Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan PPOK

NO	PENDIDIKAN	JUMLAH	%
1	SD	7	70
2	SMP	3	30
3	SMA	0	0
4	PT	0	0
JUMLAH		10	100

Responden Kelompok-3 paling banyak berpendidikan SD (70%) dan paling sedikit berpendidikan SMP (30%).

Kualitas Hidup Responden Kelompok-3,

Tabel 12 Kualitas Hidup Responden Kelompok-3

NO	DOMAIN	SKOR (0- 100)	KET.
1	Domain-1 (Fisik)	44	Sedang
2	Domain-2 (Psikologis))	44	Sedang
3	Domain-3 (Sosial)	56	Sedang
4	Domain-4 (Lingkungan)	56	Sedang

Kualitas hidup pada Responden Kelompok-3 pada setiap domainnya adalah dengan kualitas hidup sedang.

BAB V

HASIL ANALISIS *QUALITY OF LIFE* PADA PASIEN *TERMINAL ILLNESS*

A. Metode Pemecahan Masalah

1. Rancangan Pemecahan Masalah

Penelitian ini adalah penelitian deskriptif analitik yaitu suatu metoda penelitian yang dilakukan dengan tujuan untuk mengidentifikasi gambaran kualitas hidup pada pasien CHF, GGK dan PPOK

2. Target Populasi dan Sampel

Dalam penelitian ini target populasinya adalah seluruh penderita terminal illness (Pasien CHF, GGK dan PPOK) di Rumah Sakit di Cirebon,

Penghitungan besar sampel penelitian dengan dua kelompok independen dengan uji hipotesis terhadap beda rerata adalah :

$$n = n_2 = 2 \left\{ \frac{\{Z_{\alpha} + Z_{\beta}\} S}{X_1 - X_2} \right\}^2$$

Dengan penghitungan jumlah sampel sebagai berikut :

$$= 2 \left\{ \frac{\{1,96 + 0,842\} \times 10}{80 - 73} \right\}^2$$

$$= 2 \left\{ \frac{28,02}{7} \right\}^2$$

$$= 32$$

Berdasarkan hasil penghitungan jumlah sampel, maka didapatkan sampel adalah 32 reponden.

Berdasarkan pada situasi nyata ditempat penelitian, sampel (subjek) penelitian yang didapatkan tidak sesuai dengan hasil penghitungan yang telah ditentukan, sehingga peneliti dalam penentuan sampel penelitian dilakukan dengan accidental sampling

3. Alat Ukur

Alat ukur yang digunakan dalam penelitian ini adalah form *quality of life* dari WHO yaitu WHO-CoL yang terdiri dari 26 item pertanyaan yang berisi tentang dimensi pada kualitas hidup yaitu dimensi fisik, psikologis, sosial dan lingkungan. Pada penelitian ini skor tiap domain (raw score) ditransformasikan dalam skala 0-100 (daftar transformasi terlampir). Berikut kisi-kisi kuesioner kualitas hidup dari WHO CoL-BREF :

No.	Sub Variabale	Item Pertanyaan	Jumlah Item Pertanyaan
1	Diri Sendiri	1,2	2
2	Dimensi Fisik	3,4,10,15,16,17,18	7
3	Dimensi Psikologis	5,6,7,11,19,26	6
4	Dimensi Soaial	20,21,22	3
5	Dimensi Lingkungan	8,9,12,13,14,23,24,25	8

4. Analisis Data

Analisis data menggunakan analisis univariat dan bivariat dengan Kruskal Wallis untuk mencari tingkat perbedaan dengan dua kelompok atau lebih dan data tidak berdistribusi normal.

Analisis bertujuan untuk menjelaskan, mendeskripsikan dan mencari tingkat perbedaan dari setiap variabel penelitian yang diawali dengan pembahasan tentang gambaran karakteristik umum dari subjek penelitian (umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan).

B. Analisis Hasil Di Lapangan

Adalah analisis untuk mencari perbedaan kualitas hidup antara pasien CHF, GJK, dan PPOK, yang terlebih dahulu dilakukan uji normalitas data, dan hasilnya uji normalitas didapatkan data tidak berdistribusi normal sehingga analisis yang dilakukan adalah dengan uji non parametrik Kruskal Wallis, dengan menggunakan program komputer, dengan hasil sebagai berikut :

Tabel 13 Perbedaan Kualitas Hidup Pasiin CHF, GGK dan PPOK

Dimensi Kualitas Hidup	Kelompok Penelitian	N	Mean Rank
Fisik	CHF	4	5.88
	GGK	10	14.75
	PPOK	10	12.90
	Total	24	
Psikologis	CHF	4	12.13
	GGK	10	11.10
	PPOK	10	14.05
	Total	24	
Sosial	CHF	4	13.88
	GGK	10	10.75
	PPOK	10	13.70
	Total	24	
Lingkungan	CHF	4	11.25
	GGK	10	8.80
	PPOK	10	16.70
	Total	24	

Berdasarkan hasil analisis di atas, didapatkan hasil bahwa kualitas hidup pada dimensi fisik pada pasien dengan CHF pada dimensi fisik dengan *mean rank* 5.88, selanjutnya pasien PPOK dengan *mean rank* 12.90, dan pada pasien GGK dengan *mean rank* 14.75. Artinya bahwa dari ketiga kelompok responden, yang paling rendah kualitas hidup dari dimensi fisik yaitu pada pasien CHF.

Dimensi psikologis pasien GGK dengan *mean rank* 11.10,

selanjutnya pasien CHF dengan *mean rank* 12.13 dan pasien PPOK dengan *mean rank* 14.05. Artinya bahwa dari ketiga kelompok responden, yang paling rendah kualitas hidup pada dimensi psikologis adalah pasien dengan GJK.

Dimensi sosial pasien GJK dengan *mean rank* 10.75, selanjutnya pasien PPOK dengan *mean rank* 13.70 dan pasien CHF dengan *mean rank* 13.88. Artinya bahwa dari ketiga kelompok responden, yang paling rendah kualitas hidup pada dimensi sosial adalah pasien dengan GJK.

Dimensi lingkungan GJK dengan *mean rank* 8.80, pasien CHF dengan *mean rank* 11.25 dan pasien PPOK dengan *mean rank* 16.70. Artinya bahwa dari ketiga kelompok responden, yang paling rendah kualitas hidup pada dimensi lingkungan adalah pasien dengan GJK.

Analisis Chi-square dilakukan untuk menganalisa tingkat perbedaan pada setiap dimensi pada kualitas hidup ketiga kelompok responden, didapatkan hasil sebagai berikut :

Tabel 14 Tabel 4.14 Tingkat Perbedaan Dimensi Kualitas Hidup

Analisis	Fisik	Psikologis	Sosial	Lingkungan
Chi-Square	5.074	.911	1.177	6.648
df	2	2	2	2
Asymp. Sig.	.079	.634	.555	.036

Berdasarkan hasil analisis di atas, didapatkan hasil bahwa

terdapat perbedaan yang bermakna pada dimensi lingkungan dengan $P_{\text{value}} < 0,050$ (0,036), sedangkan kualitas hidup pada dimensi fisik, psikologis, dan sosial tidak menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna karena $P_{\text{value}} > 0,05$.

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa kualitas hidup pasien gagal jantung kongestif (CHF) mayoritas buruk dengan presentase 80%, diharapkan masyarakat dapat meningkatkan kepedulian terhadap pasien yang mempunyai penyakit gagal jantung (Annisa Ratna, 2017).

Hasil penelitian yang dilakukan didapatkan bahwa kualitas hidup yang paling buruk pada pasien CHF adalah pada dimensi fisik dengan skor transformasi 38, sedangkan kualitas hidup pada dimensi psikologis adalah sedang dengan transformasi skor 44, kualitas hidup pada dimensi sosial adalah sedang dengan skor transformasi 56, dan kualitas hidup pada dimensi lingkungan adalah sedang dengan skor transformasi 50.

Berdasarkan hasil di atas menunjukkan bahwa pada pasien CHF tidak dapat digeneralisasikan bahwa kualitas hidupnya buruk, akan tetapi pasien CHF mempunyai kualitas hidup yang buruk hanya pada dimensi fisik saja, sedangkan pada dimensi psikologis, sosial dan lingkungan kualitas hidupnya ada pada katagori sedang.

Hasil penelitian menunjukkan pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis memiliki kualitas hidup yang lebih buruk dibandingkan dengan masyarakat pada

umumnya dan mengalami gangguan atau skor yang lebih rendah disebagian besar domain kualitas hidup (Cleary&Drennan,2005; Sathvik, Parthasarathi, Narahari,& Gurudev, 2008; Bele, Bodhare, Mudgalkar, Saraf, &Valsangkar, 2012; Yong, Kwok,Wong, Chen &Tse, 2009; Pakpour, Saffari Yekaninejad, Panahi,Harrison, et al, 2010; Ayoub&Hijjazi, 2013; Tel& Tel, 2011). Kualitas hidup pasien yang menjalani hemodialisis dalam empat domain yaitu fisik, psikologis, sosial dan lingkungan juga lebih rendah dibandingkan dengan pasien yang menjalani transplantasi ginjal (Fitri Mailany, 2015).

Hasil penelitian yang dilakukan didapatkan bahwa kualitas hidup yang paling buruk pada pasien GGK adalah pada dimensi fisik dengan skor transformasi 38, sedangkan kualitas hidup pada dimensi psikologis adalah sedang dengan transformasi skor 44, kualitas hidup pada dimensi sosial adalah sedang denag skor transformasi 56, dan kualitas hidup pada dimensi lingkungan adalah sedang dengan skor transformasi 50.

Berdasarkan hasil di atas menunjukkan bahwa pada pasien GGK tidak dapat disimpulkan bahwa kualitas hidupnya buruk, akan tetapi pasien GGK mempunyai kualitas hidup yang buruk hanya pada dimensi fisik saja, sedangkan pada dimensi psikologis, sosial dan lingkungan kualitas hidupnya ada pada katagori sedang.

Responden PPOK yang memiliki kualitas hidup buruk sebesar 70%, sesak napas derajat 3 dengan kualitas hidup

buruk sebesar 60%, PPOK derajat 3 dengan kualitas hidup buruk sebesar 45% dan frekuensi eksaserbasi ≥ 2 kali/ tahun dengan kualitas hidup buruk sebesar 67,5% Shafiza, 2013).

Hasil penelitian yang dilakukan didapatkan bahwa kualitas pada pasien PPOK berada pada katagori sedang, dimensi fisik dengan skor transformasi 44 (kualitas hidup sedang), pada dimensi psikologis dengan transformasi skor 44 (kualitas hidup sedang), dimensi sosial dengan skor transformasi 56 (kualitas hidup sedang), dan dimensi lingkungan dengan skor transformasi 56 (kualitas hidup sedang).

Berdasarkan hasil di atas menunjukkan bahwa pada pasien PPOK tidak terdapat kualitas hidup buruk pada setiap dimensinya, akan tetapi pasien PPOK mempunyai kualitas hidup yang sesang baik pada dimensi fisik, psikologis, sosial dan lingkungan.

Setelah dilakukan penelitian dengan judul "Studi Komparatif *Quality of Life* pada Pasien *Terminal Illness* Rumah Sakit di Cirebon", peneliti dapat menentukan beberapa kesimpulan yaitu sebagai berikut :

1. Responden kelompok-1 seluruhnya (100%) berusia di atas 60 tahun.
2. Responden Kelompok-1 paling banyak berjenis kelamin laki-laki (75%) dibanding Wanita (25%)
3. Responden Kelompok-1 paling banyak berpendidikan SMA (50%), paling sedikit pendidikan SD dan SMP ssebanyak 25%.

4. Kualitas hidup pada Responden Kelompok-1 pada domain-1 (fisik) dengan kualitas buruk, sedangkan pada domain-2,3, dan 4 dengan kualitas hidup sedang.
5. Responden kelompok-2 paling banyak berusia >60 tahun (90%), paling sedikit berusia 55-60 tahun (10%)
6. Responden Kelompok-2 paling banyak berjenis kelamin laki-laki (80%) dibanding wanita (20%)
7. Responden Kelompok-2 paling sedikit berpendidikan SMA (20%) dan pendidikan SD dan SMP masing-masing 40%.
8. Kualitas hidup pada Responden Kelompok-2 pada domain-1 (fisik) dengan kualitas buruk, sedangkan pada domain-2,3, dan 4 dengan kualitas hidup sedang.
9. Responden kelompok-3 paling banyak berusia >60 tahun (80%), paling sedikit berusia 55-60 tahun (20%)
10. Responden Kelompok-3 paling banyak berjenis kelamin laki-laki (80%) dibanding wanita (20%)
11. Responden Kelompok-3 paling banyak berpendidikan SD (70%) dan paling sedikit berpendidikan SMP (30%).
12. Kualitas hidup pada Responden Kelompok-3 pada setiap domainnya adalah dengan kualitas hidup sedang.
13. Terdapat perbedaan yang bermakna pada dimensi lingkungan dengan $P_{\text{value}} < 0,050$ (0,036), sedangkan kualitas hidup pada dimensi fisik, psikologis, dan sosial tidak menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna karena $P_{\text{value}} > 0,05$.

DAFTAR REFERENSI

- Addison Wesley Potter, P (1998). *Fundamental of Nursing*. Philadelphia : Lippincott.
- Arikunto, S. 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta:Rineka Cipta.
- Bottomley, Andrew (April 2015). "*The Cancer Patient and Quality of Life*". *The Oncologist*.
- Craven, Ruth F.(2015). *Fundamentals of nursing : human healt and function*.
- Desnauli, Nursalam, Ferry. (2015). *The Indicator of Quality Life Patient with Chronic Renal Failure by Hemodialysis Based on Coping Strategy*. Surabaya: Jurnal Keperawatan
- Fitria S. (2017).*Gambaran kualitas hidup pada penyandang diabetes melitus di wilayah puskesmas purwosari surakarta*, Universitas Surakarta.
- Jurnal Penyakit Dalam Indonesia. (2017). *Kuesioner Final WHOQOL-HIV BREF versi Indonesia*. Jakarta
- Kemenkes, (2018). *Cegah dan Kendalikan Penyakit Gagal Ginjal dan Kendalikan Penyakit Ginjal dengan CERDIK DAN PATUH*, Jakarta,
- Kozier, B. (1995). *Fundamentals of nursing : Concept Procees and Practice*, Ethics and Values.

- Mailani Fitri. (2015). *Kualitas hidup pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis: systematic review*. STIKES Amanah. Padang.
- Nanda N, dkk. (2017). *Validity and Reability Test of Indonesian Version of WorldHealth Organization Quality of Life-HIV BREF Questionnaire to Measure The Quality of Life Patients with HIV/AIDS*. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Jakarta
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metode Penelitian Kesehatan*. Edisi 2. Jakarta: PT Rineka Cipta
- Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya, (2016). *Pedoman Penelitian Mandiri*. Tasikmalaya : Unit Penelitian
- Ratna. (2017). *Gambaran kualitas hidup pada pasien gagal jantung kongestif di kota surakarta*. Universitas Muahmmadiyah Surakarta : Surakarta.
- Riduwan, Drs, (2007). *Pengantar Statistika Pendidikan, Sosial, Ekonomi, komunikasi dan Bisnis*. Alfabeta : Bandung
- Safiza. (2013). *Kualitas hidup pasien penyakit paru obstruktif kronik di poli paru rsudza banda aceh*. Fakultas Kedokteran Universitas Banda Aceh.
- Samsu Alam, (2017). *Gambaran kualitas hidup pasien kanker payudara di RSUD panembahan senopati bantul*. STIKES Bantul : Yogyakarta.
- Siswanto, dkk.2013. *Metodologi Penelitian Kesehatan dan Kedokteran*.Yogyakarta : Bursa Ilmu

Sugiyono. 2008. *Metode Penelitian Pendidikan (Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif dan R dan D)*. Bandung. Alfabeta.

MONOGRAF
QUALITY OF LIFE
PADA PASIEN TERMINAL ILLNESS
KAJIAN EMPIRIS DI SALAH SATU RUMAH SAKIT DI CIREBON



Perkumpulan Rumah Cemerlang Indonesia
Pondok Karisma Residence
Jalan Raflesia VI D.151
Panglayungan, Cipedes Tasikmalaya – 085223186009

ISBN 978-623-5847-39-9 (PDF)

