

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Telaah Pustaka**

##### **1. Rumah Sakit**

Menurut WHO, rumah sakit adalah institusi yang merupakan bagian integral dari organisasi kesehatan dan organisasi sosial yang berfungsi untuk mengadakan pelayanan kesehatan yang lengkap, baik kuratif maupun preventif bagi pasien rawat jalan dan rawat inap melalui kegiatan pelayanan medis serta perawatan. Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Komponen pelayanan di rumah sakit mencakup 20 pelayanan sebagai berikut<sup>14</sup>:

- a. administrasi dan manajemen
- b. pelayanan medis
- c. pelayanan gawat darurat
- d. pelayanan kamar operasi
- e. pelayanan intensif
- f. pelayanan perinatal resiko tinggi
- g. pelayanan keperawatan
- h. pelayanan anastesi
- i. pelayanan radiologi
- j. pelayanan farmasi

- k. pelayanan laboratorium
- l. pelayanan rehabilitasi medis
- m. pelayanan gizi
- n. rekam medis
- o. pengendalian infeksi di rumah sakit
- p. pelayanan sterilisasi sentral
- q. keselamatan kerja
- r. pemeliharaan sarana dan pelayanan lain
- s. perpustakaan

## **2. Pelayanan Rawat Inap**

Pelayanan rawat inap merupakan pelayanan kesehatan yang terdapat di rumah sakit yang merupakan gabungan dari beberapa fungsi pelayanan. Kategori pasien yang masuk rawat inap adalah pasien yang memerlukan perawatan intensif atau observasi ketat karena penyakitnya. Rawat inap adalah pelayanan kesehatan perorangan yang meliputi observasi, pengobatan, keperawatan, rehabilitasi medik dengan menginap di ruang rawat inap pada sarana kesehatan rumah sakit pemerintah dan swasta, serta puskesmas dan rumah bersalin yang oleh karena penyakitnya penderita harus menginap dan mengalami tingkat transformasi, yaitu pasien sejak masuk ruang perawatan hingga pasien dinyatakan boleh pulang.<sup>15</sup>

### 3. Pola Penyakit di Indonesia

*South East Asian Medical Information Centre (SEAMIC)* pada tahun 2002 menyebutkan bahwa sepuluh penyakit yang merupakan penyebab kematian tertinggi di Indonesia pada tahun 2001 tercatat antara lain: kondisi tertentu pada periode perinatal (15,7%), penyakit tulang belakang (11,8%), jantung (6,9%), infeksi saluran pernapasan (4,9%), influenza dan pneumonia (3,7%), keganasan (3,4%), radang buah pinggang (3,2%), Diabetes Mellitus (2,9%), tuberculosis (2,7%), dan keracunan darah (2,7%).<sup>15</sup>

### 4. Karakteristik Pasien Rawat Inap

#### a. Usia

Usia adalah lamanya responden hidup dalam tahun yang dihitung mulai sejak lahir sampai sekarang. Umur sangat mempengaruhi seseorang dalam berkarir. Pada usia muda merupakan masa perubahan nilai penyesuaian diri dengan cara hidup dan masa kreatif.<sup>16</sup> Kategori usia meliputi<sup>17</sup>:

- 1) Masa balita : 0 - 5 tahun,
- 2) Masa kanak-kanak : 5 - 11 tahun
- 3) Masa remaja awal : 12 - 16 tahun.
- 4) Masa remaja akhir : 17 - 25 tahun.
- 5) Masa dewasa awal : 26- 35 tahun.
- 6) Masa dewasa akhir : 36- 45 tahun.
- 7) Masa lansia awal : 46- 55 tahun.

- 8) Masa lansia akhir : 56 - 65 tahun.
- 9) Masa manula : 66 tahun ke atas

b. Jenis kelamin

Jenis kelamin adalah perbedaan antara laki-laki dan perempuan secara biologis yang sudah dibawa sejak lahir.<sup>9</sup> Departemen Kesehatan (2007) melakukan survei tentang melakukan aktivitas fisik secara cukup berdasarkan latar belakang atau karakteristik individu. Ternyata kelompok laki-laki lebih banyak beraktivitas fisik secara cukup dibandingkan dengan kelompok perempuan.<sup>18</sup> Berdasarkan hasil penelitian Yuliaw (2010), menyatakan bahwa responden memiliki karakteristik individu yang baik hal ini bisa dilihat dari jenis kelamin, bahwa perempuan lebih banyak menderita penyakit gagal ginjal kronik, sedangkan laki-laki lebih rendah.<sup>19</sup>

c. Status pernikahan

Pernikahan merupakan sebuah status dari mereka yang terikat pernikahan dalam pencacahan, baik tinggal bersama maupun terpisah, dalam hal ini tidak hanya bagi mereka yang sah secara adat, namun juga mereka yang hidup bersama dan oleh masyarakat sekeliling dianggap sah sebagai suami dan istri. Status pernikahan terdiri dari 4 kategori, yaitu sebagai berikut<sup>20</sup>:

- 1) Belum menikah adalah status dari mereka yang pada saat pencacahan belum terikat dalam pernikahan.

- 2) Menikah adalah status dari mereka yang terikat pernikahan pada saat pencacahan, baik tinggal bersama maupun terpisah. Dalam hal ini yang dicakup tidak saja mereka yang menikah sah secara hukum (adat, agama, negara, dan sebagainya) tetapi juga mereka yang hidup bersama dan oleh masyarakat sekelilingnya dianggap sebagai suami isteri.
- 3) Cerai hidup adalah status dari mereka yang hidup berpisah sebagai suami isteri karena bercerai dan belum menikah lagi. Dalam hal ini termasuk mereka yang mengaku cerai walaupun belum resmi secara hukum. Sebaliknya, tidak termasuk mereka yang hanya hidup terpisah tetapi masih berstatus menikah, misalnya suami/isteri ditinggalkan oleh isteri/suami ke tempat lain karena sekolah, bekerja, mencari pekerjaan, atau untuk keperluan lain. Wanita yang mengaku belum pernah menikah tetapi pernah hamil, dianggap cerai hidup.
- 4) Cerai mati adalah status dari mereka yang ditinggal mati oleh suami/isterinya dan belum menikah lagi.

d. Pendidikan

Pendidikan merupakan usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta keterampilan yang diperlukan

dirinya, masyarakat, bangsa, dan negara.<sup>21</sup> Pendidikan adalah upaya agar masyarakat berperilaku atau mengadopsi perilaku kesehatan dengan cara bujukan, himbauan, ajakan, memberikan informasi, memberikan kesadaran, dan sebagainya.<sup>22</sup> Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang penting untuk terbentuknya tindakan, perilaku yang didasari pengetahuan akan lebih langgeng dari pada yang tidak didasari pengetahuan.<sup>23</sup> Menurut UU Nomor 20 Tahun 2003, jalur pendidikan sekolah terdiri dari<sup>18</sup>:

#### 1) Pendidikan dasar

Pendidikan dasar adalah jenjang pendidikan awal selama 9 (sembilan) tahun pertama masa sekolah anak-anak yang melandasi jenjang pendidikan menengah, di akhir masa pendidikan dasar selama 6 (enam) tahun pertama (SD/MI), para siswa harus mengikuti dan lulus dari Ujian Nasional (UN) untuk dapat melanjutkan pendidikannya ke tingkat selanjutnya (SMP/MTs) dengan lama pendidikan 3 (tiga) tahun.

#### 2) Pendidikan menengah

Pendidikan menengah (sebelumnya dikenal dengan sebutan Sekolah Lanjutan Tingkat Atas (SLTA) adalah jenjang pendidikan dasar.

##### a) Pendidikan menengah umum

Pendidikan menengah umum diselenggarakan oleh Sekolah Menengah Atas (SMA) (sempat dikenal dengan

“Sekolah Menengah Umum” atau SMU) atau Madrasah Aliyah (MA). Pendidikan menengah umum dikelompokkan dalam program studi sesuai dengan kebutuhan untuk belajar lebih lanjut di perguruan tinggi dan hidup di dalam masyarakat. Pendidikan menengah umum terdiri atas 3 (tiga) tingkat.

b) Pendidikan menengah kejuruan

Pendidikan menengah kejuruan diselenggarakan oleh Sekolah Menengah Kejuruan (SMK) atau Madrasah Aliyah Kejuruan (MAK). Pendidikan menengah kejuruan dikelompokkan dalam bidang kejuruan didasarkan pada perkembangan ilmu pengetahuan, teknologi, dan/atau seni, dunia industri/dunia usaha, ketenagakerjaan baik secara nasional, regional maupun global, kecuali untuk program kejuruan yang terkait dengan upaya-upaya pelestarian warisan budaya. Pendidikan menengah kejuruan terdiri atas 3 (tiga) tingkat, dapat juga terdiri atas 4 (empat) tingkat sesuai dengan tuntutan dunia kerja.

Satuan pendidikan penyelenggara Sekolah Menengah Atas (SMA), Madrasah aliyah (MA), Sekolah Menengah Kejuruan (SMK), Madrasah Aliyah Kejuruan (MAK) dan program paket C.

### 3) Pendidikan tinggi

Pendidikan tinggi adalah jenjang pendidikan setelah pendidikan menengah. Penyelenggara pendidikan tertinggi adalah akademi, institut, sekolah tinggi, universitas.

#### e. Pekerjaan

Pekerjaan adalah jenis kegiatan yang dilakukan suami dan istri yang menjadi sumber nafkah keluarga untuk memenuhi kebutuhan demi kelangsungan hidup. Bukan saja ayah yang bertanggung jawab untuk mencari nafkah tetapi ibu yang bekerja di luar rumah untuk menambah penghasilan.<sup>24</sup>

#### f. Ekonomi/penghasilan

Status ekonomi adalah kedudukan seseorang atau keluarga di masyarakat berdasarkan pendapatan per bulan. Status ekonomi dapat dilihat dari pendapatan yang disesuaikan dengan harga barang pokok. Pembagian kelas sosial ekonomi berdasarkan status ekonomi terdiri dari:

1) status ekonomi seseorang menurut Friedman (2004) dibagi menjadi

3 kelompok yaitu<sup>23</sup>:

- a) Penghasilan tipe kelas atas >Rp 1.000.000
- b) Penghasilan tipe kelas menengah Rp 500.000 – Rp 1.000.000
- c) Penghasilan tipe kelas bawah < Rp 500.000

2) status ekonomi menurut Saraswati (2009) dibagi menjadi 3, yaitu<sup>24</sup>:

- a) Tipe kelas atas >Rp 2.000.000
- b) Tipe kelas menengah Rp 1.000.000 – Rp 2.000.000
- c) Tipe kelas bawah <Rp 1.000.000

Penghasilan yang rendah akan berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan maupun pencegahan. Seseorang kurang memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada mungkin karena tidak mempunyai cukup uang untuk membeli obat atau membayar transportasi.<sup>16</sup>

## 5. Status Gizi Pasien Rawat Inap

Status gizi merupakan ekspresi dari keadaan seimbang dalam bentuk variabel tertentu, atau perwujudan dari *nutriture* dalam bentuk variabel tertentu. Sedangkan malnutrisi merupakan keadaan patologis akibat kekurangan atau kelebihan baik secara relative maupun absolut satu atau lebih zat gizi.<sup>26</sup>

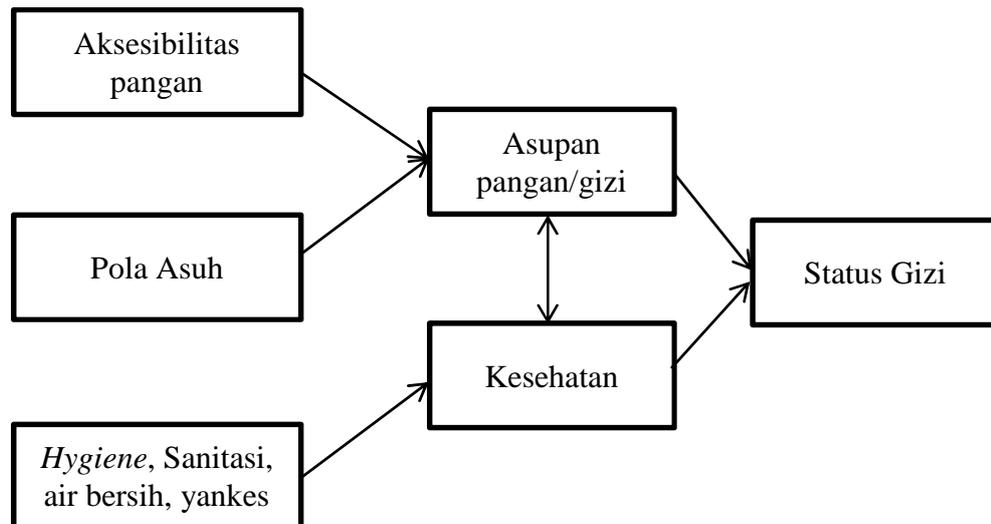
### a. Klasifikasi status gizi

Status gizi dibedakan menjadi gizi baik, gizi kurang dan gizi lebih. Gizi baik adalah keadaan yang seimbang antara konsumsi pangan dengan kebutuhan zat gizi. Gizi kurang (*undernutrition*) adalah kekurangan konsumsi pangan secara relatif atau absolut untuk periode tertentu. Gizi lebih (*overnutrition*) adalah kelebihan konsumsi pangan untuk periode tertentu.<sup>27</sup>

b. Faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi

Faktor yang mempengaruhi status gizi secara langsung adalah makanan yang dikonsumsi dan derajat kesehatan. Konsumsi makanan dipengaruhi oleh pola konsumsi keluarga dan pola distribusi makanan antar anggota keluarga. Derajat kesehatan dipengaruhi oleh pelayanan kesehatan, ketersediaan air bersih, sanitasi lingkungan, dan *hygiene* individu.<sup>28</sup>

Masalah gizi timbul melalui serangkaian proses sebab dan akibat dari beberapa faktor yang saling berkaitan. Faktor-faktor penyebab malnutrisi dapat dilihat pada Gambar 1.



Gambar 1. Modifikasi Faktor yang Mempengaruhi Status Gizi  
(Sumber: UNICEF, 1992)

c. Penilaian status gizi

Penilaian status gizi dibagi menjadi 2 yaitu penilaian status gizi secara langsung dan penilaian status gizi secara tidak langsung.<sup>29</sup>

## 1) Penilaian status gizi secara langsung

Penilaian gizi secara langsung dapat dibagi menjadi empat penilaian, yaitu:

### a) Antropometri

Antropometri adalah berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi. Secara umum, kegunaan pengukuran antropometri adalah melihat ketidakseimbangan asupan atau konsumsi protein dan energi.

Keunggulan dari pengukuran status gizi menggunakan antropometri adalah:

- i. Prosedur sederhana, aman, dan dapat dilakukan dalam jumlah sampel yang besar.
- ii. Relatif tidak membutuhkan tenaga ahli.
- iii. Alatnya murah dan mudah dibawa, tahan lama, serta dapat dipesan dan dibuat di daerah setempat.
- iv. Tepat dan akurat karena dapat dibakukan.
- v. Dapat mendeteksi atau menggambarkan riwayat gizi di masa lampau.
- vi. Umumnya dapat mengidentifikasi status gizi sedang, kurang, dan buruk karena sudah ada ambang batas yang jelas.

- vii. Dapat mengevaluasi perubahan status gizi pada periode tertentu atau dari satu generasi ke generasi selanjutnya.
- viii. Dapat digunakan untuk penapisan kelompok yang rawan gizi.

Sedangkan kekurangan dari penggunaan antropometri adalah:

- i. Tidak sensitif, artinya tidak dapat mendeteksi status gizi dalam waktu singkat serta tidak dapat membedakan kekurangan zat gizi tertentu seperti zink dan Fe.
- ii. Faktor di luar gizi (penyakit, genetik, dan penurunan penggunaan energi) dapat menurunkan spesifikasi dan sensitivitas pengukuran antropometri.
- iii. Kesalahan yang terjadi pada saat pengukuran dapat mempengaruhi presisi, akurasi, dan validitas pengukuran antropometri. Kesalahan tersebut dapat terjadi karena kurangnya latihan pada petugas, kesalahan alat, maupun kesulitan pengukuran.

Pengukuran antropometri yang dapat digunakan untuk mengetahui status gizi antara lain dengan LILA. Alat ukur yang digunakan berupa pita LILA dengan ketelitian 1 mm.

Berikut rumus perhitungan status gizi berdasarkan Lingkar Lengan Atas (LILA):

$$\text{LILA} = \frac{L \text{ Ap}}{L \text{ s}} \times 100\%$$

**Tabel 1.** LILA Standar

Pria	LILA Standar	Wanita	LILA Standar
18 – 24 tahun	30,9	18 – 24 tahun	27,0
25 – 34 tahun	32,3	25 – 34 tahun	28,6
35 – 44 tahun	32,7	35 – 44 tahun	30,0
45 – 54 tahun	32,1	45 – 54 tahun	30,7
55 – 64 tahun	31,5	55 – 64 tahun	30,7
65 – 74 tahun	30,5	65 – 74 tahun	30,1

Sumber: Almatsier (2004) dalam Muttaqin dkk, 2013

**Tabel 2.** Status Gizi berdasarkan LILA

No.	Kategori	LILA
1.	Gizi buruk	< 60%
2.	Gizi kurang	60 – 90%
3.	Gizi baik	90 – 110%
4.	Overweight	110– 120%
5.	Obesitas	>120%

Sumber: Jelliffe and Jelliffe, 1989

#### b) Klinis

Pemeriksaan klinis didasarkan pada perubahan-perubahan yang terjadi yang dihubungkan dengan ketidakcukupan zat gizi, dapat dilihat pada jaringan epitel (*superficial epithelial tissues*) seperti kulit, mata, rambut, mukosa oral, atau pada organ-organ yang dekat dengan permukaan tubuh seperti kelenjar tiroid. Survei tersebut dirancang untuk mengetahui tingkat status gizi seseorang

dengan melakukan pemeriksaan fisik yaitu mengenal tanda (*sign*) dan gejala (*symptom*) atau riwayat penyakit.<sup>30</sup>

Pemeriksaan klinis adalah metode yang sangat penting untuk menilai status gizi masyarakat dengan melihat jaringan epitel seperti kulit, mata, rambut, dan mukosa oral atau pada organ-organ yang dekat dengan permukaan tubuh seperti kelenjar tiroid. Metode ini biasanya digunakan untuk survey klinis untuk mendeteksi secara cepat tanda-tanda klinis umum dari salah satu atau lebih zat gizi.<sup>31</sup>

Kelebihan dari penilaian klinis adalah :

- i. Relatif murah
- ii. Tidak memerlukan tenaga khusus tetapi memerlukan tenaga paramedis yang bisa dilatih
- iii. Sederhana, cepat, dan mudah diinterpretasikan
- iv. Tidak memerlukan peralatan yang rumit

Sedangkan kekurangan dari penilaian klinis adalah:

- i. Beberapa gejala klinis tidak mudah dideteksi sehingga diperlukan orang-orang yang ahli dalam menemukan gejala klinis tersebut
- ii. Gejala klinis tidak bersifat spesifik
- iii. Adanya gejala klinis yang bersifat ganda

- iv. Gejala klinis dapat terjadi pada waktu permulaan kekurangan zat gizi dan dapat juga terjadi pada saat akan sembuh
- v. Adanya variasi dalam gejala klinis yang timbul karena satu gejala klinis disebabkan karena beberapa faktor, seperti: genetik, lingkungan, kebiasaan makan, dan sebagainya.

c) Biokimia

Pemeriksaan laboratorium (biokimia) dilakukan melalui pemeriksaan spesimen jaringan tubuh (darah, urin, tinja, hati, dan otot) yang diuji secara laboratoris. Tujuan pemeriksaan biokimia adalah mengetahui kekurangan gizi secara spesifik.

Keunggulan penilaian biokimia antara lain:

- i. Dapat mendeteksi defisiensi zat gizi lebih dini
- ii. Hasil dari pemeriksaan biokimia lebih objektif
- iii. Dapat menunjang hasil pemeriksaan metode lain dalam penilaian status gizi.

Kekurangan dari penilaian biokimia adalah:

- i. Hanya bisa dilakukan setelah timbulnya gangguan metabolisme
- ii. Membutuhkan biaya yang mahal
- iii. Dibutuhkan tenaga ahli dalam pemeriksaan

- iv. Kurang praktis di lapangan
- v. Pada pemeriksaan tertentu spesimen sulit ditentukan
- vi. Belum ada keseragaman dalam memilih nilai normal untuk menentukan kualitas status gizi
- vii. Memerlukan peralatan yang ada di laboratorium tertentu

d) Biofisik

Penilaian secara biofisik dapat dilakukan melalui tiga cara, yaitu:<sup>32</sup>

- i. Pemeriksaan radiologi (untuk mengetahui penyakit riketsia, osteomalasia, sariawan, beri-beri, dan fluorosis)
- ii. Tes fungsi fisik (untuk mengukur kelainan buta senja akibat kurang vitamin A)
- iii. Tes sitologi (untuk menilai keadaan KEP berat)

Pemeriksaan biofisik bertujuan untuk mengetahui situasi tertentu seperti orang buta senja. Kelemahan dari pemeriksaan ini adalah:

- i. Biaya sangat mahal
- ii. Memerlukan tenaga profesional
- iii. Hanya diterapkan pada keadaan tertentu saja

## 2) Penilaian status gizi secara tak langsung

### a) Survei konsumsi makanan

Tujuan pelaksanaan survei konsumsi makanan ini adalah:<sup>32</sup>

- i. Menentukan tingkat kecukupan konsumsi pangan nasional dan kelompok masyarakat
- ii. Menentukan status kesehatan dan gizi keluarga dan individu
- iii. Menentukan pedoman kecukupan makanan dan program pengadaan makanan
- iv. Sebagai dasar perencanaan dan program pengembangan gizi
- v. Sebagai sarana pendidikan gizi masyarakat
- vi. Menentukan perundang-undangan yang berkenaan dengan makanan, kesehatan, dan gizi masyarakat.

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam survei konsumsi makanan adalah:

- i. Tujuan penelitian
- ii. Jumlah responden yang akan diteliti
- iii. Umur dan jenis kelamin responden
- iv. Keadaan sosial dan ekonomi responden
- v. Ketersediaan dana dan tenaga
- vi. Kemampuan tenaga pengumpul data
- vii. Pendidikan responden

- viii. Bahasa yang digunakan responden
- ix. Pertimbangan logistik pengumpulan data

Metode penelitian asupan makanan diklasifikasikan menjadi dua kelompok, yaitu metode kuantitatif meliputi *food recall*, *estimated food record* dan metode penimbangan makanan (*food weighing*). Kemudian metode kuantitatif yaitu *dietary history* dan metode frekuensi makanan (*food frequency*).

b) Statistik vital

Pemeriksaan statistik vital dilakukan dengan menganalisis data kesehatan seperti angka kematian, kesakitan, pelayanan kesehatan, dan penyakit infeksi yang berhubungan dengan gizi.

c) Penilaian variabel ekologi

Malnutrisi merupakan masalah ekologi sebagai hasil interaksi beberapa faktor fisik, biologis, dan lingkungan budaya. Jumlah makanan yang tersedia sangat tergantung dari keadaan lingkungan.<sup>30</sup>

## 6. Kualitas Hidup

a. Pengertian

Menurut WHO, kualitas hidup adalah persepsi seseorang dalam konteks budaya dan norma yang sesuai dengan tempat hidup orang tersebut serta berkaitan dengan tujuan, harapan, standar dan

kepedulian selama hidupnya. Dimensi kualitas hidup pasien hipertensi yang akan diteliti meliputi aspek hubungan dengan lingkungan, faktor sosial, faktor kesejahteraan psikologis, dan kesehatan umum.

Kualitas hidup merupakan konsep multidimensional meliputi dimensi fisik, sosial, dan psikologis yang berhubungan dengan penyakit dan terapi.<sup>33</sup> Kualitas hidup ditentukan oleh tiga hal, antara lain: mobilitas, nyeri dan kejiwaan, depresi atau ansietas yang mana dapat diukur secara obyektif dan dinyatakan sebagai status kesehatan.<sup>34</sup>

b. Cara pengukuran kualitas hidup

Terdapat dua kelompok kuesioner yang dapat digunakan untuk menilai kualitas hidup seseorang, yaitu<sup>35</sup>:

1) Spesifik penyakit tertentu (*disease specific*)

Kuesioner yang spesifik untuk penyakit tertentu biasanya berisikan pertanyaan-pertanyaan khusus yang sering terdapat pada penyakit tersebut, misalnya kualitas hidup pasien gagal jantung diukur dengan *Minnesota Living Heart Failure* (MLHF) atau *Quality of Life After Myocardial Infarction* (QLMI) dan pasien dengan penyakit ginjal diukur dengan *Kidney Disease Quality of Life-Short Form* (KDQOL-SF). Keuntungan kuesioner tersebut adalah dapat mendeteksi lebih tepat keluhan atau hal khusus yang sangat berperan pada penyakit tersebut yang harus tergambar di dalam kuesioner, seperti tingkat keluhan sesak napas pada pasien

gagal jantung. Sedangkan kelemahannya adalah tidak dapat digunakan untuk penyakit lain.

## 2) *Generic instrument*

Kuesioner generik dibuat untuk spektrum yang luas dan dapat digunakan untuk menilai secara menyeluruh terkait pasien. Riwayat kesehatan merupakan alat ukur yang mencakup banyak hal mengenai kualitas hidup, termasuk fisik, mental, dan fungsi sosial. Kuesioner tersebut adalah *Medical Outcome Study 36-Items Short Form Health Survey* (SF-36). Keuntungan menggunakan kuesioner ini adalah dapat dipakai untuk bermacam penyakit/usia. Kelemahan kuesioner ini adalah tidak mencakup hal-hal khusus pada penyakit tertentu.

SF-36 merupakan survey kesehatan yang singkat dengan 6 pertanyaan untuk mencapai beberapa tujuan. SF-36 digunakan sejak tahun 1970 oleh McDowell dan Newell dan distandarkan pada tahun 1990. SF-36 terdiri dari 2 domain, yaitu domain fisik dan domain mental. Setiap domain terdiri dari 4 sub area, setiap sub area terdiri dari beberapa pertanyaan. Sub area pada domain fisik terdiri dari fungsi fisik (dengan 10 pertanyaan tentang semua aktivitas fisik termasuk mandi dan berpakaian), peranan fisik (dengan 4 pertanyaan tentang pekerjaan atau aktivitas sehari-hari), rasa nyeri (dengan 2 pertanyaan tentang rasa sakit yang dirasakan), dan kesehatan umum (dengan 5 pertanyaan tentang kesehatan

individu). Domain mental terdiri dari kesehatan mental (dengan 5 pertanyaan tentang perasaan seperti depresi, senang, dll), peranan emosi (dengan 3 pertanyaan tentang masalah pekerjaan yang berdampak pada status emosi), fungsi sosial (dengan 2 pertanyaan tentang aktivitas sosial yang berkaitan dengan masalah fisik dan emosi), serta vitalitas (dengan 4 pertanyaan tentang vitalitas yang dirasakan pasien. Menurut Ware (2000), uji reliabilitas untuk skor domain fisik dan mental adalah 0,80.<sup>36</sup>

c. Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup

1) Karakteristik pasien

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan oleh Yuliah pada tahun 2009 mengenai “Hubungan Karakteristik Individu dengan Kualitas Hidup Dimensi Fisik Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Terapi Hemodialisa di RS Dr. Kariadi Semarang” menunjukkan hasil bahwa terdapat hubungan antara karakteristik individu dengan kualitas hidup dimensi fisik pasien gagal ginjal kronik. Hal ini menunjukkan semakin tinggi karakteristik seseorang maka akan semakin baik pula kualitas hidupnya.<sup>9</sup>

a) Usia

Seiring bertambahnya usia, seseorang lebih rentan terkena penyakit. Risiko terkena penyakit 5 kali lipat pada sekelompok orang dengan usia 40-60 tahun. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh *Steigrlman et al* (2006),

didapatkan hasil bahwa 33,2% pasien yang berusia lebih dari 75 tahun memiliki kualitas hidup buruk dibandingkan dengan pasien yang berusia lebih muda.<sup>37</sup>

b) Jenis kelamin

Moons, Marquet, Budst, dan De Gess (2004) menyatakan bahwa gender dapat mempengaruhi kualitas hidup seseorang.<sup>38</sup> Bain, Gilian, Lamnon, Teunise (2003) menyatakan bahwa terdapat perbedaan antara kualitas hidup laki-laki dengan perempuan, dimana kualitas hidup laki-laki cenderung lebih baik daripada kualitas hidup perempuan. Ryff & Singer 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 laki-laki lebih terkait pada aspek pendidikan dan pekerjaan yang lebih baik.

c) Pendidikan

Moons, Marquet, Budst, dan De Gess (2004) menyatakan bahwa tingkat pendidikan merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup secara subyektif.<sup>38</sup> Hal tersebut sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Wahl, Astrid, Rusteun, dan Hanested (2004) yang menyatakan bahwa kualitas hidup akan meningkat seiring

dengan lebih tingginya tingkat pendidikan yang didapatkan oleh seorang individu.<sup>39</sup>

d) Pekerjaan

Moons, Marquet, Budst, dan De Gess (2004) menyatakan bahwa terdapat perbedaan kualitas hidup antara penduduk yang berstatus sebagai pelajar, penduduk yang bekerja, penduduk yang tidak bekerja (atau sedang mencari pekerjaan), dan penduduk yang tidak mampu bekerja (atau memiliki *disability* tertentu).<sup>38</sup> Wahl, Astrid, Rusteun, dan Hanested (2004) yang menyatakan bahwa status pekerjaan berhubungan dengan kualitas hidup laki-laki maupun perempuan.<sup>39</sup>

e) Status pernikahan

Penelitian empiris di Amerika secara umum menunjukkan bahwa individu yang menikah memiliki kualitas hidup yang lebih tinggi daripada individu yang tidak menikah, bercerai, ataupun janda/duda akibat pasangan meninggal.<sup>7</sup> Demikian juga penelitian yang dilakukan oleh Moons, Marquet, Budst, dan De Gess (2004) menyatakan bahwa laki-laki maupun perempuan dengan status menikah atau kohabitasi memiliki kualitas hidup yang lebih tinggi.<sup>38</sup>

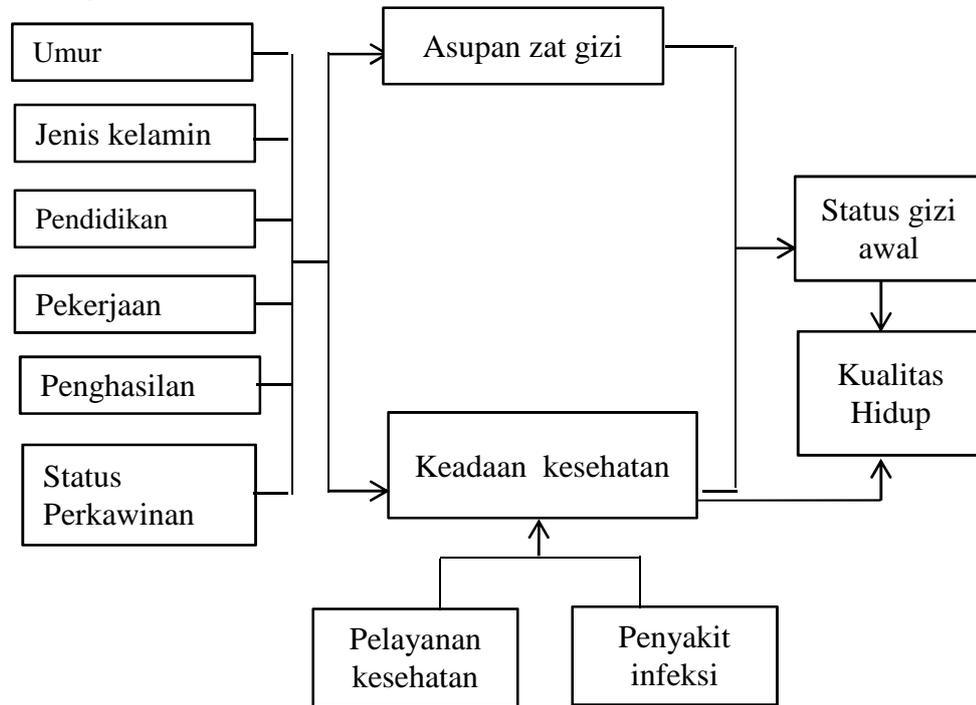
f) Penghasilan

Baxter (1998) dan Dalkey (2002) menemukan adanya pengaruh dan faktor demografi berupa penghasilan dengan kualitas hidup yang dihayati secara subjektif.<sup>40</sup> Penelitian yang dilakukan oleh Noghani dkk (2007) juga menemukan adanya kontribusi yang lumayan dari faktor penghasilan terhadap kualitas hidup subjektif namun tidak banyak.<sup>41</sup>

2) Status gizi

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Mareta Fitria Wulandari mengenai Hubungan Status Gizi dengan Kualitas Hidup pada Pasien Hemodialisis di RS PKU Muhammadiyah Unit II Yogyakarta pada tahun 2015 menyatakan bahwa terdapat hubungan yang bermakna secara statistik antara status gizi dengan kualitas hidup pasien hemodialisis di PKU Muhammadiyah II Yogyakarta. Hal tersebut dibuktikan dengan t hitung sebesar -0,324 yang mana menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang lemah dan berpola positif, artinya jika status gizi semakin baik, maka kualitas hidup juga semakin baik. Namun jika status gizi kurang, maka kualitas hidup akan semakin buruk.<sup>42</sup>

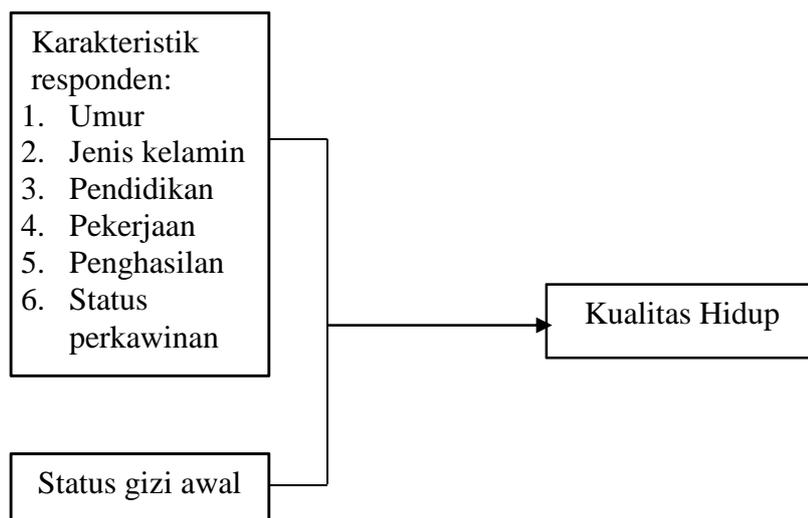
## B. Kerangka Teori



**Gambar 2.** Kerangka Teori

*Sumber: Modifikasi I Dewa Nyoman Supriasa (2002);  
Green LW & Kreuter MW (1991)*

## C. Kerangka Konsep



**Gambar 3.** Kerangka Konsep

#### **D. Hipotesis Penelitian**

Hipotesis penelitian dari skripsi ini meliputi:

1. Ada pengaruh usia terhadap kualitas hidup pasien rawat inap di bangsal penyakit dalam RSUD Puri Asih Salatiga.
2. Ada pengaruh jenis kelamin terhadap kualitas hidup pasien rawat inap di bangsal penyakit dalam RSUD Puri Asih Salatiga.
3. Ada pengaruh pendidikan terhadap kualitas hidup pasien rawat inap di bangsal penyakit dalam RSUD Puri Asih Salatiga.
4. Ada pengaruh pekerjaan terhadap kualitas hidup pasien rawat inap di bangsal penyakit dalam RSUD Puri Asih Salatiga.
5. Ada pengaruh penghasilan terhadap kualitas hidup pasien rawat inap di bangsal penyakit dalam RSUD Puri Asih Salatiga.
6. Ada pengaruh status menikah terhadap kualitas hidup pasien rawat inap di bangsal penyakit dalam RSUD Puri Asih Salatiga.
7. Ada pengaruh status gizi awal terhadap kualitas hidup pasien rawat inap di bangsal penyakit dalam RSUD Puri Asih Salatiga.