BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Gagal Ginjal Kronik

2.1.1 Pengertian Gagal Ginjal

Gagal ginjal kronik atau *Chronic Kidney Disease* (CKD) merupakan ketidakmampuan fungsi ginjal mempertahankan metabolisme, keseimbangan cairan dan elektrolit yang mengakibatkan destruksi struktur ginjal yang progresif adanya manifestasi penumpukan bahan sisa metabolisme seperti toksik uremik di dalam darah (Muttaqin & Sari, dalam Tanujiarso, dkk, 2014).

Gagal ginjal kronik atau *Chronic Kidney Disease* (CKD) adalah kemunduran fungsi ginjal yang progresif dan irreversible dimana terjadi kegagalan kemanapun tubuh untuk mempertahankan keseimbangan metabolic, cairan, dan elektrolit yang mengakibatkan uremia atau azotemia (Andra Safari, dalam Brunner & Suddarth, 2013).

Jadi gagal ginjal kronis atau *Chronic Kidney Disease* (CKD) adalah suatu penyakit yang menyebabkan tidak berfungsinya organ ginjal dalam melakukan fungsinya dengan baik seperti pada sebelumnya, yaitu metabolisem tubuh (Monika, dalam Muttaqim & Sari, dkk, 2014).

2.1.2 Etiologi

Penyakit ginjal kronis dapat di sebabkan dari berbagai penyakit, ini bisa di akibatkan oleh beberapa faktor pencetus yang berasal dari penyakit sistemik ataupun dari penyakit pada ginjal itu sendiri. Beberapa penyebab PGK diantaranya adalah DM, hipertensi, glomerulonephritis kronis, nefritis intersisial kronis, penyakit ginjal polikistik, obstruksi-infeksi saluran kemih, obesitas maupun idiopatik (Kementrian Kesehatan, 2017)

2.1.3 Klasifikasi

Menurut *National Kidney Foundation Classification of Chronic Kidney Disease*, CKD dibagi dalam lima stadium.

Stadium	Deskripsi	Istilah Lain	GFR (ml/mnt/3 m^2)
I	Kerusakan ginjal dengan GFR normal	Berisiko	>90
II	Kerusakan ginjal dengan GFR turun ringan	Insufisiensi ginjal kronik (IGK)	60-89
III	GFR turun sedang	IGK, gagal ginjal kronik	30-59
IV	GFR turun berat	Gagal ginjal kronik	15-29
V	Gagal ginjal	Gagal ginjal tahap akhir (*End Stage Renal Disease)*	<15

Tabel 2.1 Stadium Chronic Kidney Disease CKD

CKD terjadi dikarenakan fungsi renal menurun akibat produk akhir metabolisme protein tertimbun di dalam darah, lalu mengakibatkan terjadinya uremia dan memengaruhi seluruh sistem tubuh (Nursalam & Baticaca). Penyebab gagal ginjal kronik menurut Price (2015) dibagi menjadi delapan kelas, antar lain :

a. Penyakit infeksi tubulointestinal misalnya pielonefritis atau refluks nefropati.
b. Penyakit peradangan misalnya glomerulonephritis.
c. Penyakit vaskuler hipertensif misalnya nefroklerolis benigna, nefroklerosis maligna dan stenosis arteri renalis.

d. Gangguan jaringan ikat misalnya lupus eritematosus sistemik, poliarteritis nodosa dan sclerosis sitemik progresif.
e. Gangguan congenital dan heredital misalnya penyakit ginjal polokistik, asidosis tubulus ginjal
f. Penyakit metabolik misalnya diabetes melitus, gout, hiperparatiroidsme dan amilodisme.
g. Nefropati toksik misalnya penyalahgunaan analgesic dan nefropati timah.
h. Nefropati obstruksi misalnya traktus urinalus bagian atas : batu, neoplasma, fibrosis netroperitoneal. Traktus urinarius bagian bawah : hipertropi prostat, struktur uretra, anomi congenital leher vesika urineria dan uretra.

2.1.4 Faktor Resiko Gagal Ginjal Kronik

Faktor resiko gagal ginjal kronik, yaitu pada pasien dengan diabetes melitus atau hipertensi, obesitas atau perokok, berumur lebih dari 50 tahun, dan individu dengan riwayat penyakit diabetes melitus, hipertensi, dan penyakit ginjal dalam keluarga, dari penelitian mengenai faktor resiko dapat diketahui bahwa faktor resiko utama yang paling banyak menyebabkan terjadinya penyakit gagal ginjal kronik adalah hipertensi (Prihatiningtias, 2017).

2.1.5 Patofisiologi Penyakit Gagal Ginjal Kronik

Patogenesis gagal ginjal kronik melibatkan penurunan dan kerusakan nefron yang diikuti kehilangan fungsi ginjal yang progresif. Total laju filtrasi glomerulus (GFR) menurun dan klirens menurun, BUN dan kreatinin meningkat. Nefron yang masih tersisa mengalami hipertrofi akibat usaha menyaring jumlah cairan yang lebih banyak. Akibatnya, ginjal kehilangan kemampuan memekatkan urine. Tahapan untuk melanjutkan eksresi, sejumlah besar urine dikeluarkan, yang menyebabkan klirens mengalami kekurangan cairan. Tubulus secara bertahap kehilangan kemampuan menyerap elektrolit. Biasanya urine

yang dibuang mengandung banyak sodium sehingga terjadi poliuri (Bayhakki, 2013)

2.1.6 Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala klinis pada gagal ginjal kronik dikarenakan gangguan yang bersifat sistemik. Ginjal sebagai suatu organ koordinasi dalam peran sirkulasi memiliki fungsi yang banyak (*organs multifunction*), sehingga kerusakan kronis secara fisiologis ginjal akan mengakibatkan gangguan keseimbangan sirkulasi dan vasomotor. Berikut ini adalah tanda dan gejala yang ditunjukkan oleh gagal ginjal kronik (Robinson, 2013) :

a. Ginjal dan gastrointestinal
b. Kardiovaskuler
c. *Respiratory system*
d. Gastrointestinal
e. Integumen
f. Neurologis
g. Endokrin
h. Hemapoetiec dan
i. Musculoskeletal.

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Berikut ini adalah pemeriksaan penunjang yang dibutuhkan untuk menegakkan diagnose gagal ginjal kronik (Prabowo, 2014) :

a. Biokimiawi,
b. Urinalisis,
c. Ultrasonografi Ginjal, dan
d. *Imaging* (gambaran) dari ultrasonografi.

2.1.8 Penatalaksanaan

Mengingat fungsi ginjal yang rusak sangat sulit untuk dilakukan pengembalian, maka tujuan dari penatalaksanaan pasien gagal ginjal

kronik adalah untuk dapat mengoptimalkan fungsi ginjal yang ada dan mempertahankan keseimbangan secara maksimal untuk dapat memperpanjang harapan hidup pasien. Sebagai penyakit yang kompleks, gagal ginjal kronik membutuhkan penatalaksanaan terpadu dan serius, sehingga akan meminimalisir terjadinya komplikasi dan meningkatkan harapan hidup pasien. Berikut penatalaksaaan untuk pasien CKD :

2.1.8.1 Non Farmakologi

a. Diet protein, bisa membantu untuk memperlambat perkembangan gagal ginjal kronik pada pasien dengan atau tanpa diabetes, meskipun efeknya cenderung kecil
b. Menghindari makanan berpurin, salah satu penyebab gagal ginjal kronik adalah senyawa purin atau sering kita kenal sebagai senyawa purin atau sering kali kita kenal sebagai senyawa asam urat. Makanan berpurin tinggi akan mengakibatkan pengumpulan purin pada ginjal sehingga glomerulus tidak dapat menyaring kotoran ataupun racun, sehingga membantu kerja glomerulus yang sudah tidak maksimal.
c. Mengkonsumsi banyak air mineral, air putih sangat berguna untuk melarutkan kotoran yang ada pada ginjal sehingga fungsi ginjal dapat berjalan dengan mudah dalam melakukan penyaringan, hal ini terjadi ketika kita banyak minum air putih maka racun dalam darah akan bersifat encer sehingga glomerulus mampu memfiltrasi racun tersebut dengan baik.
d. Rajin berolahraga, kandungan racun yang ada dalam darah selain dikeluarkan lewat ginjal, racun tersebut juga dapat dikeluarkan melalui keringat, jadi sangat penting apabila penderita gagal ginjal kronik untuk secara rutin mengeluarkan keringat mereka, salah satu cara termudah dalam mengeluarkan keringat adalah dengan berolahraga.

2.1.8.2 Farmakologi

a. Terapi spesifik terhadap penyakit dasarnya, memperlmabta memperburuk (*progresstion)* fungsi ginjal, pencegahan dan terapi terhadap penyakit kardiovaskuler, pencegahan dan terapi terhadap komplikasi (Sudoyo, 2009)
b. Obat-obatan : anti hipertensi, sumplemen besi, agen pengikat fosfat, suplemen kalsium, furosemide untuk membantu berkemih (Kusuma & Nurarif, 2012).
c. Dialisis
d. Pelaksanaan terapi dialisis bergantung pada kombinasi keluhan atau gejala pasien dengan komorbid dan parameter laboratorium (Armelia, 2013)
e. Tranplantasi ginjal
f. Dengan penemuan regimen obat-obatan imunosupresi yang lebih serta perbaikan lebih lanjut pada keberhasilan cangkok jangka pendek, maka transplantasi ginjal merupakan pilihan bagi sebagian besar pasien CKD (Armelia, 2013).

2.1.9 Komplikasi

Komplikasi yang dapat ditimbulkan dari penyakit gagal ginjal kronik adalah (Prabowo, 2014) :

a. Penyakit Tulang,
b. Penyakit Kardiovaskular,
c. Anemia, dan Disfungsi seksual.

2.2 Kepatuhan

2.2.1 Pengertian Kepatuhan

Kepatuhan (*adherence)* secara umum dapat di definisikan sebagai tingkatan perilaku seseorang yang mendapatkan pengobatan, mengikuti diet dan melaksanakan gaya hidup sesuai dengan rekomendasi dari pemberi pelayanan kesehatan (Syamsiah, 2011).

Menurut Niven (2012) kepatuhan berasal dari kata patuh yang berarti disiplin dan taat. Kepatuhan pasien adalah sejauh mana perilaku pasien sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh profesional kesehatan. Setiap individu pasti menginginkan kondisi badan yang sehat, disamping itu manusia juga tidak bisa menolak jika harus mengalami sakit. Manusia secara umum ketika menghadapi keadaan sakit akan berusaha mengobati sakit yang di deritanya dengan berbagai macam cara. Kepatuhan pasien berpengaruh terhadap kesembuhan individu atau pasien.

Menurut Kelman (dalam Sarwono 2012) pasien mematuhi anjuran yang atau instruksi petugas tanpa kerelaan untuk melakukan tindakan tersebut dan juga sering kali mereka ingin menghindari hukuman atau sangsi jika tidak patuh merupakan tahap kepatuhan. Perubahan yang terjadi bersifat sementara yaitu bahwa tindakan itu dilakukan selama masih ada pengawasan petugas. Pengawasan tidak berupa kehadiran fisik petugas atau tokoh otoriter melainkan cukup rasa takut terhadap suatu ancaman sangsi yang berlaku. Kepatuhan pasien berdasarkan rasa terpaksa atau ketidak pahaman tentang pentingnya perilaku kepatuhan yaitu kepatuhan demi menjaga nama baik petugas kesehatan.

2.2.2 Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan

Menurut Feuerstein (dalam Niven 2012) ada beberapa faktor yang mempengaruhi kepatuhan adalah :

a. Pendidikan

   Pendidikan pasien dapat meningkatkan kepatuhan sepanjang bahwa pendidikan tersebut merupakan salah satu pendidikan yang aktif contohya dengan menggunakan buku atau pun dengan kaset.

b. Akomodasi

   Suatu usaha yang dilakukan untuk memahami kepribadian pasien yang dapat mempengaruhi kepatuhan.

c. Modifikasi faktor lingkungan dan sosial

Hal ini berarti membantu dukungan sosial dari keluarga dan teman-teman, kelompok-kelompok pendukung dapat dibentuk untuk membantu kepatuhan terhadap program pengobatan seperti pengurangan berat badan, berhenti merokok dan menurunkan konsumsu alkohol.

d. Perubahan model terapi

Program-program pengobatan dapat dibuat sesederhana mungkin dan pasien terlihat aktif dalam pembuatan program pengobatan tersebut.

e. Meningkatkan interaksi professional kesehatan dengan pasien

Suatu hal penting untuk memberikan umpan balik pada klien setelah memperoleh informasi tentang diagnosis. Pasien membutuhkan kejelasan tentang kondisinya saat ini, apa penyebabnya dan apa yang dapat mereka lakukan dengan kondisi seperti itu.

f. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu obyek tertentu, dari pengalaman dan penelitian terbukti oleh perilaku yang didasari oleh pengetahuan (Notoatmodjo, 2007). Menurut fungsinya pengetahuan merupakan dorongan dasar untuk ingin tahu, untuk mencari penalaran dan untuk mengorganisasikan pengalamannya. Adanya unsur pengalaman yang semula tidak konsisten dengan apa yang diketahui oleh individu akan disusun, ditata kembali atau diubah sedemikian rupa, sehingga tercapai suatu konsistensi. Semakin tinggi tingkat pengetahuan.

g. Usia

Usia merupakan umur yang terhitung mulai saat dilahirkan sampai saat akan berulang tahun. Semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berpikir dan bekerja. Dari segi kepercayan, masyarakat yang lebih dewasa akan lebih dipercaya daripada orang yang belum cukup tinggi tingkat kedewasaannya.

2.2.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan

Menurut Dunhar dan Stunkard (dalam Niven 2012) mengemukakan ketidakpatuhan pasien telah menjadi masalah yang serius untuk dihadapi oleh tenaga kesehatan profesional, oleh karena itu penting untuk di ketahui faktor-faktor yang dapat mempengaruhi ketidakpatuhan digolongkan menjadi empat bagian antara lain :

a. Pemahaman tentang intruksi

Tidak seorang pun bisa mematuhi intruksi jika ia salah paham tentang intruksi yang telah diberikan kepadanya.

b. Kualitas Interaksi

Kualitas interaksi antara profesional kesehatan dengan pasien merupakan salah satu bagian yang penting dalam membutuhkan derajat kepatuhan.

c. Isolasi sosial dan keluarga

Keluarga dapat menjadi faktor yang sangat berpengaruh dalam menentukan suatu keyakinan dan nilai kesehatan individu serta dapat menentukan tentang program pengobatan apa yang dapat mereka dapatkan.

d. Keyakinan, sikap dan kepribadian

Becker dkk (dalam Niven 2012) telah membuat suatu usulan bahwa model keyakinan kesehatan bermanfaat untuk memperbaiki adanya ketidakpatuhan.

2.2.4 Derajat Ketidakpatuhan

Menurut Niven (2007), derajat ketidakpatuhan ditemukan oleh faktor sebagai berikut :

a. Derajat perubahan gaya hidup yang dibutuhkan
b. Lamanya waktu dimana pasien harus mematuhi program tersebut
c. Apakah penyakit itu benar-benar menyakitkan
d. Apakah pengobatan tersebut berpotensi menyelamatkan hidup
e. Keparahan penyakit yang dipersiapkan sendiri oleh pasien dan bukan professional kesehatan

2.2.5 Strategi untuk meningkatkan kepatuhan

Menurut smet (1994) seperti dikutip oleh (Syakira, 2009), berbagai strategi telah dicoba meningkatkan kepatuhan :

a. Dukungan professional kesehatan

Dukungan profesional kesehatan sangat diperlukan untuk meningkatkan kepatuhan, contoh yang paling sederhana dalam hal dukungan tersebut adalah dengan danya teknik komunikasi. Komunikasi memegang pernanan penting karena komunikasi yang baik diberikan oleh profesional kesehatan baik dokter/perawat dapat menanamkan ketaatan bagi pasien.

b. Dukungan sosial

Dukungan sosial yang dimaksud yaitu keluarga. Para profesional kesehatan yang dapat meyakinkan keluarga pasien untuk menunjang peningkatan kesehatan pasien maka ketidakpatuhan dapat dikurangi.

c. Pemberian informasi

Pemberian informasi yang jelas pada pasien dan keluarga mengenai penyakit yang dideritanya serta cara pengobatannya.

2.2.6 Pengukuran kepatuhan

Menurut Niven (2007), Pengukuran kepatuhan dikategorikan menjadi :

a. Patuh

Bila perilaku pasien sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh profesional kesehatan.

b. Tidak patuh

Bila pasien menunjukkan ketidakpatuhan terhadap intruksi yang diberikan.

Pengukuran kepatuhan di ukur menggunakan instrument MMAS-8 terdiri dari 8 pertanyaan yang di dalamnya terdapat untuk mengetahui tingkat kepatuhan pasien. Kuisioner MMAS-8 *(Modified Morisky Adherence Scale-8)* yang telah tervalidasi dapat digunakan untuk mengukur kepatuhan pengobatan pada penyakit-penyakit dengan terapi jangka panjang. Keunggulan kuisioner MMAS-8 adalah mudah, murah, dan efektif digunakan untuk mengetahui kepatuhan pasien dengan penyakit kronis (Plakes *et al.*, 2016).

Morisky secara khusus membuat skala untuk dapat mengukur kepatuhan dalam mengkonsumsi obat dengan delapan item yang di dalamnya berisi pertanyaan-pertanyaan yang menunjukkan frekuensi kelupaan meminum obat, MMAS-8 di kategorikan menjadi 3 tingkat kepatuhan obat :
Kepatuhan tinggi (nilai 8), kepatuhan sedang (nilai 6-7) dan kepatuhan rendah (nilai < 6) (Morisky *et al,* 2008).

MMAS-8 merupakan kuisioner modifikasi dari *Modified Morisky Scale* (MMS). Kuisioner MMS merupakan kuisioner kepatuhan penggunaan obat yang terdiri dari sejumlah 6 item pertanyaan tertutup berupa jawaban “Ya” dan “Tidak”, Kemudian dikembangkan menjadi kuisioner MMAS-8 dengan 2 item pertanyaan tambahan. Kuisioner MMAS-8 mempunyai nilai reliabilitas lebih tinggi dibanding MMS yaitu 0,83 (Kurniasih, 2014).

2.3 Kualitas Hidup (*Quality of life*)

2.3.1 Pengertian Kualitas Hidup

Menurut Cohan & Lazatus (dalam Handini, 2011) kualitas hidup adalah tingkatan yang menggambarkan keunggulan seseorang individu yang dapat dinilai dari kehidupan mereka. Keunggulan individu tersebut biasanya dapat dilihat dari tujuan hidupnya, control pribadinya, hubungan interpersonal, perkembangan pribadi, intelektual dan kondisi materi. Sedangkan Ghozali juga mengungkapkan faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup diantaranya adalah mengenali diri sendiri, adaptasi, merasakan perhatian orang lain, perasaan kasih dan sayang, bersikap optimis, mengembangkan sikap empati.

Kualitas hidup menurut WHO adalah persepsi individu tentang keberadaannya di kehidupan dalam suatu konteks budaya dan sistem nilai tempat ia tinggal. Jadi dalam skala yang luas meliputi berbagai sisi kehidupan seseorang baik dari segi fisik, psikologis, kepercayaan pribadi,dan hubungan sosial untuk berinteraksi dengan lingkungannya. Definisi ini merefleksikan pandangan bahwa kualitas hidup merupakan evaluasi subjektif, yang tertanam dalam konteks cultural, sosial dan lingkungan. Kualitas hidup tidak dapat di sederhanakan dan disamakan dengan status kesehatan, gaya hidup, kenyamanan hidup, status mental dan rasa aman (Snoek, dalam Indahria, 2013)

Dari beberapa uraian tentang kualitas hidup diatas maka dapat ditegaskan bahwa yang dimaksud dengan kualitas hidup dalam konteks penelitian ini adalah persepsi individu terhadap posisi mereka dalam kehidupannya baik dilihat dari konteks budaya maupun sistem nilai dimana mereka tinggal dan hidup yang ada hubungannya dengan tujuan hidup, harapan, standar dan fokus hidup mereka yang mencakup beberapa aspek sekaligus, diantaranya aspek kondisi fisik, psikologis, sosial dan lingkungan dalam kehidupan sehari-hari.

2.2.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup

Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup menurut Rohman, dkk (2012) yaitu :

a. Faktor fisik

Untuk mencapai hidup yang berkualitas, maka harus mencangkup ketiga fitur berikut, yaitu kemungkinan yang rendah mengalami penderitaan suatu penyakit atau ketidakmampuan dikarenakan penyakit tertentu, kognitif dan fisik yang tetap berfungsi baik. Kondisi fisik secara keseluruhan mengalami kemunduran sejak seseorang terdiagnosis suatu penyakit memasuki ke dalam kehidupannya. Hal ini antara lain ditandai dengan kemunculan beberapa gejala penyakit yang belum pernah di derita. Sebagian besar akan membuat perubahan besar baik psikososial, fisiologis, maupun mental. Fisik yang berfungsi baik memungkinkan seseorang akan mencapai hidup yang berkualitas. Namun, ketidaksiapan menghadapi keadaan tersebut akan berdampak pada rendahnya pencapaian kualitas hidupnya. Faktor fisik yang kurang baik akan membuat seseorang kehilangan kesempatan untuk engaktualisasikan dirinya akibat keterbatasan fisik yang di miliki. Keterbatasan itu akan menghambat pencapaian kesejahteraan fisik, yang nanti pada akhirnya berdampak pada kualitas hidupnya.

b. Faktor Psikologis

Kesehatan psikologis mengacu pada efek positif, spiritualitas, berfikir, belajar, memori dan konsentrasi, gambaran diri dan penampilan, harga diri, dan efek negative. Berdasarkan teori, kesejahteraan psikologis menjadi salah satu faktor yang menentukan kualitas hidup seseorang. Faktor psikologis merupakan faktor penting bagi individu untuk melakukan control terhadap semua kejadian yang di alami dalam hidup. Penurunan kemampuan psikologis disebabkan karena fungsi sifologis, misalnya fungsi pendengaran menurun akibat mengkonsumsi obat-obatan.

c. Faktor Sosial

Kesejahteraan sosial individu adalah suatu tata kehidupan dan penghidupan sosial, baik material maupun spiritual, yang diliputi rasa keselamatan, kesusilaan, dan juga ketentraman lahir batin yang memungkinkan untuk setiap individu itu dapat mengadakan pemenuhan kebutuhan jasmani, rohani, dan sosial yang sebaik-baiknya bagi diri, keluarga, serta masyarakat dengan menjunjung tinggi hak dan kewajiban asasi manusia.

d. Faktor Lingkungan

Kualitas hidup di definisikan sebagai persepsi seseorang tentang posisinya dalam hidup kaitannya dengan budaya dan sistem tata nilai dimana ia tinggal dalam hubungannya dengan tujuan harapan, standar, dan hal-hal menarik lainnya. Kualitas hidup merupakan kontrak multidimensional yang di pengaruhi oleh faktor-faktor personal dan lingkungan sekitar, seperti hubungan dekat (*intimate relationship*), kehidupan berkeluarga, pertemanan, dunia kerja, bertetangga, kota tempat tinggal, pemukiman, pendidikan, kesehatan, standar hidup, dan keadaan di suatu negara. Kualitas hidup individu berkaitan secara instinsik dengan kualitas hidup orang lain yang berada di lingkungannya.

Selain itu, kualitas hidup seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya, mengenali diri sendiri, adaptasi, merasakan perasaan orang lain, perasaan kasih dan sayang, bersikap optimis, mengembangkan sikap empati.

2.2.3 Pengukuran Kualitas Hidup

Pengukuran kualitas hidup menggunakan kuisioner *Kidney Disease Quality of Life-Short Form* (KDQOL-SF36). KDQOL-SF36 adalah instrument yang dipakai untuk mengukur laporan pribadi pasien dengan gagal ginjal kronis. Terdapat tiga komponen kualitas hidup yang dinilai, yakni PCS *(Phyisical Component Score)*, MCS *(Mental Component*

Score), dan KDCS *(Kidney Disease Component Score)*. KDQOL-SF36 telah di validasi dan diuji reabilitasnya di berbagai Negara dan dapat digunakan dengan baik untuk mengukur kualitas hidup pasien CKD.

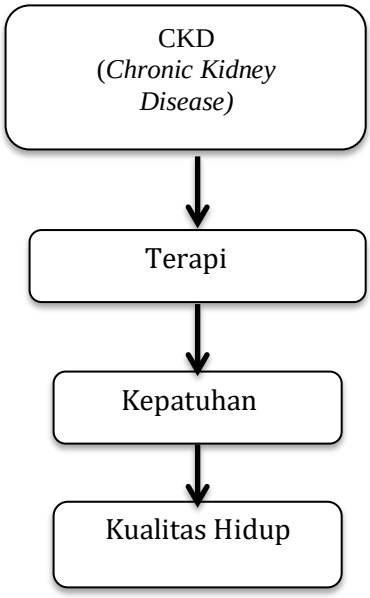
Skor KDQOL-SF36 berkisar 0-100 dengan skor lebih tinggi menandakan kualitas hidup yang lebih baik. Skor yang di dapat dari wawancara pasien kemudian di interpretasikan dengan *excel spreadsheet to score the* KDQOL-SF36. (Rsud & Boesoirie, 2019)

Interpretasi skor kuisioner KDQOL-36 (Winson, 2016)

Kualitas hidup pasien buruk	: 0-24
Kualitas hidup pasien sedang	: 25-60
Kualitas hidup pasien baik	: 61-83
Kualitas hidup pasien sangat baik	: 84-99
Kualitas hidup pasien *excellent*	: 100

2.4 Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah suatu diagram yang menjelaskan secara garis besar alur logika berjalannya sebuah penelitian.

Berdasarkan tinjauan teoritis diatas, maka dapat digambarkan kerangka konsep sebagai berikut :

Gambar 2.1 Kerangka Konsep Penelitian