

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep *Benign Prostatic Hyperplasia* (BPH)**

##### 2.1.1 Pengertian *Benign Prostatic Hygperplasia* (BPH)

*Benign Prostatic Hyperplasia* (BPH) adalah pembesaran jinak kelenjar prostat, disebabkan oleh karena hiperplasi beberapa atau semua komponen prostat meliputi jaringan kelenjer / jaringan fibromukuler yang menyebabkan penyumbatan uretra pars prostatika (Jitowiyono dan Kristiyanasari, 2012). *Benigna Prostat Hyperplasi* (BPH) adalah pembesaran progresif dari kelenjar prostat yang dapat menyebabkan obstruksi dan ritriksi pada jalan urine (*urethra*) (Rendy dan Margareth, 2012).

##### 2.1.2 Penyebab *Benign Prostatic Hygperplasia*(BPH)

Hingga sekarang masih belum diketahui secara pasti penyebab terjadinya hiperplasia prostat, tetapi beberapa hipotesis menyebutkan bahwa hiperplasia prostat erat kaitannya dengan peningkatan kadar dihidrotestosteron (DHT) dan prostat *aging* (menjadi tua). Beberapa hipotesis yang diduga sebagai penyebab timbulnya hiperplasia prostat adalah teori dihidrotestosteron, adanya ketidakseimbangan antara estrogen-testosteron, interaksi antara sel stroma dan sel epitel prostat, berkurangnya kematian sel (apoptosis) dan teori sistem sel (Purnomo, 2011).

Penyebab BPH belum diketahui secara pasti, tetapi dapat dikaitkan dengan keberadaan hormonal yaitu hormon laki-laki (androgen yaitu testosteron). Diketahui bahwa hormon estrogen juga ikut berperan sebagai penyebab BPH. Hal ini, didasarkan pada fakta bahwa BPH terjadi ketika seorang laki-laki kadar hormon estrogen meningkat dan kadar hormon testosteron menurun, dan ketika jaringan prostat menjadi

lebih sensitif terhadap estrogen serta kurang responsif terhadap *Dihydrotestosteron* (DHT) yang merupakan testosteron eksogen (Suharyanto dan Madjid, 2013).

### 2.1.2 Patofisiologi BPH

Gangguan klinis yang berkaitan dengan BPH terjadi jika pembesaran ini mengobstruksi jalan keluar kandung kemih menyebabkan gejala saluran kemih bawah (LUTS) yang mengganggu, peningkatan risiko infeksi saluran kemih dan mengganggu saluran kemih atas. Dua proses menyebabkan obstruksi ini; hiperplasia dan hipertrofi. Hiperplasia berawal pada sel-sel glanduler (stromal) di dekat uretra-zona transial. Pada tingkat mikroskopik, hiperplasia prostat tampak noduler, namun efek pada palpasi adalah pembesaran kelenjar simetris yang bebas dari karakteristik nodus yang terpalpasi pada kanker prostat. Obstruksi terjadi saat hiperplasia menyempitkan lumen dari segmen uretra yang melalui prostat. Obstruksi terjadi saat prostat melampaui di atas leher kandung kemih, menurunkan kemampuannya untuk menyalurkan urine sebagai respon terhadap miksi dan saat pertumbuhan dari lobus median prostat meluas ke dalam uretra prostatika. BPH juga dipengaruhi oleh kapsul prostat (jaringan ikat yang menutupi kelenjar), pada sebagian laki-laki kapsul ini memungkinkan hiperplasia meluas keluar, meningkatkan ukuran prostat, selanjutnya tingkat keparahan kompresi uretra dan obstruksi urine. Hipertrofi otot polos juga berkontribusi terhadap obstruksi uretra melalui tekanan aktif dan pasif. Hiperplasia prostat disertai dengan hipertrofi otot polos kelenjar. Hipertrofi otot polos memicu obstruksi urine dengan meningkatkan tonus otot pada leher kandung kemih dan uretra proksimal (prostatika) dan meningkatkan secara mekanis jaringan yang mengonstriksi lumen uretra (Black dan Hawks, 2014).

Pembesaran prostat menyebabkan penyempitan lumen uretra prostatika dan akan menghambat aliran urine. Keadaan ini menyebabkan tekanan *intravesikel*. Untuk dapat mengeluarkan urine, buli-buli harus berkontraksi lebih kuat guna melawan tahanan ini. Kontraksi secara terus menerus menyebabkan perubahan anatomik dari buli-buli berupa hipertrofi otot detrusor, trabekulasi, terbentuknya selula, sakula dan di vertikel buli-buli. Perubahan struktur pada buli-buli dirasakan oleh pasien sebagai keluhan pada saluran kemih sebelah bawah atau *lower urinary track symptom* (LUTS) yang dulu dikenal dengan gejala prostatismus (Nursalam dan Fransisca, 2009).

### 2.1.3 Tanda dan gejala BPH

Menurut Purnomo (2011) obstruksi prostat dapat menimbulkan keluhan pada saluran kemih maupun keluhan di luar saluran kemih antara lain:

#### 2.1.3.1 Keluhan pada saluran kemih bagian bawah

Keluhan pada saluran kemih sebelah bawah (LUTS) terdiri dari atas gejala *voiding*, *storage* dan pasca miksi. Timbulnya gejala LUTS merupakan manifestasi kompensasi otot buli-buli untuk mengeluarkan urine. Pada suatu saat otot buli-buli mengalami kepayahan (*fatigue*) sehingga jatuh ke dalam fase dekompensasi yang diwujudkan dalam bentuk retensi urine akut.

#### 2.1.3.2 Gejala pada saluran kemih bagian atas

Keluhan akibat penyulit hiperplasi prostat pada saluran kemih bagian atas berupa gejala obstruksi antara lain nyeri pinggang, benjolan di pinggang (yang merupakan tanda dari hidronefrosis), atau demam yang merupakan tanda dari infeksi atau urosepsis.

#### 2.1.3.3 Gejala di luar saluran kemih

Tidak jarang pasien berobat ke dokter karena mengeluh adanya hernia inguinalis atau hemoroid. Timbulnya kedua penyakit ini karena sering mengejan pada saat mikis sehingga mengakibatkan peningkatan tekanan intraabdominal.

Gejala hiperplasi prostat dapat dibagi menjadi gejala akibat iritasi yang ditimbulkan oleh aliran urin dan gejala akibat obstruksi oleh pembesaran prostat. Perlu dijelaskan bahwa gejala yang timbul tidak linear dengan pembesaran yang terjadi, karena prostat tidak selalu membesar ke arah uretra. Secara umum gejala-gejala sering disebut sebagai prostatisme atau sindroma saluran kemih bagian bawah (*Lower Urinary Tract Syndromes/LUTS*). Gejala yang timbul sebagian merupakan akibat dari efek mekanik sebagai akibat pembesaran lobus median yang kemudian seolah-olah bertindak sebagai katub berbentuk bola (*ball valve effect*). Disamping itu terdapat efek dinamik dari otot polos yang merupakan 40% dari komponen kalenjar, kapsul dan leher kandung kemih. Otot polos ini berada dibawah pengaruh sistem  $\alpha$ -adrenergik. Gejala obstruktif pada akhirnya akan berakibat terjadinya insufisiensi ginjal. Perhimpunan Urologi Amerika (AUA) dan Sistem Skoring Prostat Internasional (IPSS) telah dibuat penilaian berat-ringannya gejala prostatisme berdasarkan gejala yang terdapat (Darmodjo, 2011).

Salah satu pemandu yang tepat untuk mengarahkan dan menentukan adanya gejala serta untuk menilai tingkat keparahan dari keluhan akibat pembesaran prostat dibuatlah sistem skoring yang secara subjektif dapat diisi dan dihitung sendiri oleh pasien. Sistem yang dianjurkan oleh WHO ini adalah *International Prostate Symptom Score (IPSS)*. Skor ini juga berguna untuk menilai dan memantau keadaan pasien BPH (Agusfansyah, 2014).

IPSS dibuat sedemikian rupa sehingga pasien dapat melengkapinya sendiri, dengan hasil yang lebih baik bila disertai dengan bantuan dari petugas kesehatan. IPSS saat ini telah divalidasi dan diterjemahkan ke dalam bahasa yang berbeda-beda di banyak negara (Putra,

2016).Penilaian berat ringannya gejala terbagi menjadi gejala ringan skor 0-7, sedang skor 8-19 dan berat skor  $\geq 20$  (Darmojo, 2011).

Tabel 2.1 Sistem Skor Gejala Hiperplasi Prostat oleh Perhimpunan Urologi Amerika dan IPSS

No.	Gejala	Tidak pernah	Kurang dari sekali dalam 5x	Kurang dari ½ waktu	Kira-kira separuh waktu	Lebih dari separuh waktu	Setiap saat
1.	Pengosongan tak tuntas: Sepanjang bulan lalu, berapa banyak Anda merasa tidak tuntas saat selesai berkemih	0	1	2	3	4	5
2.	Frekuensi: Sepanjang bulan lalu, berapa sering Anda merasa harus berkemih lagi kurang dari 2 jam setelah berkemih sebelumnya	0	1	2	3	4	5
3	Intermitensi: Sepanjang bulan lalu berapa sering Anda merasa saat berkemih, Anda ingin berhenti tetapi kemudian berkemih lagi	0	1	2	3	4	5

4.	Urgensi: Sepanjang bulan lalu, berapa sering Anda merasa tidak dapat menunda keinginan anda untuk berkemih	0	1	2	3	4	5
5	Aliran urin lemah: Sepanjang bulan lalu berapa senang Anda merasa mengejan untuk memulai berkemih	0	1	2	3	4	5
6.	Mengejan: Sepanjang bulan lalu, berapa sering Anda harus mengejan untuk memulai berkemih	0	1	2	3	4	5
7.	Nokturia: Sepanjang bulan lalu berapa sering Anda harus khusus bangun dari tidur untuk berkemih setelah anda mulai tidur sampai saat bangun pagi	0	1	2	3	4	5

Sumber: Darmojo (2011).

#### 2.1.4 Pemeriksaan diagnostik

Seorang dokter yang mendengar keluhan kencing pasien, ia akan mencurigai kemungkinan adanya pembesaran prostat, dengan melakukan pemeriksaan colok dubur, dokter dapat meraba prostat jika

benar membesar. Dari sifat kekenyalan prostat yang diraba, dokter memperoleh kesan apakah ini suatu pembesaran prostat atau kanker prostat. Prostat yang membesar biasanya lembek saja. Harus dicurigai kanker jika teraba keras, untuk memastikannya dilakukan pemeriksaan peneropongan saluran kemih dengan *cystourethroscopy*. Dari pemeriksaan ini dokter dapat mengetahui selain besarnya prostat, seberapa besar sumbatan pada pipa saluran kemih (Abata, 2014).

Menurut Purnomo (2011) pemeriksaan diagnostik penyakit BPH dapat dilakukan sebagai berikut:

#### 2.1.4.1 Laboratorium

Sedimen urine diperiksa untuk mencari kemungkinan adanya proses infeksi atau inflamasi pada saluran kemih. Pemeriksaan kultur urine berguna dalam mencari jenis kuman yang menyebabkan infeksi dan sekaligus menentukan sensitifitas kuman terhadap beberapa antimikroba yang diujikan.

*Faal* ginjal diperiksa untuk mencari kemungkinan adanya penyulit yang mengenal saluran kemih bagia atas, sedangkan gula darah dimaksudkan untuk mencari kemungkinan adanya penyakit diabetes melitus yang dapat menimbulkan kelainan persyarafan pada buli-buli (buli-buli neurogenik). Jika dicurigai adanya keganasan prostat perlu diperiksa kadar penanda tumor *prostate spesific antigen* (PSA).

#### 2.1.4.2 Pencitraan

Foto polos perut berguna untuk mencari adanya batu opak di salura kemih, adanya batu/kalkulosa prostat dan kadangkala dapat menunjukkan bayangan buli-buli yang penuh terisi urine, yang merupakan tanda dari suatu retensi urine. Pemeriksaan IVU dapat menerangkan kemungkinan adanya kelainan pada ginjal maupun ureter berupa hidiureter atau hidronefrosis, memperkirakan besarnya kalenjar prostat yang ditunjukkan oleh

adanya indentasi prostat (pendesakan buli-buli oleh kalenjar prostat) atau ureter disebelah distal yang berbentuk seperti mata kail atau hooked fish dan penyulit yang terjadi pada buli-buli yaitu adanya trabekulasi, divertikel atau sakulasi buli-buli. Pemeriksaan IVU ini sekarang tidak direkomendasikan pada BPH.

Pemeriksaan USG dapat dilakukan melalui trans abdominal atau *trans abdominal utrasonography* (TAUS) dan *trans uretra atay trans uretrak ustrasonography* (TRUS). Dari TAUS diharapkan mendapat informasi mengenai perkiraan volume (besar) prostat, panjang protrusi prostat ke buli-buli atau *intra prostatic protrusion* (IPP), mungkin didapatkan kelainan pada buli-buli (masa, batu, atau bekuan darah), menghitung sisa (residu) urine pasca miksi atau hidronefrosis atau kerusakan ginjal akibat obstruksi prostat. Pada pemeriksaan TRUS dicari kemungkinan adanya fokus keganasan prostat veruoa area hipoekoik dan kemudian sebagai penunjuk (*guidance*) dalam melakukan biopsi prostat.

IPP diukur dari ujung (protrus) prostat di dalam buli-buli hingga dasar (basis) sirkumferensi buli-buli. Derajat 1 besarnya  $\leq 1,5$  mm, derajat 2 besarnya  $\geq 5-10$  mm dan derajat 3 besarnya  $\geq 10$  mm. Besarnya IPP berhubungan dengan derajat obstruksi pada leher buli-buli (BOO), jumlah urine sisa pasca miksi dan volume prostat. Artinya adalah pasien dengan derajat IPP rendah, tidak menunjukkan urine residu yang bermakna ( $< 100$  ml) dan tidak menunjukkan keluhan yang nyata, sehingga tidak memerlukan terapi atau pembedahan. Sebaliknya pada pasien yang menunjukkan IPP derajat tinggi terbukti mempunyai urine sisa  $> 100$  ml, dengan keluhan yang bermakna dan pasien seperti ini membutuhkan terapi yang lebih agresif.

#### 2.1.4.3 Pemeriksaan lain

Pemeriksaan derajat obstruksi dapat diperkirakan dengan cara mengukur:

- a. Residual urine yang merapatkan jumlah sisa urine setelah miksi. Sisa urine ini dapat dihitung dengan cara melakukan kateterasi setelah miksi atau ditentukan dengan pemeriksaan USG setelah miksi.
- b. Pancaran urine atau *flow rate* dapat dihitung secara sederhana yaitu dengan menghitung jumlah urine dibagi dengan lamanya miksi berlangsung (ml/detik) atau dengan alat uroflometri yang menyajikan gambaran grafik pancaran urine. Pemeriksaan yang lebih teliti adalah pemeriksaan urodinamika.

#### 2.1.5 Penatalaksanaan

Menurut Prabowo dan Pranata (2014) merupakan penyakit bedah, sehingga terapi bersifat simptomatis untuk mengurangi tanda gejala yang diakibatkan oleh obstruksi pada saluran kemih. Terapi simptomatis ditujukan oleh merelaksasikan otot polos prostat atau dengan menurunkan kadar hormonal yang mempengaruhi pembesaran prostat, sehingga obstruksi akan berkurang. Jika keluhan masih bersifat ringan, maka observasi dipelrukan dengan pengobatan simptomatis untuk mengevaluasi perkembangan klien. Namun, jika telah terjadi komplikasi maka harus dilakukan pembedahan.

##### 2.1.5.1 Terapi simptomatis

Pemberian obat golongan reseptor *alfa-adrenergik inhibitor* mampu merelaksasikan otot polos prostat dan saluran kemih akan lebih terbuka. Obat golongan 5-alfa-reduktase inhibitor mampu menurunkan kadar dehidrotosteron intraprostat, sehingga dengan turunnya kadar testosteron dalam plasma maka prostat akan mengecil.

#### 2.1.5.2 *Transurethral Resection Prostatectomy* (TUR-P)

Tindakan *Transurethral Resection Prostatectomy* (TUR-P) merupakan tindakan pembedahan non insisi, yaitu jaringan pemotongan secara elektrik prostat melalui meatus uretralis. Jaringan prostat yang membesar dan menghalangi jalannya urine dilator. Tindakan ini memiliki banyak keuntungan yaitu meminimalisir tindakan pembedahan terbuka, sehingga masa penyembuhan lebih cepat dan tingkat resiko infeksi bisa ditekan. *Transurethral Resection Prostatectomy* (TUR-P) merupakan suatu alat *sistoscopy* dimasukkan melalui uretra ke prostat, dimana jaringan di sekeliling di eksisi. TURP adalah suatu pembedahan yang dilakukan pada BPH dan hasilnya sempurna dengan tingkat keberhasilan 80-90% (Suharyanto dan Madjid, 2013).

#### 2.1.5.3 Pembedahan terbuka (*prostatectomy*)

Tindakan ini dilakukan jika prostat terlalu besar diikuti oleh penyakit penyerta lainnya, misalnya tumor vesika urinaria, vesikolithiasis dan adanya adenoma yang besar (Prabowo dan Pranata, 2014).

Menurut penelitian Asalia (2015) menunjukkan *Lower urinary tract symptoms* (LUTS) yang disebabkan oleh *benign prostatic hyperplasia* (BPH) merupakan suatu kondisi yang sering terjadi pada pria usia lanjut. Selain gejala LUTS, pasien BPH sering juga disertai dengan disfungsi ereksi (DE). Menurut data yang diperoleh dari 30 pasien BPH dengan gejala LUTS dengan menggunakan *International prostate symptoms score* (IPSS) didapatkan 53,3% mengalami gejala LUTS dengan derajat berat dan pasien BPH dengan gejala LUTS yang mengalami DE dengan menggunakan skor *international index of erectile function* (IIEF) ditemukan fungsi ereksi (FE) sebanyak 26,7% dengan derajat ringan dan berat, fungsi orgasme (FO) sebanyak 40% dengan derajat berat, hubungan seksual (HS) sebanyak 46,7% dengan derajat

Ringan-sedang, kepuasan seksual (KS) sebanyak 33,3% dengan derajat berat dan kepuasan menyeluruh (KM) sebanyak 43,3% dengan derajat ringan. Dengan melakukan penelitian ini, peneliti ingin mengetahui hubungan antara skor IPSS dengan skor IIEF pada pasien BPH dengan gejala LUTS di poli Bedah RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. Berdasarkan hasil uji korelasi menggunakan spearman untuk mengetahui hubungan antara skor IPSS dengan skor IIEF didapatkan FE (R:0,372), FO (R: 389), HS (R:0,129), KS (R: 0,351), KM (R: 0,84). Dari hasil tersebut dapat dilihat adanya hubungan antara skor IPSS dan skor IIEF.

Berdasarkan beberapa teori diatas dapat disimpulkan *Benign Prostatic Hyperplasia* (BPH) adalah pembesaran kelenjar prostat yang bersifat jinak. Penyebab *Benign Prostatic Hygperplasia* (BPH) tidak dapat dipastikan, namun beberapa kemungkinan penyebabnya adalah keberadaan hormon laki-laki yaitu peningkatan kadar dihidrotestosteron (DHT) dan prostat *aging* (menjadi tua) serta beberapa kebiasaan gaya hidup seperti aktifitas seksual yang berlebihan. Patofisiologi *Benigna Prostat Hipertropi*(BPH) diawali dengan adanya peningkatan hormon estrogen atau proses penuaan sehingga terjadi pembesaran kelenjar prostat yang menghambat aliran air kemih. Berat ringannya gejala *Benign Prostatic Hyperplasia* (BPH) yang dialami seseorang dapat terlihat dari kuesioner *International Prostate Symptoms Score*(skor IPSS). Pemeriksaan *Benign Prostatic Hyperplasia* (BPH) dapat dilakukan dengan cara pemeriksaan colok dubur, laboraturium, pemeriksaan USG, kateterasi, alat uroflometri, BNO (*Blass Nier Oversich*), BNOIVP atau *intravenous urography* atau *excretrory urography*, *Computed Tomographyscan* (CT scan), *Magnetic Resonance Imaging* (MRI), serta kedokteran nuklir dengan penggunaan radiofarmaka. Penatalaksanaan *Benign Prostatic Hyperplasia* (BPH) yaitu dapat dilakukan melalui pemberian obat golongan reseptor *alfa-adrenergik inhibitor*, tindakan *Transuretral Resection Prostatectomy* (TURP) dan pembedahan terbuka (*prostatectomy*).

## 2.2 Konsep Kualitas Hidup

### 2.2.1 Pengertian kualitas hidup

Kualitas hidup diartikan sebagai persepsi individu mengenai keberfungsian mereka di dalam bidang kehidupan. Lebih spesifiknya adalah penilaian individu terhadap posisi mereka di dalam kehidupan, dalam konteks budaya dan sistem nilai dimana mereka hidup dalam kaitannya dengan tujuan individu, harapan, standar serta apa yang menjadi perhatian individu (Chairani, 2013).

Kualitas hidup di dalam bidang kesehatan dan aktivitas pencegahan penyakit, dijadikan sebagai aspek untuk menggambarkan kondisi kesehatan. Kualitas hidup adalah tingkatan yang menggambarkan keunggulan seorang individu yang dapat dinilai dari kehidupan mereka. Kualitas hidup individu tersebut biasanya dapat dinilai dari kondisi fisiknya, psikologis, hubungan sosial dan lingkungannya (Chairani, 2013).

Kualitas hidup adalah kondisi dimana pasien kendati penyakit yang dideritanya dapat tetap merasa nyaman secara fisik, psikologis, sosial maupun spiritual serta secara optimal memanfaatkan hidupnya untuk kebahagiaan dirinya maupun orang lain. Kualitas hidup tidak terkait dengan lamanya seseorang akan hidup karena bukan domain manusia untuk menentukannya (Aguswina, 2013).

Menurut *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL) kualitas hidup adalah kondisi fungsional yang meliputi kesehatan fisik yaitu aktivitas sehari-hari, ketergantungan pada bantuan medis, kebutuhan istirahat, kegelisahan tidur, penyakit, energi dan kelelahan, mobilitas, aktivitas sehari-hari, kapasitas pekerjaan, kesehatan psikologis yaitu perasaan positif, penampilan dan gambaran jasmani, perasaan negatif, berfikir, belajar, konsentrasi, mengingat,

*self esteem* dan kepercayaan individu, hubungan sosial yaitu dukungan sosial, hubungan pribadi, serta aktivitas seksual, dan kondisi lingkungan yaitu lingkungan rumah, kebebasan, keselamatan fisik, aktivitas di lingkungan (Supraba, 2015).

### 2.2.2 Aspek kualitas hidup

Menurut Aguswina (2013) bahwa kualitas hidup berarti hidup yang baik. Hidup yang baik sama seperti hidup dengan kehidupan yang berkualitas tinggi, dalam hal ini dapat dikelompokkan dalam 3 bagian yang berpusat pada aspek hidup yang baik yaitu:

2.2.2.1 Kualitas hidup subjektif yaitu hidup yang baik yang dirasakan oleh masing-masing individu secara personal mengevaluasi bagaimana mereka menggambarkan sesuatu dan perasaan mereka.

2.2.2.2 Kualitas hidup eksistensial yaitu seberapa baik hidup seseorang merupakan level yang berhak untuk dihormati dan dimana individu dapat hidup dalam keharmonisan.

2.2.2.3 Kualitas objektif yaitu bagaimana hidup seseorang dirasakan oleh dunia luar. Kualitas objektif dinyatakan dalam kemampuan seseorang untuk beradaptasi pada nilai-nilai budaya dan menyatakan tentang kehidupannya.

Menurut Kurniasari (2013) konsep mengenai kualitas hidup tiga bagian penting, yaitu *being*, *becoming* dan *belonging*. Setiap aspek penting ini kemudian dipecah lagi menjadi tiga sub bagian yang kemudian akan dibahas mencakup sembilan aspek dari kualitas hidup sebagai berikut:

#### 2.2.2.1 *Being*

*Being* merupakan aspek yang paling dasar yang menunjukkan seseorang sebagai individu sebenarnya. *Being* tersebut dibagi

menjadi tiga bagian penting, yaitu *Physical being*, *Psychological being*, dan *Spiritual being*.

#### 2.2.2.2 *Belonging*

*Belonging* merupakan aspek yang menunjukkan kesesuaian antara individu dengan kondisi lingkungan sekitarnya. Aspek *belonging* terdiri atas *Physical belonging*, *Social belonging*, dan *Community belonging*.

#### 2.2.2.3 *Becoming*

*Becoming* merupakan aktivitas yang dilakukan individu dengan tujuan untuk mencapai harapan, aspirasi, dan cita-cita. *Becoming* terbagi menjadi tiga aspek, yaitu *Practical becoming*, *Leisure becoming*, dan *Growth becoming*.

### 2.2.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup

Menurut Rohmah (2012) dalam Damanik (2017) faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup antara lain:

#### 2.2.3.1 Faktor fisik

Untuk mencapai hidup yang berkualitas, maka harus tercakup ketiga fitur berikut, yaitu kemungkinan yang rendah mengalami penderitaan suatu penyakit atau ketidakmampuan dikarenakan penyakit tertentu, kognitif dan fisik yang tetap berfungsi baik, dan keterlibatan yang aktif dalam kehidupan. Kesejahteraan fisik difokuskan pada kesehatan. Seseorang akan mengalami perubahan dalam segi fisik, kognitif, maupun dalam kehidupan sosialnya.

Kondisi kesehatan fisik secara keseluruhan mengalami kemunduran sejak seseorang terdiagnosis suatu penyakit memasuki dalam kehidupannya. Hal ini antara lain ditandai dengan munculnya berbagai gejala penyakit yang belum pernah diderita. Sebagian besar akan terjadi perubahan-perubahan baik psikososial, fisiologis, maupun mental. Fisik yang berfungsi baik memungkinkan seseorang untuk mencapai hidup yang

berkualitas. Namun, ketidaksiapan seseorang menghadapi keadaan tersebut akan berdampak pada rendahnya pencapaian kualitas hidupnya. Faktor fisik yang kurang baik akan membuat seseorang kehilangan kesempatan untuk mengaktualisasikan dirinya disebabkan keterbatasan fisik yang dimiliki. Keterbatasan tersebut akan menghambat pencapaian kesejahteraan fisik, yang pada akhirnya akan berdampak pada kualitas hidup yang rendah. Proses dan kecepatan penurunan fungsi-fungsi tubuh yang terjadi pada perubahan fisik ini sangat berbeda untuk masing-masing individu meskipun usia mereka sama. Selain itu juga pada bagian tubuh yang berbeda pada individu yang sama terjadi proses dan kecepatan penurunan yang bervariasi.

#### 2.2.3.2 Faktor psikologis

Kesejahteraan psikologis meliputi pengaruh, pemenuhan, stres dan keadaan mental, harga diri, status dan rasa hormat, keyakinan agama, dan seksualitas. Seseorang akan mengalami perubahan dalam segi fisik, kognitif, maupun dalam kehidupan psikososialnya. Kestabilan kesejahteraan psikologis menjadi salah satu faktor yang ikut berperan dalam meningkatkan kesejahteraan psikologis.

Kesehatan psikologis mengacu pada afek positif, spiritualitas, berfikir, belajar, memori dan konsentrasi, gambaran diri dan penampilan, harga diri, dan afek negatif. Berdasarkan teori di atas, kesejahteraan psikologis menjadi salah satu faktor yang menentukan kualitas hidup seseorang. Faktor psikologis merupakan faktor penting bagi individu untuk melakukan kontrol terhadap semua kejadian yang dialami dalam hidup. Penurunan kemampuan psikologis disebabkan karena fungsi fisiologis, misalnya fungsi pendengaran menurun yang disebabkan konsumsi obat-obatan.

Perubahan psikologis berasal dari kesadaran tentang merosotnya dan perasaan rendah diri apabila dibandingkan dengan orang yang

lebih muda, kekuatan, kecepatan, dan keterampilan. Pada tugas perkembangan seorang pasien yang telah terdiagnosis adalah mengerti dan menerima perubahan-perubahan fisik dan psikologis yang dialaminya, serta menggunakan pengalaman hidupnya untuk menyesuaikan diri terhadap perubahan fisik dan psikologis. Adapun definisinya adalah tugas yang muncul pada saat atau sekitar suatu periode tertentu dari kehidupan individu, yang jika berhasil akan menimbulkan rasa bahagia dan membawa ke arah keberhasilan dalam melaksanakan tugas-tugas berikutnya. Akan tetapi, apabila gagal akan menimbulkan kesulitan dalam menghadapi tugas berikutnya.

#### 2.2.3.3 Faktor sosial

Kesejahteraan sosial individu adalah suatu tata kehidupan dan penghidupan sosial, baik material maupun spiritual, yang diliputi rasa keselamatan, kesusilaan, dan ketentraman lahir batin yang memungkinkan setiap individu untuk mengadakan pemenuhan kebutuhan jasmani, rohani, dan sosial yang sebaik-baiknya bagi diri, keluarga, serta masyarakat dengan menjunjung tinggi hak dan kewajiban asasi manusia. Kualitas hidup dikenal sebagai indikasi level fungsi sosial pada kesehatan mental. Hal ini penting dalam mendukung hubungan sosial (*social belonging*) dan hubungan komunitas (*community belonging*) yang merupakan ikatan yang dimiliki oleh seseorang dengan lingkungan sosialnya, diantaranya senang berkumpul dengan teman-teman, mempunyai hubungan sosial, aktif serta tidak mengalami kesulitan dalam hubungan sosial. Aktivitas-aktivitas spiritualitas dan sosial akan memberikan nilai tertinggi bagi individu untuk menemukan kebermaknaan dan rasa harga dirinya.

Kualitas hidup dipengaruhi oleh kesehatan fisik, kesehatan psikologis, hubungan sosial, dan aspek lingkungan. Empat domain kualitas hidup diidentifikasi sebagai suatu perilaku, status keberadaan, kapasitas

potensial, dan persepsi atau pengalaman subjektif. Jika kebutuhan-kebutuhan tersebut tidak terpenuhi, akan timbul masalah-masalah dalam kehidupan yang akan menurunkan kualitas hidupnya. Kesejahteraan menjadi salah satu parameter tingginya kualitas hidup. Kesejahteraan ini bisa dicapai bila keempat faktor yang mempengaruhi kualitas hidup, seperti faktor fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan dapat mencapai kondisi sejahtera (*well-being*) (Rohmah, 2012).

Faktor yang mempengaruhi kualitas hidup, yaitu (Nissa, 2013):

2.2.3.1 Faktor medis yang meliputi tipe penyakit, lama menderita suatu penyakit, tingkat kontrol, regimen pengobatan dan komplikasi.

2.2.3.2 Faktor sosial-medis yang meliputi manajemen diri, dukungan sosial keluarga dan sarana pelayanan kesehatan.

2.2.3.3 Faktor demografi yang meliputi umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, etnik, status pernikahan dan tingkat ekonomi

2.2.3.4 Faktor psikososial yang meliputi tingkat depresi dan tingkat kecemasan.

Faktor-faktor tersebut diatas tidak berdiri sendiri, faktor tersebut saling berinteraksi dalam menghasilkan kualitas hidup secara utuh baik kualitas hidup yang bersifat fisik maupun mental.

#### 2.2.4 Alat ukur kualitas hidup

Menurut *World Health Organization* (WHO) pengukuran kualitas hidup dapat menggunakan *WHO Quality of Life - BREF* (WHOQOL-BREF). Ada empat domain yang dijadikan parameter untuk mengetahui kualitas hidup. Setiap domain dijabarkan dalam beberapa aspek, yaitu:

2.2.4.1 Domain kesehatan fisik, yang dijabarkan dalam beberapa aspek antara lain kegiatan kehidupan sehari-hari,

ketergantungan pada bahan obat dan bantuan medis, energi dan kelelahan, mobilitas, rasa sakit dan ketidaknyamanan, tidur dan istirahat serta kapasitas kerja.

- 2.2.4.2 Domain psikologis, yang dijabarkan dalam beberapa aspek, antara lain bentuk dan tampilan tubuh, perasaan negatif, perasaan positif, penghargaan diri, spritualitas agama dan keyakinan pribadi, berpikir, belajar, memori dan konsentrasi.
- 2.2.4.3 Domain hubungan sosial, yang dijabarkan dalam beberapa aspek, antara lain hubungan pribadi, dukungan sosial dan aktifitas sosial.
- 2.2.4.4 Domain lingkungan yang dijabarkan dalam beberapa aspek antara lain sumber daya keuangan, kebebasan, keamanan dan kenyamanan fisik, kesehatan dan kepedulian sosial; aksesibilitas dan kualitas, lingkungan rumah, peluang untuk memperoleh informasi dan keterampilan baru, lingkungan fisik (polusi atau kebisingan atau lalu lintas atau iklim), transportasi.

Menurut *World Health Organization* (WHO) dalam (Supraba, 2015) telah mengembangkan sebuah instrumen untuk mengukur kualitas hidup seseorang yaitu WHO *Quality of Life - BREF* (WHOQOL-BREF). Distribusi ke-26 pertanyaan dari WHOQOL-BREF adalah simetris dan hasil penelitian menunjukkan instrumen WHOQOL-BREF valid dan *reliable* untuk mengukur kualitas hidup. Kemampuan *crosscultural* dari instrumen WHOQOL-BREF merupakan suatu keunggulan dan mendukung premis yang menyatakan instrumen ini dapat digunakan sebagai alat *screening*. WHOQOL-BREF merupakan suatu instrumen yang valid dan *reliable* untuk digunakan baik pada populasi lansia maupun populasi dengan penyakit tertentu. Instrumen ini telah banyak digunakan di berbagai negara industri maupun berkembang pada populasi penderita hati dan paru-paru yang kronik

sebagai alat *screening*. Instrumen WHOQOL-BREF merupakan instrumen yang sesuai untuk mengukur kualitas hidup dari segi kesehatan dengan jumlah responden yang kecil, mendekati distribusi normal dan mudah untuk digunakan.

Hasil penelitian Soekarno (2012) yang bertujuan untuk mengetahui kualitas hidup seseorang pria penderita Pembesaran Prostat Jinak (PPJ) pasca tindakan operasi prostat di RSUP DR Sardjito. Hasil penelitian di dapatkan kualitas hidup yang baik pada pasien pasca operasi prostat, yakni 85.7 %. Kesimpulan penelitian tersebut menunjukkan bahwa umur pada penderita mempengaruhi hasil status kualitas hidup. Semakin tua umur responden, kualitas hidupnya semakin berkurang dan responden yang bertempat tinggal di area pedesaan memiliki kualitas lebih baik dibandingkan yang tinggal di perkotaan.

Hasil penelitian Mandang (2015) mengungkapkan bahwa hiperplasia prostat jinak atau *Benign Prostatic Hyperplasia* (BPH) merupakan penyakit yang jarang mengancam jiwa tetapi cukup memberikan keluhan yang menjengkelkan dan menurunkan kualitas hidup penderitanya dan sering ditemukan pada pria usia lanjut. Pasien BPH yang datang berobat biasanya disertai dengan LUTS (*lower urinary tract symptoms*). Pasien BPH dengan gejala LUTS yang mencari pengobatan medis biasanya datang pada saat dirinya merasa bahwa gejala yang dirasakan sudah cukup mengganggu aktivitas sehari-hari atau dengan kata lain, mengganggu kualitas hidupnya. Keadaan seperti ini disebabkan oleh banyak faktor, antara lain faktor pengetahuan, ekonomi, atau sosial budaya. Untuk menentukan derajat berat ringannya BPH yang disertai dengan gejala LUTS, digunakan skoring *International Prostate Symptom Score* (IPSS) dan 1 pertanyaan mengenai kualitas hidup. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan insiden BPH terbanyak berada pada kisaran umur 70-79 tahun sebanyak 23 pasien (62,2%). Derajat BPH yang paling sering ialah derajat berat sebanyak 20 pasien (54,1%). Nilai skor kualitas hidup yang sering dirasakan pasien

menunjukkan bahwa 10 pasien (27%) merasa tidak senang dengan kualitas hidupnya. Hasil uji korelasi antara IPSSQOL didapatkan bermakna ( $p < 0,005$ ). Faktor yang menjadi alasan mengapa pasien-pasien BPH dengan gejala LUTS yang berobat di Poli Bedah RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado datang dengan gejala yang berat dan kualitas hidup tidak senang ialah kurangnya pengetahuan mengenai BPH itu sendiri.

Berdasarkan beberapa teori diatas maka dapat disimpulkan bahwa kualitas hidup adalah adalah rasa nyaman seseorang terhadap fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungannya. Aspek kualitas hidup terdiri dari kualitas objektif, eksistensial dan subjektif, selain itu terdapat aspek lain diantaranya *being, belonging, becoming*. Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup diantaranya adalah kesehatan fisik, kesehatan psikologis, hubungan sosial dan aspek lingkungan. Alat ukur kualitas hidup adalah WHO *Quality of Life - BREF* (WHOQOL-BREF) yang terdiri dari 26 pertanyaan berdasarkan aspek-aspek kesehatan fisik, psikologis, sosial dan lingkungan.

## **2.3 Konsep Tingkat Pendidikan**

### **2.3.1 Pengertian tingkat pendidikan**

Pendidikan adalah proses perubahan sikap dan tata laku seseorang atau kelompok orang dalam usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan (Priyoto, 2014).

Menurut UU No. 20 tahun 2003 tentang sistem Pendidikan Nasional, pendidikan adalah 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 (Ihsan, 2008).

### 2.3.2 Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan menurut UU RI No. 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional Bab I Pasal 1 Ayat 8 adalah tahapan dalam pendidikan berkelanjutan yang ditetapkan berdasarkan tingkat perkembangan peserta didik. Dalam UU RI No. 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional Bab VI Pasal 13 Ayat 1 mengatur tentang jalur pendidikan yaitu terdiri dari pendidikan formal, pendidikan non-formal, dan pendidikan informal yang dapat saling melengkapi dan memperkaya. Khusus untuk pendidikan formal terdiri atas (Ihsan, 2008):

#### 2.3.2.1 Pendidikan dasar

Pendidikan dasar diselenggarakan untuk mengembangkan sikap dan kemampuan serta memberikan pengetahuan dan keterampilan dasar yang diperlukan untuk hidup dimasyarakat. Pendidikan dasar merupakan jenjang pendidikan awal selama 9 tahun pertama masa sekolah anak-anak yang melandasi pendidikan menengah (Ihsan, 2008).

Pendidikan dasar berbentuk sekolah dasar (SD) dan Madrasah Ibtidayah (MI) atau bentuk lain yang sederajat, serta Sekolah Menengah Pertama (SMP) dan Madrasah Tsanawiyah (MTS) atau bentuk lain yang sederajat (Priyoto, 2014).

#### 2.3.2.2 Pendidikan menengah

Pendidikan menengah diselenggarakan untuk melanjutkan dan meluaskan pendidikan dasar serta menyiapkan peserta didik menjadi anggota masyarakat yang memiliki kemampuan mengadakan hubungan timbal balik dengan lingkungan sosial, budaya dan alam sekitar serta dapat mengembangkan kemampuan lebih lanjut dalam dunia kerja atau pendidikan tinggi (Ihsan, 2008).

Pendidikan menengah terdiri atas pendidikan menengah umum dan pendidikan menengah kejuruan. Pendidikan menengah

berbentuk Sekolah Menengah Atas (SMA), Madrasah Aliyah (MA), Sekolah Menengah Kejuruan (SMK) dan Madrasah Aliyah Keagamaan (MAK) atau bentuk lain yang sederajat (Priyoto, 2014).

#### 2.3.2.3 Pendidikan tinggi

Pendidikan tinggi merupakan kelanjutan pendidikan menengah yang diselenggarakan untuk menyiapkan peserta didik menjadi anggota masyarakat yang memiliki kemampuan akademik dan/atau menciptakan ilmu pengetahuan, teknologi, dan /atau kesenian. Pendidikan tinggi mencakup program pendidikan diploma, sarjana, magister, doktor, spesialis yang diselenggarakan oleh perguruan tinggi (Ihsan, 2008).

## 2.4 Konsep Dukungan Keluarga

### 2.4.1 Pengertian dukungan keluarga

Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap anggotanya. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan. Dukungan keluarga adalah suatu proses hubungan antara keluarga dengan lingkungan sosialnya yang dapat diakses oleh keluarga yang dapat bersifat mendukung dan memberikan pertolongan kepada anggota keluarga (Friedman, 2010).

Dukungan keluarga adalah orang lain yang dapat dipercaya, sehingga seseorang akan tahu bahwa ada orang lain yang memperhatikan, menghargai dan mencintainya. Dukungan keluarga adalah sebagai suatu proses hubungan antara keluarga dengan lingkungan sosial (Setiadi, 2008).

Dukungan keluarga merupakan bantuan atau sokongan yang diterima salah satu anggota keluarga dari anggota keluarga lainnya dalam rangka

menjalankan fungsi-fungsi yang terdapat di dalam sebuah keluarga (Ambari, 2010).

Berdasarkan pengertian diatas maka dukungan keluarga adalah segala bentuk bantuan yang diberikan anggota keluarga kepada anggota keluarga lainnya.

#### 2.4.2 Bentuk dukungan keluarga

Menurut House (dalam Setiadi, 2008) bentuk dukungan keluarga meliputi:

2.4.2.1 *Informatif*, yaitu bantuan informasi yang disediakan agar dapat digunakan oleh seseorang dalam menanggulangi persoalan-persoalan yang dihadapi, meliputi pemberian nasehat, pengarahan, ide-ide atau informasi lainnya yang dibutuhkan dan informasi ini dapat disampaikan kepada orang lain yang mungkin menghadapi persoalan yang sama atau hampir sama.

2.4.2.2 Perhatian *emosional*, setiap orang pasti membutuhkan bantuan afeksi dari orang lain, dukungan ini berupa dukungan simpatik dan empati, cinta, kepercayaan dan persoalan merasa dirinya tidak menanggung beban sendiri tetapi masih ada orang lain yang memperhatikan, mau mendengar segala keluhannya, bersimpati dan empati terhadap persolanan yang dihadapinya, bahkan mau membantu memecakan masalah yang dihadapinya.

2.4.2.3 Bantuan *instrumental*, bantuan bentuk ini bertujuan untuk mempermudah seseorang dalam melakukan aktifitasnya berkaitan dengan persoalan-persoalan yang dihadapinya atau menolong secara langsung kesulitan yang dihadapinya, misalnya dengan menyediakan peralatan lengkap dan memadai bagi penderita, menyediakan obat-obatan yang dibutuhkan dan lain-lain.

2.4.2.4 Bantuan penilaian, yaitu suatu bentuk penghargaan yang diberikan seseorang kepada pihak lain berdasarkan kondisi sebenarnya dari penderita. Penilaian ini bisa positif dan negatif yang mana pengaruhnya sangat berarti bagi seseorang. Berkaitan dengan dukungan sosial keluarga maka penilaian yang sangat membantu adalah penilaian yang positif.

#### 2.4.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga

Sarafino (1990, dalam Marsaulina, 2012) menyatakan bahwa faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga adalah:

##### 2.4.3.1 Faktor dari penerima dukungan (*recipient*)

Seseorang tidak akan menerima dukungan sosial dari orang lain jika ia tidak suka bersosial, tidak suka menolong orang lain, dan tidak ingin orang lain tahu bahwa ia membutuhkan bantuan. Beberapa orang terkadang tidak cukup asertif untuk memahami bahwa ia sebenarnya membutuhkan bantuan dari orang lain, atau merasa bahwa ia seharusnya mandiri dan tidak mengganggu orang lain, atau merasa tidak nyaman saat orang lain menolongnya, atau tidak tahu kepada siapa dia harus meminta pertolongan.

##### 2.4.3.2 Faktor dari pemberi dukungan (*providers*)

Seseorang terkadang tidak memberikan dukungan sosial kepada orang lain ketika ia sendiri tidak memiliki sumberdaya untuk menolong orang lain, atau tengah menghadapi stres, harus menolong dirinya sendiri, atau kurang sensitif terhadap sekitarnya sehingga tidak menyadari bahwa orang lain membutuhkan dukungan darinya.

Menurut Friedman (1998, dalam Marsaulina, 2012) faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan sosial keluarga adalah kelas sosial ekonomi orang tua. Kelas sosial ekonomi disini meliputi tingkat pendapatan atau

pekerjaan orang tua dan tingkat pendidikan orang tua. Dalam keluarga kelas menengah, suatu hubungan lebih demokratis dan adil mungkin ada, sementara dalam keluarga kelas bawah, hubungan yang ada lebih otoritas atau otokrasi. Selain itu orang tua dengan kelas sosial menengah mempunyai tingkat dukungan, efeksi dan keterlibatan yang lebih tinggi dari pada orang tua dengan kelas sosial bawah.

## 2.5 Konsep Kecemasan

### 2.5.1 Pengertian kecemasan

Kecemasan berasal dari bahasa Latin (*anxius*) dan dari bahasa Jerman (*anst*), yaitu suatu kata yang digunakan untuk menggambarkan efek negatif dan rangsangan fisiologi. Istilah kecemasan sebagai sesuatu pengalaman subjektif mengenai ketegangan mental kesukaran dan tekanan yang menyertai konflik atau ancaman (Ghufron & Rinawita, 2016).

Kecemasan merupakan istilah yang sering digunakan dalam kehidupan sehari-hari, yakni menggambarkan keadaan kekhawatiran, kegelisahan yang tidak menentu atau reaksi ketakutan dan tidak tenang yang terkadang disertai berbagai keluhan fisik. *Ansietas* atau kecemasan merupakan respons emosional dan penilaian individu yang subjektif yang dipengaruhi oleh alam bawah sadar dan belum diketahui secara khusus faktor penyebabnya (Pieter dkk, 2011).

Kecemasan atau *ansietas* adalah suatu perasaan tidak santai yang samar-samar karena ketidaknyamanan atau rasa takut yang disertai suatu respons (sumber seringkali tidak *spesifik* atau tidak diketahui oleh individu); suatu perasaan takut akan terjadi sesuatu yang disebabkan olehantisipasi bahaya. Hal ini merupakan sinyal yang menyadarkan bahwa peringatan tentang bahaya yang akan datang dan memperkuat individu mengambil tindakan menghadapi ancaman (Fitria., dkk, 2013).

## 2.5.2 Gejala kecemasan

Tanda dan gejala kecemasan yang ditunjukkan atau dikemukakan oleh seseorang bervariasi, tergantung dari beratnya atau tingkatan yang dirasakan oleh individu tersebut. Keluhan yang sering dikemukakan oleh seseorang saat mengalami kecemasan secara umum menurut Hawari (2011) antara lain adalah sebagai berikut:

2.5.2.1 Gejala psikologis : pernyataan cemas/ khawatir, firasat buruk, takut akan pikirannya sendiri, mudah tersinggung, merasa tegang, tidak tenang, gelisah, mudah terkejut.

2.5.2.2 Gangguan pola tidur, mimpi - mimpi yang menegangkan.

2.5.2.3 Gangguan konsentrasi dan daya ingat.

2.5.2.4 Gejala somatik : rasa sakit pada otot dan tulang, berdebar-debar, sesak nafas, gangguan pencernaan, sakit kepala, gangguan perkemihan, tangan terasa dingin dan lembab, dan lain sebagainya.

Menurut Lestari (2015) keluhan-keluhan yang sering dikemukakan oleh orang yang mengalami kecemasan antara lain:

2.5.2.1 Cemas, khawatir, firasat buruk, takut akan pikiran sendiri, mudah tersinggung.

2.5.2.2 Merasa tegang, tidak tenang, gelisah, mudah terkejut.

2.5.2.3 Takut sendirian, takut pada keramaian dan banyak orang.

2.5.2.4 Gangguan pola tidur, mimpi-mimpi yang menegangkan

2.5.2.5 Gangguan konsentrasi dan daya ingat

2.5.2.6 Keluhan-keluhan somatik, misalnya rasa sakit pada otot dan tulang, pendengaran berdenging (tinitus), berdebar-debar, sesak nafas, gangguan pencernaan, gangguan perkemihan dan sakit kepala.

### 2.5.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan

Menurut Ghufron & Rinawita (2016) faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan antara lain:

#### 2.5.3.1 Pengalaman negatif pada masa lalu

Pengalaman ini merupakan hal yang tidak menyenangkan pada masa lalu mengenai peristiwa yang dapat terulang lagi pada masa mendatang, apabila individu tersebut menghadapi situasi atau kejadian yang sama dan juga tidak menyenangkan, misalnya pernah gagal dalam tes. Hal tersebut merupakan pengalaman umum yang menimbulkan kecemasan siswa dalam menghadapi tes.

#### 2.5.3.2 Pikiran yang tidak rasional

Para psikologis memperdebatkan bahwa kecemasan terjadi bukan karena suatu kejadian, melainkan kepercayaan atau keyakinan tentang kejadian itulah yang menjadi penyebab kecemasan.

Menurut Lestari (2015) faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan adalah sebagai berikut:

#### 2.5.3.1 Umur

Umur yang lebih muda lebih mudah menderita kecemasan dari pada umur tua.

#### 2.5.3.2 Keadaan fisik

Penyakit adalah salah satu faktor yang menyebabkan kecemasan. Seseorang yang sedang menderita penyakit akan lebih mudah mengalami kecemasan dibandingkan dengan orang yang tidak sedang menderita penyakit.

#### 2.5.3.3 Sosial budaya

Cara hidup orang dimasyarakat juga sangat memungkinkan timbulnya stres. Individu yang mempunyai cara hidup teratur akan mempunyai filsafat hidup yang jelas sehingga umumnya

lebih sukar mengalami stres, demikian juga dengan seseorang yang keyakinan agamanya rendah.

#### 2.5.3.4 Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan seseorang berpengaruh dalam memberikan respon terhadap sesuatu yang datang baik dari dalam maupun dari luar. Orang yang akan mempunyai pendidikan tinggi akan memberikan respon yang lebih rasional dibandingkan mereka yang berpendidikan lebih rendah atau mereka yang tidak berpendidikan. Kecemasan adalah respon yang dapat dipelajari, dengan demikian pendidikan yang rendah menjadi faktor penunjang terjadinya kecemasan.

#### 2.5.3.5 Tingkat pengetahuan

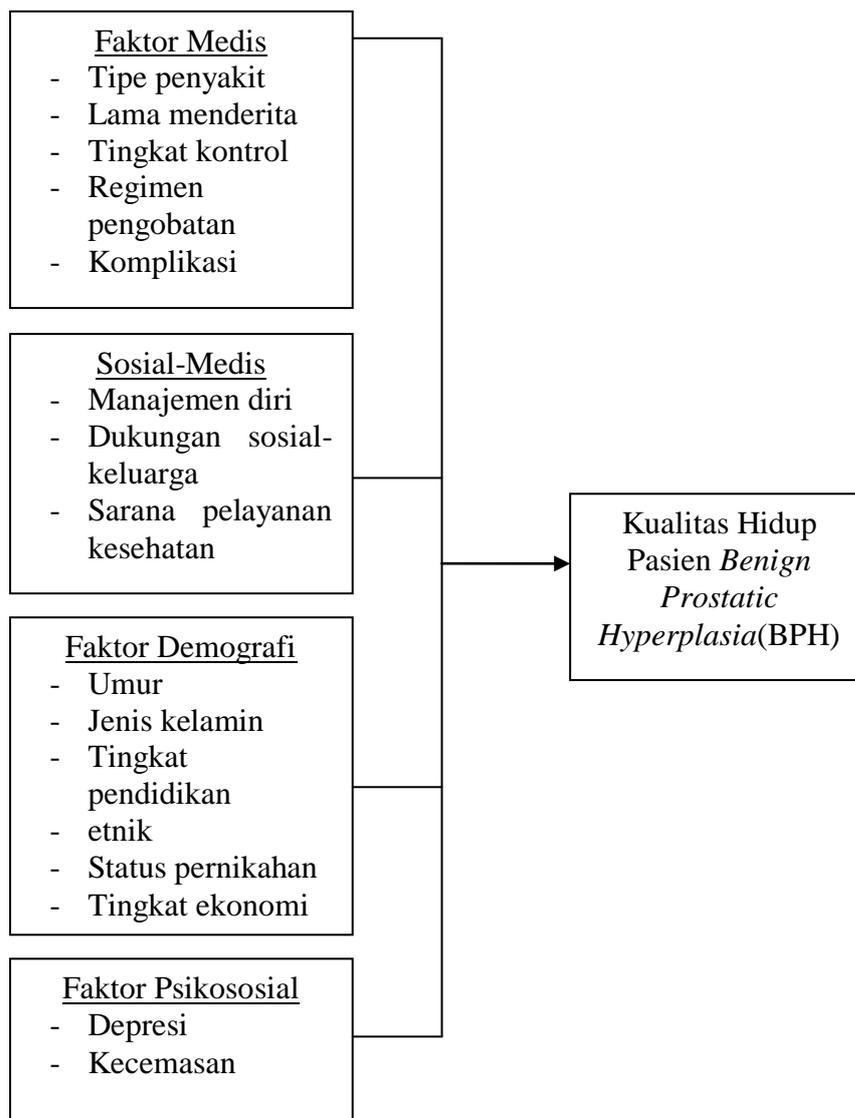
Pengetahuan yang rendah mengakibatkan seseorang mudah mengalami stres. Ketidaktahuan terhadap suatu hal dianggap sebagai tekanan yang dapat mengakibatkan krisis dan dapat menimbulkan kecemasan. Stres dan kecemasan dapat terjadi pada individu dengan tingkat pengetahuan yang rendah disebabkan karena kurangnya informasi yang diperoleh.

#### 2.5.4 Cara mengukur kecemasan

Alat ukur kecemasan salah satunya adalah skala *Zung Self-Rating Anxiety Scale* (SAS/SRAS) yaitu penilaian kecemasan yang dirancang oleh William W. K. Zung, dikembangkan berdasarkan gejala kecemasan dalam *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-II). Terdapat 20 pertanyaan, dimana setiap pertanyaan dinilai 1-4 (1: tidak pernah, 2: kadang-kadang, 3: sebagian waktu, 4: hampir setiap waktu). Terdapat 15 pertanyaan kearah peningkatan kecemasan dan 5 pertanyaan kearah penurunan kecemasan (Nursalam, 2014).

## 2.6 Kerangka Teori

Kerangka teori dalam penelitian faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien *Benign Prostatic Hyperplasia*(BPH) yaitu meliputi faktor medis, sosial-medis, faktor demografi serta psikososial. Kerangka teoridalam penelitian ini dapat dilihat pada skema 2.1berikut:

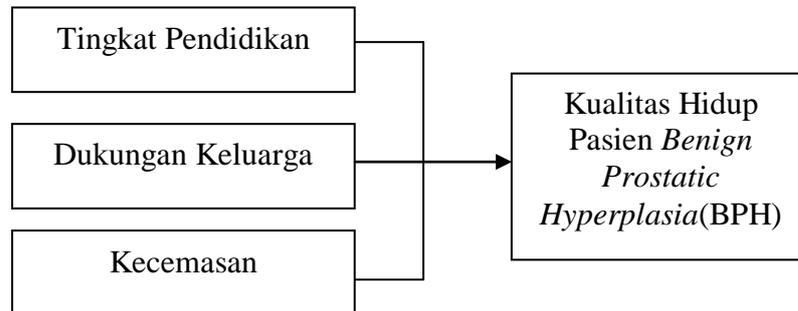


Sumber: Nissa (2013)

Skema 2.1 Kerangka Teori

## 2.7 Kerangka Konsep

Kerangka teori dalam penelitian ini dapat digambarkan sebagai berikut:



Skema 2.2 Kerangka Konsep

## 2.8 Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini yaitu:

- 2.8.1 Ada hubungan tingkat pendidikan dengan kualitas hidup pada pasien *Benign Prostatic Hyperplasia* (BPH) di RSUD Ulin Banjarmasin.
- 2.8.2 Ada hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pada pasien *Benign Prostatic Hyperplasia* (BPH) di RSUD Ulin Banjarmasin
- 2.8.3 Ada hubungan kecemasan dengan kualitas hidup pada pasien *Benign Prostatic Hyperplasia* (BPH) di RSUD Ulin Banjarmasin