



## TINGKAT KUALITAS HIDUP PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK TERAPI HEMODIALISIS

Supriyadi, Wagiyo, Sekar Ratih Widowati<sup>✉</sup>

Keperawatan Semarang, Poltekkes Kemenkes Semarang, Indonesia

### Info Artikel

*Sejarah Artikel:*  
Diterima 22 September 2010  
Disetujui 29 Oktober 2010  
Dipublikasikan Januari 2011

*Keywords:*  
Quality of Life  
Chronic Kidney Disease  
Hemodialisis

### Abstrak

Gagal ginjal kronik (GGK) menjadi masalah besar dunia karena sulit disembuhkan, biaya perawatan dan pengobatannya mahal. Hemodialisa (HD) merupakan salah satu terapi pengganti fungsi ginjal yang rusak. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui adanya perbedaan kualitas hidup pasien GGK sebelum dan sesudah menjalani terapi HD di RSUD Kota Semarang, dilihat dari empat dimensi (fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan). Penelitian ini menggunakan desain eksperimen semu melalui pendekatan *one group pre-post test design*. Pengambilan sampel menggunakan *consecutive sampling*, dengan jumlah sampel 30 responden. Alat pengambilan data menggunakan kuesioner WHO QoL-BREF. Terdapat perbedaan yang signifikan pada kualitas hidup pasien GGK sebelum dan sesudah menjalani terapi HD (dimensi fisik  $p=0,0001$ ; dimensi psikologis  $p=0,001$ ; dimensi sosial  $p=0,001$ ; dimensi lingkungan  $p=0,001$ ).

### Abstract

*Chronic kidney disease (CKD) is still a major problem in the world. In addition to difficult to cure, care and treatment costs were expensive. Hemodialysis (HD) is one of the replacement therapy of damaged renal function. The purpose of this study was to detect differences in CKD patients's quality of life before and after undergoing HD therapy viewed from the four domains / dimensions (physical, psychological, social and environmental). This research design was a quasi-experiment with one group pre-post test design. Sampling technique was consecutive sampling, and we collected a number of 30 respondents. Data retrieval tool was using WHO QoL-BREF questionnaire. We find sygnificant life quality differences of patients before and after have HD theraphy (physical dimension  $p=0.0001$ ; psychology dimension  $p=0.001$ ; social dimension  $p=0.001$ , and environment dimension  $p=0.001$ ).*

© 2011 Universitas Negeri Semarang

<sup>✉</sup> Alamat korespondensi:  
Jalan Tirto Agung, Pedalangan, Banyumanik, Semarang 50239  
Email: srwidowati@yahoo.com

## Pendahuluan

Ginjal berfungsi untuk mengatur keseimbangan air dalam tubuh, mengatur konsentrasi garam dalam darah, dan keseimbangan asam-basa darah, serta ekskresi bahan buangan dan kelebihan garam (Pearce, 1995; Costa *et al.*, 2008). Apabila ginjal gagal menjalankan fungsinya, maka penderita memerlukan pengobatan dengan segera. Keadaan dimana ginjal lambat laun mulai tidak dapat melakukan fungsinya dengan baik disebut juga dengan GJK. GJK makin banyak menarik perhatian dan makin banyak dipelajari karena walaupun sudah mencapai tahap gagal ginjal terminal akan tetapi penderita masih dapat hidup panjang dengan kualitas hidup yang cukup baik (Sidabutar, 1992; Kazama *et al.*, 2009).

GJK masih menjadi masalah besar di dunia. Selain sulit disembuhkan, biaya perawatan dan pengobatannya pun sangat mahal (Chen *et al.*, 2009; Russell *et al.*, 2011). Secara global lebih dari 500 juta orang mengalami GJK. Sementara di Indonesia ada sekitar 1,5 orang yang hidupnya harus tergantung pada terapi hemodialisa. Di Semarang khususnya Rumah Sakit Umum Kota Semarang pada tahun 2009 terdapat 112 orang penderita GJK yang menjalani terapi hemodialisa.

Kualitas hidup pasien seharusnya menjadi perhatian penting bagi para profesional kesehatan karena dapat menjadi acuan keberhasilan dari suatu tindakan/intervensi atau terapi. Di samping itu, data tentang kualitas hidup juga dapat merupakan data awal untuk pertimbangan merumuskan intervensi/tindakan yang tepat bagi pasien (Post *et al.*, 2010).

Hemodialisa (HD) adalah suatu prosedur dimana darah dikeluarkan dari tubuh penderita dan beredar dalam sebuah mesin di luar tubuh yang disebut dialiser. Frekuensi tindakan HD bervariasi tergantung banyaknya fungsi ginjal yang tersisa, rata-rata penderita menjalani tiga kali dalam seminggu, sedangkan lama pelaksanaan hemodialisa paling sedikit tiga sampai empat jam tiap sekali tindakan terapi (Brunner dan Suddath, 2002; Yang *et al.*, 2011).

Proses hemodialisa membutuhkan waktu selama 4 – 5 jam umumnya akan menimbulkan stres fisik, pasien akan merasakan kelelahan, sakit kepala, dan keluar keringat

dingin akibat tekanan darah yang menurun (Gallieni *et al.*, 2008; Orlic *et al.*, 2010). Terapi HD juga akan mempengaruhi keadaan psikologis pasien. Pasien akan mengalami gangguan proses berpikir dan konsentrasi serta gangguan dalam berhubungan sosial. Semua kondisi tersebut akan menyebabkan menurunnya kualitas hidup pasien GJK yang menjalani terapi HD. Kualitas hidup pasien GJK yang menjalani terapi HD sangat dipengaruhi oleh beberapa masalah yang terjadi sebagai dampak dari terapi HD dan juga dipengaruhi oleh gaya hidup pasien (Suhud, 2005).

Keperawatan sebagai suatu profesi kesehatan yang paling lama berinteraksi dengan pasien, sangat berperan dalam membantu pasien meningkatkan daya adaptasi terhadap perubahan yang dialami serta mengelola permasalahan yang muncul agar pasien tetap bertahan hidup dan sehat. Melalui pendekatan metodologi asuhan keperawatan, perawat melakukan pengkajian, merumuskan diagnosis perawatan, menyusun rencana tindakan/intervensi, melaksanakan dan mengevaluasi hasil asuhan perawatan. Data tentang kualitas hidup pasien sangat diperlukan sebagai bahan masukan untuk merumuskan intervensi yang tepat dan sekaligus sebagai alat ukur untuk menilai hasil asuhan keperawatan yang diberikan (Anderson, 1999).

## Metode

Desain penelitian ini adalah *quasi eksperimen* melalui pendekatan *one group pre-post test design* yang bertujuan untuk menguji perbedaan kualitas hidup pasien sebelum dan sesudah dilakukan HD.

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien yang menjalani HD di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Semarang. Jumlah populasi pada penelitian ini sebanyak 64 orang dan jumlah sampel penelitian yang memenuhi kriteria inklusi sebanyak 30 orang. Teknik sampling yang digunakan adalah *consecutive sampling*. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah WHOQoL-BREF. Instrumen ini dikembangkan oleh bagian kesehatan mental WHO. Analisis menggunakan uji beda rata-rata atau *dependent t-test* dengan tingkat

signifikansi 0,05.

## Hasil

Berdasarkan Tabel 1 diketahui bahwa rata-rata dimensi fisik sebelum HD adalah 16,8 dengan standar deviasi 1,243, sedangkan rata-rata dimensi fisik sesudah HD adalah 24,53 dengan standar deviasi 2,675. Berdasarkan hasil uji statistik diketahui bahwa ada perbedaan kualitas hidup pasien dari dimensi fisik sebelum dan sesudah menjalani HD dengan nilai  $p=0,001$  ( $p < 0,05$ ).

Berdasarkan Tabel 1 diketahui rata-rata dimensi psikologis sebelum HD adalah 12,00, standar deviasi 2,533, sedangkan rata-rata dimensi psikologis sesudah HD adalah 21,07 dengan standar deviasi 1,850. Berdasarkan hasil uji statistik diketahui bahwa ada perbedaan kualitas hidup pasien dari dimensi psikososial sebelum dan sesudah menjalani HD dengan nilai  $p=0,001$  ( $< 0,05$ ).

Berdasarkan Tabel 1 diketahui bahwa rata-rata dimensi sosial sebelum HD adalah 7,47 dengan standar deviasi 1,925, sedangkan rata-rata dimensi sosial sesudah HD adalah 11,60 dengan standar deviasi 1,589. Berdasarkan hasil uji statistik diketahui bahwa ada perbedaan kualitas hidup pasien dari dimensi sosial sebe-

lum dan sesudah menjalani dengan nilai  $p = 0,001$  ( $p < 0,05$ ).

Berdasarkan Tabel 1 diketahui bahwa rata-rata dimensi lingkungan sebelum HD adalah 20,43 dengan standar deviasi 2,635, sedangkan rata-rata dimensi lingkungan sesudah HD adalah 25,80 dengan standar deviasi 0,0001. Berdasarkan hasil uji statistik diketahui bahwa ada perbedaan kualitas hidup pasien dari dimensi lingkungan sebelum dan sesudah menjalani HD dengan nilai  $p=0,0001$  ( $p < 0,05$ ).

## Pembahasan

Kualitas hidup pasien GGK sebagian besar berada pada tingkat sedang sebelum dilakukan hemodialisa sebanyak 16 responden (53,3%) dan setelah dilakukan hemodialisa seluruh responden berada pada tingkat kualitas hidup sedang (100%). Walaupun semua pada tingkat kualitas hidup sedang, akan tetapi dari masing-masing responden berbeda nilainya. Ini mungkin juga tergantung dari persepsi responden dan tingkat keparahan penyakitnya, juga karena GGK tidak bisa disembuhkan. Hal ini sesuai dengan pernyataan Suhud (2005) bahwa pasien GGK akan mempunyai ketergantungan akan terapi hemodialisa. Pasien GGK harus menjalani hemodialisis secara rutin un-

**Tabel 1.** Perbedaan Kualitas Hidup Pasien dari Dimensi Fisik, Dimensi Psikologis, Dimensi Sosial, dan Dimensi Lingkungan Sebelum dan Sesudah Menjalani Hemodialisa di Rumah Sakit Umum Kota Semarang ( $n=30$ )

Variabel	N	Rata-rata	SD	T	Nilai P
Dimensi Fisik					
Sebelum HD	30	16,80	1,243	-14,454	0,0001
Sesudah HD	30	24,53	2,675		
Dimensi Psikologis					
Sebelum HD	30	12,00	2,533	-14,906	0,0001
Sesudah HD	30	21,07	1,850		
Dimensi Sosial					
Sebelum HD	30	7,47	1,925	-8,676	0,0001
Sesudah HD	30	11,60	1,589		
Dimensi Lingkungan					
Sebelum HD	30	20,43	2,635	-7,504	0,0001
Sesudah HD	30	25,80	2,631		

tuk mempertahankan kualitas hidupnya.

Pasien GGK sebelum menjalani dialisis akan sangat terganggu aktifitasnya baik untuk bekerja maupun bergaul, juga kesulitan dalam tidur karena rasa sakit yang dirasakan. Disamping itu berbagai keluhan fisik dikeluhkan pasien tergantung dari tingkat keparahan penyakitnya dan komplikasi yang menyertai yang tidak sama antara satu pasien dengan pasien lainnya. Hal ini sesuai dengan teori yang mengatakan bahwa pasien GGK akan merasakan adanya rasa tidak nyaman, sesak, oedema, nyeri dada, rasa mual atau bahkan muntah, serta kram otot yang mengakibatkan nyeri hebat (Brunner & Suddath, 2002). Untuk itu pasien sangat tergantung pada terapi dialisis untuk meningkatkan kualitas hidupnya.

Setelah dilakukan HD keadaan fisik responden mengalami perbaikan yang berarti walaupun tidak semua responden menyatakan demikian. Responden sesudah menjalani hemodialisa tampak berkurang sesaknya, dan responden tampak lebih rileks. Perubahan ini karena zat-zat toksik dalam darah telah dikeluarkan, juga cairan dalam tubuh responden telah dibuang sesuai dengan keadaan klinis responden. Kondisi ini akan membuat responden dapat tidur dan istirahat serta mampu melakukan aktifitas sehari-hari (Corwin, 2000).

Pada dimensi psikologis kualitas hidup pasien GGK sebelum menjalani HD sebagian besar merasa cemas setiap akan dilakukan tindakan dialisis terutama responden yang masih menggunakan akses temporer baik *double lumen* melalui vena subklavia maupun akses femoralis. Disamping rasa sakit saat insersi juga risiko yang sering ditimbulkan oleh tindakan pemasangan seperti hematoma, trombosis vena subklavia, ataupun infeksi yang akan menimbulkan demam tinggi saat berlangsungnya dialisis. Kegelisahan responden juga tampak saat akan dimulainya prosedur-prosedur tindakan HD dengan banyak bertanya kepada perawat atau akan memilih perawat yang akan melakukan insersi pada responden.

Hal ini karena merupakan fase penolakan (*denial*) pasien terhadap penyakitnya dan keceasan akan tindakan yang akan diterimanya, terutama responden yang masih menggunakan akses temporer karena tindakan pemasangan fistula tersebut dirasakan responden sangat

sakit (Hudak & Gallo, 1997).

Setelah menjalani HD, kualitas hidup pada dimensi psikologis mengalami peningkatan pada tingkat kualitas hidup tinggi. Responden setelah melewati satu jam pertama tindakan HD sudah mulai tenang yang ditunjukkan dengan tidur pulas atau sekedar ngobrol dengan petugas, dengan sesama pasien atau keluarga pasien lainnya. Kondisi ini terjadi terutama responden yang telah terpasang akses permanen maupun responden dengan akses temporer tetapi dalam pelaksanaan dialisis tidak terjadi hambatan atau tidak timbul efek samping selama dialisis berlangsung. Setelah mendapatkan terapi HD masuk pada "fase bulan madu", pasien tampak gembira untuk sementara. Proses tahap berduka yang normal dari depresi akan diikuti oleh tahap penerimaan untuk menerima pengobatan menahunnya. Pada umumnya pasien tidak mempunyai perasaan negatif, masih dapat berfikir, mengingat, dan berkonsentrasi dengan baik (Hudak & Gallo, 1997).

Kualitas hidup pada dimensi sosial sebelum menjalani hemodialisa tergantung dari dukungan sosial yang diterima oleh responden. Baik dukungan emosional dari keluarga dan kelompok sosial dilingkungan responden, juga dukungan instrumental dan informasional. Dalam penelitian ini, 90% responden dibiayai oleh pihak asuransi (ASKES/ Jamkesmas), akan tetapi dalam hal finansial antara yang membiayai sendiri ataupun yang menggunakan fasilitas asuransi kesehatan sama-sama membutuhkan biaya transportasi ketika akan dan selesai HD.

Keadaan ini juga berhubungan dengan masalah ketidakpuasan dalam aktifitas seksual, terutama responden laki-laki yang dalam penelitian ini lebih banyak (73,3%) dari wanita (26,7%). Ini sesuai dengan pendapat Hudak & Gallo (1997) yang mengatakan bahwa pasien yang menjalani HD akan terjadi penurunan fungsi seksual (libido) pada laki-laki: sering terjadi impotensi, mungkin karena penyakitnya atau efek samping dari obat-obat anti hipertensi. Pada wanita selama proses hemodialisis tidak mengalami proses menstruasi karena pengaruh obat imunosupresi.

Setelah menjalani HD sebagian besar berada pada tingkat kualitas hidup tinggi. Res-

ponden bisa mengungkapkan semua ide ataupun berpendapat tentang segala sesuatu kepada perawat sehingga tercipta kelompok sosial yang diharapkan responden. Peneliti menilai bahwa keadaan tersebut juga tergantung dari dukungan sosial dari keluarga yang besar. Ini dibuktikan dengan pasangan selalu mendampingi responden saat pelaksanaan HD karena sebagian besar responden berstatus kawin (83,8%). Perawat dan tenaga medis merupakan manifestasi ketergantungan responden pada kelompok sosial yang akan memberikan pertolongan langsung pada saat responden membutuhkan bantuan. Ini sesuai hasil penelitian Martono (2006) bahwa keluarga memiliki tuntutan lebih kuat dibandingkan tenaga medis karena hubungan kekerabatannya. Walaupun tenaga medis merasa bahwa pasien membutuhkan dukungan sosial yang banyak, akan tetapi tenaga medis mempunyai keterbatasan. Keterbatasan ini dapat berupa etika profesi yang tidak memungkinkan tenaga medis terlibat jauh dalam urusan pribadi pasiennya kecuali yang berhubungan dengan penyakitnya. Keterbatasan lain karena banyaknya pasien yang harus ditangani sehingga tenaga medis mengandalkan partisipasi aktif dari keluarga.

Pada dimensi lingkungan sebelum menjalani HD, sebagian besar responden berada pada tingkat kualitas hidup sedang. Responden merasa bahwa keberadaannya di tempat mereka tinggal dan bekerja sudah kurang dibutuhkan, terbukti dari hasil penelitian ini bahwa 40% responden tidak bekerja. Responden dianggap tidak mempunyai kemampuan untuk beraktifitas juga dalam hal berpendapat. Responden jarang dimintai pendapat dan jarang dilibatkan dalam pembuatan keputusan. Peneliti menilai ini ada hubungannya dengan jumlah responden laki-laki yang lebih banyak, karena dalam kehidupan rumah tangga mereka menjadi kepala keluarga yang seharusnya lebih banyak terlibat dalam membuat keputusan. Hal ini terjadi juga karena karakteristik responden laki-laki yang membutuhkan informasi lebih banyak dan responden wanita lebih sering berkonsultasi kepada tenaga medis. Ini sesuai yang dijelaskan Safarino dalam Martono (2006) bahwa untuk mengatasi masalah yang dirasakannya, maka laki-laki cenderung mencari informasi lebih banyak agar ia lebih dapat me-

ngenal dan kemudian mencari jalan keluar dari masalah.

Responden yang telah menjalani HD lebih bisa melakukan aktifitas walau sangat terbatas. Selama pelaksanaan HD responden merasa nyaman berada pada lingkungan yang bisa menerima keadaan dirinya dengan segala keterbatasannya. Setelah dilakukan HD kualitas hidup pada domain ini berada pada tingkat tinggi. Hal ini terjadi juga karena sebagian besar pasien berdomisili tidak jauh dengan Kota Semarang, sehingga akses pelayanan kesehatan lebih mudah, transportasi memadai, keamanan fisik yang baik, informasi tentang kesehatan mudah didapat baik di rumah maupun di rumah sakit. Hal ini juga karena sebagian besar pasien menggunakan fasilitas asuransi kesehatan, sehingga pelayanan kesehatan khususnya pelayanan HD dapat diperoleh untuk meningkatkan kualitas hidupnya.

### Simpulan dan Saran

Simpulan yang dapat diambil dari penelitian ini adalah ada perbedaan tingkat kualitas hidup pasien GGK pada dimensi fisik sebelum dan sesudah menjalani HD dengan nilai  $p=0,001 (<0,05)$ . Ada perbedaan tingkat kualitas hidup pasien GGK pada dimensi psikologis sebelum dan sesudah menjalani HD dengan nilai  $p=0,001 (<0,05)$ . Ada perbedaan tingkat kualitas hidup pasien GGK pada dimensi sosial sebelum dan sesudah menjalani HD dengan nilai  $p=0,001 (<0,05)$ . Ada perbedaan tingkat kualitas hidup pasien GGK pada dimensi lingkungan sebelum dan sesudah menjalani HD dengan nilai  $p=0,001 (<0,05)$ .

Adapun saran yang bisa diajukan adalah diharapkan perawat menyadari akan kualitas hidup pasien GGK yang menjalani HD sehingga perawat dapat membantu mengurangi stres fisik pasien dengan mengajarkan teknik distraksi, relaksasi, ataupun terapi musik. Hendaknya masyarakat dan keluarga di lingkungan pasien GGK yang menjalani HD selalu memberi dukungan psikologis, sosial, dan spiritual dengan tetap mengikutsertakan pasien dalam aktifitas sosial.

## Daftar Pustaka

- Anderson, M.P. 1999. *Stress Management for Chronic Disease*. New York: Pergamon Press
- Brunner & Suddarth. 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*, Ed 8. Jakarta: EGC
- Chen, S.C., Chang, J.M., Hwang, S.J., Chen, J.H., Lin, F.H., Su, H.O. and Chen, H.C. 2009. Comparison of Ankle-Brachial Index and Brachial-Ankle Pulse Wave Velocity between Patients with Chronic Kidney Disease and Hemodialysis. *Am J Nephrol*, 29: 374–380
- Corwin. 2000. *Buku Saku Patofisiologi*. Jakarta: EGC
- Costa, E., Rocha, S., Pereira, P.R., Castro, E., Reis, F., Teixeira, F., Miranda, V., Faria, M.D.S., Loureiro, A., Quintanilha, A., Belo, L. and Silva, A.S. 2008. Cross-talk Between Inflammation, Coagulation/Fibrinolysis and Vascular Access in Hemodialysis Patients. *The Journal of Vascular Access*, 9: 248-253
- Gallieni, M., Butti, A., Guazzi, M., Galassi, A., Cozzolino, M. and Brancaccio, D. 2008. Impaired Brachial Artery Endothelial Flow-Mediated Dilation and Orthostatic Stress in Hemodialysis Patients. *The International Journal of Artificial Organs*, 31(1): 34-42
- Hudak & Gallo. 1997. *Keperawatan Kritis, Pendekatan Holistik*, 6 (II)
- Kazama, J.J., Kazama, S., Koda, R., Yamamoto, S., Narita, I. and Gejyo, F. 2009. The Risk of Gallbladder Stone Formation Is Increased in Patients with Predialysis Chronic Kidney Disease but Not Those Undergoing Chronic Hemodialysis Therapy. *Nephron Clin Pract*, 111: c167–c172
- Martono, S. 2006. *Kualitas Hidup Pasien Hemodialisa*, Unpublished Undergraduate thesis. Fakultas Ilmu Keperawatan UNDIP
- Orlic, L., Crncevic, Z., Pavlovic, D. and Zaputovic, L. 2010. Bone Mineral Densitometry in Patients On Hemodialysis: Difference Between Genders and What to Measure Bone Mineral Density in Hemodialysis Patients. *Renal Failure*, 32: 300–308
- Pearce. 1995. *Anatomi dan Fisiologi untuk Paramedis*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama
- Post, J.B., Jegede, A.B., Morin, K., Spungen, A.M., Langhoff, E. and Sano, M. 2010. Cognitive Profile of Chronic Kidney Disease and Hemodialysis Patients without Dementia. *Nephron Clin Pract*, 116: c247–c255
- Russell, M.R., Gómez, L.L.T., Domínguez, R.L.P., Santiago, R.E. and Cervantes, M.L. 2011. Work Climate in Mexican Hemodialysis Units: A Cross-Sectional Study. *Nefrologia*, 31 (1): 76-83
- Sidabutar, R.P. 1992. *Gizi pada GKG: Beberapa Aspek Penatalaksanaan*. Jakarta: Perhimpunan Nefrologi Indonesia
- Suhud, M. 2005. *Cuci Darah Demi Kualitas Hidup*, Kompas Syb
- Yang, L., Lin, Y., Ye, C., Mao, Z., Rong, S., Zhao, X. and Mei, C. 2011. Effects of Peritoneal Dialysis and Hemodialysis on Arterial Stiffness Compared with Predialysis Patients. *Clinical Nephrology*, 75 (3): 188-194