

PENGARUH DUKUNGAN KELUARGA DAN STATUS DM TERHADAP KUALITAS HIDUP PASIEN HEMODIALISIS

Influence of Family Support and DM Status with Hemodialysis Patient's Quality of Life

Anikha Widya Bestari

FKM Universitas Airlangga, bestariofficial@gmail.com

Alamat Korespondensi: Departemen Epidemiologi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya, Jawa Timur, Indonesia

ABSTRAK

Penanganan PGK (Penyakit Ginjal Kronis) tahap akhir yang banyak dilakukan di Indonesia adalah hemodialisis. Masalah psikososial seperti kurangnya dukungan keluarga terkadang menjadi masalah berat yang harus dihadapi pasien hemodialisis. Diabetes Melitus (DM) sebagai penyebab PGK juga merupakan masalah kesehatan yang banyak meningkatkan risiko morbiditas dan mortalitas bagi pasien. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh dukungan keluarga dan status DM terhadap kualitas hidup pasien hemodialisis. Penelitian ini merupakan penelitian observasional analitik dengan rancangan *cross sectional*. Sampel penelitian ini sebanyak 72 pasien di Instalasi hemodialisis Rumah Sakit Umum (RSU) Haji Surabaya yang dihitung menggunakan *simple random sampling* melalui daftar jadwal hemodialisis. Pengumpulan data dilakukan menggunakan wawancara dan melihat data sekunder pada dokumen pemeriksaan pasien. Kuesioner yang digunakan adalah kuesioner *WHOQOL-BREF* dan kuesioner dukungan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh antara dukungan keluarga ($p = 0,005$) dan status DM ($p = 0,003$) terhadap status kualitas hidup pasien. Kesimpulan dari penelitian ini adalah kualitas hidup pasien PGK hemodialisis di RSU Haji Surabaya dipengaruhi oleh dukungan keluarga yang diterimanya dan status DM. Status DM merupakan variabel yang paling kuat mempengaruhi kualitas hidup. Oleh karena itu, intervensi difokuskan pada pengontrolan pasien dengan DM dan terapi suportif pada keluarga.

Kata Kunci: hemodialisis, kualitas hidup, dukungan keluarga, diabetes melitus

ABSTRACT

Management of CKD (Chronic Kidney Disease) in the final stage that is mostly done in Indonesia is hemodialysis. Psychosocial problems such as lack of family support sometimes become severe problems that must be faced by hemodialysis patients. Diabetes Mellitus (DM) as a cause of CKD is also a health problem that greatly increases the risk of morbidity and mortality for patients. This study aims to analyze the effect of family support and DM status on the quality of life of hemodialysis patients. This research was an observational analytic study with a cross-sectional design. The sample of this study were 72 patients at the Hemodialysis Installation of the Haji Public Hospital (RSU Haji) Surabaya, which was calculated using simple random sampling through a list of hemodialysis schedules. Data collection was carried out using interviews and looking at secondary data on patient examination documents. The questionnaire used was the WHOQOL-BREF questionnaire and the family support questionnaire. The results showed that there was an influence between family support ($p = 0.005$) and DM status ($p = 0.003$) on the quality of life status of patients. The conclusion of this study is the quality of life of hemodialysis CKD patients at Haji Hospital Surabaya is influenced by the family support they receive and DM status. DM status is the variable that most strongly influences the quality of life. Therefore, the intervention is focused on controlling patients with DM and supportive therapy in families.

Keywords: hemodialysis, quality of life, family support, diabetes mellitus

PENDAHULUAN

Penyakit ginjal kronis (PGK) merupakan penyakit pada ginjal yang bersifat progresif dan terus menerus (≥ 3 bulan) ditandai dengan menurunnya rerata glomerulus filtration rate (GFR) menjadi <60 mL/menit/1.73 m³ dengan atau

tanpa adanya kerusakan ginjal, atau kerusakan ginjal dengan atau tanpa adanya penurunan GFR (NKF, 2002). PGK merupakan gangguan yang bersifat irreversible, dimana ginjal akan kehilangan kemampuannya dalam mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan maupun elektrolit sehingga akan timbul gejala uremia dan

tertumpuknya sampah nitrogen lain dalam darah (Smeltzer dan Bare, 2008).

Berdasarkan survei dari Perhimpunan Nefrologi Indonesia (Pernefri, 2013) menyebutkan bahwa Indonesia merupakan negara dengan prevalensi PGK yang cukup tinggi, yaitu sekitar 30,7 juta penduduk. Sedangkan menurut data dari Pusat Data & Informasi Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PDPERSI 2013) jumlah klien PGK sekitar 50 orang per satu juta penduduk. Data untuk wilayah Jawa Timur berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2013 dilaporkan tiga dari sepuluh penduduk berusia ≥ 15 tahun menderita PGK (Kemenkes RI, 2013).

Penanganan bagi penderita PGK terminal (stadium lima) dilakukan melalui hemodialisis, *Continuous Ambulatory peritoneal Dialysis* (CAPD) dan transplantasi ginjal yang bertujuan untuk mempertahankan kualitas hidup pasien (Brunner dan Suddarth, 2002). Data yang masuk ke *Indonesia Renal Registry* (IRR 2012) menyebutkan di Indonesia bahwa 94% unit renal berbentuk instalasi RS dan sisanya berupa klinik swasta. Jenis fasilitas layanan oleh unit renal tersebut paling banyak adalah hemodialisis sebesar 78%.

Pasien baru hemodialisis di Indonesia dari tahun 2007 sampai tahun 2012 meningkat cukup signifikan dengan rincian 4977 orang (2007), 5392 orang (2008), 8193 orang (2009), 9649 orang (2010), 15353 orang (2011), 19621 orang (2012). Jumlah pasien baru di wilayah Jawa Timur sendiri pada tahun 2012 mencapai 11672 orang dengan 2796 orang merupakan pasien penyakit ginjal terminal. Jumlah ini merupakan tertinggi kedua setelah Provinsi Jawa Barat (IRR, 2012).

Hemodialisis dapat mempertahankan hidup bagi penderita PGK terminal akan tetapi hemodialisis tidak mampu memulihkan fungsi ginjal dan tidak dapat mengimbangi hilangnya aktivitas metabolik atau endokrin yang dilaksanakan oleh ginjal. Pasien harus menjalani hemodialisis sepanjang hidupnya atau sampai mendapat ginjal baru melalui operasi pencangkokan (Smeltzer dan Bare, 2008).

Sehat menurut *World Health Organization* (WHO, 1947) memiliki arti yang sangat luas karena tidak hanya mencakup kesehatan secara fisik namun juga kesehatan mental dan kondisi sosial seseorang. Pada bidang kesehatan dan aktivitas pencegahan penyakit, kondisi sehat seseorang dapat digambarkan melalui kualitas hidup orang tersebut. Menurut WHO (1994), kualitas hidup adalah persepsi individu dalam konteks budaya dan

sistem nilai untuk menjalankan peran dan fungsinya di dalam kehidupannya, dengan kata lain kualitas hidup merupakan sejauh mana seseorang dapat memfungsikan dirinya dan menikmati kemungkinan penting dalam hidupnya (Green *et al.*, 2002).

Kualitas hidup pada pasien hemodialisis menjadi hal yang penting untuk diperhatikan karena dapat digunakan sebagai acuan dalam mengevaluasi keberhasilan terapi maupun kebijakan yang diterapkan (Green *et al.*, 2002). Harapan hidup pasien PGK masih menjadi permasalahan karena sampai sekarang ini rentang harapan hidup pasien hemodialisis adalah 12 tahun untuk pasien berumur 40–44 tahun dan sekitar delapan tahun untuk pasien berumur 60–64 tahun. Angka ini lebih buruk dibandingkan dengan populasi secara umum yang dapat memiliki harapan hidup sampai 30 tahun untuk umur 40–44 tahun dan 17 tahun untuk umur 60–64 tahun (USRDS dalam Asri dkk., 2006).

Penelitian untuk mengetahui tingkat kualitas hidup pasien dengan penyakit kronis akhir-akhir ini semakin banyak dilakukan. Ibrahim (2009) melakukan penelitian tentang kualitas hidup 91 pasien PGK yang menjalani hemodialisis di Bandung. Hasil penelitian tersebut menunjukkan 57,2% mempersepsikan kualitas hidupnya pada tingkat rendah dan 42,9% pada tingkat tinggi. Penelitian lain adalah penelitian Nurcahyati (2011) yang melibatkan 95 pasien hemodialisis di RSI Fatimah Cilacap dan RSUD Banyumas yang menunjukkan 47,4% pasien hemodialisis memiliki kualitas hidup kurang dan 52,6% memiliki kualitas hidup baik. Penelitian yang dilakukan oleh Prabawati (2006), melibatkan 55 pasien hemodialisis di RSUD Dr. Soetomo dengan hasil sebanyak 56,4% pasien hemodialisis memiliki kualitas hidup baik dan 43,6% memiliki kualitas hidup kurang.

Etiologi PGK yang menjalani hemodialisis adalah pada kasus glomerulonefritis, diabetes melitus (DM), obstruksi, infeksi dan hipertensi (Suwitra, 2009). Data epidemiologi dunia menunjukkan bahwa prevalensi PGK dengan diabetes melitus terdapat lebih dari 50% kasus (Molzahn *et al.*, 2006). Data Riskesdas 2013 menunjukkan bahwa prevalensi DM di Indonesia meningkat tahun 2013 (2,4%) dibandingkan tahun 2007 (1,1%). Setengah dari kasus DM tidak terdiagnosa karena pada umumnya tidak disertai gejala sampai terjadinya komplikasi (Kemenkes RI, 2013). Laporan IRR 2011 dan laporan IRR 2012 menyatakan bahwa DM merupakan penyakit kronis kedua setelah hipertensi yang menjadi penyebab utama PGK. Meningkatnya

angka kejadian DM sejalan dengan meningkatnya angka kejadian PGK.

Nefropati diabetik merupakan komplikasi penyakit diabetes mellitus yang termasuk dalam komplikasi mikrovaskular, yaitu komplikasi yang terjadi pada pembuluh darah halus. Hal ini dikarenakan terjadi kerusakan pada pembuluh darah halus di ginjal. Kerusakan pembuluh darah menimbulkan kerusakan glomerulus yang berfungsi sebagai penyaring darah. Tingginya kadar gula dalam darah akan membuat struktur ginjal berubah sehingga fungsinya pun terganggu. Kurang lebih sepertiga pasien diabetes mellitus tipe satu dan seperenam pasien diabetes mellitus tipe dua akan mengalami komplikasi nefropati diabetik (Divisi Ginjal dan Hipertensi RSUD Dr. Soetomo, 2014).

Pasien hemodialisis selain mengalami keluhan fisik sering pula mengalami masalah psikososial yang dapat memperburuk kualitas hidupnya. Pasien dengan hemodialisis jangka panjang sering merasa khawatir akan kondisi sakitnya yang tidak dapat diramalkan. Mereka sering kali memiliki perasaan negatif terhadap dirinya dan kondisi sosial yang dialaminya. Permasalahan dalam segi hubungan sosial bagi pasien hemodialisis ini dapat dinilai dari hubungan pasien dengan orang lain. Hubungan ini menggambarkan adanya bantuan yang didapatkan oleh pasien yang berasal dari lingkungan sekitarnya (Wahyuningsih, 2011).

Pasien hemodialisis perlu memperhatikan banyak hal antara lain pembatasan cairan, diet, teratur menjalani jadwal hemodialisis dan hal-hal tersebut membutuhkan kepatuhan yang tinggi agar dapat meningkatkan kualitas hidup. Kepatuhan untuk menjalani itu semua membutuhkan dukungan yang baik dari pihak keluarga. Peran keluarga sangat penting untuk memberikan motivasi, menjelaskan dan mengantarkan ke pelayanan kesehatan untuk menjalani hemodialisis (Suwitra, 2009).

Salah satu manajemen dalam perawatan hemodialisis adalah melibatkan dukungan sosial dalam keluarga. Keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dalam satu rumah karena ikatan perkawinan, kelahiran, adopsi dan masing-masing anggotanya memiliki peran di dalamnya (Friedman *et al.*, 2003). Dalam literatur disebutkan bahwa interaksi sosial berperan dalam adaptasi pasien dengan penyakit kronis. Pasien harus menjaga daya tahan tubuhnya dan mengurangi beban pikirannya karena sakit yang diderita. Dukungan ini yang paling utama dan mutlak adalah dukungan

dan kerja sama pihak keluarga (Mukidjam dalam Kusuma, 2011).

Pada Januari 2015 di Instalasi HD RSUD Haji Surabaya tercatat pasien sebanyak 92 orang yang menjalani hemodialisis di mana jumlah pasien laki-laki lebih besar dari jumlah pasien perempuan yaitu masing-masing 48 dan 44 orang. Jumlah kunjungan mencapai 7952 kunjungan pada tahun 2013, hal ini mengalami peningkatan sebanyak 24% dari tahun 2012 dengan kunjungan pasien sebesar 6413. Berdasarkan data yang dilaporkan oleh unit hemodialisis RSUD Haji, jumlah pasien yang meninggal mengalami kenaikan dari tahun 2010 hingga tahun 2014. RSUD Haji tersebut memiliki fasilitas dialisis dengan 16 unit mesin dialisis dengan target 40 tindakan tiap satu mesin per bulannya. Pelayanan hemodialisis di RSUD Haji Surabaya telah dimulai sejak tahun 2007 dan berdiri menjadi Instalasi sejak 2012. Pengukuran kualitas hidup dapat menjadi acuan dalam melihat keberhasilan terapi dan kajian dalam menerapkan intervensi.

Dukungan keluarga adalah hal yang penting dalam perawatan hemodialisis dan penyakit DM menjadi perhatian di kalangan profesi kesehatan dalam kasus PGK. Oleh karena itu perlu kiranya dilakukan analisis pengaruh kedua hal tersebut terhadap kualitas hidup pasien PGK yang ditangani oleh RSUD Haji Surabaya. Pasien yang menjalani terapi hemodialisis di RSUD Haji paling banyak adalah pasien yang menderita penyakit ginjal terminal yang dimungkinkan memiliki kualitas hidup yang lebih rendah. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis adanya pengaruh dukungan keluarga yang diterima oleh pasien serta status DM pasien terhadap kualitas hidup pasien PGK hemodialisis di RSUD Haji Surabaya tahun 2015.

METODE

Jenis penelitian ini adalah observasional analitik dengan desain studi *cross sectional*. Penelitian observasional analitik digunakan karena peneliti akan melihat pengaruh antar variabel independen terhadap variabel dependen tanpa memberikan *treatment* kepada subyek penelitian. Desain studi *cross sectional* digunakan karena jenis variabel independen (karakteristik pasien, dukungan keluarga dan status DM pasien) maupun variabel dependen (kualitas hidup pasien hemodialisis) diamati sekaligus pada saat yang sama. Penelitian ini dilakukan di instalasi hemodialisis RSUD haji Surabaya. Populasi 85 pasien hemodialisis yang terjadwal secara rutin tiap minggunya dipilih melalui

simple random sampling dengan jumlah sampel minimal 70 orang pasien.

Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah pasien PGK yang menjalani hemodialisis terjadwal secara rutin tiap minggu, tidak mengalami gangguan mental dan bersedia menjadi responden. Kriteria eksklusi yang diterapkan adalah pasien hemodialisis yang dalam kondisi lemah dan tidak dimungkinkan untuk dilakukannya wawancara sampai jadwal pengambilan data selesai.

Variabel independen yang diteliti adalah karakteristik demografi meliputi usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status perkawinan dan status pekerjaan. Informasi ini diperoleh melalui data diri pasien yang tercatat di Instalasi Hemodialisis kecuali pada keterangan tingkat pendidikan, status perkawinan dan status pekerjaan yang diperoleh melalui wawancara kepada responden. Usia dikategorikan menjadi usia ≥ 50 tahun dan usia < 50 tahun, jenis kelamin dikategorikan menjadi laki-laki dan perempuan, tingkat pendidikan dikategorikan menjadi pendidikan dasar dan pendidikan lanjut, status perkawinan dikategorikan menjadi belum/cerai dan kawin, status pekerjaan yaitu bekerja dan tidak bekerja.

Variabel independen berikutnya adalah dukungan keluarga yang diterima oleh responden. Data variabel dukungan keluarga diperoleh dengan cara wawancara kepada responden saat menjalani tindakan hemodialisis. Kuesioner yang digunakan adalah kuesioner dukungan keluarga oleh Henni Kusuma (2011) yang sesuai dengan teori House. Kuesioner ini terdiri dari 5 domain yaitu dukungan emosional, dukungan informasi, dukungan instrumental, dukungan penghargaan dan dukungan jaringan sosial. Kuesioner dukungan keluarga menggunakan skala likert satu sampai lima dan telah diuji validitas dan reliabilitasnya dengan nilai koefisien korelasi validitas $\geq 0,3$ ($r = 0,375-0,720$) dan nilai koefisien reliabilitas *alpha cronbach* 0,883 ($\geq 0,7$). Hasil ini menunjukkan instrumen valid dan reliabel untuk digunakan (Kusuma, 2011). Jumlah pertanyaan ada 20 buah yang harus dijawab oleh pasien. Hasil dari penilaian dukungan keluarga ini dibagi menjadi dua katagori yaitu katagori kurang, apabila total skor yang didapat $< 75\%$ skor maksimal dan katagori baik, apabila total skor $\geq 75\%$ skor maksimal (Berdasarkan rumus pengkategorian data dikotom dalam pengukuran variabel sikap yang dikembangkan oleh Arikunto, 2002).

Variabel independen lainnya yang diteliti adalah status DM pasien hemodialisis yang menjadi

penyakit penyerta pada pasien. Data ini diambil dari catatan pemeriksaan kesehatan pasien yang terdapat di instalasi hemodialisis. Hasil penilaian dikategorikan menjadi DM dan non DM.

Variabel dependen yang diteliti adalah kualitas hidup pasien hemodialisis. Data kualitas hidup ini diperoleh dengan cara wawancara. Kuesioner yang digunakan adalah kuesioner WHOQOL-BREF yang memuat empat domain, yaitu kondisi fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungan. Instrumen yang digunakan adalah instrumen WHOQOL-BREF versi bahasa Indonesia yang telah diuji validasinya oleh Wulandari WD (2004) dengan tingkat sensitivitas 74%, spesifitas 96% dan akurasi 78%. Jumlah total kuesioner pengukuran status kualitas hidup ada 26 buah yang akan ditanyakan pada pasien. Hasil dari penilaian kualitas hidup ini dikategorikan menjadi kualitas hidup kurang, apabila total skor yang didapat $< 75\%$ skor maksimal dan kualitas hidup baik, apabila total skor $\geq 75\%$ skor maksimal (Berdasarkan rumus pengkategorian data dikotom dalam pengukuran variabel sikap yang dikembangkan oleh Arikunto, 2002).

Analisis data menggunakan analisis univariat, bivariat dan multivariat. Analisis univariat digunakan untuk menggambarkan karakteristik responden dengan menggunakan ukuran persentase atau proporsi. Analisis bivariat menggunakan uji *Chi Square* atau *Fisher Exact* dengan tingkat kemaknaan 0,05 untuk melihat hubungan antara dua variabel (variabel independen dan variabel dependen). Analisis multivariat menggunakan uji regresi logistik ganda yang digunakan untuk melihat seberapa besar pengaruh variabel independen terhadap variabel dependen dan variabel independen mana yang memiliki pengaruh lebih kuat.

HASIL

Kualitas hidup responden diukur dengan menggunakan kuesioner WHOQOL-BREF yang memuat 4 domain, yaitu kondisi fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungan. Penilaian bersifat subyektif dengan cara ditanyakan langsung kepada responden untuk mengetahui seberapa besar responden menilai hidup yang mereka rasakan dengan PGK yang mereka derita. Responden yang memiliki kualitas hidup kurang lebih banyak, yaitu 45 orang (62,5%) dan 27 orang (37,5%) responden memiliki kualitas hidup baik. Persentase kualitas hidup responden memiliki rentang dari 48,5–83% dari total skor. Rata-rata persentase kualitas hidup

responden berada pada 66,78% dari total skor, di mana hal tersebut termasuk dalam kualitas hidup kurang ($< 75\%$ total skor). Gambaran distribusi variabel penelitian pada responden berdasarkan analisis univariat tersebut dapat dilihat dalam tabel 1.

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Variabel Penelitian Responden di RSUD Haji Surabaya Tahun 2015

Variabel	Jumlah	%
Kualitas Hidup:		
Kurang	45	62,5
Baik	27	37,5
Usia:		
Usia ≥ 50 tahun	20	55,5
Usia < 50 tahun	25	69,4
Jenis kelamin:		
Laki-laki	21	63,6
Perempuan	24	61,5
Tingkat pendidikan:		
Dasar	9	56,3
Lanjut	36	64,3
Status perkawinan:		
Belum/Cerai	13	76,5
Kawin	32	58,2
Status pekerjaan:		
Bekerja	21	55,3
Tidak bekerja	24	70,6
Dukungan keluarga:		
Kurang	24	82,8
Baik	21	48,8
Status DM:		
DM	25	83,3
nonDM	20	47,6

Jumlah responden yang berusia ≥ 50 tahun dan berusia < 50 tahun sama besarnya. Responden berusia ≥ 50 tahun dan berusia < 50 tahun masing-masing berjumlah 36 (50%). Responden dalam penelitian ini berada pada rentang usia 25–72 tahun di mana responden yang berusia 49 tahun adalah yang paling banyak.

Responden berjenis kelamin perempuan lebih besar yaitu 39 orang (54,2%) dari 72 orang total responden, sedangkan responden berjenis kelamin laki-laki sebanyak 33 orang (45,8%) dari total responden. Perbedaan antara jumlah responden perempuan dan laki-laki ini tidak banyak, selisih enam orang. Jika dibandingkan data pasien hemodialisis RSUD Haji Surabaya mulai tahun 2014 hingga Februari 2015 dinyatakan bahwa pasien baru berjenis kelamin perempuan memang lebih banyak, yaitu 69 dibanding 65 pasien baru laki-laki.

Responden lebih banyak berada pada tingkat pendidikan lanjut (SMA/ sederajat dan perguruan tinggi) yaitu 56 orang (77,8%) dari 72 total responden, sedangkan responden yang berada pada tingkat pendidikan dasar (tidak tamat SD/SD/ SMP) sebanyak 16 orang (22,2%). Data tentang pendidikan pasien di instalasi hemodialisis ini tidak tercatat sehingga tidak dapat digunakan untuk melihat karakteristik pasien yang sebenarnya, akan tetapi dapat dibandingkan dengan cara pembayaran pasien yang terbagi menjadi PBI (Penerima Bantuan Iuran) dan non-PBI. Instalasi mencatat cara pembayaran non-PBI lebih banyak dibanding dengan PBI. Tingkat pendidikan secara tidak langsung mencerminkan status sosial ekonomi seseorang (Notoatmodjo, 2010).

Responden banyak yang memiliki status kawin yaitu 55 orang (76,4%) dan responden yang berstatus belum/cerai sebanyak 17 orang (23,6%). Data tentang status perkawinan responden ini tidak tercatat di Instalasi hemodialisis RSUD Haji Surabaya, sehingga tidak dapat digunakan untuk membandingkan dengan karakteristik pasien yang sebenarnya. Namun, status perkawinan responden ini dapat dibandingkan dengan usia pasien hemodialisis. Rentang usia responden adalah 25 hingga 72 tahun dan paling banyak adalah usia 49 tahun, di mana usia tersebut merupakan usia telah kawin (Jones & Gubhaju, 2008).

Responden yang masih dalam status bekerja lebih besar yaitu sebanyak 38 orang (52,8%) dan responden yang berstatus tidak bekerja sebanyak 34 orang (47,2%). Data tentang status pekerjaan ini tidak tercatat di instalasi hemodialisis sehingga tidak dapat digunakan untuk menilai kesesuaian dengan karakteristik pasien yang sebenarnya. Akan tetapi, dari 38 (52,8%) orang responden yang bekerja sebanyak 19 orang (50%) telah berhenti bekerja dikarenakan PGK yang diderita yang mengharuskan rutin hemodialisis. Mereka mengaku bahwa tindakan hemodialisis yang mereka lakukan akhirnya menghambat mereka dalam melakukan pekerjaan karena kelemahan fisik dan keharusan terikat jadwal hemodialisis yang telah ditentukan.

Responden menilai dukungan keluarga yang diterimanya baik, yaitu sebesar 43 orang (59,7%), sedangkan responden yang menilai dukungan keluarga yang diterimanya kurang ada sebanyak 29 orang (40,3%). Sebagian dari mereka ada yang tidak didampingi keluarga dalam menjalani perawatan hemodialisis dan mengaku tidak mengetahui adanya aturan yang mengharuskan adanya pendampingan keluarga dalam menjalani tindakan hemodialisis.

Tabel 2. Hasil Analisis Bivariat Pasien Hemodialisis di RSUD Haji Surabaya Tahun 2015

Variabel	Kualitas Hidup				p value	C
	Kurang		Baik			
	Jumlah	%	Jumlah	%		
Usia:						
Usia \geq 50 tahun	20	55,5	16	45,5	0,330	0,143
Usia < 50 tahun	25	69,4	11	30,6		
Jenis kelamin:						
Laki-laki	21	63,6	12	36,4	1,00	0,022
Perempuan	24	61,5	15	38,5		
Tingkat pendidikan:						
Dasar	9	56,3	7	43,7	0,770	0,069
Lanjut	36	64,3	20	35,7		
Status perkawinan :						
Belum/Cerai	13	76,5	4	23,5	0,282	0,160
Kawin	32	58,2	23	41,8		
Status pekerjaan:						
Bekerja	21	55,3	17	44,7	0,273	0,158
Tidak bekerja	24	70,6	10	29,4		
Dukungan keluarga :						
Kurang	24	82,8	5	17,2	0,008	0,344
Baik	21	48,8	22	51,2		
Status DM :						
DM	25	83,3	5	16,7	0,005	0,364
nonDM	20	47,6	22	52,4		

Diabetes Melitus (DM) merupakan penyakit etiologi yang memiliki hubungan kuat dengan PGK. Berdasarkan status DM sebagai penyakit penyerta didapatkan bahwa banyak responden yang tidak memiliki DM yaitu sebesar 42 orang (58,3%) sedangkan responden yang memiliki DM ada 30 orang (41,7%).

Analisis bivariat menggunakan uji *Chi square* karena dalam analisis ini tidak ada *expected value* < 5. Uji *Chi square* digunakan untuk analisis bivariat menghasilkan nilai signifikansi (*p value*) yang digunakan untuk memutuskan hasil ada atau tidaknya hubungan antara variabel independen dan variabel dependen yang diteliti dengan membandingkan *p value* dan tingkat kemaknaan 0,05.

Hasil uji bivariat pada tabel 2 menunjukkan bahwa karakteristik demografi (usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status perkawinan dan status pekerjaan) tidak memiliki hubungan dengan status kualitas hidup pasien hemodialisis (*p value* > 0,05). Variabel dukungan keluarga berdasarkan hasil uji bivariat didapatkan nilai signifikansi *p value* = 0,008 yang berarti bahwa ada hubungan antara dukungan keluarga yang dirasakan pasien dengan status kualitas hidup pada pasien hemodialisis di RSUD Haji

Surabaya. Variabel status DM berdasarkan hasil uji bivariat didapatkan nilai signifikansi *p value* = 0,005 yang berarti bahwa ada hubungan antara status DM dengan status kualitas hidup pada pasien hemodialisis di RSUD Haji Surabaya. Hasil uji bivariat ini dapat disimpulkan bahwa yang memiliki hubungan dengan kualitas hidup pasien hemodialisis adalah variabel dukungan keluarga dan variabel status DM.

Analisis selanjutnya adalah analisis multivariat yang digunakan untuk melihat adanya pengaruh antar variabel independen terhadap variabel dependen. Variabel independen yang masuk dalam analisis ini adalah variabel yang memiliki hubungan dengan variabel dependen melalui analisis bivariat dan variabel independen yang memiliki *p value* < 0,25 (Arikunto, 2013). Variabel dukungan keluarga dan status DM adalah variabel yang memenuhi syarat tersebut sehingga masuk dalam uji multivariat.

Hasil Analisis multivariat pada tabel 3 menunjukkan bahwa tidak ada variabel independen yang masuk pada tahap multivariat yang dikeluarkan dari model. Hal ini menunjukkan bahwa variabel independen tersebut (dukungan keluarga dan status DM) memiliki pengaruh terhadap kualitas hidup pasien hemodialisis di RSUD Haji Surabaya (*p value*

< 0,05). Besar pengaruh tersebut dapat dilihat pada nilai *Exp (B)* atau *Odds Ratio* yang menunjukkan berapa kali risiko untuk mengalami kejadian pada kelompok berisiko dibandingkan dengan kelompok tidak berisiko.

Tabel 3. Hasil Analisis Multivariat Pengaruh Dukungan Keluarga dan Status DM terhadap Kualitas Hidup Pasien Hemodialisis di RSUD Haji Surabaya Tahun 2015

Variabel Independen	<i>p value</i>	<i>Exp (B)</i> atau OR
Dukungan Keluarga	0,005	5,849
Diabetes Melitus	0,003	6,329

Pasien dengan dukungan keluarga yang kurang akan memiliki kualitas hidup kurang 5,85 kali lebih besar dari pasien dengan dukungan keluarga yang baik. Pasien dengan status DM memiliki kualitas hidup kurang 6,33 kali lebih besar dari pasien tanpa DM. Status DM adalah variabel dominan yang mempengaruhi kualitas hidup pada pasien PGK hemodialisis di RSUD Haji Surabaya tahun 2015.

PEMBAHASAN

Usia didefinisikan sebagai masa hidup responden dihitung dari tahun dilahirkan sampai tahun dilakukan wawancara. Usia juga erat kaitannya dengan prognose penyakit dan harapan hidup pasien PGK. Pasien dengan usia diatas 50 tahun akan cenderung memiliki berbagai komplikasi kesehatan yang akan memperberat fungsi ginjal jika dibandingkan dengan pasien yang berusia kurang dari 50 tahun (*Indonesian nursing* dalam Symposium IPDI Jatim, 2014).

Responden dalam penelitian ini berada pada rentang usia 25 sampai 72 tahun di mana responden yang berusia 49 tahun adalah yang paling banyak. Hal ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa fungsi renal akan berubah bersamaan dengan pertambahan usia. Sesudah usia 40 tahun akan terjadi penurunan GFR secara progresif hingga usia 70 tahun, kurang lebih 50% dari normalnya. PGK merupakan jalur akhir dari penyakit sistemik lain seperti hipertensi dan DM. Menderita kedua penyakit tersebut lima hingga sepuluh tahun berisiko tinggi terserang PGK, oleh karena itu risiko yang paling besar terdapat pada usia lanjut (Smeltzer dan Bare, 2008).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara usia dengan status kualitas hidup pada pasien hemodialisis di RSUD Haji Surabaya. Hasil ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Prabawati (2006), di mana melibatkan 56 pasien hemodialisis reguler di RS Dr. Soetomo Surabaya. Hasil serupa juga dikemukakan oleh penelitian dari Nurcahyati (2011), yang meneliti 95 pasien hemodialisis reguler di RS Islam Fatimah Cilacap dan RSUD Banyumas. Usia pada umumnya memang berhubungan dengan kualitas hidup penderita PGK yang menjalani hemodialisis namun asumsi ini tidak sepenuhnya benar, sehingga terdapat beberapa perbedaan hasil penelitian yang menghubungkan antara usia dengan kualitas hidup. Perbedaan antara teori dan penelitian yang telah dilakukan adalah karena usia merupakan salah satu faktor dan masih terdapat banyak faktor lain yang berhubungan dengan kualitas hidup. Namun sejumlah penelitian lain pun menunjukkan bahwa usia tidak secara signifikan sebagai prediktor penentu kualitas hidup pasien PGK meskipun variabel terpenting lainnya dikontrol (Molzahn *et al.*, 2006).

Jenis kelamin menyatakan penggolongan manusia yang terdiri dari laki-laki dan perempuan. Setiap penyakit dapat menyerang siapa saja baik laki-laki maupun perempuan. Akan tetapi dari beberapa penyakit memiliki perbedaan frekuensi antara laki-laki dan perempuan. Hal ini antara lain dikarenakan jenis pekerjaan, kebiasaan hidup, maupun kondisi fisiologisnya (Brunner dan Suddarth, 2002). Pada penelitian yang dilakukan oleh Yuliaw (2009) menyatakan bahwa perempuan lebih banyak menderita PGK dibanding laki-laki. Namun dari beberapa literatur menyebutkan bahwa pasien PGK tidak dipengaruhi oleh jenis kelamin, antara laki-laki dan perempuan memiliki risiko yang sama untuk menderita PGK (Molzahn *et al.*, 2006). Penelitian yang dilakukan oleh Satvik dalam Prabawati (2006), menyatakan bahwa perempuan memiliki kualitas hidup yang lebih rendah, hal ini disebabkan karena perempuan lebih mudah dipengaruhi depresi karena berbagai alasan yang terjadi dalam hidupnya termasuk lebih cenderung kehilangan semua aspek kehidupannya.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan status kualitas hidup pada pasien hemodialisis di RSUD Haji Surabaya. Hasil ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Prabawati (2006), di mana melibatkan 56 pasien hemodialisis reguler di RS Dr. Soetomo Surabaya. Hasil serupa juga dikemukakan

oleh penelitian dari Nurcahyati (2011), yang meneliti 95 pasien hemodialisis reguler di RS Islam Fatimah Cilacap dan RSUD Banyumas serta penelitian yang dikemukakan oleh Chiang *et al.* (2004), yang dilakukan di negara Taiwan dengan melibatkan 497 pasien hemodialisis di lima rumah sakit besar di Taiwan. Penelitian-penelitian tersebut juga memaparkan bahwa status kualitas hidup pasien hemodialisis tidak dipengaruhi oleh jenis kelamin. Perbedaan antara hasil penelitian dan teori ini dikarenakan status kualitas hidup dipengaruhi juga oleh banyak faktor. Tidak ada bukti yang kuat bahwa secara signifikan kualitas hidup perempuan berbeda dengan kualitas hidup laki-laki yang sama-sama menderita PGK (*American Nephrology Nurses Association, 2006*).

Tingkat pendidikan menyatakan pendidikan formal yang telah dilalui oleh responden yang terbagi menjadi pendidikan dasar (tidak tamat SD hingga lulus SMP) dan pendidikan lanjut (tamat SMA hingga tamat perguruan tinggi). Tingkat pendidikan mempengaruhi perilaku seseorang dalam mencari perawatan dan pengobatan penyakit yang dideritanya, serta memilih dan memutuskan tindakan yang akan dan harus dijalani untuk mengatasi masalah kesehatannya. Sehingga semakin tinggi pendidikan seseorang maka kesadaran untuk mencari pengobatan dan perawatan akan semakin tinggi pula (Nurcahyati, 2011). Semakin tinggi pendidikan seseorang maka dia akan cenderung untuk berperilaku positif karena pendidikan yang diperoleh dapat meletakkan dasar-dasar pemahaman dan perilaku dalam diri seseorang (Azwar, 2005). Tingkat pendidikan seseorang merupakan salah satu faktor predisposing seseorang dalam berperilaku. Seseorang yang memiliki tingkat pendidikan yang tinggi akan memiliki pengetahuan yang lebih baik untuk menerima terapi yang dijalani dan lebih mampu untuk beradaptasi dengan kondisi yang dijalani (Notoatmodjo, 2010).

Responden sebanyak 77,8% telah menempuh pendidikan lanjut (tamat SMA/ sederajat dan perguruan tinggi). Hal ini dapat mencerminkan karakteristik pasien hemodialisis di RSU Haji Surabaya, di mana dapat dilihat dari cara pembayaran pasien hemodialisis. Pada tahun 2014 hingga 2015 tercatat bahwa jumlah kunjungan pasien terbanyak ada pada pasien non-PBI mandiri, disusul kalangan PNS dan terakhir dari peserta PBI yang dapat menggambarkan kemampuan ekonomi menengah kebawah. Dengan kata lain, dari semua pasien hemodialisis yang ditangani, pasien terbanyak

adalah dari golongan wiraswasta/karyawan swasta, disusul PNS dan terakhir dari kalangan menengah kebawah. Secara tidak langsung, tingkat pendidikan mencerminkan status sosial ekonomi seseorang, di mana orang yang memiliki pendidikan yang lebih baik juga akan berdampak pada status sosial ekonomi yang baik (Notoatmodjo, 2010).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan status kualitas hidup pada pasien hemodialisis di RSU Haji Surabaya. Hasil ini sesuai dengan hasil penelitian Prabawati (2006) dan Nurcahyati (2011), di RS Dr. Soetomo Surabaya, RS Islam Fatimah Cilacap dan RSUD Banyumas bahwa tingkat pendidikan pasien tidak berhubungan dengan status kualitas hidupnya. Penelitian Chiang *et al.* (2004), di Taiwan yang melibatkan 497 pasien hemodialisis di lima rumah sakit besar Taiwan menunjukkan bahwa tingkat pendidikan secara signifikan berhubungan dengan kualitas hidup. Penelitian yang dilakukan menggunakan SF-36 tersebut kemudian dijelaskan bahwa tingkat pendidikan yang dimaksud bermakna signifikan pada domain mental sedangkan pada penelitian ini kualitas hidup diukur berdasarkan semua domain (fisik, mental, sosial dan lingkungan) yang menjadi aspek penilaian kesehatan berdasarkan definisi sehat WHO.

Teori ilmu perilaku dalam *Health Educational Planning a Diagnostic Approach* menyatakan bahwa kualitas hidup merupakan cara untuk menilai kondisi kesehatan seseorang, di mana sehat itu sendiri dinyatakan secara fisik, mental dan sosial. Pendidikan merupakan salah satu dari aspek predisposing di mana predisposing ini merupakan salah satu yang memengaruhi seseorang dalam berperilaku, sehingga tingkat pendidikan adalah satu dari banyak faktor yang dapat dikaitkan dengan kualitas hidup pasien. Faktor penting lainnya adalah faktor bukan perilaku di mana terdiri dari hal-hal yang berkaitan dengan fisiologi, farmakologi, genetik dan lingkungan pasien. Oleh karena itu, adanya hasil penelitian yang menunjukkan bahwa tidak adanya hubungan antara tingkat pendidikan dengan kualitas hidup disebabkan karena koefisien asosiasi yang sangat kecil yang tidak dapat secara signifikan menggambarkan hubungan di antara keduanya serta dimungkinkan adanya faktor lain yang memiliki hubungan yang lebih dominan terhadap kualitas hidup (Green *et al.*, 2000).

Status perkawinan dinilai berdasarkan ada atau tidak adanya pasangan hidup. Pasangan hidup memberikan arti yang sangat besar bagi seseorang,

sehingga pasien yang masih terikat dalam pernikahan akan memiliki status kualitas yang lebih baik. Hubungan dengan status kualitas hidup ini terutama pada kondisi psikologisnya. Tidak terikat dalam perkawinan meliputi belum menikah, bercerai mati maupun bercerai hidup (Chiang *et al.*, 2004).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa status perkawinan tidak berhubungan dengan status kualitas hidup. Hasil ini sejalan dengan penelitian yang telah dilakukan Prabawati (2006), di RS DR. Soetomo Surabaya dan penelitian Chiang (2004), pada populasi pasien PGK di Taiwan. Tidak terbuktinya hipotesis penelitian dalam hal ini disebabkan bahwa banyak pasien (76,4%) masih memiliki pasangan dan banyak diantaranya (58,2%) memposisikan dirinya pada kualitas yang kurang. Sedangkan pasien yang tidak terikat pernikahan (paling banyak karena cerai mati dan beberapa belum menikah) mengaku tetap mendapatkan dukungan baik moral dan material dari anak-anaknya maupun orang tuanya.

Status pekerjaan dinilai berdasarkan adanya tanggung jawab responden dalam menafkahi keluarga. Bekerja adalah bagi responden yang masih aktif bekerja atau masih dalam usia bekerja yaitu <60 tahun namun berhenti karena PGK yang diderita atau responden yang bekerja di rumah. Tidak bekerja adalah responden yang memang tidak memiliki pekerjaan atau responden yang telah pensiun atau purna masa kerja (Bestari, 2015).

Pasien yang berstatus bekerja memiliki jumlah terbanyak (52,8%). Hal ini sesuai dengan jumlah responden yang berusia <50 tahun juga lebih banyak jumlahnya di mana usia tersebut merupakan usia aktif kerja. Namun dari 38 orang (52,8%) responden yang berstatus kerja, sebanyak 19 orang (50%) telah berhenti bekerja dikarenakan PGK yang diderita yang mengharuskan rutin hemodialisis. Penelitian yang dilakukan oleh Asri dkk. (2006), menyatakan bahwa dua per tiga pasien yang mendapat terapi dialisis tidak pernah kembali ke aktivitas atau pekerjaan seperti sediakala sehingga banyak pasien yang kehilangan pekerjaannya dan berdampak pada permasalahan keuangan.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara status pekerjaan dengan status kualitas hidup pada pasien hemodialisis di RSU Haji Surabaya. Hasil ini sesuai dengan hasil penelitian Prabawati (2006) dan Nurcahyati (2011), yang dilakukan secara *cross sectional* dengan SF-36 di RS Dr. Soetomo Surabaya, RS Islam Fatimah Cilacap dan RSUD Banyumas bahwa status pekerjaan pasien tidak berhubungan dengan status kualitas hidupnya.

Pada penelitian ini pasien yang sebenarnya masih memiliki tanggungan bekerja untuk keluarga dan pasien yang tidak memiliki tanggungan bekerja untuk keluarga (55,3% dan 70,6%) sama-sama menempatkan dirinya pada kualitas hidup yang kurang.

Manajemen penting untuk melakukan tindakan hemodialisis adalah melibatkan dukungan sosial keluarga. Keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dalam satu rumah karena ikatan perkawinan, kelahiran, adopsi dan masing-masing anggotanya memiliki peran di dalamnya (Friedman, *et al.*, 2003). Interaksi sosial dapat membantu adaptasi pasien dengan penyakit kronis. Pasien hemodialisis harus menjaga stabilitas tubuhnya dan harus mengurangi beban pikiran karena penyakitnya. Dukungan yang utama dan mutlak adalah dukungan dan kerja sama pihak keluarga (Mukidjam dalam Kusuma, 2011).

Banyak responden pada penelitian ini (59,7%) menyatakan mendapatkan dukungan keluarga yang baik. Meskipun demikian, ada beberapa responden (40,3%) yang menyatakan dukungan keluarga yang diterimanya kurang. Sebagian dari mereka ada yang tidak didampingi keluarga dalam menjalani perawatan hemodialisis. Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa ada pengaruh antara dukungan keluarga yang dirasakan dengan status kualitas hidup pada pasien hemodialisis di RSU Haji Surabaya. Pasien dengan dukungan keluarga kurang akan mengalami kualitas hidup yang kurang pula 5,85 kali lebih besar daripada pasien dengan dukungan keluarga yang baik. Kualitas hidup yang baik banyak terdapat pada responden dengan dukungan keluarga yang baik. Dukungan keluarga tersebut meliputi dukungan finansial, dukungan informasi, dukungan dalam melakukan kegiatan rutin sehari-hari, dukungan dalam kegiatan pengobatan, perawatan dan dukungan psikologis (House 2000, dalam Kusuma, 2011).

Keluarga dapat menjadi sistem pendukung sehingga pasien dapat mengembangkan coping yang baik terhadap stressor yang ada mengenai masalah fisik, psikologis maupun sosial yang dihadapi (Kusuma, 2011). Pasien yang kurang dapat merasakan dukungan dalam keluarganya akan berdampak pada kualitas hidupnya karena berdampak pada berkembangnya penilaian negatif terhadap diri sendiri, kurang termotivasi untuk menjaga kesehatannya, kurangnya bantuan dalam perawatan dan pemenuhan kebutuhan sehari-hari dari keluarga sehingga kualitas hidupnya akan semakin memburuk (Kusuma, 2011).

Menurut teori House dalam Kusuma (2011), ada lima jenis dukungan keluarga antara lain dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan informasi, dukungan instrumental dan dukungan jaringan sosial. Dukungan emosional berupa memberikan perhatian, kasih sayang dan empati. Dukungan penghargaan berupa umpan balik dan penghargaan kepada anggota keluarga dengan menunjukkan respons positif, yaitu dorongan terhadap perasaan sehingga dukungan ini merupakan bentuk fungsi afektif keluarga terhadap pasien dengan penyakit kronis untuk dapat meningkatkan status psikososialnya. Dukungan informasi berupa pemberian saran, nasehat dan informasi penting yang dibutuhkan pasien dalam meningkatkan status kesehatannya. Dukungan instrumental berupa dukungan dalam bentuk memberikan tenaga, dana, maupun meluangkan waktu untuk membantu perawatan anggota keluarganya. Dukungan jaringan sosial dapat berupa menghabiskan waktu bersama dengan melakukan aktivitas rekreasi atau dengan membantu mengalihkan perhatian seseorang dari kecemasan terhadap masalahnya.

Dukungan keluarga dapat meningkatkan motivasi pasien dalam menjalani hemodialisis. Pasien tidak mampu melakukannya sendiri, sehingga keluarga perlu mengantar ke pusat hemodialisis dan melakukan kontrol ke dokter. Keluarga merupakan bagian terpenting dari jaringan sosial pasien hemodialisis. Pasien hemodialisis yang mendapat dukungan dari keluarga akan memiliki ketenangan psikologis dalam menghadapi kondisinya. Hal ini akan berdampak pada membaiknya kualitas hidup penderita (Wahyuningsih, 2011).

Diabetes melitus merupakan penyakit di mana tubuh penderitanya tidak mampu mengendalikan glukosa dalam darahnya. Bahaya terbesar penderita DM adalah terjadinya komplikasi antara lain ke otak (stroke), mata (katarak), jantung (serangan mendadak), ginjal (penurunan fungsi hingga membutuhkan hemodialisis) serta pembusukan kaki (gangren) yang kemudian harus diamputasi.

Responden dalam penelitian ini banyak yang tidak menderita DM sebagai etiologi PGK. Pada laporan Instalasi hemodialisis ke Pernefri menyatakan etiologi maupun penyakit penyerta PGK pasien hemodialisis di RSUD Haji Surabaya adalah hipertensi. Hipertensi menjadi salah satu penyakit selain DM yang memiliki risiko besar untuk berakhir PGK. Hipertensi ini juga disebut sebagai penyakit penyerta PGK, sehingga hipertensi dan PGK saling berkaitan. Seseorang

dapat menderita hipertensi yang berakhir dengan PGK atau karena menderita PGK seseorang dapat menderita hipertensi. Data epidemiologi dunia memaparkan bahwa DM menjadi etiologi terbesar PGK, namun berbeda dengan keadaan yang terjadi di Indonesia, di mana berdasarkan data yang dihimpun dari IRR tahun 2011 dan 2012 menyatakan bahwa PGK di Indonesia banyak terjadi karena hipertensi yang tidak terkontrol baru disusul oleh Nefropati Diabetika (ND). Hal ini karena banyak penderita DM di Indonesia tidak sampai pada gagal ginjal terminal karena terjadi kematian lebih dahulu yang disebabkan oleh kerusakan sistem kardiovaskuler (Divisi Ginjal dan Hipertensi RSUD Dr. Soetomo, 2014).

Bahaya terbesar penderita DM adalah terjadinya komplikasi ke organ lain salah satunya adalah ginjal. Sehingga DM merupakan salah satu penyebab terjadinya PGK. Menurut laporan dari Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur bahwa penyebab PGK yang utama adalah DM, lebih dari 40% menjadi penyebab gagal ginjal. Kelompok penderita PGK yang sekaligus menderita DM menjadikan risiko kematian PGK lebih tinggi. Oleh karena itu pasien PGK yang menderita DM akan memiliki kualitas hidup yang lebih buruk daripada pasien PGK yang tidak menderita DM (Young, 2009).

Pada penelitian ini menunjukkan hasil bahwa ada pengaruh antara status DM dengan kualitas hidup pasien hemodialisis di RSUD Haji Surabaya. Pasien dengan DM memiliki kualitas hidup kurang 6,33 kali lebih besar dari pasien tanpa DM. Variabel status DM ini adalah variabel dominan yang mempengaruhi kualitas hidup pada

pasien PGK yang menjalani hemodialisis di RSUD Haji Surabaya tahun 2015. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Chiang, *et al.* (2004), di Taiwan yang melibatkan 497 responden di lima rumah sakit besar di Taiwan.

Pasien yang menderita DM akan memiliki kualitas hidup yang lebih buruk dibandingkan dengan pasien PGK tanpa DM. Sekitar 80% penderita non DM mampu merawat dirinya sendiri, sedangkan untuk pasien dengan DM hanya 50% yang dapat merawat dirinya sendiri. Pasien PGK dengan DM membutuhkan penanganan yang tepat dan kontrol yang cukup ketat. Beberapa pasien PGK yang memiliki DM mengaku mengalami keterbatasan dalam melakukan aktivitas sehari-hari dikarenakan merasa cepat lelah dan lemah sehingga terkadang dalam melakukan pekerjaan rumah perlu untuk dibantu (Atun, 2011).

Nefropati diabetik merupakan komplikasi penyakit diabetes mellitus yang termasuk dalam komplikasi mikrovaskular, yaitu komplikasi yang terjadi pada pembuluh darah halus (kecil). Hal ini dikarenakan terjadi kerusakan pada pembuluh darah halus di ginjal. Kerusakan pembuluh darah menimbulkan kerusakan glomerulus yang berfungsi sebagai penyaring darah. Tingginya kadar gula dalam darah akan membuat struktur ginjal berubah sehingga fungsinya pun terganggu. Kurang lebih sepertiga pasien diabetes mellitus tipe satu dan seperenam pasien diabetes mellitus tipe dua akan mengalami komplikasi nefropati diabetik. Sekali nefropati diabetik muncul, interval antara onset hingga terjadi kerusakan ginjal terminal bervariasi antara empat sampai sepuluh tahun. Meskipun saat ini DM tipe 2 merupakan penyebab terbesar gagal ginjal, namun di Indonesia banyak penderita DM tipe 2 tidak sampai pada gagal ginjal terminal karena terjadi kematian lebih dahulu yang disebabkan oleh kerusakan sistem kardiovaskuler (Divisi Ginjal dan Hipertensi RSUD Dr. Soetomo, 2014).

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Pada penelitian ini responden usia ≥ 50 tahun dan < 50 tahun sama besar jumlahnya, paling banyak berjenis kelamin perempuan, berpendidikan lanjut, dalam status kawin dan masih dalam status bekerja. Tidak ada hubungan antara usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status perkawinan dan status pekerjaan terhadap status kualitas hidup pasien hemodialisis di RSUD Haji Surabaya. Sehingga karakteristik demografi ini tidak mempengaruhi kualitas hidup pada pasien.

Responden dalam penelitian ini lebih banyak yang mendapat dukungan yang baik dari keluarganya dan banyak yang tidak memiliki DM sebagai etiologi PGK. Hasil analisis bivariat menunjukkan ada hubungan antara dukungan keluarga dan status DM dengan status kualitas hidup pasien hemodialisis di RSUD Haji Surabaya. Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa dukungan keluarga dan status DM ini mempengaruhi kualitas hidup pada pasien. Pasien dengan dukungan keluarga yang kurang akan memiliki kualitas hidup yang kurang 5,85 kali lebih besar dibandingkan pasien dengan dukungan keluarga baik. Sedangkan, pasien dengan status DM

akan memiliki kualitas hidup yang kurang 6,33 kali lebih besar dibandingkan pasien dengan status non DM. Status DM adalah variabel independen dominan yang memiliki pengaruh paling kuat terhadap status kualitas hidup pasien hemodialisis di RSUD Haji Surabaya.

Saran

Masyarakat khususnya bagi penderita DM maupun masyarakat yang memiliki risiko DM untuk selalu menjaga kadar glukosa darahnya tetap normal, hal ini diperlukan sebagai upaya untuk mencegah peningkatan insiden PGK bagi penderita DM di mana penderita PGK yang memiliki DM akan memiliki kualitas hidup yang lebih buruk dan berdampak pada meningkatnya risiko morbiditas dan mortalitas.

Instalasi hemodialisis perlu untuk melakukan peninjauan kembali terhadap tata tertib pasien dan keluarga. Tata tertib yang mengatur keterlibatan keluarga dalam melaksanakan pelayanan hemodialisis tersebut hendaknya perlu untuk disosialisasikan kepada pasien dan keluarga agar ditaati. Tata tertib ini banyak tidak diketahui oleh pasien maupun keluarga.

Instalasi hemodialisis dapat melaksanakan program terapi suportif untuk keluarga di mana terapi ini ditujukan untuk membantu anggota keluarga saling bertukar pengalaman serta mengurangi beban keluarga, meningkatkan coping dan meningkatkan dukungan sosial terhadap pasien. Dalam hal ini dapat dibentuknya *supportif group* antar anggota keluarga yang difokuskan untuk pemulihan dan memberikan motivasi yang diharapkan adanya perubahan perilaku individu.

RSU Haji Surabaya yang berperan sebagai institusi pemberi pelayanan kesehatan selain mengupayakan tindakan kuratif dan rehabilitatif juga mengupayakan tindakan promotif dan preventif. Salah satunya dengan memberikan sosialisasi pada pasien penderita diabetes melitus maupun yang berisiko di rawat jalan maupun rawat inap untuk tetap menjaga kadar glukosa dalam darahnya normal. Hal ini diupayakan untuk menurunkan insiden PGK dengan DM. Sosialisasi ini tentunya dapat dilaksanakan melalui pemberi pelayanan kesehatan secara informal maupun melalui media cetak sebagai sarana sosialisasi yang banyak dilakukan oleh RSUD Haji Surabaya.

REFERENSI

- Arikunto, S. 2013. *Manajemen Penelitian*. Rineka Cipta. Jakarta.
- Asri, P., Marthan, Mariyono S.W., dan Purwanta 2006. Hubungan Dukungan Sosial dengan Tingkat Depresi Pasien yang Menjalani Terapi Hemodialisis. *Jurnal Ilmu Keperawatan* 1 (2): 82-86. <http://www.i-lib.ugm.ac.id>. (diakses pada 12 Nopember 2014)
- Atun, S. 2011. Pengaruh Terapi Suportif Terhadap Kemampuan Keluarga Merawat Klien gagal Ginjal Kronik (GGK) yang Menjalani Hemodialisa di Rumah Sakit Pelni Jakarta. *Tesis*. Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Depok.
- Azwar, S. 2005. *Sikap Manusia dan Pengukurannya*. Pustaka Setia. Jakarta.
- Bestari, A.W. 2015. Faktor yang Berhubungan dengan Kualitas Hidup Psien Penyakit Ginjal Kronis (PGK) Hemodialisis Berdasarkan WHOQOL BREF (Penelitian di Instalasi Hemodialisis RSU Haji Surabaya Tahun 2015). *Skripsi*. Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga. Surabaya.
- Brunner dan Suddarth. 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. EGC. Jakarta.
- Chiang, C.K., Chwei-Shiun Y., Kuan-Yu H., Shou-Shan C., Yang-Hsun H., Yu-Seng P., *et al.* 2004. Health-related Quality of Life of Hemodialysis Patient in Taiwan : A Multicenter Study. *Journal Blood Purification* 22 (6) :490–498. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>. (diakses pada 13 Januari 2014).
- Devisi Ginjal dan Hipertensi RSUD Dr. Soetomo. 2014. *4th Renal Nurse Symposium 2014 IPDI PD Jatim*. PPNI. Surabaya.
- Friedman, M., Bowden O. dan Jones M. 2003. *Family Nursing: Theory and Practice*. Ed. 3rd. Appleton & Lange. Philadelphia.
- Green, L.W., Marshall W.K., Sigrid G.D., dan Kay B.P. 2002. *Health Educational Planning: A diagnostic Approach*. Mayfield Publishing. California.
- Ibrahim, K. 2009. Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronis yang Menjalani Hemodialisis. *Medical Journal* 37 (3). <http://www.mkb-online.org>. (diakses pada 13 Januari 2015)
- Jones, G.W. dan Gubhaju B. 2008. *Trends in Age at Merriage in the Province of Indonesia, Asia Researches Institute Working Papper Series*. Hukumpedia. Jakarta.
- Kimmel, P.L., dan Patel, S.S. 2003. Psychosocial issues in woman with renal disease. *Advances in Renal Replacement Therapy. Journal of American Society of Nephrology* 10 (1): 61–70. <http://jasn.asnjournals.org>. (diakses pada 11 januari 2015)
- Kusuma, H. 2011. Hubungan Antara Depresi dan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien HIV/AIDS yang Menjalani Perawatan di RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta. *Tesis*. Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Depok.
- Molzahn, Anita, Butera, dan Ecelyn. 2006. *Contemporary Nursing: Principle and Practice*. American Nephrology Nurse Association. New Jersey.
- Nurchayati, S. 2011. Analisis Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kualitas Hidup Pasien Penyakit Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis di Rumah Sakit Islam Fatimah Cilacap dan Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas. *Tesis*. Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Depok.
- Notoadmodjo, S. 2010. *Promosi kesehatan, Teori dan Aplikasi*. Rineka Cipta. Jakarta.
- Perhimpunan Nefrologi Indonesia (PERNEFRI). 2013. 4-5th Annual Report of Indonesian Renal Registry (IRR). <http://www.pernefri-inasn.org/gallery.htm> (diakses pada 27 September 2014).
- Prabawati, A. 2006. Faktor yang Berhubungan dengan Status Kualitas Hidup Pasien Penyakit Ginjal Kronis dengan Hemodialisis (Studi pada Pasien Hemodialisis Kronis di Instalasi Hemodialisis RSU Dr. Soetomo Surabaya). *Skripsi*. Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga. Surabaya.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (KEMENKES RI). 2013. *Laporan Riset Kesehatan Dasar Tahun 2013*. Jakarta.
- Smeltzer dan Bare. 2008. *Medical Surgical Nursing*. EGC. Jakarta.
- Suwitra, K. 2009. *Penyakit Ginjal Kronik, Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI. Jakarta.
- Wahyuningsih, S.A. 2011. Pengaruh Terapi Suportif terhadap Kemampuan Keluarga Merawat Klien Gagal Ginjal Kronik (GGK) yang Menjalani Hemodialisis di Rumah Sakit PELNI Jakarta. *Tesis*. Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Depok.

- Wulandari, W.D. 2004. Penentuan validitas WHOQOL-100 dalam menilai kualitas hidup pada pasien rawat jalan di RSCM (versi Indonesia). *Tesis*. Program Pendidikan Dokter Spesialis Universitas Indonesia. Jakarta.
- Young, S. 2009. Rethinking and Integrating Nephrology Palliative Care: A Nephrology Nursing Perspective. *The Cannt Journal January-March 2009 19(1): 36–44*.
- Yuliaw, A. 2009. Hubungan Karakteristik Individu dengan Kualitas Hidup Dimensi Fisik Pasien GKG di RS Dr. Kariadi Semarang. *Tesis*. Ilmu Keperawatan Universitas Muhamadiyah. Semarang dari digilib.unimus.ac.id/files/disk1 (diakses pada tanggal 1 Januari 2015).