

## Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kualitas Hidup Pasien Penyakit Ginjal Kronis yang Menjalani Hemodialisis

Renni Simorangkir<sup>1\*</sup>, Tri Murti Andayani<sup>2</sup>, Chairun Wiedyaningsih<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Program Studi Magister Farmasi Klinik, Fakultas Farmasi, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, Indonesia

<sup>2</sup>Departemen Farmakologi dan Farmasi Klinik, Fakultas Farmasi, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, Indonesia

<sup>3</sup>Departemen Farmasetika, Fakultas Farmasi, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, Indonesia

\*Corresponding author: renni.simorangkir@gmail.com

Submitted: 21 Juni 2020

Accepted: 2 September 2020

Published: 27 April 2021

### Abstract

**Background:** Hemodialysis (HD) is one of renal replacement therapies in patients with CKD to improve morbidity and mortality, however HD can cause various complications affecting quality of life. **Objective:** To determine sociodemographic factors and clinical factors associated with quality of life among haemodialysis patients. **Methods:** This study used a cross-sectional design involving 130 patients undergoing hemodialysis from March-April 2020 with inclusion criteria: patient  $\geq 18$  years old, duration of hemodialysis  $\geq 3$  months and patients in critically ill were excluded. Data was collected by interviewing and from patients' medical record. Quality of life was assessed using Kidney Disease Quality of Life-Short Form 36 (KDQOL-SF36) questionnaire. Data of physical component summary, mental component summary and score of KDQOL were analyzed using multiple linear regression-dummy. **Results:** The mean of age was  $49.6 \pm 13.1$  years, number of chronic medicines  $5.5 \pm 1.7$  items. The score of KDQOL was  $71.4 \pm 10.1$ ; physical composite summary  $61.4 \pm 20.4$ ; mental composite summary  $81.2 \pm 15.7$ . There were correlation between age ( $p = 0,000$ ), level of income ( $p = 0,024$ ) with quality of life in physical composite summary and age ( $p = 0,010$ ) in KDQOL score; total chronic prescriptions ( $p = 0,010$ ) in physical composite summary and KDQOL score ( $p = 0,016$ ); comorbidity ( $p = 0,007$ ) in physical composite summary. **Conclusion:** There was correlation between age, level of income, total chronic prescriptions and comorbidity of DM with patient's health-related quality of life ( $p < 0,05$ ).

**Keywords:** health-related quality of life, haemodialysis, chronic kidney disease

### Abstrak

**Pendahuluan:** Hemodialisis (HD) merupakan salah satu terapi pengganti fungsi ginjal pada pasien penyakit ginjal kronis (PGK) yang dapat mengurangi morbiditas dan mortalitas, namun terapi HD dapat menimbulkan munculnya berbagai komplikasi yang dapat memengaruhi kualitas hidup pasien. **Tujuan:** Menganalisis faktor sosiodemografi dan faktor klinis yang berhubungan dengan kualitas hidup pasien PGK yang menjalani HD. **Metode:** Rancangan penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah *cross sectional* dengan melibatkan 130 pasien yang menjalani hemodialisis selama periode bulan Februari-April 2020 dengan kriteria inklusi pasien berusia  $\geq 18$  tahun, menjalani hemodialisis selama  $\geq 3$  bulan dan kriteria eksklusi pasien dalam kondisi kritis. Pengambilan data dilakukan dengan wawancara langsung dan melihat rekam medis pasien. Kualitas hidup diukur menggunakan kuesioner *Kidney Disease Quality of Life-Short Form-36* (KDQOL-SF36). Data pada domain kesehatan fisik, kesehatan mental dan skor KDQOL-SF36 dianalisis menggunakan analisis regresi berganda-*dummy*. **Hasil:** Rata-rata usia responden penelitian adalah  $49,6 \pm 13,1$  tahun, jumlah resep obat kronis  $5,5 \pm 1,7$  jenis obat. Rata-rata skor KDQOL adalah  $71,4 \pm 10,1$ ; kesehatan fisik  $61,4 \pm 20,4$  dan kesehatan mental  $81,2 \pm 15,7$ . Faktor sosiodemografi yang memengaruhi kualitas hidup adalah usia ( $p = 0,000$ ) dan tingkat penghasilan ( $p = 0,024$ ) pada domain kesehatan fisik dan usia ( $p = 0,010$ ), pada skor KDQOL ( $p = 0,010$ ), untuk faktor klinis adalah jumlah peresepan ( $p = 0,010$ ), dan komorbiditas ( $p = 0,007$ ), lalu pada domain kesehatan fisik dan jumlah peresepan ( $p = 0,016$ ) skor

**KDQOL. Kesimpulan:** Terdapat hubungan antara faktor sosiodemografi dan klinis yakni faktor usia, tingkat penghasilan, komorbiditas DM dan jumlah persepsian obat kronis terhadap kualitas hidup pasien PGK yang menjalani HD ( $p < 0,05$ ).

**Kata kunci:** kualitas hidup, hemodialisis, penyakit ginjal kronis

## PENDAHULUAN

Penyakit ginjal kronis (PGK) adalah kerusakan ginjal yang sudah berlangsung selama tiga bulan atau lebih akibat abnormalitas struktur atau fungsi ginjal dengan atau tanpa penurunan laju filtrasi glomerulus (LFG), atau kadar LFG kurang dari 60 mL/menit/1,73 m<sup>2</sup> selama lebih dari tiga bulan, dengan atau tanpa kerusakan ginjal. PGK merupakan masalah kesehatan yang berkembang di dunia (Wahyuni dkk., 2018). Penyakit ini ditandai dengan perburukan fungsi ginjal secara irreversible yang mengharuskan pengobatan dengan terapi pengganti fungsi ginjal seperti transplantasi ginjal dan hemodialisis (Zyoud dkk., 2016).

Pada tahap terminal PGK, hemodialisis (HD) merupakan terapi pengganti fungsi ginjal yang paling banyak digunakan di seluruh dunia dan berkontribusi dalam meningkatkan jumlah pasien yang dapat bertahan hidup. Namun, prosedur ini dapat menyebabkan hilangnya tingkat fungsional dengan konsekuensi penurunan kualitas hidup pasien (Barbosa dkk., 2017). Pada tahun 2012, dari data yang diambil dari 433 unit HD di Indonesia, prevalensi pasien penyakit ginjal yang aktif menjalani HD sebanyak 22.140. Jumlah tersebut meningkat tajam dalam rentang waktu 6 tahun sebanyak 132.142 penderita yang dilaporkan sampai akhir tahun 2018 (IRR, 2017).

Terapi HD membutuhkan waktu jangka panjang sehingga dapat menimbulkan munculnya berbagai komplikasi yang dapat menimbulkan tekanan fisiologis dan psikologis pasien. Hal-hal tersebut menyebabkan pasien kehilangan kebebasan akibat berbagai aturan dan akan sangat bergantung kepada tenaga kesehatan, sehingga menyebabkan pasien tidak produktif, pendapatan akan semakin menurun bahkan hilang sehingga dapat memengaruhi kualitas hidup (Wahyuni dkk., 2018). Usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, penghasilan, pekerjaan, lama menjalani hemodialisis, komorbiditas, jumlah obat yang diresepkan dan faktor lainnya berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien dialisis (Anees dkk., 2014; Mousa dkk., 2018).

Beberapa penelitian terdahulu yang menganalisis faktor-faktor yang memengaruhi kualitas hidup pasien PGK yang menjalani hemodialisis, khususnya pada

faktor demografi yakni usia, jenis kelamin, status pendidikan, status ekonomi, status pekerjaan, dan status pernikahan menunjukkan hasil yang berbeda. Beberapa penelitian melaporkan tidak ada hubungan antara satu atau lebih dari faktor-faktor demografi tersebut, namun penelitian lain menunjukkan adanya hubungan negatif atau positif yang signifikan terhadap kualitas hidup (Anees dkk., 2014; Md. Yusop dkk., 2013; Mousa dkk., 2018; Nurchayati, 2011; Wahyuni dkk., 2018; Zyoud dkk., 2016).

Faktor lain yang dilaporkan memberikan hasil yang berbeda adalah lama pasien menjalani HD. Hasil penelitian Anees dkk. (2011) melaporkan hasil yang negatif, dimana semakin lama seseorang menjalani HD maka tingkat kualitas hidupnya semakin buruk diakibatkan kekhawatiran serta stres pasien semakin meningkat karena sebelumnya beranggapan bahwa dengan melakukan HD maka dapat menyembuhkan penyakitnya. Sementara hasil penelitian oleh Nurchayati (2011) dan Wahyuni dkk. (2018) menyebutkan semakin lama pasien menjalani HD, maka kualitas hidup pasien semakin lebih baik dikarenakan pasien semakin patuh menjalani HD dan telah mendapat lebih banyak edukasi dari tenaga kesehatan, serta sudah dapat menerima kondisi penyakitnya tersebut. Berdasarkan uraian diatas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian terkait analisis faktor sosiodemografi (usia, jenis kelamin, status pernikahan, tingkat pendidikan, status pekerjaan, dan tingkat penghasilan) dan status klinis (lama menjalani HD, jumlah persepsian obat kronis dan penyakit komorbid) yang berhubungan dengan kualitas hidup pasien PGK yang menjalani hemodialisis.

## BAHAN DAN METODE

### Alat dan bahan

Alat dan bahan yang digunakan adalah lembar pengumpul data pasien yang diisi berdasarkan hasil wawancara terkait data sosiodemografi pasien yang meliputi status pernikahan, tingkat penghasilan, status pendidikan, status pekerjaan, dan lama menjalani hemodialisis; catatan medik yang diperoleh dari instalasi rekam medik RS Akademik UGM dan RSUP Dr. Sardjito untuk melihat usia dan jenis kelamin serta

komorbiditas DM dan jumlah *item* persepan obat kronis; serta kuesioner *Kidney Disease Quality of Life-Short Form 36* (KDQOL-SF36) untuk menilai kualitas hidup pasien penyakit ginjal kronis yang menjalani hemodialisis.

KDQOL-SF36 merupakan instrumen yang dikembangkan secara khusus untuk pasien gagal ginjal kronis yang sedang menjalani dialisis. Beberapa penelitian telah dilakukan untuk menguji validasi dan reliabilitas kuesioner KDQOL-SF 36 versi Indonesia.

Uji validitas dilakukan melalui pendekatan *content validity* dengan nilai *content validity index* yaitu 1,00 (> 0,83). Uji reliabilitas setiap skala dinilai berdasarkan *internal consistency* ( $n = 80$ ) menggunakan *Cronbach's alpha coefficient* diperoleh hasil nilai 0,708 (> 0,70). Hasil tersebut menunjukkan kuesioner KDQOL-SF36 versi Indonesia valid dan reliabel sehingga dapat digunakan untuk mengukur kualitas hidup pasien PGK yang menjalani hemodialisis (Hudoyo, 2018).

## Metode

### Rancangan penelitian

Rancangan penelitian adalah *cross sectional* dengan teknik pengambilan sampel *consecutive sampling*.

### Subjek penelitian

Subjek penelitian merupakan pasien hemodialisis di RSUP Dr. Sardjito dan RS Akademik UGM yang berusia  $\geq 18$  tahun, menjalani hemodialisis selama  $\geq 3$  bulan serta dalam kondisi stabil.

### Analisis data

Karakteristik responden yang dianalisis meliputi sosiodemografi yaitu usia, jenis kelamin, status pernikahan, tingkat pendidikan, status pekerjaan dan tingkat penghasilan; dan status klinis pasien yang meliputi lama menjalani HD, adanya penyakit komorbid diabetes melitus (DM), jumlah obat yang digunakan setiap hari yang kemudian dimasukkan dalam variabel jumlah persepan obat kronis yang diterima pasien (Mousa dkk., 2018).

Penilaian kuesioner dilakukan berdasarkan panduan yang tertera pada *A Manual for Use and Scoring KDQoL-SF36* yang dikembangkan oleh *Research and Development (RAND) University of Arizona*. Terdapat tiga bagian skala penjumlahan pada KDQOL-SF36 yang akan dinilai yaitu domain kesehatan fisik dan kesehatan mental serta skor KDQOL, dimana semakin tinggi nilainya menunjukkan kualitas hidup yang semakin baik. Domain kesehatan fisik terdiri dari parameter fungsi fisik, peran fisik, nyeri

dan persepsi kesehatan umum, sedangkan domain kesehatan mental terdiri dari parameter kesejahteraan emosional, peran emosional, fungsi sosial dan energi/kelelahan. Skor KDQOL merupakan rata-rata dari penjumlahan 4 domain KDQOL yakni kesehatan fisik, kesehatan mental, penyakit ginjal dan kepuasan pasien (Hays dkk., 1997; Kim dkk., 2018; Md. Yusop dkk., 2013; Puspitasari dkk., 2019; Yang dkk., 2015).

Data yang diperoleh kemudian dianalisis menggunakan SPSS versi 16. Analisis univariat dilakukan untuk mengetahui karakteristik pasien, analisis bivariat untuk menganalisis perbedaan masing-masing kelompok variabel, serta analisis regresi berganda untuk menentukan variabel yang paling berpengaruh signifikan terhadap kualitas hidup pasien. Karakteristik responden penelitian digambarkan menggunakan nilai *mean* dan *standard deviation* (SD) untuk variabel kontinu dan bentuk frekuensi serta persentasi untuk variabel kategorik.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Sebanyak 130 pasien diwawancara dengan rata-rata usia  $49,6 \pm 13,1$  tahun. Responden berusia diatas 50 tahun jumlahnya lebih banyak yaitu 50,8% dibanding dengan responden yang memiliki usia lebih muda yaitu 18 - 50 tahun yakni sebanyak 49,2%. Sejalan dengan pertambahan usia, fungsi ginjal juga menjadi berubah. Seiring dengan penuaan, kemampuan ginjal dalam merespon perubahan cairan dan elektrolit juga akan berkurang (Nurchayati, 2011). Pada penelitian ini terdapat sebanyak 55,4% responden laki-laki dan 44,6% perempuan. Menurut Nurchayati (2011), jumlah responden laki-laki yang lebih banyak kemungkinan dapat disebabkan oleh gaya hidup diantaranya merokok dan minum kopi yang biasanya lebih banyak terdapat pada laki-laki daripada perempuan. Gaya hidup tersebut dapat memicu penyakit hipertensi yang jika berkepanjangan dapat beresiko PGK.

Responden yang tidak bekerja (61,5%) lebih banyak daripada yang tidak bekerja. Berdasarkan hasil wawancara, responden yang tidak bekerja umumnya disebabkan karena tenaga mereka tidak terlalu kuat dan merasa cepat lelah, sehingga aktivitas yang biasa mereka lakukan hanya duduk, menonton, tidur atau melakukan pekerjaan rumah yang ringan.

Tingkat pendidikan didominasi oleh pasien dengan tingkat pendidikan menengah yaitu sebanyak 51,5%. Pasien dengan tingkat pendidikan atas sebanyak 33,8%, sementara tingkat pendidikan dasar sebanyak 14,6%. Ini menggambarkan bahwa pasien secara umum sudah

dapat membaca informasi-informasi tertulis terkait penyakit atau terapi yang diperoleh pasien. Responden yang memiliki penyakit komorbid diabetes mellitus (DM) sebanyak 59 orang (45,5%) dan tanpa DM sebanyak 71 orang (54,6%). Diabetes melitus (DM) adalah gangguan metabolisme jangka panjang yang umum terjadi dan menyebabkan beban yang luar biasa besar pada pasien dan komunitasnya dalam hal mortalitas dan morbiditas. DM dapat menyebabkan

masalah kesehatan jangka panjang yang serius, yakni dapat menyebabkan komplikasi mikrovaskuler seperti nefropati dan infark miokard. Nefropati diabetik yang terjadi pada sekitar sepertiga pasien diabetes tipe 2 adalah faktor paling umum yang menyebabkan penyakit ginjal stadium akhir (Khatib dkk., 2018).

Nilai kualitas hidup pasien PGK yang menjalani hemodialisis berdasarkan faktor sosiodemografi dan status klinis dapat dilihat pada Tabel 1.

**Tabel 1.** Kualitas hidup pasien PGK yang menjalani HD berdasarkan sosiodemografi dan status klinis

Karakteristik	n (%) Mean±SD	Kesehatan fisik	Kesehatan mental	Skor KDQOL
<b>Usia (tahun)</b>	49,6 ± 13,1			
Usia 18 - 50 tahun	64 (49,2)	70,2 ± 18,1	83,5 ± 14,1	74,8 ± 8,9
Usia > 50 tahun	66 (50,8)	52,9 ± 18,9	78,9 ± 16,9	68,0 ± 10,0
<b>P</b>		<b>0,000*</b> <sup>a</sup>	0,101 <sup>c</sup>	<b>0,000*</b> <sup>a</sup>
<b>Jenis Kelamin</b>				
Laki-laki	72 (55,4)	63,2 ± 19,9	81,7 ± 14,1	71,5 ± 9,5
Perempuan	58 (44,6)	59,2 ± 20,9	80,5 ± 17,7	71,2 ± 10,8
<b>P</b>		0,266 <sup>a</sup>	0,820 <sup>c</sup>	0,757 <sup>c</sup>
<b>Tingkat Pendidikan</b>				
Dasar	19 (14,6)	53,4 ± 18,2	80,2 ± 12,9	68,6 ± 9,2
Menengah	67 (51,5)	64,0 ± 19,5	82,1 ± 16,4	72,5 ± 10,1
Atas	44 (33,8)	60,9 ± 22,0	80,2 ± 16,3	70,9 ± 10,0
<b>P</b>		0,130 <sup>b</sup>	0,493 <sup>d</sup>	0,150 <sup>d</sup>
<b>Status Pernikahan</b>				
Menikah	107 (82,3)	60,1 ± 20,4	80,9 ± 15,9	71,4 ± 10,4
Tidak Menikah	23 (17,7)	67,3 ± 19,77	82,6 ± 14,9	71,6 ± 8,7
<b>P</b>		0,127 <sup>a</sup>	0,647 <sup>c</sup>	0,898 <sup>c</sup>
<b>Status Pekerjaan</b>				
Bekerja	50 (38,5)	69,1 ± 20,9	82,1 ± 17,8	73,9 ± 10,9
Tidak Bekerja	80 (61,5)	56,6 ± 18,6	80,6 ± 14,4	69,8 ± 9,2
<b>P</b>		<b>0,001*</b> <sup>a</sup>	0,206 <sup>c</sup>	<b>0,004*</b> <sup>c</sup>
<b>Tingkat Penghasilan</b>				
< Rp. 1.500.000	65 (50)	57,9 ± 19,7	81,1 ± 15,6	70,3 ± 10,3
Rp. 1.500.000 - Rp. 2.500.000	22 (16,9)	59,4 ± 20,6	77,4 ± 17,2	69,9 ± 9,7
Rp. 2.500.000 - Rp. 3.500.000	17 (13,1)	60,9 ± 15,4	78,6 ± 13,9	70,8 ± 6,6
> Rp. 3.500.000	26 (20)	72,1 ± 22,1	86,1 ± 15,5	71,4 ± 10,1
<b>P</b>		<b>0,025*</b> <sup>b</sup>	<b>0,047*</b> <sup>d</sup>	0,114 <sup>b</sup>
<b>Lama Menjalani HD</b>	58,4 ± 48,3			
3 bulan - 2 tahun	45 (34,6)	58,8 ± 20,8	80,2 ± 17,9	69,9 ± 10,6
> 2 tahun - 5 tahun	38 (29,2)	64,7 ± 19,8	82,8 ± 13,5	73,3 ± 8,8
> 5 tahun	47 (36,2)	61,2 ± 20,54	80,7 ± 15,4	71,2 ± 10,4
<b>P</b>		0,417 <sup>b</sup>	0,860 <sup>d</sup>	0,322 <sup>d</sup>
<b>Penyakit Komorbid</b>				
Tanpa DM	71 (54,6)	66,3 ± 20,2	80,9 ± 16,9	72,8 ± 10,2
Ada DM	59 (45,4)	55,5 ± 19,2	81,4 ± 14,3	69,7 ± 9,7
<b>P</b>		<b>0,003*</b> <sup>a</sup>	0,826 <sup>c</sup>	<b>0,041*</b> <sup>c</sup>
<b>Jumlah Peresepan</b>	5,5 ± 1,7			
≤ 5 resep obat kronis	70 (53,8)	64,7 ± 21,2	82,8 ± 16,1	72,5 ± 10,4
> 5 resep obat kronis	60 (46,2)	57,5 ± 18,8	79,5 ± 15,31	70,1 ± 9,6
<b>P</b>		<b>0,046*</b> <sup>a</sup>	0,147 <sup>c</sup>	0,110 <sup>c</sup>

a *Independen sample T-Test*, b *One-Way Anova*, c *Mann-Withney U test*, d *Kruskal Wallis test*, \* signifikansi ( $P < 0,05$ )

Nilai signifikan pada kelompok usia ditunjukkan pada domain kesehatan fisik dan skor KDQOL dimana

kelompok usia 18 - 50 tahun menunjukkan kualitas hidup yang lebih tinggi dibanding dengan usia diatas

50 tahun. Menurut Anees dkk. (2014) usia adalah salah satu faktor penting yang dapat memprediksi kualitas hidup pasien HD. Sejalan dengan bertambahnya usia, maka fungsi fisik juga semakin menurun serta resiko munculnya penyakit komorbid lain, sehingga dapat menyebabkan menurunnya kualitas hidup pasien. Hasil ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Kim dkk. (2018) yaitu pada domain kesehatan fisik terdapat perbedaan signifikan dimana usia yang lebih muda menunjukkan kualitas hidup yang lebih baik daripada usia yang lebih tua, demikian juga penelitian yang dilakukan oleh Puspitasari dkk. (2019) di rumah sakit yang sama, menunjukkan nilai HRQOL yang lebih tinggi pada usia yang lebih muda meskipun tidak terdapat perbedaan yang signifikan.

Pada penelitian ini, terlihat antara kualitas hidup responden yang bekerja dan tidak bekerja berbeda signifikan pada domain kesehatan fisik ( $p = 0,001$ ), dan skor KDQOL ( $p = 0,004$ ), dimana responden yang bekerja memiliki nilai kualitas hidup yang lebih tinggi dibanding yang tidak bekerja. Penelitian yang dilakukan oleh Kim dkk. (2013) juga menunjukkan hasil yang berbeda signifikan pada nilai kesehatan fisik dimana pasien yang bekerja memiliki nilai kualitas hidup yang lebih tinggi daripada yang tidak memiliki pekerjaan.

Hasil ini tidak sejalan dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Puspitasari dkk., (2019) dimana pada penelitian tersebut juga terdapat perbedaan signifikan antara skor kualitas hidup, akan tetapi responden yang tidak bekerja memiliki kualitas hidup yang lebih tinggi daripada responden yang bekerja. Pekerjaan merupakan faktor penting yang memengaruhi kualitas hidup pasien HD. Pasien yang memiliki pekerjaan menjadi lebih mandiri dan dapat mencukupi kebutuhan sendiri sehingga membuat mereka menjadi percaya diri dan merasa aman. Pasien yang bekerja juga memiliki aktivitas rutin sehari-hari yakni pergi ke tempat kerja atau berkumpul dengan rekan sekerja yang membuat mereka tetap sibuk dan aktif secara sosial sehingga dapat memperbaiki kualitas hidup mereka (Anees dkk., 2018).

Jumlah responden yang menikah sebanyak 82,3% dan yang tidak menikah 17,7%. Responden yang menikah cenderung memiliki kualitas hidup lebih rendah daripada yang tidak menikah namun tidak berbeda signifikan. Menurut Anees dkk. (2014), status pernikahan dapat memengaruhi kualitas hidup. Alasan utama hal tersebut adalah bahwa orang yang tidak menikah akan bergantung kepada keluarganya sementara orang yang menikah harus menjalankan

kehidupan rumah tangganya akan memiliki resiko stres finansial sehingga memengaruhi kualitas hidup pasien.

Kualitas hidup pasien berdasarkan tingkat penghasilan berbeda signifikan pada domain kesehatan fisik ( $p = 0,025$ ) dan kesehatan mental ( $p = 0,047$ ), dimana pada pasien dengan penghasilan yang lebih tinggi menunjukkan kualitas hidup yang lebih tinggi juga. Penghasilan yang rendah secara signifikan berhubungan dengan depresi yang dapat menurunkan nilai kualitas hidup. Penelitian pada pasien gagal ginjal tahap akhir menunjukkan bahwa tingkat keparahan gejala depresi juga dapat dipengaruhi oleh tingkat penghasilan per bulan pasien (Lemos dkk., 2015).

Hasil analisis pada penelitian ini menunjukkan tidak terdapat perbedaan yang signifikan pada kualitas hidup responden yang baru atau sudah lama menjalani HD. Berbeda dengan penelitian yang dilakukan sebelumnya dimana terdapat perbedaan signifikan kualitas hidup pasien antara pasien yang baru dan sudah lama menjalani HD (Nurchayati, 2011; Wahyuni dkk., 2018). Namun, dapat dilihat bahwa nilai kualitas hidup pasien yang menjalani HD antara > 2 tahun - 5 tahun lebih tinggi dibanding dengan pasien yang masih baru yakni dibawah 2 tahun dan yang lebih lama yaitu diatas 5 tahun.

Kualitas hidup pasien dengan penyakit komorbid DM dan tanpa DM berbeda signifikan pada domain kesehatan fisik ( $p = 0,003$ ) dan skor KDQOL ( $p = 0,041$ ) dimana pasien dengan komorbid DM memiliki kualitas hidup yang lebih rendah dibandingkan dengan pasien tanpa penyakit komorbid DM. Penelitian sebelumnya juga menunjukkan hasil serupa (Puspitasari dkk., 2019). DM dapat memengaruhi berbagai organ tubuh dan menyebabkan gangguan kesehatan fisik. Hal tersebut dapat menyebabkan keterbatasan dalam melakukan aktivitas sehari-hari serta kemampuan untuk bekerja. Selain itu, pengawasan gula secara ketat dan pembatasan diet dapat memengaruhi kualitas hidup pasien dengan komorbid DM (Utami, 2016).

Pasien yang menerima jumlah peresepan > 5 dan  $\leq 5$  resep obat kronis menunjukkan perbedaan signifikan pada domain kesehatan fisik yaitu  $p = 0,046$  dimana pasien yang menerima > 5 resep obat kronis memiliki nilai kualitas hidup yang lebih rendah. Hal ini dapat disebabkan hubungan peresepan dengan penyakit komorbid, misalnya pada pasien dengan penyakit komorbid DM, maka pasien akan mendapat tambahan peresepan obat untuk DM. Sementara dari hasil analisis diperoleh bahwa pasien dengan komorbiditas DM

kualitas hidupnya lebih rendah daripada pasien tanpa komorbid DM.

Nilai rata-rata skor KDQOL pada penelitian ini adalah  $71,4 \pm 10,1$ . Domain yang memiliki nilai rata-rata terendah adalah kesehatan fisik  $61,4 \pm 20,4$  (Tabel 2).

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Barbosa dkk. (2017), parameter yang nilainya rendah antara lain fungsi fisik, peran fisik, persepsi kesehatan umum, dan peran emosional.

**Tabel 2.** Rata-rata domain dan skor KDQOL-SF36

Domain	Skor (mean ± SD)
<b>Kesehatan fisik</b>	<b>61,4 ± 20,4</b>
Fungsi fisik	69,2 ± 25,2*
Peran fisik	39,8 ± 34,3*
Nyeri	79,7 ± 23,8
Persepsi kesehatan umum	58,4 ± 21,1*
<b>Kesehatan mental</b>	<b>81,2 ± 15,7</b>
Kesejahteraan emosional	89,3 ± 13,0
Peran emosional	70,0 ± 34,4*
Fungsi sosial	88,4 ± 19,3
Energi/kelelahan	78,3 ± 15,2
<b>Skor KDQOL-SF36</b>	<b>71,4 ± 10,1</b>

Keterangan: \*item dengan nilai rerata dibawah rerata skor KDQOL-SF36

Berdasarkan hasil penilaian kuesioner KDQOL-SF36 pada parameter fungsi fisik, pada umumnya hampir seluruh pasien mengatakan sangat terbatas dalam melakukan aktivitas berat misalnya olah-raga atau mengangkat beban berat. Beberapa pasien masih mampu melakukan pekerjaan rumah tangga yang tidak memerlukan tenaga yang banyak atau olah raga ringan seperti berjalan hingga jarak jauh. Sedangkan untuk melakukan aktivitas ringan seperti mandi atau memakai pakaian sendiri, hampir semua pasien mengatakan tidak memiliki kendala kecuali beberapa pasien yang mengalami gangguan fungsi gerak.

Berdasarkan penilaian parameter peran fisik, banyak responden yang menyatakan bahwa masalah kesehatan fisik membatasi beberapa macam pekerjaan atau kegiatan sehari-hari, dan juga pekerjaan tidak selesai seperti yang diinginkan karena membutuhkan waktu yang lebih lama dalam menyelesaikan suatu pekerjaan. Hal ini menyebabkan skor pada parameter

peran fisik terlihat lebih rendah dibandingkan skor parameter lainnya. Secara umum pasien memiliki persepsi kesehatan umum yang baik, namun merasa kondisinya tidak lebih baik dari orang lain karena merasa lebih sering sakit. Parameter peran emosional merupakan item yang memiliki skor paling rendah dibanding item lainnya. Faktor emosional seperti kecemasan dan depresi memengaruhi pekerjaan atau kegiatan rutin lainnya sehingga pekerjaan atau aktivitas tidak selesai seperti yang diinginkan atau tidak melakukan pekerjaan dengan teliti seperti sebelumnya.

Hasil analisis regresi sederhana faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup menunjukkan terdapat beberapa variabel yang memenuhi persyaratan uji analisis regresi berganda ( $p < 0,05$ ;  $R > 0,20$ ) antara lain *dummy* bekerja, *dummy* komorbiditas DM, *dummy* penghasilan > Rp. 3.500.000, usia dan jumlah persepan. Hasil analisis regresi dapat dilihat pada Tabel 3.

**Tabel 3.** Hubungan faktor sosiodemografi dan status klinis terhadap kualitas hidup

Karakteristik	Kesehatan fisik		Skor KDQOL	
	B	p	B	P
<i>Dummy</i> bekerja	-4,574	0,221	1,201	0,519
<i>Dummy</i> komorbiditas DM	-5,318	<b>0,007*</b>	-2,463	0,154
<i>Dummy</i> penghasilan > Rp.3.500.000	9,883	<b>0,024*</b>	4,467	0,063
Usia	-0,465	<b>0,000*</b>	-0,180	<b>0,010*</b>
Jumlah persepan	-2,427	<b>0,010*</b>	-1,190	<b>0,016*</b>

\*taraf kepercayaan  $p < 0,05$  analisis regresi berganda

## KESIMPULAN

Pada enelitian ini menunjukkan adanya hasil bermakna pada hubungan antara faktor sosiodemografi dan klinis yakni faktor usia, tingkat penghasilan, adanya komorbiditas DM dan jumlah peresepan obat kronis terhadap kualitas hidup pasien PGK yang menjalani HD ( $p < 0,05$ ).

## UCAPAN TERIMAKASIH

Terima kasih kepada Fakultas Farmasi Universitas Gadjah Mada atas kesempatan melakukan penelitian ini.

## DAFTAR PUSTAKA

- Anees, M., Batool, S., Imtiaz, M. & Ibrahim, M. (2018). Socio-Economic Factors Affecting Quality of Life of Hemodialysis Patients and Its Effects on Mortality. *Pakistan Journal of Medical Sciences*; 34; 811–816.
- Anees, M., Hameed, F., Mumtaz, A., Ibrahim, M. & Khan, M.N.S. (2011). Dialysis-Related Factors Affecting Quality of Life in Patients on Hemodialysis. *Iranian Journal of Kidney Diseases*; 5; 9–14.
- Anees, M., Riaz Malik, M., Abbasi, T., Nashir, Z., Hussain, Y. & Ibrahim, M. (2014). Demographic Factors Affecting Quality of Life of Hemodialysis Patients. *Pakistan Journal of Medical Sciences*; 30; 1123–1127.
- Barbosa, J. B. N., Moura, E. C. S. C. de, Lira, C. L. O. B. & Marinho, P. É. deM. (2017). Quality of Life and Duration of Hemodialysis in Patients with Chronic Kidney Disease (CKD): A Cross-Sectional Study. *Fisioterapia em Movimento*; 30; 781–788.
- Hays, R. D., Kallich, J. D., Mapes, D. L., Coons, S. J., Amin, N., Carter, W.B., dkk. (1997). Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF) Version 1.3: A Manual for Use and Scoring. Quality of Life Research. Washington, DC: RAND.
- Hudoyo, C. T. (2018). Validitas dan Reliabilitas Kidney Disease Quality of Life-36 (KDQOL-36) pada Pasien dengan Hemodialisis di Rumah Sakit Akademik UGM Yogyakarta. *Skripsi*; Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
- Indonesia Renal Registry (IRR). (2017). Indonesia Renal Registry. <https://www.indonesianrenalregistry.org>. Accessed: 6 Juli 2019.
- Khatib, S. T., Hemadneh, M. K., Hasan, S. A., Khazneh, E. & Zyoud, S. H. (2018). Quality of Life in Hemodialysis Diabetic Patients: A Multicenter Cross-Sectional Study from Palestine. *BMC Nephrology*; 19; 49.
- Kim, J. Y., Kim, B., Park, K. S., Choi, J. Y., Seo, J. J., Park, S. H., Kim, C. D. & Kim, Y. L. (2013). Health-Related Quality of Life With KDQOL-36 And Its Association with Self-Efficacy and Treatment Satisfaction in Korean Dialysis Patients. *Quality of Life Research*; 22; 753–758.
- Kim, K., Kang, G. W. & Woo, J. (2018). The Quality of Life of Hemodialysis Patients is Affected Not Only by Medical but also Psychosocial Factors: a Canonical Correlation Study. *Journal of Korean Medical Science*; 33; e111.
- Lemos, C. F., Rodrigues, M. P. & Veiga, J. R. P. (2015). Family Income is Associated with Quality of Life in Patients with Chronic Kidney Disease in the Pre-Dialysis Phase: A Cross Sectional Study. *Health and Quality of Life Outcomes*; 13; 202.
- Md. Yusop, N. B., Yoke, M. C., Shariff, Z. M. & Beng H. C. (2013). Factors Associated with Quality of Life among Hemodialysis Patients in Malaysia. *PLoS ONE*; 8; e84152.
- Mousa, I., Ataba, R., Al-ali, K., Alkaiyat, A. & Zyoud, S. H. (2018). Dialysis-Related Factors Affecting Self-Efficacy and Quality of Life in Patients on Haemodialysis: A Cross-Sectional Study from Palestine. *Renal Replacement Therapy*; 4; 21.
- 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 124. *Tesis*; Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Jakarta.
- Puspitasari, C. E., Andayani, T. M. & Irijanto, F. (2019). Penilaian Kualitas Hidup Pasien Hemodialisis Rutin dengan Anemia di Yogyakarta. *Jurnal Manajemen dan Pelayanan Farmasi (Journal of Management and Pharmacy Practice)*; 9; 182–191.
- Utami, M. P. S. (2016). Komorbiditas dan Kualitas Hidup Pasien Hemodialisa. *Tesis*; Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, Yogyakarta.

- Wahyuni, P., Miro, S. & Kurniawan, E. (2018). Hubungan Lama Menjalani Hemodialisis dengan Kualitas Hidup Pasien Penyakit Ginjal Kronik dengan Diabetes Melitus di RSUP Dr. M Djamil Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*; 7; 480–485.
- Yang, F., Griva, K., Lau, T., Vathsala, A., Lee, E., Ng, H. J., Mooppil, N., Foo, M., Newman, S. P., Chia, K. S. & Luo, N. (2015). Health-Related Quality of Life of Asian Patients with End-Stage Renal Disease (ESRD) In Singapore. *Quality of Life Research*; 24; 2163–2171.
- Zyoud, S. H., Daraghme, D. N., Mezyed, D. O., Khdeir, R. L., Sawafta, M. N., Ayaseh, N. A., Tabeeb, G. H., Sweileh, W. M., Awang, R. & Al-Jabi S. W. (2016). Factors Affecting Quality of Life in Patients on Haemodialysis: A Cross-Sectional Study from Palestine. *BMC Nephrology*; 17; 44.