

# HUBUNGAN KECEMASAN DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN PENYAKIT GINJAL KRONIK YANG MENJALANI HEMODIALISIS

Sofiana Nurchayati

Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Riau

Phone. (0761) 31162

e-mail: sofiananur14@yahoo.co.id

## ABSTRAK

Penyakit Ginjal Kronik (PGK) merupakan suatu penyakit kronis yang memiliki karakteristik bersifat irreversible, tidak dapat disembuhkan dan membutuhkan perawatan dalam jangka waktu yang lama, membutuhkan terapi hemodialysis (HD) sehingga hal tersebut dapat mengakibatkan kecemasan dan berpengaruh pada kualitas hidup pasien. Kecemasan yang muncul pada pasien dengan PGK dapat disebabkan oleh kondisi status mental dan fisik, tingkat keparahan penyakit yang dirasakannya, serta tingkat ekonomi dan sosial yang dimiliki. Adanya perubahan secara fisik, psikologis, social dan spiritual pada pasien PGK akan berdampak pada kualitas hidupnya. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi hubungan antara kecemasan dengan kualitas hidup pada pasien PGK. Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif korelasi, teknik kuota sampling berjumlah 30 pasien yang menjalani HD secara regular 2 kali seminggu. Hasil penelitian didapatkan wanita (60,6%), umur 51-60 tahun (42,5%), tidak bekerja (63,6%), cemas sedang (36,4%) dan kualitas hidup baik (51,5%). Hasil analisa bivariat diperoleh *p value* (0,055) kesimpulannya tidak ada hubungan antara kecemasan dengan kualitas hidup pasien PGK. Disarankan bagi perawat memberikan intervensi keperawatan untuk mengeliminir kecemasan dan meningkatkan fungsi fisik, psikologis, dukungan sosial serta lingkungan sehingga kualitas hidup pasien lebih baik.

**Kata kunci :** cemas, kualitas hidup, penyakit, ginjal kronik

## Latar Belakang

Penyakit Ginjal Kronik (PGK) merupakan gangguan fungsi renal yang progresif dan irreversible dalam kemampuan ginjal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit sehingga tidak mampu membuang toksin dan produk sampah dari darah, hal tersebut dapat mempengaruhi kualitas hidup akibat penurunan perawatan kesehatan dan kematian dini (Black & Hawks, 2009; Smeltzer & Bare, 2010).

Penderita PGK di Indonesia pada tahun 2011 berjumlah 23.261 orang, tahun 2012 meningkat menjadi 24.141 orang (Manguna, Kapantow & Joseph, 2014). Sedangkan penderita PGK di RSUD Arifin Achmad berjumlah 350 orang pada tahun 2013, dan tahun 2014 mengalami peningkatan menjadi 412 orang (Rekam Medik RSUD Arifin Achmad, 2015).

PGK memerlukan terapi diet dan medikamentosa serta terapi penggantian ginjal yang terdiri atas dialysis dan transplantasi ginjal. Menurut jenisnya dialysis dibedakan menjadi hemodialysis dan peritoneal dialysis. Hingga saat ini hemodialysis masih menjadi alternatif utama terapi pengganti fungsi ginjal pasien PGK karena biaya lebih murah dan risiko terjadinya perdarahan lebih rendah dibandingkan peritoneal dialysis (Markum, 2006)

Hemodialisis merupakan terapi pengganti ginjal yang dilakukan 2-3 kali seminggu dengan lama waktu 4-5 jam, yang bertujuan untuk mengeluarkan sisa-sisa metabolisme protein dan mengoreksi gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit (Black & Hawk, 2009 ; Ignatavicius, 2006). Hemodialisis merupakan terapi yang lama, mahal serta membutuhkan restriksi cairan dan diet. Hal tersebut akan berakibat pasien kehilangan kebebasan, tergantung pada pemberi layanan kesehatan, perpecahan

dalam perkawinan, keluarga dan kehidupan sosial serta berkurang atau hilangnya pendapatan. Karena hal-hal tersebut maka aspek fisik, psikologis, sosioekonomi dan lingkungan dapat terpengaruh secara negatif, berdampak pada kualitas hidup pasien PGK.

Kualitas hidup adalah persepsi individu dalam kemampuan, keterbatasan, gejala serta sifat psikososial hidupnya dalam konteks budaya dan sistem nilai untuk menjalankan peran dan fungsinya (WHO-QL group, 1998 dalam Murphy, et al, 2000; Zadeh, 2003).

Untuk mengukur kualitas hidup melalui monitoring status fungsional dan pernyataan subyektif tentang keadaan pasien. Kualitas hidup diukur dengan instrumen WHOQL, SF-36, WHOQL-BREF. Pada instrumen tersebut yang dinilai adalah meliputi domain : kesehatan fisik , kesehatan psikologik, tingkat independen, hubungan sosial, lingkungan dan spiritual (Murphy et al, 2000). Kualitas hidup penting untuk dimonitor karena sebagai dasar mendeskripsikan konsep sehat dan berhubungan erat dengan morbiditas dan mortalitas (Jofre, et al, 2000)

Gagal ginjal tergolong penyakit kronis yang mempunyai karakteristik bersifat menetap, tidak bisa disembuhkan dan memerlukan pengobatan dan rawat jalan dalam jangka waktu yang lama. Selain itu, umumnya pasien juga tidak dapat mengatur dirinya sendiri dan biasanya tergantung kepada para profesi kesehatan. Kondisi tersebut, tentu saja menimbulkan perubahan atau ketidak seimbangan yang meliputi biologi, psikologi, sosial, dan spiritual pasien, seperti perilaku penolakan, marah, perasaan takut, cemas, rasa tidak berdaya, putus asa bahkan bunuh diri. Untuk menanggulangi hal tersebut, diperlukan penanganan yang terpadu baik untuk fisik maupun kondisi psikologi pasien (Djuariah, 2009).

Kecemasan merupakan respon individu terhadap suatu keadaan yang tidak menyenangkan dan dialami oleh semua makhluk hidup dalam kehidupan sehari-hari. Banyak faktor yang dapat mempengaruhi tingkat kecemasan pada

pasien hemodialisis yaitu status fisik dan mental, tingkat keparahan penyakit, tingkat sosial dan ekonomi serta persiapan fisik dan mental. Respon pasien terhadap tindakan hemodialisa berbeda dari masing-masing individu tergantung bagaimana proses adaptasi individu terhadap tindakan hemodialisa yang merupakan salah satu sumber stressor bagi individu (Alang, 2009). Kecemasan (ansietas) dan gelisah, khususnya selama dialysis pertama, dapat mempengaruhi perubahan tekanan darah, gelisah dan gangguan gastrointestinal. Selain itu dapat menyebabkan hipertensi transien dan tak teratur. Sedatif mungkin diperlukan, terapi rasa percaya diri dan ketenangan pada staf, dialysis yang bebas dari masalah akan membantu menurunkan ansietas selama tindakan selanjutnya (Smeltzer & Bare, 2006).

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Arifin Achmad merupakan Rumah Sakit tipe B. jumlah pasien gagal ginjal yang menjalani terapi hemodialisis reguler adalah 110 orang yang terbagi dalam shift pagi dan sore, sebagian besar dibiayai BPJS.

Dari hasil observasi dan wawancara pada 10 orang pasien, 7 orang datang dengan kondisi baik dan berkomunikasi seperti biasa, dan 3 orang datang dengan kondisi lemah dan tampak gelisah. 5 orang tetap bekerja seperti biasa meskipun harus rutin menjalani hemodialisis 2 kali/minggu, dan 2 orang mengatakan mengajukan pensiun dini dan 3 orang mengurangi aktivitas fisik karena kelemahan dan mudah lelah, hal tersebut memicu kondisi terjadinya kecemasan pada pasien. Pasien mengatakan pasrah dengan penyakit yang dideritanya, dan kadang mengalami frustrasi dengan program pembatasan cairan, sering melanggar dan banyak minum terutama saat cuaca panas.

Berdasarkan fenomena tersebut, peneliti melihat adanya perubahan aspek kehidupan yang memicu terjadinya kecemasan akibat program hemodialisis yang sedang dijalani . Pada pasien yang dilakukan hemodialisa akan mengalami perawatan jangka panjang, biaya yang mahal dan membutuhkan pengaturan pembatasan cairan, sehingga hal tersebut dapat mengakibatkan pasien merasa kehilangan kebebasan dalam

kehidupannya, berpisah dari keluarga, pernikahan serta dalam hubungan sosial yang berdampak negative terhadap masalah fisik, psikologis, social ekonomi, lingkungan dan berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien PGK.

Kualitas hidup didefinisikan sebagai persepsi akan kemampuan, keterbatasan, gejala dan kemampuan psikososial dalam hidup pada konteks budaya dan system nilai sesuai fungsi dan perannya (WHOQoL, 1998; Murphy, et al, 2000; Zadeh, 2003)

RSUD Arifin Achmad merupakan RS rujukan tingkat provinsi Riau yang memiliki ruang hemodialisis dengan kapasitas tempat tidur sebanyak 18 tempat tidur, dan jumlah pasien yang menjalani hemodialisis secara reguler 2 kali seminggu adalah 118 orang (Rekam Medik, 2014)

Pada saat dilakukan studi pendahuluan terhadap 5 orang pasien yang menjalani HD secara rutin menyatakan pasien sering mengalami kecemasan akibat penyakit yang dideritanya, merasa hidupnya tidak berarti karena sudah tidak bisa bekerja lagi, bergantung HD dan obat-obatan serta produktifitas menurun.

### Identifikasi Masalah

Pada penelitian ini identifikasi masalahnya adalah adakah hubungan antara kecemasan dengan kualitas hidup pasien yang menjalani HD di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru?

### Tujuan

Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi kecemasan pada pasien HD, kualitas hidup pada pasien HD, dan mengidentifikasi hubungan antara kecemasan dan kualitas hidup pada pasien HD di RSUD Arifin Achmad.

### Metode Penelitian

Pada penelitian ini menggunakan metode deskriptif korelasi dengan pendekatan *cross sectional study*.

### Populasi dan Sampel

Populasi pada penelitian ini adalah semua pasien yang menjalani HD secara reguler di RSUD Arifin Achmad dengan jumlah 109 pasien.

Total sampel yang diambil adalah sebanyak 30 orang yang memenuhi kriteria inklusi ; menjalani HD reguler 2 kali seminggu tanpa *skipping*, kesadaran *compos mentis* dan tidak memiliki gangguan mental.

### Instrumen

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari 2 jenis instrumen yaitu untuk mengukur kecemasan dan kualitas hidup. *Hamilton Rating Scale Anxiety* (HRS-A). alat ukur ini terdiri dari 14 kelompok gejala yang masing-masing kelompok dirinci lagi dengan gejala-gejala yang lebih spesifik. Masing-masing kelompok gejala diberi penilaian angka (score) antara lain 0-4 yang artinya adalah: Nilai 0 = tidak ada gejala (keluhan) 1 = gejala ringan 2 = gejala sedang 3 = gejala berat 4 = gejala berat sekali Masing-masing nilai angka (score) dari ke 14 kelompok gejala tersebut dijumlahkan dan dari hasil penjumlahan tersebut dapat diketahui derita kecemasan seseorang, yaitu Total nilai angka (score) kurang dari 14 tidak ada kecemasan, 14 –20 kecemasan ringan, 21 –27 kecemasan sedang, 28 –41 kecemasan berat, dan 42 –56 kecemasan berat sekali. Sedangkan untuk mengukur kualitas hidup digunakan alat ukur *WHO Quality of Life* (WHOQoL) sebanyak 26 pertanyaan terdiri dari 4 domain; biologis, psikologis, social, ekonomi dan spiritual. Instrumen tersebut memiliki validitas internal dan eksternal dengan nilai  $\alpha$  Cronbach > 0,7 (Murphy et al, 2000). Skoring yang diperoleh adalah 0-100. Dalam penelitian ini, apabila skor responden  $\geq$  median maka dikategorikan memiliki kualitas hidup baik.

**Hasil Penelitian**

Tabel 1

*Distribusi responden berdasarkan data demografi : Jenis kelamin, pendidikan, umur, pekerjaan*

Data demografi	Frekuensi	Prosentase (%)
Jenis kelamin :		
Laki laki	20	60.6
Perempuan	13	39.4
Pendidikan :		
Tidak sekolah	4	12.1
SD	8	24.2
SMP	10	30.3
SMU	5	15.1
PT	6	18.3
Umur :		
20-30	1	3
31- 40	1	3
41- 50	13	39.4
51- 60	14	42.5
61 -70	4	12.1
Pekerjaan :		
PNS	2	6
IRT	7	21.2
Swasta	5	15.2
Tidak kerja	19	63.6

Tabel 2

*Distribusi responden berdasarkan tingkat kecemasan*

Tingkat kecemasan	Frekuensi	Prosentase (%)
Tidak ada kecemasan	25	75.75
Cemas ringan	6	18.18
Cemas sedang	1	3.03
Cemas berat	1	3.03
Total	33	100 .

Tabel 3

*Distribusi responden berdasarkan kualitas hidup*

Kualitas hidup	Frekuensi	Prosentase (%)
Baik	17	51.5
Kurang baik	16	48.5
Total	33	100

Tabel 4

*Distribusi responden berdasarkan akses vaskuler*

Akses vaskuler	Frekuensi	Prosentase (%)
Cimino	22	66.6
Femoralis	2	6.1
Brakialis	9	27.3
Total	33	100

Tabel 5

*Distribusi responden berdasarkan Qb pada saat dilakukan HD*

Qb	Frekuensi	Prosentase (%)
≤200	28	84.8
>200	5	15.2
Total	33	100

Tabel 6

*Distribusi frekuensi responden berdasarkan durasi HD*

Durasi HD	Frekuensi	Prosentase (%)
<5 jam	27	81.8
5 jam	6	18.2
Total	33	100

Tabel 7

*Distribusi frekuensi responden berdasarkan lama HD*

Lama HD	Frekuensi	Prosentase (%)
≤ 1 tahun	24	72.3
2-5 tahun	7	21.2
>5 tahun	2	0.65

Tabel 8  
*Hasil analisis bivariat hubungan  
kecemasan dengan kualitas hidup pasien  
PGK*

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	33.000 <sup>a</sup>	32	.418
Likelihood Ratio	45.717	32	.055
N of Valid Cases	33		

Berdasarkan hasil analisa bivariat diperoleh *p value* 0,055 ( $\alpha=0,05$ ), kesimpulannya adalah tidak ada hubungan antara kecemasan dengan kualitas hidup pasien PGK yang menjalani hemodialisis.

#### **Pembahasan**

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa terdapat (75.75%) pasien tidak mengalami kecemasan, (18.18%) kecemasan ringan, (3.03%) kecemasan sedang, dan (3.03%) dengan kecemasan berat. Wartonah dan Tarwoto (2004) yang dikutip oleh Alang (2009) mengemukakan kecemasan dapat disebabkan oleh faktor psikis dan fisik. Faktor psikis yang menimbulkan kecemasan pada pasien hemodialisa adalah perubahan yang terjadi pada kehidupannya seperti pelaksanaan dialisa yang harus dilakukan terus-menerus setiap dua kali dalam seminggu dan keadaan ketergantungan pada mesin dialisa seumur hidupnya, hal ini memicu kebosanan pada pasien hemodialisa dan perasaan khawatir terhadap penyakit yang berlangsung lama atau menetap. Faktor fisik yang menyebabkan kecemasan antara lain lingkungan dan status kesehatan, suasana lingkungan ruangan yang terdapat banyak alat yang belum dikenal oleh pasien baik bentuk suara, dan banyaknya alat yang ditempatkan ke tubuh pasien, mengakibatkan pasien merasa takut dan cemas. Status kesehatan yang berkaitan dengan penyakit yang diderita oleh pasien hemodialisa merupakan keadaan penyakit terminal dan tidak dapat disembuhkan lagi,

hal ini dapat mengakibatkan kecemasan pada individu atau pasien. Sedangkan pada pasien gagal ginjal yang sudah sering melakukan hemodialisa tingkat kecemasan lebih ringan, berbeda dengan pasien gagal ginjal yang baru pertama kali melakukan hemodialisa akan mengalami kecemasan yang lebih tinggi. Hal tersebut sesuai dengan hasil penelitian ini dimana didapatkan mayoritas pasien (72.3%) menjalani HD kurang dari 1 tahun, yang mana hal ini dapat memicu kondisi kecemasan terkait dengan belum beradaptasi terhadap fisik dan psikologi. Penilaian kualitas hidup dengan menggunakan kuesioner WHO QoL, didapatkan hasil sebagian pasien (51.5%) dengan kualitas hidup baik. Adapaun faktor faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup pada pasien tersebut adalah karena dosis HD yang kurang, berdasarkan hasil penelitian sebanyak (81.8%) pasien dengan durasi <5 jam yang seharusnya menurut aturan adalah 5 jam. Selain itu kecepatan Qb pasien sebagian besar  $\leq 200$  (84.8%) yang hal ini akan mempengaruhi bersihan kreatinin dan pada akhirnya berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien GJK.

#### **PENUTUP**

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa (75.75%) tidak mengalami kecemasan, sebanyak (18.18%) cemas ringan, (3.03%) cemas sedang dan sebanyak (3.03%) dengan cemas berat. Untuk hal tersebut perlu ditindaklanjuti bagi pasien dalam meminimalkan kecemasannya, misalnya dengan diberikan relaksasi pada saat dilakukan hemodialisi, adanya dukungan keluarga, sosial dan tenaga kesehatan sehingga kecemasan dapat dieliminir.

Sedangkan penilaian kualitas hidup didapatkan sebagian pasien (51.5%) memiliki kualitas hidup yang kurang baik, hal ini dapat disebabkan oleh beberapa faktor diantaranya adalah dosis HD yang tidak sesuai, anemia yang tidak terkontrol, Qb yang rendah. Disarankan bagi perawat memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien tentang faktor faktor yang dapat memperbaiki kualitas hidupnya yaitu; kontrol kalium dan fosfat, kontrol

anemia, kontrol ureum dan kreatinin, restriksi cairan dan diet. Saat pemberian HD hendaknya dilakukan sesuai aturan dosis, yaitu durasi 5 jam untuk HD 2 kali per minggu.

Berdasarkan hasil analisis bivariat diperoleh bahwa nilai *p value* (0.05), kesimpulannya tidak ada hubungan antara kecemasan dengan kualitas hidup pasien dengan PGK.

#### DAFTAR PUSTAKA

- Black & Hawk. 2009. *Medical Surgical Nursing*. Mosby company
- Clarkson, K.A, Robinson, Kim. (2010). *Life on Dialysis; A Lived Experiences*. Nephrology Nursing Journal, 37(1),29-35, Agustus 20, 2010.<http://proquest.umi.com/>
- Ignatavicius, Donna. 2006. *Medical Surgical Nursing 7<sup>th</sup>ed vol 2*. Elsevier
- Jofre, et al. 2000. *Quality of Life for Patients Groups*, Kidney International Vol. 57, P:S-121 - S130. Agustus 15, 2010. [Http://www.proquest.umi.com](http://www.proquest.umi.com)
- Markum, S.M.H (2006). *Gagal Ginjal Akut*. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Jakarta : EGC
- Murphy, B. et al. (2000). *Australian WHOQL-100, WHOQL-BREF and CA-WHOQL INSTRUMENTS; user manual and interpretation guide*. Juli 20, 2010. <http://www.psychiatry.unimelb.edu.au/>
- Rekam Medik RSUD Arifin Achmad. 2014. Data Pasien Tahun 2014
- Rekam Medik RSUD Arifin Achmad. 2015. Data Pasien Tahun 2015
- Smeltzer, Bare.(2006). *Medical Surgical Nursing. Brunner and Suddarth Vol:2*. Jakarta : Penerbit EGC
- Zadeh, K.K. (2003). *Quality of Life in Patients with Chronic Renal Failure*. Agustus 16, 2010.<http://www.kidney.org/>