


Original Research Paper

Faktor demografi dan komorbiditas yang berhubungan dengan kualitas hidup pasien hemodialisa

Dewi Rinjani Miranti¹, Diah Candra Anita^{2*} 

^{1,2} Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta, Indonesia

 diyah.candra@unisayogya.ac.id

Submitted: October 20, 2019

Revised: May 24, 2022

Accepted: June 12, 2022

Abstrak

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan komorbiditas dan faktor demografi dengan kualitas hidup. Penelitian menggunakan deskriptif korelasi dengan pendekatan *cross-sectional*. Teknik pengambilan sampel dengan metode *total sampling* dan menggunakan kuesioner WHOQoL SF36 serta lembar angket, didapatkan sampel sebanyak 64 responden. Analisis bivariat menggunakan uji *spearman* dan *chi-square* menunjukkan hasil bahwa terdapat hubungan antara komorbiditas ($p=0,000$, $OR=13,194$) dan jenis kelamin ($p=0,033$, $OR=3,352$) dengan kualitas hidup. Tidak terdapat hubungan antara usia ($p=0,692$), status pernikahan ($p=0,602$), $OR=1,500$), pendidikan ($p=0,885$), pekerjaan ($p=0,078$), dan lama terapi ($p=0,392$, $OR=1,588$) dengan kualitas hidup. Analisis multivariat dengan uji regresi logistik ordinal menunjukkan hasil bahwa komorbiditas merupakan variabel paling berhubungan ($p=0,001$, $wald=10.868$). Saran penelitian yaitu mengedukasi untuk menjaga kesehatan fisik dan psikologi agar terhindar dari kualitas hidup buruk.

Kata kunci: komorbiditas; faktor demografi; kualitas hidup

Demography and comorbidity factors relating to quality of life hemodialized patients

Abstract

The objective of the study was to determine the relationship of comorbidity and demographic factors with the quality of life of hemodialysis patients. The study applied descriptive correlation study with cross-sectional approach, total sampling technique (64 respondents), WHOQoL SF 36 and questionnaire sheet. Spearman and chi bivariate analysis results obtained comorbidity variables ($p=0.000$, $OR=13.194$), age ($p=0.692$), gender ($p=0.033$, $OR=3.352$), marital status ($p=0.602$, $OR=1.500$), education ($p=0.885$), employment ($p=0.078$), and duration of therapy ($p=0.392$, $OR=1.588$). Regression logistic ordinal multivariate with comorbidity result became the most related variable to quality of life ($p=0.001$, $wald 10.868$). It is expected that health professionals provide education on the importance of maintaining physical and psychological health in order to avoid conditions of poor quality of life.

Keywords: comorbidity; demographic factor; quality of life

1. Pendahuluan

Penyakit ginjal kronis atau *Chronic Kidney Diseases* (CKD) telah muncul sebagai tantangan kesehatan masyarakat di negara-negara di seluruh dunia. Biaya pengelolaan CKD sangat besar dan tidak terjangkau oleh sebagian besar pasien di negara berkembang (Amoako *et al*, 2014). Penyakit ginjal kronis mempengaruhi 10% populasi orang dewasa di dunia. Penyakit ini termasuk dalam 20 penyebab kematian teratas di seluruh dunia, dan dampaknya sangat menghancurkan bagi pasien dan keluarganya (Piccoli *et al*, 2018). Studi dari *Global Burden Of Disease* (2015) memperkirakan bahwa pada tahun 2015 sebanyak 1,2 juta orang meninggal karena gagal ginjal kronik.

Jumlah pasien hemodialisa di Indonesia sebanyak 18.613 pasien (IRR, 2015). Realita tersebut mendorong pemerintah Indonesia mulai meningkatkan ketersediaan renal unit dengan bentuk instalasi hemodialisa di berbagai rumah sakit pemerintah. Peningkatan jumlah renal unit menandakan meningkatnya kebutuhan pasien CKD dalam menjalani hemodialisa. Lebih dari 380.000 pasien CKD menjalani hemodialisis reguler (Mulia *et al.*, 2018).

Kebijakan pemerintah yang relevan dengan kondisi tersebut termaktub dalam Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) nomor 812 tahun 2010 tentang penyelenggaraan pelayanan dialisis di rumah sakit mendukung kesehatan penderita gagal ginjal di Indonesia, salah satunya melalui hemodialisa atau cuci darah. Hemodialisa merupakan terapi pengganti fungsi ginjal menggunakan alat khusus bertujuan mengeluarkan toksin uremik dan mengatur cairan elektrolit tubuh (Sahathevan *et al.*, 2020).

Pasien yang rutin hemodialisa di Yogyakarta tercatat berjumlah 1.293 orang (IRR, 2015). Prevalensi CKD di Kulon Progo sebesar 0,3% merupakan prevalensi tertinggi kedua setelah Kota Yogyakarta dan Gunung Kidul sebesar 0,5%. Prevalensi CKD meningkat seiring dengan bertambahnya umur yaitu tertinggi pada kelompok umur ≥ 75 tahun (0,6%), laki-laki (0,3%), perempuan (0,2%), lebih tinggi pada masyarakat perdesaan (0,3%), tidak bersekolah (0,4%), dan bekerja sebagai wiraswasta (0,3%) (Risesdas, 2013).

Pada suatu penelitian sebanyak 66% dari 250 pasien hemodialisa memiliki komorbiditas (Seidel *et al.*, 2020). Komorbiditas itu sendiri didefinisikan sebagai kondisi penyakit lain selain CKD yang mempengaruhi organ lain, tetapi dapat menyebabkan gagal ginjal. Komorbiditas berdampak buruk terhadap kelangsungan hidup pasien hemodialisa. Kondisi ini berdampak negatif pada kelangsungan hidup serta kualitas hidup dalam menjalankan hemodialisa (Sajadi *et al.*, 2021). Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup pada pasien hemodialisa antara lain faktor sosial demografi seperti jenis kelamin, usia, suku, pendidikan, status pernikahan, lama terapi, pekerjaan, dan efikasi diri (Anees *et al.*, 2018).

Faktor demografi diartikan suatu data mengenai penduduk. Penelitian Arfai (2014) menyebutkan ada hubungan antara umur, jenis kelamin, pendidikan, lama hemodialisa, pekerjaan, nutrisi, anemia, dan hipertensi dengan kualitas hidup pasien hemodialisa. Hal ini tidak selaras dengan penelitian Fradelos (2020) dengan hasil tidak ada hubungan antara usia, jenis kelamin, pekerjaan, dan pendidikan dengan kualitas hidup; akan tetapi lama terapi memiliki hubungan dengan kualitas hidup. Terdapat beberapa perbedaan antara hasil penelitian satu dengan lainnya. Namun belum ada penelitian yang membahas secara bersamaan antara faktor demografi dan komorbiditas terhadap kualitas hidup pasien hemodialisa.

Kualitas hidup pasien hemodialisa merupakan masalah yang menarik perhatian para profesional kesehatan. Pasien bertahan hidup dengan menjalani terapi hemodialisa, namun masih menyisakan persoalan sebagai dampak dari terapi hemodialisa (El Kass *et al.*, 2020). Tujuan dilakukannya penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara faktor demografi dan komorbiditas dengan kualitas hidup pasien hemodialisa. Harapannya, melalui hasil penelitian ini, tenaga kesehatan yang terkait mampu melakukan asuhan keperawatan maupun layanan yang tepat, guna meningkatkan kualitas hidup pasien, supaya angka harapan hidup pasien hemodialisa lebih meningkat.

2. Metode Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan desain penelitian deskriptif korelasi dan menggunakan metode pendekatan waktu *cross-sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah 64 pasien hemodialisa di RSUD Wates Kulon Progo. Penelitian ini menggunakan teknik pengambilan sampel *total sampling* didapatkan 64 responden. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner demografi dan kuesioner kualitas hidup WHOQoL SF-36. Kuesioner demografi meliputi data usia, jenis kelamin, suku bangsa, status pernikahan, pendidikan, pekerjaan, lama terapi dan

komorbiditas. Kuesioner demografi dilakukan uji validitas *content* dengan dua orang dosen pakar, sedangkan kuesioner SF-36 versi Bahasa Indonesia, telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas dengan hasil *Cronbach* $\alpha=0,789$; $r>0,4$.

Penelitian ini sebelumnya telah mendapatkan surat izin etik dari Komisi Etik UNISA Yogyakarta, dengan nomor 770/KEP-UNISA/I/2019. Analisa data bivariat dilakukan dengan menggunakan uji korelasi *chi-square* untuk data yang memiliki kategori nominal (jenis kelamin, suku bangsa, status pernikahan, pekerjaan, lama terapi, dan komorbiditas); serta uji analisis *spearman rank* untuk data yang memiliki kategori ordinal (usia dan pendidikan). Data kemudian dianalisis statistik secara multivariat dengan menggunakan uji regresi *logistic ordinal*.

3. Hasil dan Pembahasan

Tabel 1. Distribusi frekuensi faktor demografi

Faktor Demografi	Frekuensi (n=64)	%
Usia		
17-25 tahun	1	1,6
26-35 tahun	7	10,9
36- 45 tahun	6	9,4
46-55 tahun	21	32,8
56-65 tahun	20	31,2
≥ 65 tahun	9	14,1
Jenis Kelamin		
Laki-laki	37	57,8
Perempuan	27	42,2
Suku Bangsa		
Jawa	64	100
Luar Jawa	0	0
Status Pernikahan		
Menikah	60	93,8
Tidak Menikah	4	6,2
Pendidikan		
Tidak Pernah Sekolah	2	3,1
SD & SMP	33	51,6
SMA & Perguruan Tinggi	29	45,3
Pekerjaan		
Tidak Bekerja	19	29,7
Ibu Rumah Tangga	16	25,0
Wiraswasta	19	29,7
PNS/TNI/POLRI	4	6,2
Pensiunan	6	9,4

Tabel 2. Distribusi frekuensi lama terapi

Lama Terapi	Frekuensi (n=64)	%
< 5 Tahun	52	81,3
> 5 Tahun	12	18,8

Tabel 3. Distribusi frekuensi komorbiditas

Komorbiditas	Frekuensi (n=64)	%
Ada komorbid	37	57,8
Tdk ada komorbid	27	42,2

Tabel 4. Distribusi frekuensi kualitas hidup

Kualitas Hidup	Frekuensi (n=64)	%
Rendah	21	32,8
Sedang	43	67,2

Tabel 5. Tabulasi data kualitas hidup per domain

Domain	Mean	Median	SD	Min: Max	95%CI
Kesehatan Umum	2,090	60,00	16,720	-15:90	54,50-62,85
Fungsi Fisik	3,473	55,00	27,787	0-100	43,76-57,64
Peranan Fisik	4,366	0,00	34,930	0-100	16,67-34,12
Nyeri Tubuh	3,277	30,00	26,212	0-80	23,92-37,02
Vitalitas	2,321	40,00	18,570	0-80	35,44-44,72
Fungsi Sosial	2,705	37,00	21,644	0-100	33,52-44,33
Peranan Emosional	4,311	0,00	34,490	0-100	13,63-30,87
Kesehatan Mental	2,176	56,00	17,412	8-84	48,40-57,10

Tabel 6. Tabulasi Silang Data Demografi dengan Kualitas Hidup

Data demografi	Tingkat Kualitas Hidup						p-value	Odd ratio
	Rendah		Sedang		Total			
	F	%	F	%	F	%		
Usia								
17-25	1	1,6	0	0	1	1,6		
26-35	2	3,1	5	7,8	7	10,9		
36-45	0	0	6	9,4	6	9,4		
46-55	8	12,5	13	20,3	21	32,8	0,692	-
56-65	7	10,9	13	20,3	20	31,3		
>65	3	4,7	6	9,4	9	14,1		
Pendidikan								
Tidak pernah sekolah	1	1,6	1	1,6	2	3,1		
SD & SMP	10	15,6	23	35,9	33	51,6	0,885	-
SMA & PT	10	15,6	19	29,7	29	45,3		
Pekerjaan								
Tidak bekerja	5	7,8	14	21,9	19	29,7		
IRT	3	4,7	13	20,3	16	25,0		
Wiraswasta lainnya	7	10,9	12	18,8	19	29,7	0,078	-
PNS/TNI/POLRI	3	4,7	1	1,6	4	6,2		
Pensiunan	3	4,7	3	4,7	6	9,4		
Jenis kelamin								
Laki-laki	16	25,0	21	32,8	37	57,8	0,033*	3,352
Perempuan	5	7,8	22	34,4	27	42,2		
Status pernikahan								
Menikah	20	31,3	40	62,5	60	93,8	0,602	1,500
Tidak menikah	1	1,6	3	4,7	4	6,3		
Lama terapi								
<5 tahun	18	28,1	34	53,1	52	81,3	0,392	1,588
>5 tahun	3	4,7	9	14,1	12	18,8		
Komorbiditas								
Ada komorbiditas	19	29,7	18	28,1	37	57,8	0,000*	13,194
Tidak ada komorbiditas	2	3,1	25	39,1	27	42,2		

Tabel 7. Analisis multivariat

Variabel Bebas	p-value	Wald
Komorbiditas	0,001	10,868
Usia	0,129	2,304
Jenis Kelamin	0,069	3,304

Suku	-	-
Status Pernikahan	0,404	0,697
Pendidikan	0,374	0,791
Pekerjaan	0,258	1,280
Lama Terapi	0,512	0,430

Berdasarkan tabel 1 diperoleh data bahwa mayoritas responden berusia 46-55 tahun (32,8%) dan 56-65 tahun (31,2%). Penelitian sebelumnya menyebutkan bahwa selama tahun 2007-2012, prevalensi CKD pada orang dewasa adalah 58,7% dengan usia 65 tahun ke atas dan 25,7% di antara mereka berusia 18-64 tahun. Sebagian besar individu dengan CKD yang berusia <65 tahun berada pada stadium awal (stadium 1 dan 2), sedangkan sebagian besar kasus CKD pada kelompok lanjut usia berada pada stadium 3a atau lebih tinggi (Wu *et al.*, 2016).

Patofisiologi CKD yang berhubungan dengan penuaan diakibatkan adanya fibrosis dan penurunan fungsi ginjal, yang tercermin dalam laju filtrasi glomerulus (GFR) yang lebih rendah. Mekanisme yang menyebabkan fibrosis pada penuaan ginjal dan kerusakan ginjal adalah kompleks dan melibatkan beberapa fenomena patologis dan jalur sinyal, seperti sinyal pro-inflamasi/fibrotik, hilangnya faktor renoprotektif (misalnya klotho dan protein morfogenetik tulang), penghalusan vaskular, dan stres oksidatif (Valentijn *et al.*, 2018).

Mayoritas responden berjenis kelamin laki-laki (57,8%; tabel 1). Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya (Handayani & Rahmayanti, 2013), yang menunjukkan bahwa laki-laki (61%) lebih sering terkena CKD dibandingkan perempuan. Beberapa penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa mayoritas pasien CKD laki-laki berusia muda dan dewasa, sedangkan pasien CKD wanita cenderung pra lansia dan lansia (Ahmed, Saad, & Dumanski, 2021). Pasien laki-laki yang menderita CKD lebih sering disebabkan karena gaya hidupnya yang buruk. Berbeda dengan pasien CKD perempuan lebih disebabkan karena menurunnya kadar estrogen saat pre-menopause dan menopause, sebagai bagian dari renal protektif fungsi faal ginjal. Hal tersebut yang menyebabkan mayoritas terapi *renal replacement therapy* (RRT) lebih sering dilakukan oleh laki-laki dibandingkan dengan perempuan (Yu, Katon, & Young, 2015). Pengetahuan mengenai jenis kelamin dengan patofisiologi CKD sangat penting karena tenaga medis akan menentukan terapi yang tepat untuk meningkatkan harapan hidupnya (Anita, 2020).

Tabel 2 menunjukkan bahwa mayoritas responden (81,3%) melakukan hemodialisa kurang dari lima tahun. Penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya (Bayyhaqi & Hasnelli, 2017), yang menunjukkan rerata pasien yang menjalani HD adalah 22 bulan (<5 tahun). Lama menjalani hemodialisa merupakan data yang sangat penting, karena akan berhubungan dengan banyak sedikitnya komplikasi, *inter dialytic weight gain* (IDWG) pasien, serta permasalahan biopsikologi lainnya, seperti kecemasan, depresi, maupun kualitas hidupnya.

Mayoritas responden (57,8%) memiliki komorbiditas (tabel 3). Penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa komorbiditas pasien CKD berkisar 27,7%. Fraser *et al.* (2015) menyebutkan bahwa pada pasien lansia, hanya sekitar 4% yang tidak memiliki komorbid; 26% memiliki satu komorbid; 29% memiliki dua komorbid; dan 40% pasien memiliki lebih dari dua komorbid. Multimorbiditas adalah kekhawatiran yang berkembang untuk sistem perawatan kesehatan pada banyak negara mengalami transisi demografis ke profil populasi yang lebih tua.

Komorbiditas yang paling sering diderita pasien CKD adalah hipertensi (88%), 30% memiliki kanker, 24% anemia, 23%, penyakit jantung iskemik, 17% diabetes dan 12% gangguan tiroid. Multimorbiditas sangat terkait dengan kematian. Perawatan terpadu untuk orang dengan CKD tidak hanya berfokus pada penurunan GFR atau albuminuria, tetapi juga mencakup pertimbangan beban komorbiditas (dan perawatannya) yang seimbang dengan kapasitas pasien, untuk menentukan langkah yang tepat dalam pengobatan selanjutnya (Barnett *et al.*, 2012).

Tabel 5 menunjukkan data bahwa sebagian besar responden (67,2%) memiliki kualitas hidup sedang. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya (Brown *et al.*, 2015) yang menyatakan bahwa 58% pasien memiliki kualitas hidup yang stabil. Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan Sagala (2015) yang menyebutkan bahwa 62,5% pasien hemodialisa memiliki kualitas hidup tinggi. Pasien hemodialisa memiliki kualitas hidup yang rendah dari manusia pada umumnya sehingga memiliki kualitas hidup sedang dan kurang karena perubahan fisiologis dan akibat kondisi penyakit CKD (Mailani, 2015). Kualitas hidup terkait kesehatan yang rendah sering berhubungan dengan peningkatan mortalitas pada pasien dengan CKD terminal (Porter *et al.*, 2016). Pemberian terapi yang tepat dengan mempertimbangkan faktor demografi dan komorbiditas, seperti upaya peningkatan kadar hemoglobin pasien, yaitu *erythropoiesis stimulating agent* (ESA) dapat meningkatkan kualitas hidup pasien, serta menurunkan biaya pengobatan terhadap keluhan yang diderita (Spinowitz *et al.*, 2019). Tabel 5 menunjukkan bahwa domain kualitas hidup yang memiliki nilai paling tinggi adalah peranan fisik (4,366) dan peranan emosional (4,311).

3.1 Hubungan Data Demografi Dengan Kualitas Hidup

Berdasarkan tabel 6 diketahui sebagian besar responden berusia 46-55 tahun (32,3%), hal ini sejalan dengan penelitian sebelumnya (Anwar & Mahmud, 2018) yang menyebutkan rata-rata yang menjalani hemodialisa berusia 44,82 tahun. Hasil uji analisis *spearman* menunjukkan $p\text{-value}=0,692 (>5\%)$, tidak ada hubungan antara usia dengan kualitas hidup. Sejalan dengan penelitian Chang & Choi (2022), yang menyebutkan tidak ada hubungan usia dengan kualitas hidup. Menurut peneliti hal ini dikarenakan individu dengan kelompok umur yang sama memiliki mekanisme coping yang berbeda dalam menghadapi masalah tentang penyakitnya yang dapat memunculkan persepsi tentang kualitas hidup yang berbeda juga. Beberapa faktor yang mempengaruhi kualitas hidup seseorang dalam menghadapi masalah adalah spiritual, mekanisme coping, religiusitas, dan juga keyakinan pribadi (Krägeloh *et al.*, 2015).

Pasien hemodialisa mayoritas berpendidikan SD & SMP (51,6%). Hasil uji korelasi *spearman* menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara pendidikan dengan kualitas hidup ($p=0,885>5\%$; table 6). Sejalan dengan Suparti dan Solikhah (2016) bahwa tidak terdapat perbedaan kualitas hidup pasien hemodialisa berpendidikan tinggi dan berpendidikan rendah ($p=0,736$). Pendidikan tidak berpengaruh terhadap kualitas hidup, pandangan responden yang tinggi maupun rendah mempunyai cara sendiri untuk mencari informasi terkait penyakitnya. Penelitian sebelumnya (Alikari *et al.*, 2019) menyebutkan bahwa tingkat pendidikan yang berdampak pada kualitas hidup pasien CKD adalah dampak tingkat pendidikan terhadap pengetahuan dan sikap pasien, yang kemudian akan mempengaruhi kepatuhan (Anita & Novitasari, 2016) dalam terapi hemodialisa.

Berdasarkan tabel 6 sebagian besar responden tidak bekerja dan wiraswasta (29,7%), dengan $p\text{-value}=0,078 (>0,05)$. Hal ini sejalan dengan penelitian Utami, Rosa & Khoiriyati (2017) bahwa tidak terdapat hubungan pekerjaan dengan kualitas hidup ($p=0,290$), karena seseorang yang bekerja memiliki kemandirian keuangan, mobilitas yang baik, kapasitas kerja, dan sedikit pembatasan kegiatan yang dapat menjadi faktor yang berkontribusi terhadap kualitas hidup. Penelitian Haalen *et al.* (2020) menyebutkan bahwa yang lebih mempengaruhi kualitas hidup pasien CKD adalah produktivitas kerja yang berhubungan dengan kondisi fisik anemia. Penilaian dan pengobatan anemia harus diakui sebagai komponen kunci dari manajemen CKD di semua tahap penyakit (Fishbane & Spinowitz, 2018).

Diketahui sebagian besar responden berjenis kelamin laki-laki yaitu (57,8%). Hal ini sejalan dengan Sagala (2015) yang menyebutkan 71,9% pasien hemodialisa berjenis kelamin laki-laki. Berdasarkan tabel 6, hasil uji korelasi *chi-square* antara jenis kelamin dan kualitas hidup diperoleh $p=0,033 (<0,05)$, maka dapat disimpulkan ada hubungan antara jenis kelamin dengan kualitas hidup. Hal ini sejalan dengan Arfai (2014) yang menyebutkan terdapat hubungan antara jenis kelamin dan kualitas hidup

dengan $p=0,018$ ($<0,05$). Sufiana & Anita (2015), menyebutkan bahwa laki-laki lebih berisiko terkena penyakit CKD daripada perempuan. Perempuan memiliki hormon estrogen yang lebih banyak dan berfungsi menghambat pembentukan cytokin serta osteoklas. Penghambatan dalam pembentukan osteoklas akan menjaga kadar kalsium tetap seimbang. Kalsium memiliki efek protektik yang dapat mencegah penyerapan oksalat yang bisa membentuk batu ginjal.

Pada tabel 6 menyebutkan bahwa status pernikahan dan kualitas hidup diperoleh nilai $p=0,602$ ($>0,05$) maka disimpulkan tidak ada hubungan status pernikahan dengan kualitas hidup pasien hemodialisa. Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian Molsted *et al.* (2021), yang menyebutkan bahwa pada pasien CKD rawat jalan stadium 4-5 yang menikah ataupun memiliki pasangan tetap, memiliki dampak positif dalam kualitas hidup secara mental ($p=0,003$). Hal ini berkaitan dengan adanya pendampingan hidup yang meningkatkan semangat serta motivasi untuk patuh dalam terapi hemodialisa. Selain itu adanya komunikasi yang baik dalam melakukan perawatan merupakan faktor utama bagi pasien. Adanya pemahaman mengenai keterkaitan antara status pernikahan, dukungan sosial, dan kualitas hidup akan mendorong profesional kesehatan untuk memberikan perawatan yang bermanfaat bagi pasien hemodialisis (Alexopoulou, 2016).

Diketahui sebagian besar responden memiliki lama terapi <5 tahun (81,3%). Hal ini sejalan dengan penelitian Putri, Sembiring, & Bebasari (2014) yang menyatakan sebagian besar respondennya memiliki lama terapi berkisar 1-5 tahun (72,34%). Hasil uji korelasi *chi-square* antara lama terapi dan kualitas hidup pada tabel 6 diperoleh nilai $p=0,392$ ($>5\%$), maka tidak ada hubungan antara lama terapi dan kualitas hidup. Didapatkan nilai *odds ratio* (OR) sebesar 1,588 yang bermakna bahwa pasien hemodialisa yang menjalani terapi >5 tahun memiliki risiko 1,5 kali lipat mengalami kualitas hidup rendah daripada yang menjalani terapi <5 tahun. Sejalan dengan Sarastika *et al.* (2019) bahwa tidak terdapat terdapat hubungan antara kedua variabel tersebut. Menurut Sufiana & Anita (2015), kualitas hidup merupakan perasaan subyektif yang dimiliki oleh individu dimana hal tersebut tidak dipengaruhi oleh faktor eksternal seperti lama terapi.

Sebagian besar responden memiliki komorbiditas (57,8%). Sejalan dengan Utami, Rosa & Khoiriyati (2017) sebesar 100% respondennya memiliki komorbiditas. Dari tabel 6 didapatkan hasil uji analisis *chi-square* yaitu terdapat hubungan antara komorbiditas dengan kualitas hidup pasien hemodialisa dengan $p=0,000$. Sejalan dengan Jos (2016) bahwa komorbiditas merupakan salah satu faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup. Semakin banyak mempunyai komorbiditas yang diderita maka akan semakin jelek kualitas hidupnya (Mandoorah *et al.*, 2014). Selain itu didapatkan nilai *odds ratio* (OR) sebesar 13,194 yang berarti pasien hemodialisa yang memiliki komorbiditas lebih berisiko 13,1 kali lipat mengalami kualitas hidup rendah daripada pasien yang tidak memiliki komorbiditas. Hal disebabkan terapi hemodialisa tidak secara adekuat mengeluarkan semua toksik uremia yang dapat menyebabkan kelainan sistem organ kardiovaskuler, pernafasan, neurologis, muskuloskeletal, hematologi, dan lain sebagainya (Sagala, 2015). Data pada tabel 7 memperkuat hasil penelitian ini, yaitu analisis multivariat didapatkan komorbiditas memiliki $p=0,001$ dengan *wald* 10,86.

4. Simpulan

Responden mayoritas memiliki komorbiditas (57,8%); berusia 46-55 tahun (32,3%); berjenis kelamin laki-laki (57,8%); bersuku jawa (100%); menikah (93,8%); berpendidikan dasar awal (51,6%); tidak bekerja dan wiraswasta atau pekerjaan sektor informal masing-masing (29,7%); lama terapi <5 tahun (81,3%); dan kualitas hidup sedang (67,2%).

Terdapat hubungan antara komorbiditas dan jenis kelamin dengan kualitas hidup. Komorbiditas merupakan faktor yang paling berhubungan dengan kualitas hidup. Responden laki-laki 3,352 kali lebih berisiko memiliki kualitas hidup rendah daripada perempuan, tidak menikah 1,500 kali lebih berisiko

memiliki kualitas hidup rendah dibandingkan pasien menikah, yang menjalani terapi >5 tahun 1,588 kali lebih berisiko memiliki kualitas hidup rendah daripada yang menjalani terapi >5 tahun.

Rujukan

- Alexopoulou M, Giannakopoulou N, Komna E, Alikari V, Toulia G, Polikandrioti M. (2016). The Effect Of Perceived Social Support On Hemodialysis Patients' Quality Of Life. *Mater Sociomed*, 28(5), 338-342. doi:10.5455/msm.2016.28.338-342.
- Alikari, V., Tsironi, M., Matziou, V. et al. (2019). The Impact of Education on Knowledge, Adherence and Quality of Life Among Patients on Haemodialysis. *Qual Life Res*, 28, 73–83. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1989-y>.
- Amoako, Y. A., Laryea, D. O., Bedu-Addo, G., Andoh, H., Awuku, Y.A. (2014). Clinical and Demographic Characteristics of Chronic Kidney Disease Patients in A Tertiary Facility in Ghana. *Pan Afr Med J*, 18, 274.
- 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(4), 811.
- Anita, D. C., Novitasari, D. (2017). Kepatuhan Pembatasan Asupan Cairan Terhadap Lama Menjalani Hemodialisa. *Prosiding*. Universitas Muhammadiyah Semarang. pp: 104-112.
- Anita, D. C. (2020). Depression Rates and Quality of Life of Haemodialysis Patients. *International Medical Journal*, 25(4), 1721-1730.
- Anwar, N., & Mahmud, S. N. (2018). Quality of sleep in CKD patients on chronic hemodialysis and the effect of dialysis shift. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*, 28(8), 636-640.
- Arfai, M. F. (2014). Faktor-faktor yang mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik yang menjalani hemodialisis di RSUD Tugurejo Semarang. *Doctoral dissertation UNIMUS*.
- Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. (2012). Epidemiology of Multimorbidity and Implications for Health Care, Research, and Medical Education: A Cross-Sectional Study. *Lancet*, 380, 37-43.
- Bayhakki, B., Hasneli, Y. (2017). Hubungan Lama Menjalani Hemodialisis Dengan Inter-Dyalitic Weight Gain (IDWG) Pada Pasien Hemodialisis. *Jurnal Keperawatan Padjajaran*, 5(3), 242-248.
- Brown, M. A., Collet, G. K., Josland, E. A., Foote, C., Li, Q., Brennan, F. P. (2015). Predictors and Outcomes of Health-Related Quality of Life in Adults with CKD. *CJASN*, 10(2), 260-268. <https://doi.org/10.2215/CJN.03330414>.
- Chang, A. K., & Choi, J. Y. (2022). Factors Affecting Diet-Related Quality of Life Among Hemodialysis Patients According to Age-group. *Clinical Nursing Research*, 10547738211069436.
- El Kass, S. D. M. A., El-Senousy, T. A., & Jumaa, N. A. (2020). Factors Affecting Quality of Life Among Patients Undergoing Hemodialysis Program in Gaza Strip. *International Journal of Caring Sciences*, 13(2), 1221.
- Fauziyati, A. Global Challenge of Early Detection and Management of Chronic Kidney Disease. *Jurnal Kedokteran dan Kesehatan Indonesia (JKKI)*, 8 (1), 1-2.
- Fishbane, S., & Spinowitz, B. (2018). Update on anemia in ESRD and earlier stages of CKD: core curriculum 2018. *American Journal of Kidney Diseases*, 71(3), 423-435.
- Fraser, S.D.S., Roderick, P.J., May, C.R. et al. (2015). The Burden of Comorbidity in People with Chronic Kidney Disease Stage 3: A Cohort Study. *BMC Nephrol*, 16, 193. <https://doi.org/10.1186/s12882-015-0189-z>.

- Giorgina B Piccoli, Mona Alrukhaimi, Zhi-Hong Liu, Elena Zakharova, Adeera Levin. (2018). World Kidney Day Steering Committee. Women and kidney disease: reflections on World Kidney Day. *Clinical Kidney Journal*, 11(1), 7–11. <https://doi.org/10.1093/ckj/sfx147>.
- Global Burden Of Disease. (2015). *The Global Burden Of Kidney Disease And The Suitable Development Goals*, s.l.: WHO.
- Handayani, R.S., Rahmayati, E. (2017). Faktor Faktor Yang Berhubungan Dengan Kualitas Hidup Pasien Chronic Kidney Disease (CKD) Yang Menjalani Hemodialisis. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Sai Betik, [S.L.]*, 9(2), 238-245. <http://Dx.Doi.Org/10.26630/Jkep.V9i2.363>.
- IRR, (2015). *8th Report Of Indonesian Renal Registry*, s.l.: PERNEFRI. <https://www.indonesianrenalregistry.org/data/INDONESIAN%20RENAL%20REGISTRY%20015.pdf>.
- Jos, W. (2016). Quality of Life among Patients on Hemodialysis at RSUD Tarakan, North Kalimantan, 2014. *eJournal Kedokteran Indonesia*, 4(2), 87-91.
- Krägeloh, C.U., Billington, D.R., Henning, M.A. et al. (2015). Spiritual Quality of Life and Spiritual Coping: Evidence for A Two-Factor Structure of The WHOQOL Spirituality, Religiousness, and Personal Beliefs Module. *Health Qual Life Outcomes*, 13(26). <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0212-x>.
- Mailani, F. (2015). Kualitas Hidup Pasien Penyakit Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis: Systematic Review. *Ners jurnal keperawatan*, 11(1), 1-8.
- Mandoorah, Q. M., Shaheen, F. A., Mandoorah, S. M., Bawazir, S. A., & Alshohaib, S. S. (2014). Impact of Demographic and Comorbid Conditions on Quality of Life of Hemodialysis Patients: A Cross-Sectional Study. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*, 25(2), 432.
- Molsted, S., Wendelboe, S., Flege, M. M., & Eidemak, I. (2021). The Impact of Marital and Socioeconomic Status on Quality of Life and Physical Activity in Patients with Chronic Kidney Disease. *International Urology and Nephrology*, 53(12), 2577-2582.
- Muhani, N., & Sari, N. (2020). Analisis Survival pada Penderita Gagal Ginjal Kronik dengan Komorbiditas Diabetes Melitus. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 16(2), 216-224.
- Porter, A. C., Lash, J. P., Xie, D., Pan, Q., DeLuca, J., Kanthety, R., Kusek, J. W., Lora, C. M., Nessel, L., Ricardo, A. C., Nunes, J. W., Fischer, M. J., and CRIC study Investigators. (2016). Economic and Quality of Life Burden of Anemia on Patients with CKD on Dialysis: A Systematic Review. *CJASN*, 11(7), 1154-1162. <https://doi.org/10.2215/CJN.09990915>.
- Sagala, D. S. P. (2015). Analisa Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisa di RSUP H Adam Malik Medan. *Jurnal Ilmiah Keperawatan IMELDA*, 1(1), 8-16.
- Sahathevan, S., Khor, B. H., Ng, H. M., Abdul Gafor, A. H., Mat Daud, Z. A., Mafra, D., & Karupaiah, T. (2020). Understanding Development of Malnutrition in Hemodialysis Patients: A Narrative Review. *Nutrients*, 12(10), 3147.
- Sajadi, S. A., Farsi, Z., Akbari, R., Sadeghi, A., & Akbarzadeh Pasha, A. (2021). Investigating The Relationship Between Quality of Life and Hope in Family Caregivers of Hemodialysis Patients and Related Factors. *BMC Nephrology*, 22(1), 1-10.
- Sarastika, Y., Kisan, K., Mendrofa, O., & Siahaan, J. V. (2019). Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik (GGK) yang Menjalani Terapi Hemodialisa di RSU Royal Prima Medan. *Jurnal Riset Hesti Medan Akper Kesdam I/BB Medan*, 4(1), 53-60.
- Seidel, M., Hölzer, B., Appel, H., Babel, N., & Westhoff, T. H. (2020). Impact of Renal Disease and Comorbidities on Mortality in Hemodialysis Patients with COVID-19: A Multicenter Experience from Germany. *Journal of Nephrology*, 33(5), 871-874.

- Sufiana & Anita, D. C. (2017). Living Quality Based On Periode of Haemodialysis. *Jurnal Ners dan Kebidanan Indonesia (JNKI), supplement*, p. S 63 – S 69.
- Spinowitz, B., Pecoits-Filho, R., Winkelmaier, W. C., Pergola, P. E., Rochette, S., Leduc, P. T. (2019). CKD in Elderly Patients Managed without Dialysis: Survival, Symptoms, and Quality of Life. *Journal of Medical Economics*, 593-604.
- Suparti, S. & Solikhah, U. (2016). Perbedaan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik Ditinjau dari Tingkat Pendidikan, Frekuensi dan Lama Hemodialisis di RSUD Goeteng Taroendibrata Purbalingga. *Jurnal Keperawatan*, 14(2), 50-58.
- Utami, M. P. S., Rosa, E. M., & Khoiriyati, A. (2017). Gambaran Komorbid Pasien Hemodialisa. *STRADA Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 6(1), 18-23.
- Valentijn, F.A., Falke, L.L., Nguyen, T.Q. et al. (2018). Cellular senescence in the aging and diseased kidney. *J. Cell Commun*, 12, 69–82. <https://doi.org/10.1007/s12079-017-0434-2>.
- World Kidney Day, 2015. *Chronis Kidney Disease*, Belgium: ISN - Global Operations Center.
- Wu, B., Bell, K., Stanford, A., Kern, D. M., Tunceli, O., Vupputuri, S., Kalsekar, I., & Willey, V. (2016). Understanding CKD among patients with T2DM: Prevalence, Temporal Trends, and Treatment Patterns—NHANES 2007–2012. *BMJ Open Diabetes Research and Care*, 4(1), e000154.
- Yu, M.K., Katon, W. and Young, B.A. (2015). Sex and CKD in diabetes. *Nephrology*, 20, 451-458. <https://doi.org/10.1111/nep.12468>.