

## FATIGUE, DEPRESI, DAN KUALITAS HIDUP PASIEN HEMODIALISA

Nia Khusniyati M<sup>1</sup>, Sri Yona<sup>2</sup>, I Made Kariasa<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Jurusan Keperawatan, Poltekkes Kemenkes Riau/Indonesia

<sup>2,3</sup> Departemen Keperawatan Medikal Bedah Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia/ Indonesia

### Abstrak

Fatigue dan depresi merupakan gejala yang sering terjadi pada pasien hemodialisa dan dapat mempengaruhi buruknya kualitas hidup. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui tingkatan fatigue dan depresi dan hubungannya terhadap kualitas hidup pada pasien hemodialisa. Hasil penelitian ini dari sebanyak 105 pasien sebagian besar pasien (57,1%) mengalami fatigue dan sebagian pasien tidak mengalami depresi (67.6%). Penelitian ini menghubungkan dengan kualitas hidup dan didapatkan hasil adanya hubungan signifikan antara fatigue, depresi terhadap kualitas hidup ( $p=0.000$  dan  $p=0.001$ ). Depresi merupakan faktor yang paling dominan mempengaruhi kualitas hidup pasien hemodialisa (koef B=4.868). Rekomendasi dari penelitian ini adalah perlu dilakukannya deteksi awal depresi dan upaya promotif dan preventif untuk meminimalisir terjadinya depresi pada pasien hemodialisa.

Kata Kunci : Fatigue, Depresi, Hemodialisa, Kualitas Hidup

## *FATIGUE, DEPRESSIONS, AND THE QUALITY OF LIFE OF HAEMODYALYSIS PATIENTS*

### Abstract

Fatigue and depression are the most common symptoms of haemodialysis patients and are associated with poor quality of life. Purpose: To investigate the levels of fatigue and depression and its correlation with quality of life of haemodialysis patients. Result: Of the 105 haemodialysis patients, the majority of patients (57.1%) seemed to have low rates of fatigue and to have high rates of no depression (67.6%). Studying the quality of life of these patients we can observed a correlation between fatigue, depressions, and quality of life. In particular, patients who experiences higher rates of fatigue and depressions seem to have worse quality of life than those experiencing low rates of fatigue and depression ( $p=0.000$  and  $p=0.001$ ). Depressions is that most affect the quality of life of haemodialysis patients (coef B=4.868). Recommendation of this study are performing depressions and implementing health promotion and prevention to minimalize depressions for haemodialysis patients.

Keyword : fatigue, depressions, hemodialysis, quality of life

## PENDAHULUAN

Data yang didapatkan dari *Centers for Disease Control (CDC)* (2016), prevalensi pasien gagal ginjal terminal pada tahun 2014 sebanyak 2033,70 juta orang, dan yang menjalani hemodialisa sebanyak 1439,86 juta orang (CDC, 2016). Menurut *Indonesian Renal Register (IRR)* pada tahun 2014, didapatkan data pada tahun 2014 jumlah pasien gagal ginjal terminal sebanyak 13,758 juta orang dan yang menjalani hemodialisa sebanyak 28,882 juta meningkat dari tahun sebelumnya sebanyak 24,524 juta di tahun 2013. Provinsi dengan kejadian hemodialisa tertinggi berada di Jawa Barat dan DKI sebanyak 8,387 juta orang dan sebanyak 2,854 juta orang.

Hemodialisa merupakan terapi yang memerlukan waktu yang intensif, mahal, adanya pembatasan asupan cairan, dan diet. Hemodialisa dalam jangka waktu yang lama dapat mengakibatkan pasien merasa kehilangan kebebasan, ketergantungan pada pelayanan kesehatan, terganggunya hubungan dengan pasangan, keluarga, dan kehidupan sosial, serta banyak mengeluarkan biaya. Perasaan pasien seperti diatas dapat mempengaruhi fungsi fisik, psikologis, sosioekonomi, dan aspek lingkungannya yang berakibat negatif terhadap kehidupannya sehingga dapat mempengaruhi kualitas hidupnya (Gerasimoula, et al, 2015; Sathvik, et al, 2008).

Kualitas hidup pada pasien hemodialisa merupakan faktor yang unik, bersifat individual, dan kompleks yang berhubungan dengan mekanisme adaptasi coping individu. Mekanisme adaptif coping individu berhubungan dengan sejumlah faktor yaitu faktor fisik, psikologi, lingkungan, sosial, dan hubungan sosial individu dengan orang lain.

Fatigue merupakan efek samping yang dialami oleh banyak pasien yang menjalani terapi dialisis jangka panjang. Prevalensi fatigue pada pasien hemodialisa sebanyak 60-97% (Horigan, et al, 2012; Biniiaz, et al, 2013; Artom, et al; 2014; Zyga, et al, 2015). Lebih dari 70% dari pasien dialisis mengalami fatigue berat (Joshwa, 2012; Jhamb, et al, 2008). Pasien hemodialisa yang memiliki tingkatan fatigue yang rendah maka kualitas hidupnya akan lebih tinggi dibandingkan dengan pasien hemodialisa yang memiliki tingkatan fatigue yang tinggi (Georgius, et.al, 2015; Daurgirdas, et al, 2015; Moattari, et al, 2012).

Depresi merupakan salah satu faktor psikologis yang mengakibatkan menurunnya kualitas hidup pada pasien hemodialisa ( De Melo, 2016; Joshi, et.al, 2014; Joshwa, et.al, 2012). Depresi terjadi pada sekitar 20-30% pada pasien dialisis (Osasuyi, 2014). Depresi mengakibatkan dampak negatif terhadap kualitas hidup pasien hemodialisa, karena depresi sebagai faktor yang secara signifikan dapat mempengaruhi morbiditas dan mortalitas pada pasien hemodialisa (Auramovic, M & Stefanovic, V, 2012). Depresi pada pasien hemodialisa berhubungan kuat dengan menurunnya status kesehatan, sehingga dapat meningkatkan kematian, penurunan kualitas hidup, meningkatnya ketergantungan pada pelayanan kesehatan, dan menurunnya kebutuhan pengobatan. Depresi mempunyai efek negatif pada pemenuhan peran dan fungsi sosial (Palmer, et. al, 2013).

Oleh karena itu, tujuan dari penelitian ini adalah melihat faktor yang paling dominan mempengaruhi kualitas hidup pasien hemodialisa. Dalam hal ini munculah pertanyaan “variable manakah yang mempunyai pengaruh paling tinggi antara fatigue dan depresi terhadap kualitas hidup pada pasien hemodialisa?”

## METODE

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif analitik dengan menggunakan desain cross sectional. Penelitian ini dilakukan di Ruang Hemodialisa RSUD Kota Bekasi dengan melibatkan sebanyak 105 pasien hemodialisa yang memenuhi kriteria inklusi yaitu; pasien menjalani HD 2x seminggu dengan durasi 5 jam, berusia >18-60 tahun, memiliki kesadaran kompos mentis, dan bersedia menjadi responden. Adapun kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah mengalami komplikasi yang mengancam jiwa seperti sesak nafas, penurunan kesadaran, riwayat sindrom disekuilibrium, kadar Hb <8 mg/dL, dan tidak kooperatif. Alat pengumpul data dalam penelitian ini menggunakan kuesioner.

Kuesioner yang digunakan untuk menilai kualitas hidup dengan menggunakan SF 36, fatigue menggunakan MAF, dan depresi menggunakan CES-D. Data yang didapat dianalisis dengan menggunakan spss versi 20 secara univariate, bivariate (chi square dan independen t test), dan multivariate (regresi logistic berganda).

## HASIL PENELITIAN

Tabel 1 Hasil analisis univariat berdasarkan usia dan lama HD di RSUD Kota Bekasi Desember 2016 (n=105)

Variabel	Mean	SD	Median	Min-Maks	CI 95%
<b>Usia</b>	47.37	10.610	49.00	21-60	45.32-49.42
<b>Lama HD</b>	3.623	2.040	3.000	0.3-13.0	3.228-4.018

Hasil analisis statistik pada tabel 1 menggambarkan rata-rata usia responden pada penelitian ini adalah 47.37 tahun (SD 10.610), yakni usia responden termuda adalah 21 tahun dan usia tertua adalah 60 tahun. Hasil estimasi interval disimpulkan bahwa dengan keyakinan 95% rata-rata usia dari responden adalah 45.32-49.42 tahun.

Tabel 2 Distribusi frekuensi responden berdasarkan jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pernikahan, status pekerjaan, dan IDWG di RSUD Kota Bekasi Desember 2016 (n = 105).

Variabel	Jumlah	Persentase
<b>Jenis Kelamin</b>		
Laki-Laki	62	59
Perempuan	43	41
<b>Tingkat Pendidikan</b>		
Rendah	36	34.3
Tinggi	69	65.7
<b>Status Pekerjaan</b>		
Tidak Bekerja	34	32.4
Bekerja	71	67.6
<b>Status Pernikahan</b>		
Belum menikah	4	3.8
Menikah	101	96.2
<b>IDWG</b>		
Ringan	92	87.6
Rata-Rata	13	12.4
Bahaya	0	0

Hasil penelitian menunjukkan karakteristik responden dalam penelitian ini memiliki rerata usia 47.37 tahun (SD 10.61), jenis kelamin 59% (62 orang) reponden memiliki jenis kelamin laki-laki dengan 65.7% (69 orang) memiliki pendidikan akhir tinggi (SMA dan PT). Responden status menikah berjumlah 96.2% (101 orang), dan mempunyai pekerjaan berjumlah 67.6% (71 orang). Dalam menjalani hemodialisa rerata responden menjalani HD selama 3.6 tahun (SD 2.040) dan memiliki nilai IDWG dalam kategori ringan sebanyak 87.6% (92 orang).

Tabel 3 Distribusi frekuensi responden berdasarkan kejadian *fatigue*, depresi, dan kualitas hidup pasien HD di RSUD Kota Bekasi Desember 2016 (n = 105)

Variabel	Jumlah	Persentase
<b>a. Fatigue</b>		
Tidak Fatigue	45	42.9
Fatigue	60	57.1
<b>b. Depresi</b>		
Tidak Depresi	71	67.6
Depresi	34	32.4
<b>c. Kualitas Hidup</b>		
Rendah	69	54.3
Tinggi	36	45.7

Hasil pengisian kuesioner untuk menilai kualitas hidup dengan menggunakan SF 36 didapatkan hasil sebanyak 54.3% (69 orang) memiliki kualitas hidup rendah. dalam perhitungan kuesioner MAF didapatkan hasil 57.1% (60 orang) mengalami fatigue, dan hasil kuesioner CESD sebanyak 67.6% (71 orang) responden tidak mengalami depresi

Tabel 4 Hubungan jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pernikahan, status pekerjaan, dan IDWG dengan kualitas hidup di RSUD Kota Bekasi Desember 2016 (n=105)

Variabel	Kualitas Hidup						OR (CI 95%)	p Value
	Rendah		Tinggi		Total			
	n	%	n	%	n	%		
<b>Jenis kelamin</b>								
Laki-laki	41	59.4	21	58.3	62	59.0	0.956 (0.422-2.168)	0.914
Perempuan	28	40.6	15	41.7	43	41.0		
<b>Pendidikan</b>								
Tinggi	46	66.7	23	63.9	69	65.7	1.130 (0.486-2.630)	0.776
Rendah	23	33.3	13	36.1	36	34.3		
<b>Status marital</b>								
Menikah	67	97.1	34	94.4	101	96.2	1.971 (0.266-14.604)	0.500
Belum Menikah	2	2.9	2	5.6	4	3.8		
<b>Status pekerjaan</b>								
Bekerja	45	65.2	26	72.2	71	67.6	0.721 (0.299-1.742)	0.467
Tidak bekerja	24	34.8	10	27.8	34	32.4		
<b>IDWG</b>								
Ringan	60	65.2	32	34.8	92	87.6	1.200 (0.343-4.203)	0.775
Rata-Rata	9	69.2	4	30.8	13	12.4		
Bahaya	0	0	0	0	0	0		

\*hubungan signifikan pada  $p < 0.05$

Tabel 5 Hubungan fatigue dan depresi terhadap kualitas hidup di RSUD Kota Bekasi Desember 2016 (n = 105)

Fatigue	Kualitas Hidup						OR (CI 95%)	X <sup>2</sup>	pValue
	Rendah		Tinggi		Total				
	n	%	n	%	n	%			
Tidak fatigue	12	17.4	33	91.7	45	42.9	52.25 (13.73-198.71)	53.29	0.000*
Fatigue	57	82.6	3	8.3	60	57.1			
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>100</b>	<b>36</b>	<b>100</b>	<b>105</b>	<b>100</b>			
<b>Depresi</b>									
Tidak Depresi	39	56.5	32	88.9	71	67.6	6.154 (1.962-19.304)	11.31	0.001*
Depresi	30	43.5	4	11.1	34	32.4			
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>100</b>	<b>36</b>	<b>100</b>	<b>105</b>	<b>100</b>			

\*hubungan signifikan pada  $p < 0.05$

Hasil analisis hubungan antara karakteristik responden dengan kualitas hidup didapatkan hasil adanya hubungan antara usia dengan kualitas hidup dengan nilai p value 0.000. Namun, untuk karakteristik responden jenis kelamin ( $p=0.914$ ), status pekerjaan ( $p=0.467$ ), status pernikahan ( $p=0.500$ ), tingkat

pendidikan ( $p=0.776$ ), lama HD ( $p=0.297$ ), dan IDWG ( $p=0.434$ ) tidak memiliki hubungan terhadap kualitas hidup. Sedangkan, hasil analisis antara fatigue dan depresi memiliki hubungan yang sangat signifikan terhadap kualitas hidup ( $p_{\text{fatigue}}=0.000$  dan  $p_{\text{depresi}}=0.001$ ).

Tabel 6 Model akhir hasil analisis multivariat hubungan antara fatigue dan depresi dengan kualitas hidup pasien Hemodialisa di RSUD Kota Bekasi ( $n=105$ )

Variabel	B	Wald	pValue	OR 95% CI
<b>Fatigue</b>	-0.769	0.400	0.527	52.25 (13.73-198.71)
<b>Depresi</b>	-4.868	43.343	0.000	6.154 (1.962-19.304)
<b>Usia</b>	-0.282	0.088	0.767	5.667 (2.358-13.619)
<b>IDWG</b>	-1.115	1.026	0.311	0.081 (0.343-4.203)
<b>Konstanta</b>	2.788	29.291	0.000	16.25

Hasil analisis lebih lanjut didapatkan variable yang paling dominan dalam mempengaruhi kualitas hidup pada pasien HD adalah depresi dengan nilai koefisien B = -4.868. Adapun pemodelan akhir dari analisis ini adalah sebagai berikut:

$$\text{Kualitas hidup} = 2.788 - 4.868_{\text{depresi}} - 1.115_{\text{IDWG}} - 0.769_{\text{fatigue}} - 0.282_{\text{usia}}$$

## PEMBAHASAN

Kualitas hidup pada penelitian ini sangat dipengaruhi oleh kondisi depresi. Hubungan depresi dengan kualitas hidup memiliki hubungan yang signifikan ( $p=0.001$ ), dengan tingkat keeratan antara depresi didapatkan hasil OR 6.154 sehingga responden memiliki resiko sebesar 6.154 kali mengalami depresi. Feng, et al (2013) mengemukakan hasil penelitiannya ada hubungan signifikan ( $p=0.023$ ). Depresi pada penyakit kronik terkadang muncul terlambat karena sering kali pasien terlambat memahami implikasi penuh terhadap kondisinya. Depresi juga dapat muncul karena bertambahnya usia. Kondisi depresi yang berlarut-larut dan dimana individu tidak dapat melakukan adaptasi hal ini akan mengacu pada perilaku bunuh diri (Marcus, et. al, 2012; Anstey & Luszcz, 2002 dalam Taylor, 2012; Taylor, (2012).

Perasaan depresi pada pasien hemodialisa timbul karena banyak faktor yang mempengaruhi seperti pasien hemodialisa menjalani tindakan hemodialisa sepanjang hidupnya, ketergantungan pasien terhadap pengobatan, diet, lingkungan sosial, dan faktor fatigue, usia, status pernikahan, status pekerjaan, IDWG, lama HD, dan tingkat pendidikan. Namun, jika pasien hemodialisa mendapatkan dukungan sosial dari lingkungan sekitar dan pasien hemodialisa semakin lama pasien dalam menjalani terapi hemodialisa dan mampu beradaptasi terhadap kondisi penyakit kronisnya pada tahun awal pun

bisa mengurangi tingkat depresi pada pasien hemodialisa. Pasien hemodialisa yang memiliki kondisi emosional yang baik dapat meningkatkan kualitas hidupnya. Hal ini dapat menjadi salah satu penyebab adanya hubungan yang positif antara kejadian depresi dengan kualitas hidup.

Selain itu, kondisi fatigue pada pasien HD sangat mempengaruhi kualitas hidup. Hasil penelitian ini yakni 57.1% responden mengalami fatigue dan menunjukkan adanya hubungan signifikan antara fatigue dengan kualitas hidup ( $p=0.000$ ). sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Georgios, et.al (2015), yakni 52.9% respondne mengalami fatigue dan adanya hubungan signifikan ( $p=0.005$ ). Begitupun dengan penelitian yang dilakukan oleh Zyga, et.al (2013), menunjukkan hasil sebanyak 47.3% mengalami fatigue dan ada hubungan signifikan ( $p=0.015$ ).

Fatigue pada pasien hemodialisa disebabkan oleh sindrome uremia. Sindrom uremia pada pasien hemodialisa mengakibatkan fatigue perifer. Fatigue perifer ini terjadi karena adanya gangguan sistem saraf perifer, disebabkan karena adanya uremik neuropati yang mengakibatkan adanya kerusakan sel saraf di daerah distal, sistemik, motorik, dan sensorik. Gangguan ini biasanya dapat terlihat didaerah ekstrimitas bawah dan atas. Manifestasi klinis kerusakan sel saraf perifer ini berupa kebas didaerah kaki, nyeri, ataksia, dan kelemahan. Kerusakan sel saraf perifer ini menunjukkan adanya keterlambatan konduksi saraf motorik dan potensial aksi sensorik yang diakibatkan karena adanya uremia dan tidak adekuatnya dialisa sehingga ureum tidak bisa dibuang (Daugirdas, et al, 2015; Davis & Walsh, 2010).

Fatigue pada pasien hemodialisa diperlukan adanya identifikasi dengan cara melakukan pengkajian lebih awal untuk membantu pasien hemodialisa dalam mengembangkan coping dan mencegah terjadinya komplikasi yang lebih berat yang diakibatkan oleh fatigue. Pasien hemodialisa yang mengalami fatigue sebaiknya melakukan adaptasi sehingga dapat menjalankan aktivitas sehari-hari seperti biasanya sesuai dengan kemampuan pasien tersebut. Namun, kondisi fatigue ini dipengaruhi oleh banyak faktor diantaranya keberhasilan adekuasi hemodialisa, kepatuhan diet pasien, dan dukungan sosial lingkungan pasien hemodialisa.

## **KESIMPULAN**

Dari hasil peneltian ini menyatakan bahwa depresi merupakan faktor yang sangat mempengaruhi kualitas hidup pasien HD setelah dikontrol faktor lainnya yakni fatigue dan karakteristik responden. Dalam hal ini, kondisi depresi dapat diketahui dengan melakukan pengkajian depresi lebih awal. Sehingga, dalam menangani kondisi depresi sebaiknya pelayanan kesehatan memberikan motivasi dan edukasi terkait penyakit yang diderita paisen HD yang bertujuan untuk meningkatkan coping adaptif pasien terhadap kondisi penyakitnya.

## DAFTAR PUSTAKA

- Artom, M., et al. (2014). *Fatigue in advanced kidney disease*. *Kidney International*, 86(3), 1–9. <https://doi.org/10.1038/ki.2014.86>
- Biniaz, V., et al. (2013). *Different aspects of fatigue experienced by patients receiving maintenance dialysis in hemodialysis units*. *Nephro-Urology Monthly*, 5(4), 897–900. <https://doi.org/10.5812/numonthly.11667>
- Braga, S. F. M., et al. (2011). *Factors associated with health-related quality of life in elderly patients on hemodialysis*. *Revista de Saúde Pública*, 45(6), 1127–36. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011000600015>
- CDC. (2016). *Centers for Disease Control and Prevention. Chronic Kidney Disease Surveillance System-United States*. <http://nccd.cdc.gov/CKD>
- De Melo, et. al. (2016). *Health-Related Quality of Life in elderly Chronic Kidney Disease Patients Undergoing Hemodialysis*. *International Archives of Medicine Section: Nephrology Vol. 9 No. 141*. doi: 10.3823/2012 ISSN: 1755-7682
- Feng, L., Yap, K. B., & Ng, T. P. (2013). *Depressive symptoms in older adults with chronic kidney disease: Mortality, quality of life outcomes, and correlates*. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(6), 570–579.
- Georgios, T., et al. (2015). *Assessment of quality of life and fatigue among haemodialysis patients*. *American Journal of Nursing Science*, 4(2), 66–73. <https://doi.org/10.11648/j.ajns.s.2015040201.22>
- Gerasimoula, K., et al. (2015). *Quality of Life in Hemodialysis Patients*. *Materia Socio Medica*, 27(5), 305. <https://doi.org/10.5455/msm.2015.27.305-309>
- Horigan, A., et al. (2012). *Dialysis and Fatigue: Implications for Nurses - A Case Study Analysis*. *Medsurg Nursing*, 21(3), 158–163,175.
- Indonesian Renal Registry (IRR). 2014. *Report of Indonesian Renal Registry 7<sup>th</sup>*. <http://indonesianrenalregistry.org>
- Iyasere, O., & Brown, E. a. (2014). *Determinants of quality of life in advanced kidney disease: time to screen? Postgraduate Medical Journal*, 90(1064), 340–7. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2013-132251>
- Joshi, D. V. (2014). *Quality of life in end stage renal disease patients*. *World Journal of Nephrology*, 3(4), 308–316. <https://doi.org/10.5527/wjn.v3.i4.308>
- Marcus, et. al. (2012). *Depression: A Global Public Health Concern*. WHO Department of mental Health and Substance Abuse.
- Shirazian, S., Grant, C. D., Aina, O., Mattana, J., Khorassani, F., & Ricardo, A. C. (2016). *Depression in Chronic Kidney Disease and End Stage Renal Disease: Similarities and Differences in Diagnosis, Epidemiology, and Management*. *Kidney International Reports*. <https://doi.org/10.1016/j.ekir.2016.09.005>
- Tsai, Y. C., Hung, C. C., Hwang, S. J., Wang, S. L., Hsiao, S. M., Lin, M. Y., ... Chen, H. C. (2010). *Quality of life predicts risks of end-stage renal disease and mortality in patients with chronic kidney disease*. *Nephrology, Dialysis, Transplantation*, 25(5), 1621–1626. <https://doi.org/gfp671> [pii]r10.1093/ndt/gfp671
- WHO. (1998). *Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment*. *The WHOQOL Group. Psychol Med*, 28(3), 551–558. <https://doi.org/10.5.12>