

Perbedaan Kualitas Hidup antara Terapi Hemodialisis dengan Terapi *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* pada Pasien Gagal Ginjal Kronik

Lili Musnelina^{1*}, Ditha Kurniati¹, Del Ferdinal²

¹Fakultas Farmasi, Institut Sains dan Teknologi Nasional, Jl. Moh. Kahfi II, Jagakarsa, Jakarta, Indonesia 12640

²Instalasi Farmasi, RSPAD Gatot Soebroto, Jl. Abdul Rahman Saleh No.24, Jakarta, Indonesia 10410

*E-mail korespondensi: lili.musnelina@istn.ac.id

ABSTRAK

Penyakit Ginjal Kronik (PGK) adalah gangguan fungsi ginjal yang progresif dan bersifat *irreversible*. Pasien PGK yang memasuki tahap akhir harus segera mendapatkan terapi pengganti ginjal untuk mempertahankan hidupnya. Terapi pengganti ginjal yang paling banyak dilakukan berupa hemodialisis (HD) dan dialisis peritoneal (CAPD). Terapi yang dilakukan baik HD atau CAPD menimbulkan berbagai efek samping seperti kelelahan fisik, gangguan konsentrasi, gangguan kehidupan sosial dan resiko infeksi yang berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien PGK. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk melihat perbedaan kualitas hidup pasien PGK dengan terapi HD dan terapi CAPD. Penelitian ini adalah penelitian observasional analitik dengan menggunakan kuesioner SF-36. Hasil skor rata-rata pada kelompok pasien PGK dengan terapi CAPD yang mempunyai kualitas hidup baik sebesar $71,06 \pm 13,92$ sedangkan pada kelompok terapi HD skor rata-rata sebesar $48,08 \pm 14,37$. Kesimpulan penelitian ini adalah pasien PGK dengan kelompok terapi CAPD mempunyai kualitas hidup yang lebih baik dibandingkan dengan kelompok terapi HD.

Kata kunci: *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis*, hemodialisis, kualitas hidup, penyakit ginjal kronik, SF-36

Differences in Quality of Life between Hemodialysis Therapy and Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) Therapy in Chronic Kidney Failure Patients

ABSTRACT

Chronic Kidney Disease (CKD) is a progressive and irreversible disorder of kidney function. CKD patients who enter the final stage must immediately get renal replacement therapy to maintain their life. The most widely used kidney replacement therapy hemodialysis (HD) and peritoneal dialysis (CAPD). Therapies performed either HD or CAPD cause various side effects such as physical fatigue, impaired concentration, disruption of social life and risk of infection. Side effects affect the quality of life of CKD patients. The purpose of this study was to determine the differences quality of life chronic kidney failure patients between HD and CAPD. This research was an analytic observational research using the SF-36 questionnaire. The results have shown that the average value of quality of life was significantly different, the average score in the CAPD therapy group was 71.06 ± 13.92 and the HD therapy group the average score was 48.08 ± 14.37 . The study found that the majority of the CAPD therapy group have a good quality of life than the HD therapy group.

Keywords: Chronic Kidney Disease, Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis, hemodialysis, quality of life, SF-36

PENDAHULUAN

Penyakit Ginjal Kronik (PGK) atau *Chronic Kidney Disease (CKD)* adalah gangguan fungsi ginjal yang progressif, bersifat *irreversible* dan menyebabkan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme serta keseimbangan cairan dan elektrolit sehingga mengakibatkan terjadinya uremia (Jameson & Loscalzo, 2010). Penyakit ginjal kronik terdiri dari beberapa tahap, dimana tahap akhir dari penyakit ginjal kronik disebut

dengan penyakit ginjal tahap akhir (*End Stage Renal Disease/ESRD*). ESRD ditunjukkan dengan ketidakmampuan ginjal dalam mempertahankan homeostasis tubuh dengan nilai laju filtrasi glomerulus kurang dari 15 mL/menit/1,73 m² (Suwitra, 2014).

Pasien penyakit ginjal kronik yang memasuki tahap akhir harus segera mendapatkan terapi pengganti ginjal untuk mempertahankan hidupnya. Terapi pengganti ginjal dapat berupa hemodialisis (HD), dialisis peritoneal (yang terdiri dari *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* dan *Continuous Cyclic Peritoneal*

Dialysis (CCPD)) atau transplantasi ginjal (Jameson & Loscalzo, 2010).

Jumlah pasien penderita PGK secara global diperkirakan sebanyak 10.086.000 orang. Jumlah pasien di Amerika Serikat sekitar 15% dari penduduk dewasa atau sebesar 300.000 populasi diperkirakan menderita PGK. Berdasarkan jumlah tersebut, 88,2% pasien PGK menjalani terapi HD dan 9% menjalani CAPD (USRDS, 2017; USDHHS, 2017).

Prevalensi PGK di Indonesia pada tahun 2013 menunjukkan angka sebesar 0,2%. Berdasarkan 8th Report of Indonesian Renal Registry (IRR) jumlah pasien HD baru dan aktif terus mengalami peningkatan dari tahun 2007 hingga 2015. Pada tahun 2007 jumlah pasien baru yang menjalani dialisis sebanyak 4.977 dan pasien aktif sebanyak 1.885, sementara pada tahun 2015 jumlah pasien baru yang menjalani dialisis sebanyak 21.050 dan pasien aktif sebanyak 30.554. Sementara itu, untuk pasien CAPD tidak terlihat peningkatan yang signifikan, yaitu pada tahun 2012 terdapat 1.209 pasien dan pada tahun 2015 terdapat 1.674 pasien (Depkes RI, 2013).

Kualitas hidup pasien PGK adalah kondisi dimana pasien meskipun dengan penyakit yang dideritanya dapat tetap merasa nyaman secara fisik, psikologis, sosial, maupun spiritual serta secara optimal memanfaatkan hidupnya untuk kebahagiaan dirinya maupun orang lain. Kualitas hidup yang dirasakan pasien PGK merupakan ukuran yang penting untuk melihat *outcome* dari terapi yang dilakukan (Butar & Cholina, 2012). Hasil penelitian di Yunani, India dan Kuwait menyebutkan bahwa kualitas hidup pasien PGK dengan terapi CAPD lebih baik dari aspek fisik maupun psikis serta mempunyai tingkat kematian yang lebih rendah dibandingkan dengan pasien terapi HD (Paraskevi, 2011; Makkar et al., 2015; Al-Khaldi et al., 2017). Hal sama juga ditunjukkan pada penelitian di Indonesia bahwa terdapat perbedaan kualitas hidup yang cukup signifikan antara pasien PGK dengan terapi CAPD dan terapi HD (Ghaffar et al., 2017).

Salah satu instrumen penilaian kualitas hidup adalah *Short Form-36* (SF-36). SF-36 merupakan suatu

kuesioner yang terdiri dari 36 pertanyaan dan telah mencakup delapan dimensi kualitas hidup yaitu fungsi fisik, keterbatasan peran karena kesehatan fisik, nyeri, persepsi kesehatan secara umum, energi, fungsi sosial, kesehatan emosional, peran keterbatasan karena masalah emosional (Grassi & Nucera., 2010).

METODOLOGI PENELITIAN

Desain Penelitian. Jenis Penelitian ini adalah observasi analitik *cross sectional* secara prospektif pada pasien PGK yang menjalani terapi HD dan CAPD di unit hemodialisis RSPAD Gatot Soebroto pada bulan Maret-April 2018.

Kriteria dan jumlah sampel. Kriteria inklusi sampel adalah pasien yang rutin menjalani terapi HD atau CAPD minimal selama 3 bulan dengan kesadaran penuh. Besar sampel dihitung menggunakan rumus penelitian analitis numerik tidak berpasangan dibutuhkan minimal sebanyak 25 pasien pada masing-masing kelompok.

Pengumpulan dan analisis data. Penelitian dilakukan melalui proses pengambilan data dari rekam medik pasien yang terdiagnosis PGK dan memenuhi kriteria inklusi. Pengukuran kualitas hidup dilakukan dengan menggunakan kuesioner SF-36. Hasil kuesioner kemudian diolah dan dianalisis dengan mengelompokkan hasil berdasarkan 8 kriteria pada kuesioner SF-36. Kualitas hidup dinyatakan baik apabila menghasilkan nilai rata-rata pada setiap dimensinya ≥ 70 , sedangkan kualitas hidup dinyatakan buruk jika nilai rata-rata setiap dimensinya < 70 (Rachmawati et al., 2014).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan data yang diperoleh dari rekam medik pasien yang terdiagnosis PGK yang menjalani terapi HD dan CAPD dapat dilihat pada **Tabel 1** berikut:

Tabel 1. Perbedaan karakteristik Pasien Penyakit Ginjal Kronik dengan terapi Hemodialisis (HD) dan Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)

Karakteristik	HD n = 25 (%)	CAPD n = 25 (%)
Usia (tahun)		
Rata-rata	53,92 ± ,981	44,72 ± 9,585
< 40	2 (8)	5 (20)
>40	23 (92)	20 (80)
Jenis kelamin		
Laki-laki	16 (64)	13 (52)
Perempuan	9 (36)	12 (48)
Pendidikan		
SD	1 (4)	1 (4)
SMP	4 (16)	3 (12)
SMA	12 (48)	14 (56)
Perguruan Tinggi	8 (32)	7 (28)
Lama Terapi		
3-12 bulan	15 (60)	14 (56)
13-24 bulan	6 (24)	11 (44)
>24 bulan	4 (16)	-

Penyakit Penyerta		
Hipertensi	17 (64)	18 (67)
DM tipe 2	4 (36)	2 (8)
Hepatitis B	-	1 (4)
Hipertensi & DM tipe 2	3 (12)	3 (12)
Tidak ada	1 (4)	1 (4)

Keterangan: (-): tidak ada

Rata-rata umur pasien PGK yang menjalani terapi HD berumur 54 tahun, sedangkan pada pasien PGK yang menjalani terapi CAPD rata-rata berumur 63 tahun. Hal ini sama dengan data 8th Report of Indonesian Renal Registry bahwa proporsi pasien terbanyak pada rentang umur 45-54 tahun (IRR, 2016). Pada usia diatas 40 tahun terjadi penurunan LFG secara progresif hingga umur 70 tahun, kurang lebih 50% dari normalnya. Terjadinya penurunan LFG ini menyebabkan kerusakan fungsi ginjal hingga pada tingkatan tertentu yang mengharuskan pasien menjalani terapi pengganti ginjal. Hal inilah yang menyebabkan kebanyakan pasien PGK berumur di atas 40 tahun (Grassi & Nucera, 2010).

Berdasarkan jenis kelamin pasien PGK yang menjalani terapi HD sebanyak 9 orang (36%) perempuan dan sebanyak 16 orang (64%) laki-laki, sedangkan pada kelompok terapi CAPD sebanyak 12 orang (48%) berjenis kelamin perempuan dan laki-laki sebanyak 13 orang (58%). Hal yang sama juga ditunjukkan oleh 8th Report of Indonesian Renal Registry (IRR) dengan jumlah sampel pria lebih banyak yaitu sebanyak 640 pasien dan wanita sebanyak 530 pasien (IRR, 2016). Peran hormon seksual dalam proses patogenesis kerusakan ginjal mendapatkan banyak perhatian. Dari beberapa penelitian pada hewan diketahui bahwa testosteron berhubungan dengan perkembangan kerusakan ginjal melalui beberapa mekanisme. Hal ini yang menyebabkan perkembangan PGK pada laki-laki lebih pesat jika dibandingkan dengan perempuan (Goldberg & Krause, 2016). Level hormon testosteron dapat merusak ginjal. Pada laki-laki, PGK berhubungan dengan rendahnya level hormon testosteron, prolaktin, dan hormon anti-Mullerian, serta tingginya hormon gonadotropin (Eckersten, 2015).

Pendidikan pasien PGK dengan terapi HD maupun CAPD terbanyak berpendidikan terakhir di SMA, yaitu sebanyak 12 orang (48%) dan 14 orang (52%) secara berurutan, diikuti dengan berpendidikan perguruan tinggi sebanyak 8 orang (32%) dan 7 orang (28%), berpendidikan SMP sebanyak 4 orang (16%) dan 3 orang (12%), serta yang terendah berpendidikan SD yaitu masing-masing sebanyak 1 orang (4%). Hal ini menunjukkan bahwa gagal ginjal kronik dapat terjadi pada siapa pun tanpa membedakan tingkat pendidikan.

Rata-rata lama terapi pasien PGK dengan terapi HD maupun CAPD terbanyak adalah 3-12 bulan, yaitu sebanyak 15 orang (60%) dan 14 orang (40%). Lama terapi antara 13-24 bulan terbanyak pada kelompok terapi CAPD, yaitu 11 orang (44%) dan 6 orang (24%) pada kelompok terapi HD, sedangkan yang menjalani terapi > 24 bulan hanya terdapat pada pasien PGK yang menjalani terapi HD yaitu sebanyak 4 orang (16%). Semakin lama pasien menjalani terapi, pasien akan semakin patuh karena biasanya responden telah mencapai tahap menerima keadaan ditambah mereka juga kemungkinan mendapat

pendidikan kesehatan dari perawat ataupun dokter tentang penyakit dan pentingnya melaksanakan terapi secara teratur (Harasyid, 2012).

Penyakit penyerta terbanyak pada pasien PGK adalah hipertensi yaitu pada kelompok terapi HD sebanyak 17 orang (64%) dan CAPD sebanyak 18 orang (67%). Penyakit penyerta terbanyak kedua adalah DM tipe 2 pada kelompok terapi HD sebanyak 4 orang (36%) dan terapi CAPD sebanyak 2 orang (8%). Pasien dengan penyakit komplikasi hipertensi & DM tipe 2 masing-masing sebanyak 3 orang (12%) pada kelompok terapi HD maupun terapi CAPD, dan terakhir yaitu hepatitis B sebanyak 1 orang (4%) pada kelompok terapi CAPD. Hal ini sesuai dengan data dari 8th Report of Indonesian Renal Registry (IRR) bahwa hipertensi (50%) dan Diabetes Mellitus (23%) merupakan penyakit penyerta nomer satu dan dua bagi pasien gagal ginjal kronik (IRR, 2016).

Hipertensi dan gagal ginjal saling memengaruhi. Hipertensi dapat menyebabkan gagal ginjal, sebaliknya PGK dapat menyebabkan hipertensi. Hipertensi yang berlangsung lama dapat mengakibatkan perubahan struktur pada arteriol di seluruh tubuh, ditandai dengan fibrosis dan hialinisasi dinding pembuluh darah dengan organ sasaran utama adalah jantung, otak, ginjal, dan mata. Pada ginjal, arteriosklerosis akibat hipertensi lama menyebabkan nefrosklerosis. Gangguan ini merupakan akibat langsung iskemia karena penyempitan lumen pembuluh darah intrarenal. Penyumbatan arteri dan arteriol akan menyebabkan kerusakan glomerulus sehingga seluruh nefron rusak, yang menyebabkan terjadinya gagal ginjal kronik (Budiyanto, 2011).

Diabetes merupakan komorbiditas kedua terbanyak setelah hipertensi. Diabetes dapat merusak pembuluh darah kecil pada ginjal sehingga pada gilirannya memengaruhi kemampuan ginjal untuk menyaring darah dengan baik. Karena situasi seperti itu, protein tertentu (albumin) dapat bocor ke dalam urin (albuminaria) sehingga menyebabkan gagal ginjal (Colvy, 2010). Kadar gula darah tidak terkontrol pada pasien diabetes dapat menyebabkan kerusakan yang lebih parah pada glomerulus sehingga apabila tidak dapat dikontrol dengan baik maka lama kelamaan akan menyebabkan kerusakan ginjal yang lebih parah. Pasien tanpa komorbid diabetes melitus kemungkinan memiliki kualitas hidup yang baik 4,2 kali dibandingkan dengan pasien yang memiliki komorbid diabetes melitus (Rendy & Margareth, 2012).

Hasil pengolahan nilai rata-rata pada kuesioner SF-36 terhadap pengukuran kualitas hidup ditampilkan dalam bentuk hasil rata-rata skoring $\pm$ standar deviasi dan distribusi frekuensi. Hasil nilai rata-rata untuk setiap dimensi kesehatan fisik dan psikis pada pasien PGK dengan terapi CAPD lebih tinggi dari pada terapi HD (Tabel 2).

Tabel 2. Perbedaan Dimensi Kualitas Hidup antara Pasien Penyakit Ginjal Kronik dengan terapi Hemodialisis (HD) dan Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)

Variabel	Kelompok		p value
	HD Rerata ± SD	CAPD Rerata ± SD	
Dimensi kesehatan fisik	45,13 ± 16,55	62,11 ± 16,17	0,001*¹
Fungsi Fisik	42,00 ± 24,452	44,20 ± 24,735	0,762²
Peran Fisik	18,00 ± 26,53	57,00 ± 45,37	0,002*²
Persepsi Rasa Sakit	69,90 ± 26,175	83,50 ± 17,41	0,039*²
Kesehatan Umum	50,40 ± 16,64	63,56 ± 14,30	0,005*²
Dimensi kesehatan psikis	51,04 ± 13,95	80,01 ± 14,13	0,000*²
Kesejahteraan Emosi	58,24 ± 15,75	80,80 ± 13,80	0,000*²
Peran Emosional	26,67 ± 25,459	85,32 ± 23,38	0,000*²
Fungsi Sosial	62,50 ± 18,750	89,00 ± 16,66	0,000*²
Energi	56,60 ± 19,93	64,80 ± 15,84	0,114 ¹

Keterangan: ¹Independent t-test; ² Mann Whitney; * Signifikan p < 0,05

Dimensi kesehatan fisik terdiri dari 4 domain, yaitu fungsi fisik, peran fisik, persepsi rasa sakit dan kesehatan umum. Hasil penelitian ini didapati pasien PGK kelompok CAPD memiliki skor rata-rata lebih tinggi dibanding kelompok HD yang memiliki skor rata-rata 45,13 ± 16,55. Dimensi kesehatan fisik memiliki skor yang lebih rendah dibanding dengan dimensi kesehatan psikis, hal ini sesuai pada penelitian sebelumnya dimana untuk kualitas hidup pasien PGK pada tingkatan 5 memiliki kualitas hidup yang sangat rendah terutama untuk dimensi fungsi fisik dan peran fisik (Cruz *et al.*, 2011).

Pada domain fungsi fisik pasien PGK baik kelompok HD maupun CAPD memiliki skor yang tidak jauh berbeda. Pasien membutuhkan usaha lebih ketika melakukan kegiatan yang kuat, seperti berlari, mengangkat benda berat dan olahraga berat, bahkan banyak pasien yang sudah tidak melakukan aktivitas-aktivitas tersebut akibat fungsi fisik yang sudah menurun. Pasien juga mengalami keterbatasan dalam menaiki anak tangga dan berjalan beberapa blok, keterbatasan moderat untuk memindahkan meja dan menggunakan penyedot debu. Hal ini karena adanya jarum vaskuler pada pasien HD dan adanya selang kateter pada pasien CAPD sehingga mereka tidak bisa leluasa untuk beraktivitas. Akan tetapi, 3 orang dari pasien pada kelompok CAPD mengatakan bahwa mereka masih melakukan aktivitas senam sekali seminggu di kantor dan 1 orang pasien masih aktif mengikuti kelas yoga, sedangkan pasien kelompok HD tidak ada satupun mengikuti kegiatan fisik.

Pada domain peran fisik didapati skor rata-rata yang cukup jauh nilainya yaitu 18,00 ± 26,53 pada kelompok HD dan 57,00 ± 45,37 pada kelompok CAPD. Skor yang sangat berbeda juga didapat pada penelitian yang dilakukan di RS Kariadi Semarang dimana skor rata-rata pada kelompok HD sebesar 12,5 dan kelompok CAPD sebesar 50. Kebanyakan dari pasien yang menjalani terapi HD tidak bisa beraktivitas normal seperti sebelumnya bahkan banyak yang kehilangan pekerjaan dikarenakan mereka terikat dengan jadwal terapi yang ada sehingga skor rata-rata yang didapat kelompok HD sangat rendah (Ghaffar *et al.*, 2017).

Dimensi kesehatan psikis terdiri dari 4 domain, yaitu energi (vitalitas), kesejahteraan emosi, peran

emosional dan fungsi sosial dimana pada kelompok terapi CAPD memiliki skor rata-rata 80,01 ± 14,13 lebih tinggi dibanding kelompok terapi HD dengan skor rata-rata 51,04 ± 13,95. Perasaan emosional pada pasien PGK dapat menurunkan kualitas hidup pada pasien PGK dari waktu ke waktu karena peningkatan beban ginjal penyakit pada kehidupan seseorang yang menyebabkan perasaan frustrasi. Hal ini disebabkan oleh peningkatan waktu yang dihabiskan karena pengobatan PGK dan mengganggu kehidupan pasien (Van *et al.*, 2012). Pasien PGK dengan terapi HD mengalami gangguan peran karena tidak diikutsertakan dalam kehidupan sosial, tidak boleh mengurus pekerjaan, sehingga terjadi perubahan tanggung jawab dalam keluarga (Yulawati, 2009).

Pada penelitian ini, skor rata-rata fungsi sosial pada kelompok terapi HD memiliki skor yang lebih rendah karena kebanyakan pasien mempunyai kondisi fisik yang menurun dan penampilan yang berubah. Selain itu, pulang pergi ke rumah sakit untuk terapi selama dua kali seminggu sudah cukup menguras tenaga dan waktu sehingga mereka lebih memilih untuk tetap tinggal di rumah dan enggan bersosialisasi. Berbeda dengan pasien terapi CAPD yang melakukan pergantian dialisis selama 4 kali per hari dengan setengah jam tiap kali pergantian. Selain itu, cairan dialisis bisa dibawa kemanapun seperti di rumah, tempat kerja, atau saat liburan sehingga membuat pasien bisa lebih merasa bebas. Selama cairan dialisis masih tetap ada dalam bagian peritoneal, pasien bebas melakukan aktivitas seperti memasak, bersih-bersih rumah dan aktivitas lainnya. Hal ini membuat pasien terapi CAPD mempunyai skor yang lebih tinggi pada domain fungsi sosial (Norhayati, 2012).

Pada domain kesejahteraan emosi, kelompok terapi HD memiliki skor rata-rata yang lebih rendah karena banyak pasien dengan lama terapi kurang dari setahun yang memiliki perasaan gugup setiap kali akan melakukan terapi. Kesejahteraan emosi akan semakin membaik pada pasien yang menjalani terapi rutin karena seiring berjalannya waktu pasien yang menjalani terapi semakin bisa menerima keadaan tubuhnya (Paraskevi, 2011).

Berdasarkan hasil analisis rata-rata dimensi kualitas hidup terlihat bahwa pasien PGK dengan terapi

CAPD mempunyai nilai rata-rata ≥ 70 yang menunjukkan bahwa kualitas hidupnya lebih baik dibandingkan dengan pasien gagal ginjal kronik dengan terapi HD yang

mempunyai nilai rata-rata < 70 yang menunjukkan bahwa kualitas hidupnya kurang baik (Jos, 2014).

Tabel 3. Nilai rata-rata kualitas hidup antara pasien gagal ginjal kronik dengan terapi Hemodialisis (HD) dan Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis(CAPD)

	Kelompok		p value
	HD (%)	CAPD (%)	
Total Skor (Mean $\pm$ SD)	48,08 $\pm$ 14,37	71,06 $\pm$ 13,92	0,000*1
Baik	14 (56)	21 (84)	
Kurang baik	11 (44)	4 (16)	

Pada penelitian ini, terdapat perbedaan angka kualitas hidup yang besar antara pasien PGK dengan terapi HD dan terapi CAPD dimana pada pasien PGK dengan terapi HD didapatkan skor rerata untuk seluruh domain pada angka 48,08 $\pm$ 14,37, sedangkan pada pasien PGK dengan terapi CAPD didapatkan skor rerata sebesar 71,06 $\pm$ 13,92 dengan *p value* 0,000 yang berarti kualitas hidup pada pasien CAPD lebih baik dibanding pasien HD. Namun pada beberapa penelitian melaporkan bahwa pasien PGK dengan terapi CAPD memiliki kualitas hidup yang lebih baik dibanding PGK yang menjalani terapi HD (Makkar et al., 2015).

Pasien HD lebih merasakan rasa sakit, perasaan tidak nyaman dan gejala penyakit yang lebih serius dibanding pasien CAPD (Larasati, 2012). Hal yang sama ditemukan pada penelitian ini dimana banyak responden HD yang mengeluhkan gejala antara lain: nyeri otot, kram otot, kulit gatal, kulit kering, napas pendek (sesak), pusing, penurunan nafsu makan, mati rasa pada tangan dan kaki, mual, dan sulit tidur. Hal sebaliknya, masalah yang ditemui pada responden pasien CAPD hanya pada masalah kateter dimana terkadang kateter macet sehingga pergantian cairan dialisis menjadi tidak lancar (Nurcahayati, 2011).

Salah satu alasan terdapat perbedaan angka kualitas hidup pasien PGK antara terapi HD dengan terapi CAPD dikarenakan pada pasien CAPD pergantian cairan dialisis yang diganti 4 kali sehari yang dilakukan sendiri pada waktu dan tempat yang ditentukan sendiri oleh mereka. Hal ini memberikan kebebasan karena mereka tidak secara fisik “terikat” dengan mesin selama 5-6 jam tiap kali terapi seperti pasien terapi HD. Hal inilah yang memberikan perasaan yang lebih baik pada pasien CAPD (Armiyati, 2009).

Kelebihan lainnya dari CAPD adalah lebih stabilnya pembuangan cairan dan eliminasi racun azotemia karena pembuangan yang bersifat *continue* setiap hari (6 jam/4 kali dalam sehari) sehingga dapat mempertahankan keadaan klinis yang baik. Berbeda dengan pasien PGK terapi HD yang bersifat fluktuatif karena hanya dilakukan selama 2 sesi setiap minggunya di rumah sakit. Selain itu, dalam hal diet pasien PGK terapi CAPD meskipun tetap ada pembatasan diet namun tidak seketat pasien PGK terapi HD (Ghaffar et al., 2017).

KESIMPULAN

Karakteristik pasien PGK yang menjalani terapi HD rata-rata berumur 54 tahun, berjenis kelamin terbanyak adalah laki-laki, berpendidikan SMA dengan penyakit penyerta hipertensi dan sudah menjalani terapi kurang dari 12 bulan. Sedangkan pasien PGK yang menjalani terapi CAPD rata-rata berumur 45 tahun, berjenis kelamin terbanyak adalah laki-laki, berpendidikan SMA dengan penyakit penyerta hipertensi dan sudah menjalani terapi kurang dari 12 bulan.

Nilai rata-rata dimensi kesehatan fisik dan psikis serta rata-rata dimensi kualitas hidup terlihat bahwa pasien PGK dengan terapi CAPD mempunyai nilai rata-rata ≥ 70 yang menunjukkan bahwa kualitas hidupnya lebih baik dibandingkan dengan pasien gagal ginjal kronik dengan terapi HD yang mempunyai nilai rata-rata < 70 .

DAFTAR PUSTAKA

Al-Khaldi, N.A., Alipour, M., Faraj, H., Salama, S., Borahmah, A., & Albatineh, A.N. (2017). Quality of Life Comparison between Hemodialysis and Peritoneal Dialysis among End-Stage Renal Disease Patients in Kuwait. *Open Acces J Trans Med Res*, 1(3), 61- 67.

Armiyati, Y. (2009). Komplikasi Intradialisis Yang Dialami Pasien CKD Saat Menjalani Hemodialisis Di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Tesis. Universitas Indonesia.

Butar & Cholina, T.S. (2012). Karakteristik Pasien Dan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Terapi Hemodialisa. *Jurnal keperawatan klinis*, 1(2), 11–17.

Budiyanto, C. (2011). Hubungan Hipertensi dan Diabetes Mellitus Terhadap Gagal Ginjal Kronik. *Jurnal Kedokteran Islam*, 4(1), 13-18.

Colvy, J. (2010). *Tips cerdas mengenali dan mencegah gagal ginjal*. Yogyakarta: DAFA Publishing.

Cruz, M.C., Andrade, C., Urrutia, M., Draibe, S., Nogueira-Martins, L.A., & Sesso, R.C. (2011). Quality of Life in Patients with Chronic Kidney Disease. *Clinics*, 66(6), 991-995.

Eckersten, D. (2015). Anti-Mullerian hormone: A sertoli cell-derived marker, is decreased in plasma of

- male patients in all stages of chronic kidney disease. *Andrology*, 3(6), 1160-1164.
- Ghaffar, M.R.A., Shofa, & Fanti. (2017). Perbandingan Kualitas Hidup Pasien Penyakit Ginjal Kronik yang diterapi dengan Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis atau Hemodialisis. *Jurnal Kedokteran Diponegoro*, 6(4), 1518-1528.
- Harasyid. (2012). Hubungan lamanya hemodialisis dengan kualitas hidup pasien penyakit ginjal kronik di RSUP H. Adam Malik Bulan Juni 2011. Tesis. Universitas Indonesia.
- Holley, J.F, Berns, J.S, & Post, T.W. (2017). Acute complications during Hemodialysis. *Official reprint from Up Date*, 18(2), 1-6.
- Indonesian Renal Registry (IRR). (2016). *8th Report Of Indonesian Renal Registry*. Persatuan Nefrologi Indonesia, <http://www.pernefriinasn.org/Laporan/8th%20Annual%20Report%20Of%20IRR%202011.pdf>. [akses : 11 Oktober 2017]
- Jameson, J.L. & Loscalzo, J., (2010). *Harrison's Nephrology and Acid-Base Disorders*, 17th ed. New York: McGraw Hill.
- Jos, W (2014). Kualitas hidup pasien yang menjalani hemodialisis rutin di RSUD Tarakan, Kalimantan Utara. *Jurnal Kedokteran Indonesia* 4 (2), 87 – 91.
- Larasati, T.A. (2012). Kualitas Hidup Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 di RS Abdul Moeloek Propinsi Lampung. *Jurnal Kedokteran dan Kesehatan Universitas Lampung*, 2(2), 17-20.
- Makkar,V., Kumar, M., Mahajan, R., & Khaira, N.S. (2015). Comparison of Outcomes and Quality of Life between Hemodialysis and Peritoneal Dialysis Patients in Indian ESRD Population. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 9(3), 28-31.
- Nurchayati, S. (2011). Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup pasien penyakit ginjal kronik yang menjalankan hemodialisa di Rumah Sakit Islam Fatimah Cilacap dan Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas. Tesis. Universitas Indonesia.
- Norhayati, I., Norella, K.C.T., & Desa, A. (2012). Illness perception and health-related quality of life among haemodialysis patients. *Pertanika Journal of Social Sciences & Humanities*, 19(2), 173-181.
- Paraskevi, T. (2011). The role of sociodemographic factors in health-related quality of life of patients with end-stage renal disease. *International Journal of Caring Sciences*, 4(1), 40-50.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Depkes RI). (2013). *Riset Kesehatan Dasar 2013*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia. http://www.litbang.depkes.go.id/sites/download/rkd2013/Laporan_Ris_kesdas2013.PDF. [akses: 21 Desember 2017]
- Rachmawati, Y., Perwitasari, D.A., & Adnan. (2014). Validasi Kuesioner SF-36 Versi Indonesia Grassi, M. & Nucera, A. (2010). Dimensionality and summary measures of the SF-36 v1.6: Comparison of scale and item based approach across ECRHS II adults population. *Value in Health*, 13(3), 469-478.
- Goldberg, I. & Krause, I. (2016). The role of gender in Chronic Kidney Disease. *EMJ*, 1(2), 58-64.
- terhadap Pasien Hipertensi di Puskesmas Yogyakarta. *Pharmacy*, 11(01), 14-25.
- Rendy, M.C. & Margareth, T.H. (2012). *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Penyakit Dalam*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Suwitra, K. (2014). *Penyakit Ginjal Kronik*. Depok: Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI.
- United State Renal Data System (USRDS). (2017). *The 2017 Annual Data Report Chapter 11 Vol. 2: International Comparisons*. <http://usrds.go.org> [akses : 15November 2017]
- United State Department of Health and Human Services (USDHHS). (2017). *Prevention Center for Disease Control*. National Chronic Kidney Disease Fact Sheet.. https://www.cdc.gov/kidneydiseases/pdf/kidney_factsheet.pdf [akses :15 November 2017]
- Van, K.N., Duangpaeng, S., Deenan, A., & Bonner, A. (2012). Examining the health related quality of life of people with end-stage kidney disease living in Hanoi, Vietnam. *Renal Society of Australasia Journal*, 8(3), 140-145.
- Yuliyaw. (2009). Hubungan Karakteristik Individu Dengan Kualitas Hidup Dimensi Fisik Pasien Gagal Ginjal Kronik di Rs Dr.Kariadi Semarang. *Skripsi*. Universitas Muhammadiyah Semarang.