

## Studi Komparatif *Quality of Life* Pada Pasien *Terminal Illness*

Edi Ruhmadi<sup>1</sup>, H. Aman Budi Santosa<sup>2</sup>

Program Studi Keperawatan Cirebon, Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya  
edi.ruhmadi@gmail.com

---

### INFO ARTIKEL

---

#### Riwayat Artikel :

Diterima : 03 Januari 2022

Disetujui : 25 Januari 2022

---

#### Kata Kunci :

*Quality of Life, terminal illness.*

---

### ABSTRAK (Times New Roman 11, Bold, spasi 1)

Quality of Life pada pasien terminal illness, penelitian ini bertujuan untuk mengetahui adakah perbedaan tingkat kualitas hidup pada pasien dengan Penyakit terminal (CHF, GIK dan PPOK). Penelitian ini bersifat observasional. Subjek penelitian ini berjumlah 24 orang yang terdiri dari Kelompok-1 (CHF) 4 orang, Kelompok-2 (GIK) 10 orang dan Kelompok-3 (PPOK) 10 orang. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kualitas hidup pada kelompok-1 buruk pada dimensi fisik, dan sedang pada dimensi psikologis, sosial dan lingkungan, kelompok-2 kategori kualitas hidup buruk pada dimensi fisik, dan kualitas hidup sedang pada dimensi psikologis, sosial dan lingkungan, kelompok-3 baik dimensi fisik, psikologis, sosial dan lingkungan dengan kualitas hidup sedang. Berdasarkan hasil analisis bivariat dengan uji Chi-square didapatkan hasil bahwa terdapat perbedaan pada dimensi lingkungan dengan  $P_{value} < 0,05$  (0,036).

---

### ARTICLE INFO

---

#### Article History :

Received : 03 Januari 2022

Accepted : 25 Januari 2022

---

#### Keywords:

*Quality of Life, terminal illness.*

---

### ABSTRACT (Times New Roman 11, Bold, spasi 1)

*Quality of Life in terminal illness patients, this study aims to determine whether there are differences in the level of quality of life in patients with terminal illnesses (CHF, CKD and COPD). This research is observational. The subjects of this research were 24 people, consisting of Group-1 (CHF) 4 people, Group-2 (GIK) 10 people and Group-3 (COPD) 10 people. The results showed that the quality of life in group-1 was poor in the physical dimension, and moderate in the psychological, social and environmental dimensions, group-2 was in the category of poor quality of life in the physical dimension, and moderate quality of life in the psychological, social and environmental dimensions. 3 good physical, psychological, social and environmental dimensions with moderate quality of life. Based on the results of the bivariate analysis with the Chi-square test, it was found that there were differences in the environmental dimensions with  $P_{value} < 0.05$  (0.036)*

## 1. PENDAHULUAN

Penyakit terminal adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami penyakit/ sakit yang tidak mempunyai harapan untuk sembuh sehingga sangat dekat dengan proses kematian (Banjarnahor 2018; Rantung and others 2018; Supardi and Ludiana 2020). Respon pasien dalam kondisi terminal sangat individual tergantung kondisi fisik, psikologis, sosial yang dialami, sehingga dampak yang ditimbulkan pada tiap individu juga berbeda. Hal ini mempengaruhi tingkat kebutuhan dasar yang ditunjukkan oleh pasien terminal. Perawat harus memahami apa yang dialami pasien dengan kondisi terminal, tujuannya untuk dapat menyiapkan dukungan dan bantuan bagi pasien sehingga pada saat-saat terakhir dalam hidup bisa bermakna dan akhirnya dapat meninggal dengan tenang dan damai.

Seiring dengan perkembangan teknologi, perubahan gaya hidup, dan pola makan, semakin banyak orang yang mengalami penyakit kronis bahkan di usia yang masih muda. Dari data yang dimiliki oleh WHO, diketahui ada 38 juta orang yang meninggal dunia setiap tahunnya karena mengidap penyakit tidak menular. Bahkan penyakit-penyakit ini telah dialami oleh 16 juta jiwa orang, sebelum mereka berusia 70 tahun dan menyebabkan kematian dini sebanyak 82%.

Penyakit kardiovaskuler, kanker telah meningkat kejadiannya hingga 70% selama 2 dekade terakhir, lalu diabetes, gagal ginjal kronik dan penyakit pernapasan yaitu Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK).

Penyakit kardiovaskular adalah penyakit yang mengganggu kesehatan jantung serta pembuluh darah, merupakan penyebab utama yang menyebabkan tingkat kematian dini di dunia.

Gagal jantung merupakan penyebab utama morbiditas dan mortalitas di seluruh dunia (Ferreira et al. 2019; Gabriel-Costa 2018). Risiko terjadinya gagal jantung semakin meningkat sepanjang waktu. Menurut data WHO 2013, 17,3 juta orang meninggal akibat gangguan kardiovaskular pada tahun 2008 dan lebih dari 23 juta orang akan meninggal setiap tahun dengan gangguan kardiovaskular (WHO, 2013). Lebih dari 80% kematian akibat gangguan kardiovaskular terjadi di negara-

negara berpenghasilan rendah dan menengah (Yancy, 2013).

Penelitian di Amerika, risiko berkembangnya gagal jantung adalah 20% untuk usia  $\geq 40$  tahun, dengan kejadian >650.000 kasus baru yang didiagnosis gagal jantung selama beberapa dekade terakhir. Kejadian gagal jantung meningkat dengan bertambahnya usia. Tingkat kematian untuk gagal jantung sekitar 50% dalam waktu 5 tahun (Yancy et al. 2013). Berdasarkan data Rikesdas tahun 2013, prevalensi gagal jantung di Indonesia sebesar 0,3%.

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa kualitas hidup pasien gagal jantung kongestif mayoritas buruk dengan presentase 80%, diharapkan masyarakat dapat meningkatkan kepedulian terhadap pasien yang mempunyai penyakit gagal jantung (Mahanani et al. 2017)

Dewasa ini, jumlah pasien dengan Penyakit Ginjal Kronis (PGK) terus meningkat dari tahun ke tahun. Seperti yang dicatat Indonesian Renal Registry (IRR), pada 2015 pasien baru dengan PGK mencapai 21.050 orang.

Jumlah tersebut naik di tahun 2016 sebesar 25.446 orang. Sehingga, pasien dengan PGK di Indonesia diperkirakan lebih 150 ribu orang.

Berdasarkan *Indonesian Renal Registry* (IRR) tahun 2016, sebanyak 98% penderita gagal Ginjal menjalani terapi Hemodialisis dan 2% menjalani terapi Peritoneal Dialisis (PD). Penyebab penyakit Ginjal kronis terbesar adalah nefropati diabetik (52%), hipertensi (24%), kelainan bawaan (6%), asam urat (1%), penyakit lupus (1%) dan lain-lain.

Hasil penelitian menunjukkan pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis memiliki kualitas hidup yang lebih buruk dibandingkan dengan masyarakat pada umumnya dan mengalami gangguan atau skor yang lebih rendah disebagian besar domain kualitas hidup (Mailani 2015; O'Sullivan and McCarthy 2007; Sathvik et al. 2008). Kualitas hidup pasien yang menjalani hemodialisis dalam empat domain yaitu fisik, psikologis, sosial dan lingkungan juga lebih rendah dibandingkan dengan pasien yang menjalani transplantasi ginjal (Mailani 2015)

*World Health Organisation* (WHO) memperkirakan bahwa pada tahun 2020

prevalensi PPOK akan terus meningkat dari peringkat ke-6 menjadi peringkat ke-3 di dunia dan dari peringkat ke-6 menjadi peringkat ke-3 penyebab kematian tersering di dunia (Depkes 2008).

Menurut WHO pada tahun 2010 PPOK adalah masalah kesehatan utama yang menjadi penyebab kematian nomor empat di Indonesia (PDPI, 2006).

Sedangkan berdasarkan data Badan kesehatan Dunia (WHO) tahun 2010 menyatakan Indonesia merupakan negara konsumsi rokok ketiga setelah Tiongkok dan India. Setiap 4 orang Indonesia terdapat seorang perokok, angka persentase ini jauh lebih besar dari pada Amerika saat ini yakni hanya sekitar 19%.

Responden PPOK yang memiliki kualitas hidup buruk sebesar 70%, sesak napas derajat 3 dengan kualitas hidup buruk sebesar 60%, PPOK derajat 3 dengan kualitas hidup buruk sebesar 45% dan frekuensi eksaserbasi  $\geq 2$  kali/tahun dengan kualitas hidup buruk sebesar 67,5% (Khausarika 2016).

Kualitas hidup pasien PPOK dalam kategori baik sebanyak 27 responden (38,02%) dan sisanya 44 responden (61,97%) memiliki kualitas hidup dalam kategori tidak baik (Muthmainnah, Restuastuti, and Munir 2015).

## 2. METODE

Penelitian ini adalah penelitian deskriptif analitik yaitu suatu metoda penelitian yang dilakukan dengan tujuan untuk mengidentifikasi gambaran kualitas hidup pada pasien CHF, GKG dan PPOK.

Dalam penelitian ini target populasinya adalah seluruh penderita terminal illness

(Pasien CHF, GKG dan PPOK) di RSD Gunung Jati Kota Cirebon. Berdasarkan pada situasi nyata ditempat penelitian, sampel (subjek) penelitian yang didapatkan tidak sesuai dengan hasil penghitungan yang telah ditentukan, sehingga peneliti dalam penentuan sampel penelitian dilakukan dengan accidental sampling.

Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah form *quality of life* dari WHO yaitu WHO-CoL yang terdiri dari 26 item pertanyaan yang berisi tentang dimensi pada kualitas hidup yaitu dimensi fisik, psikologis, sosial dan lingkungan.

Alat yang digunakan adalah instrumen penelitian dari WHO yang sudah baku yaitu WHO-CoL. Responden dikelompokkan menjadi tiga kelompok yang terdiri dari, Kelompok 1 adalah penderita gagal jantung congestive (CHF), Kelompok-2 adalah penderita gagal ginjal kronik (GKG) dan Kelompok-3 adalah penderita PPOK.

Analisis data menggunakan analisis univariat dan bivariat dengan Kruskal Wallis untuk mencari tingkat perbedaan dengan dua kelompok atau lebih dan data tidak berdistribusi normal. Analisis bertujuan untuk menjelaskan, mendeskripsikan dan mencari tingkat perbedaan dari setiap variabel penelitian yang diawali dengan pembahasan tentang gambaran karakteristik umum dari subjek penelitian (umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan)

## 3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil distribusi frekuensi responden yang menjadi penelitian adalah sebagai berikut:

Tabel 1 Statistika Deskriptif

NO	Variabel yang diamati	CHF		CGK		PPOK	
	UMUR	f	%	f	%	f	%
1	40-45 tahun	0	0	0	0	0	0
2	46-50 tahun	0	0	0	0	0	0
3	51-55 tahun	0	0	0	0	0	0
4	55-60 tahun	0	0	1	10	2	20

5	>60 tahun	4	100	9	90	8	80
	<b>Jenis Kelamin</b>						
1	Laki-laki	3	75	8	80	8	80
2	Wanita	1	25	2	20	2	20
	<b>Pendidikan</b>						
1	SD	1	25	4	40	7	70
2	SMP	1	25	4	40	3	30
3	SMA	2	50	2	20	0	0
4	PT	0	0	0	0	0	0

Responden kelompok-1 seluruhnya (100%) berusia di atas 60 tahun, kemudian responden kelompok-2 paling banyak berusia >60 tahun (90%), paling sedikit berusia 55-60 tahun (10%). Terakhir Responden kelompok-3 paling banyak berusia >60 tahun (80%), paling sedikit berusia 55-60 tahun (20%)

Responden Kelompok-1 paling banyak berjenis kelamin laki-laki (75%) dibanding Wanita (25%), Kelompok-2 paling banyak berjenis kelamin laki-laki (80%) dibanding wanita (20%), dan responden Kelompok-3 paling banyak berjenis kelamin laki-laki (80%) dibanding wanita (20%)

Responden Kelompok-1 paling banyak berpendidikan SMA (50%), paling sedikit pendidikan SD dan SMP sebanyak 25%.

Kelompok-2 paling sedikit berpendidikan SMA (20%) dan pendidikan SD dan SMP masing-masing 40%, sedangkan Responden Kelompok-3 paling banyak berpendidikan SD (70%) dan paling sedikit berpendidikan SMP (30%)

Adalah analisis untuk mencari perbedaan kualitas hidup antara pasien CHF, GJK, dan PPOK, yang terlebih dahulu dilakukan uji normalitas data, dan hasilnya uji normalitas didapatkan data tidak berdistribusi normal sehingga analisis yang dilakukan adalah dengan uji non parametrik Kruskal Wallis, dengan menggunakan program komputer, dengan hasil sebagai berikut :

Tabel 2 Statistika Deskriptif Kualitas Hidup

<b>Dimensi Kualitas Hidup</b>	<b>Kelompok Penelitian</b>	<b>N</b>	<b>Mean Rank</b>
<b>Fisik</b>	CHF	4	5.88
	GJK	10	14.75
	PPOK	10	12.90
	<b>Total</b>	<b>24</b>	

<b>Psikologis</b>	CHF	4	12.13
	GGK	10	11.10
	PPOK	10	14.05
	<b>Total</b>	<b>24</b>	
<b>Sosial</b>	CHF	4	13.88
	GGK	10	10.75
	PPOK	10	13.70
	<b>Total</b>	<b>24</b>	
<b>Lingkungan</b>	CHF	4	11.25
	GGK	10	8.80
	PPOK	10	16.70
	<b>Total</b>	<b>24</b>	

Berdasarkan hasil analisis di atas, didapatkan hasil bahwa kualitas hidup pada dimensi fisik pada pasien dengan CHF pada dimensi fisik dengan *mean rank* 5.88, selanjutnya pasien PPOK dengan *mean rank* 12.90, dan pada pasien GGK dengan *mean rank* 14.75. Artinya bahwa dari ketiga kelompok responden, yang paling rendah kualitas hidup dari dimensi fisik yaitu pada pasien CHF.

Dimensi psikologis pasien GGK dengan *mean rank* 11.10, selanjutnya pasien CHF dengan *mean rank* 12.13 dan pasien PPOK dengan *mean rank* 14.05. Artinya bahwa dari ketiga kelompok responden, yang paling rendah kualitas hidup pada dimensi psikologis adalah pasien dengan GGK.

Dimensi sosial pasien GGK dengan *mean rank* 10.75, selanjutnya pasien PPOK dengan

*mean rank* 13.70 dan pasien CHF dengan *mean rank* 13.88. Artinya bahwa dari ketiga kelompok responden, yang paling rendah kualitas hidup pada dimensi sosial adalah pasien dengan GGK.

Dimensi lingkungan GGK dengan *mean rank* 8.80, pasien CHF dengan *mean rank* 11.25 dan pasien PPOK dengan *mean rank* 16.70. Artinya bahwa dari ketiga kelompok responden, yang paling rendah kualitas hidup pada dimensi lingkungan adalah pasien dengan GGK.

Analisis Chi-square dilakukan untuk menganalisa tingkat perbedaan pada setiap dimensi pada kualitas hidup ketiga kelompok responden, didapatkan hasil sebagai berikut :

Tabel 3 Uji Hipotesis

<b>Analisis</b>	<b>Fisik</b>	<b>Psikologis</b>	<b>Sosial</b>	<b>Lingkungan</b>
Chi-Square	5.074	.911	1.177	6.648
df	2	2	2	2
Asymp. Sig.	.079	.634	.555	<b>.036</b>

Berdasarkan hasil analisis di atas, didapatkan hasil bahwa terdapat perbedaan yang bermakna pada dimensi lingkungan dengan  $P_{\text{value}} < 0,050$  (0,036), sedangkan kualitas hidup pada dimensi fisik, psikologis, dan sosial tidak menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna karena  $P_{\text{value}} > 0,05$ .

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa kualitas hidup pasien gagal jantung kongestif (CHF) mayoritas buruk dengan presentase 80%, diharapkan masyarakat dapat meningkatkan kepedulian terhadap pasien yang mempunyai penyakit gagal jantung (Mahanani et al. 2017).

Hasil penelitian yang dilakukan didapatkan bahwa kualitas hidup yang paling buruk pada pasien CHF adalah pada dimensi fisik dengan skor transformasi 38, sedangkan kualitas hidup pada dimensi psikologis adalah sedang dengan transformasi skor 44, kualitas hidup pada dimensi sosial adalah sedang dengan skor transformasi 56, dan kualitas hidup pada dimensi lingkungan adalah sedang dengan skor transformasi 50.

Berdasarkan hasil di atas menunjukkan bahwa pada pasien CHF tidak dapat digeneralisasikan bahwa kualitas hidupnya buruk, akan tetapi pasien CHF mempunyai kualitas hidup yang buruk hanya pada dimensi fisik saja, sedangkan pada dimensi psikologis, sosial dan lingkungan kualitas hidupnya ada pada kategori sedang.

Hasil penelitian menunjukkan pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis memiliki kualitas hidup yang lebih buruk dibandingkan dengan masyarakat pada umumnya dan mengalami gangguan atau skor yang lebih rendah disebagian besar domain kualitas hidup (Mailani 2015; O'Sullivan and McCarthy 2007; Sathvik et al. 2008). Kualitas hidup pasien yang menjalani hemodialisis dalam empat domain yaitu fisik, psikologis, sosial dan lingkungan juga lebih rendah dibandingkan dengan pasien yang menjalani transplantasi ginjal (Mailani 2015).

Hasil penelitian yang dilakukan didapatkan bahwa kualitas hidup yang paling buruk pada pasien GSK adalah pada dimensi fisik dengan skor transformasi 38, sedangkan kualitas hidup pada dimensi psikologis adalah sedang dengan transformasi skor 44, kualitas hidup pada dimensi sosial adalah sedang dengan skor transformasi 56, dan kualitas hidup pada dimensi lingkungan adalah sedang dengan skor transformasi 50.

Berdasarkan hasil di atas menunjukkan bahwa pada pasien GSK tidak dapat disimpulkan bahwa kualitas hidupnya buruk, akan tetapi pasien GSK mempunyai kualitas hidup yang buruk hanya pada dimensi fisik saja, sedangkan pada dimensi psikologis, sosial dan lingkungan kualitas hidupnya ada pada kategori sedang.

Responden PPOK yang memiliki kualitas hidup buruk sebesar 70%, sesak napas derajat 3

dengan kualitas hidup buruk sebesar 60%, PPOK derajat 3 dengan kualitas hidup buruk sebesar 45% dan frekuensi eksaserbasi  $\geq 2$  kali/tahun dengan kualitas hidup buruk sebesar 67,5%

Hasil penelitian yang dilakukan didapatkan bahwa kualitas pada pasien PPOK berada pada kategori sedang, dimensi fisik dengan skor transformasi 44 (kualitas hidup sedang), pada dimensi psikologis dengan transformasi skor 44 (kualitas hidup sedang), dimensi sosial dengan skor transformasi 56 (kualitas hidup sedang), dan dimensi lingkungan dengan skor transformasi 56 (kualitas hidup sedang).

Berdasarkan hasil di atas menunjukkan bahwa pada pasien PPOK tidak terdapat kualitas hidup buruk pada setiap dimensinya, akan tetapi pasien PPOK mempunyai kualitas hidup yang sedang baik pada dimensi fisik, psikologis, sosial dan lingkungan.

## 4. PENUTUP

### 4.1. Kesimpulan

Setelah dilakukan penelitian dengan judul "Studi Komparatif *Quality of Life* pada Pasien *Terminal Illness* di RSD Gunung Jati Kota Cirebon", peneliti dapat menentukan beberapa kesimpulan yaitu terdapat perbedaan yang bermakna pada dimensi lingkungan dengan  $P_{value} < 0,050$  (0,036), sedangkan kualitas hidup pada dimensi fisik, psikologis, dan sosial tidak menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna karena  $P_{value} > 0,05$ .

### 4.2. Saran

Berdasarkan hasil penelitian tersebut maka saran dari penelitian ini adalah: 1) Pasien terminal illness dengan kualitas hidup buruk harus mendapatkan perhatian secara khusus baik dari pelayanan medis maupun pelayanan asuhan keperawatan secara komprehensif dari aspek Bio-psiko-sosial dan spiritual, 2) Pasien terminal illness dengan kualitas hidup sedang tetap harus senantiasa diberikan motivasi oleh *support sistem* terutama keluarga terdekat untuk menghindari terjadinya penurunan kualitas hidup

## 5. DAFTAR PUSTAKA

- Banjarnahor, Seriga. 2018. "Hubungan Kesiapan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien Yang Menderita Penyakit Terminal Di Rumah Sakit Murni Teguh Medan: Hubungan Kesiapan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien Yang Menderita Penyakit Terminal Di Rumah Sakit Murni Teguh Medan." *Journal of Midwifery and Nursing* 1(1, Januari): 1–12.
- Depkes, R I. 2008. *Keputusan Menteri Kesehatan Indonesia No. 1022/Menkes/SK/XI/2008*. Jakarta.
- Ferreira, João Pedro et al. 2019. "World Heart Federation Roadmap for Heart Failure." *Global heart* 14(3): 197–214.
- Gabriel-Costa, Daniele. 2018. "The Pathophysiology of Myocardial Infarction-Induced Heart Failure." *Pathophysiology* 25(4): 277–84.
- Khausarika, Safiza. 2016. "KUALITAS HIDUP PASIEN PENYAKIT PARU OBSTRUKTIF KRONIK DI POLI PARU RSUDZA BANDA ACEH." *ETD Unsyiah*.
- Mahanani, Annisa Ratna, Arief Wahyudi Jadmiko, Winarsih Nur Ambarwati, and others. 2017. "Gambaran Kualitas Hidup Pada Pasien Gagal Jantung Kongestif Di Kota Surakarta." Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Mailani, Fitri. 2015. "Kualitas Hidup Pasien Penyakit Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisis: Systematic Review." *Ners jurnal keperawatan* 11(1): 1–8.
- Muthmainnah, Muthmainnah, Tuti Restuastuti, and Sri Melati Munir. 2015. "Gambaran Kualitas Hidup Pasien PPOK Stabil Di Poli Paru RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau Dengan Menggunakan Kuesioner SGRQ." Riau University.
- O'Sullivan, Dawn, and Geraldine McCarthy. 2007. "An Exploration of the Relationship between Fatigue and Physical Functioning in Patients with End Stage Renal Disease Receiving Haemodialysis." *Journal of clinical nursing* 16(11c): 276–84.
- Rantung, Jeanny, and others. 2018. "Studi Fenomenologi Pengalaman Perawat Dalam Memberikan Asuhan Keperawatan Paliatif Pada Pasien Dengan Penyakit Terminal Di Ruang Icu Rumah Sakit Advent Bandung." *Jurnal Skolastik Keperawatan* 4(2): 78–103.
- Sathvik, B S, G Parthasarathi, M G Narahari, and K C Gurudev. 2008. "An Assessment of the Quality of Life in Hemodialysis Patients Using the WHOQOL-BREF Questionnaire." *Indian journal of nephrology* 18(4): 141.
- Supardi, Supardi, and Ludiana Ludiana. 2020. "PREVALENSI TERMINAL ILLNESS DI RSUD JENDERAL AHMAD YANI METRO." *JURNAL WACANA KESEHATAN* 4(2): 453–60.
- Yancy, Clyde W et al. 2013. "2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines." *Circulation* 128(16): 1810–52.