

KUALITAS HIDUP PASIEN *UROLITHIASIS* PADA KOMPONEN FISIK DAN KOMPONEN MENTAL DENGAN INSTRUMEN *SHORT FORM-36 (SF-36)*

Windy Astuti Cahya Ningrum¹, Titi Hidayati², Rahmah³

¹Program Magister Keperawatan, Program Pascasarjana, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.

²Departemen Epidemiologi, Kesehatan Masyarakat dan Kedokteran Keluarga, Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.

³Program Magister Keperawatan, Program Pascasarjana, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.
e-mail : indyak84@gmail.com

ABSTRACT

Quality of life related to health that is very multidimensional including psychological, physical, emotional status and autonomy of the patient as well as the person's feeling for well-being, capable to play the role well and is able to participate socially. Assessment of quality of life to urolithiasis patients aims to improve their healthy lifestyle in preventing recurrent urolithiasis. The recurrent urolithiasis possibilities and the complications such as kidney failure, hydronephrosis, neoplasms urosepsis which is even resulting in death significantly impact on the quality of life of patients. This study aims to describe the physical and mental components on urolithiasis patients' quality of life. This was a descriptive research with the number of respondents 24 people taken by consecutive sampling. The instrument used is the Short Form-36 (SF-36) which has been translated into Indonesian that means consist of 36 questions to describe the quality of life of patients with urolithiasis. The results showed that the average score of the physical and mental components of life quality are 25 and 45 (respectively). Patients urolithiasis has an average score of physical and mental components of life quality is low, especially in the domains of physical function, role, emotional, vitality, pain and general health.

Keyword: *Quality of life, Short Form-36 (SF-36), Urolithiasis*

ABSTRAK

Kualitas hidup berhubungan dengan kesehatan yang sangat multidimensi termasuk psikologis, fisik, emosional status, dan otonomi pasien serta perasaan seseorang untuk sejahtera, mampu mengambil peran dan mampu berpartisipasi dengan sosial. Penilaian kualitas hidup pada pasien urolithiasis bertujuan untuk meningkatkan gaya hidup sehat pasien dalam mencegah terjadinya urolithiasis berulang. Kemungkinan terjadinya urolithiasis berulang dan terjadinya komplikasi seperti gagal ginjal, hidronefrosis, neoplasma bahkan urosepsis yang berujung pada kematian secara signifikan berdampak pada kualitas hidup pasien. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran komponen fisik dan komponen mental kualitas hidup pasien urolithiasis. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan jumlah responden 24 orang yang diambil secara *consecutive sampling*. Instrumen yang digunakan adalah Short Form-36 (SF-36) yang telah diterjemahkan dalam bahasa Indonesia dan terdiri dari 36 pertanyaan untuk menggambarkan kualitas hidup pasien urolithiasis. Hasil penelitian menunjukkan bahwa skor rata-rata komponen fisik dan komponen mental kualitas hidup yaitu 25 dan 45 (secara berurutan). Disimpulkan bahwa pasien urolithiasis memiliki skor rata-rata komponen fisik dan komponen mental kualitas hidup rendah, terutama pada domain fungsi fisik, peranan fisik, peranan emosi, vitalitas, rasa nyeri dan kesehatan umum. Direkomendasikan perlunya pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga yang mencakup komponen fisik dan komponen mental.

Kata kunci: Kualitas Hidup, Short Form-36 (SF-36), Urolithiasis

PENDAHULUAN

Kualitas hidup berhubungan dengan kesehatan yang sangat multidimensi dimana termasuk didalamnya adalah psikososial, fisik dan emosional status, serta otonomi pasien dan berlaku untuk berbagai kondisi medis (Alonso, dkk., 2004). Pasien *urolithiasis* memiliki nilai kualitas hidup rendah dari beberapa domain baik fisik maupun mental (Arafa&Rabah, 2010). Pasien *urolithiasis* merasakan mual dan muntah, nyeri, dan mengalami gangguan aktivitas yang disebabkan karena nyeri pinggang (Modersitzki, dkk., 2014).

Urolithiasis adalah salah satu penyakit yang sering terjadi pada saluran kemih dan merupakan salah satu sumber penyakit (Vijaya, dkk., 2013; AUA, 2007) dengan prevalensi kejadian *urolithiasis* meningkat setiap tahunnya (AUA, 2007; Ratu, dkk., 2006). Pasien yang pernah mengalami *urolithiasis* ada kemungkinan mengalami kekambuhan berulang berkisar 15-75% dalam jangka waktu 1-25 tahun (Moe, 2006; Okhunov, dkk., 2011). Cukup tingginya angka kekambuhan berulang berhubungan dengan angka morbiditas dan rehospitalisasi pasien dimana hal ini dapat berdampak secara signifikan pada kualitas hidup pasien terutama meningkatkan biaya pengobatan

dan sosial-ekonomi (Lotan, dkk., 2013; Tiselius, 2008).

Penilaian kualitas hidup pasien *urolithiasis* salah satunya dapat dilakukan dengan menggunakan kuesioner yang bersifat generik dan dibuat untuk penilaian menyeluruh kondisi pasien. Keuntungan alat ukur generik adalah dapat digunakan pada setiap jenis penyakit dan usia, namun kelemahannya adalah kuesioner ini tidak mencakup hal-hal yang khusus pada penyakit tertentu (Bosworth, dkk., 2001).

Kuesioner SF-36 (Short Form-36) merupakan salah satu bentuk kuesioner generik yang banyak dipakai pada penelitian-penelitian mengenai kualitas hidup pada pasien *urolithiasis*, gagal ginjal kronik, dan pasien yang menjalani hemodialisa. Kuesioner ini terdiri dari 36 butir pertanyaan yang terbagi menjadi 8 dimensi. Dimensi tersebut antara lain: dimensi fungsi fisik, peran fisik, rasa nyeri, kesehatan umum, fungsi sosial, vitalitas, peran emosi, dan kesehatan mental dan selanjutnya akan dikelompokkan menjadi 2 komponen yaitu komponen fisik terdiri dari fungsi fisik, peranan fisik, rasa nyeri dan kesehatan umum, sedangkan komponen mental terdiri dari peranan emosi, vitalitas, kesehatan mental dan fungsi sosial (Bosworth, dkk., 2001; Rahman, dkk., 2013). Kualitas hidup

pasien dianggap penting karena merupakan salah satu indikator dari keberhasilan pengobatan pasien, maka penelitian ini dibuat dengan tujuan mengukur kualitas hidup pasien *urolithiasis* dengan menggunakan kuesioner *SF-36*

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian survey deskriptif dengan sampel penelitian adalah pasien *urolithiasis* yang dirawat inap di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta dan RSUD Panembahan Senopati Bantul. Jumlah sampel sebanyak 24 orang yang diambil dengan menggunakan teknik *consecutive sampling*. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara menggunakan instrumen berupa kuesioner demografi dan kuesioner kualitas hidup. Kualitas hidup responden diukur dengan menggunakan instrumen *Short-Form-36 (SF-36)* yang telah dialihbahasakan ke dalam Bahasa Indonesia dan berstandar internasional. Penilaian SF-36 dilakukan dengan 2 tahap yaitu pertama, melakukan konversi nilai menjadi 0-100, kedua merata-ratakan nilai konversi setiap domain. Instrumen SF-36 menghasilkan nilai normative yang memiliki nilai rata-rata \pm SD adalah 50 \pm 10 untuk setiap domain kualitas hidup. Skor diatas 50 diartikan sebagai kualitas hidup yang baik dan skor dibawah 50 diartikan sebagai kualitas hidup buruk dengan menampilkan penilaian pada setiap

domain (Modersitzki, dkk., 2014; RAND, 2002).

HASIL

Tabel 1. Data Demografi Responden Pasien *Urolithiasis* di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta dan RSUD Panembahan Senopati Bantul (n=24)

Data Demografi	Jumlah	%
Usia		
Dewasa (26-45 thn)	11	46
Lanisa (>46 thn)	13	54
Jenis kelamin		
Laki-laki	21	88
Perempuan	3	12
Pendidikan		
Pendidikan rendah	19	79
Pendidikan tinggi	5	21
Pekerjaan		
Bekerja	20	83
Tidak bekerja	4	17
Indeks Massa Tubuh		
Normal (18,5-25)	18	75
Obesitas (>25,1)	6	25

Sumber: Data Primer, 2016

Tabel 1 merupakan hasil statistik yang memperlihatkan bahwa sebagian besar responden berusia > 46 tahun (54%), berjenis kelamin laki-laki (88%), dengan tingkat pendidikan yang rendah (79%). Sebagian besar responden memiliki pekerjaan (83%) dan Indeks Massa Tubuh yang normal (75%).

Tabel 2 dibawah ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki skor rata-rata kualitas hidup dibawah skor rata-rata normatif dari kualitas hidup yaitu 50. Skor

rata-rata kualitas hidup pasien *urolithiasis* yang dinyatakan rendah adalah pada domain fungsi fisik (49), peranan fisik (2), peranan emosi (21), vitalitas (46), rasa nyeri (17) dan kesehatan umum (33).

Tabel 2. Gambaran Skor Rata-rata Kualitas Hidup Pasien *Urolithiasis* pada Setiap Domain Kualitas Hidup

Domain	Mean±SD
Skor Fungsi Fisik (0-100)	49 ±19,2
Skor Peranan Fisik (0-100)	2±7,1
Skor Peranan Emosi (0-100)	21±27,6
Skor Vitalitas (0-100)	46±10,9
Skor Kesehatan Mental (0-100)	56±10,4
Skor Fungsi Sosial (0-100)	60±22,2
Skor Rasa Nyeri (0-100)	17±11,9
Skor Kesehatan Umum (0-100)	33±5,3

Sumber: Data Primer, 2016

Tabel 3. Gambaran Skor Rata-rata Kualitas Hidup Pasien *Urolithiasis* pada Setiap Komponen kualitas hidup

Komponen	Mean±SD
Skor Komponen Fisik (0-100)	25±7,8
Skor Komponen Mental (0-100)	45±13,1

Sumber: Data Primer, 2016

Tabel 3 memperlihatkan bahwa skor rata-rata komponen fisik dan kompone mental kualitas hidup pasien *urolithiasis* dibawah skor

rata-rata standar yaitu 25 dan 45 (secara berurutan).

PEMBAHASAN

Kualitas hidup seseorang terbagi menjadi 2 komponen penilaian yaitu ringkasan komponen mental (*Mental Component Summary*) dan ringkasan komponen fisik (*Physic Component Summary*). Perhitungan skor kualitas hidup menggunakan nilai rata-rata dari tiap komponen fisik dan komponen mental untuk mengetahui skor akhir dari kualitas hidup (Bosworth, dkk., 2001; Rahman, dkk., 2013). Hasil penelitian didapatkan bahwa skor rata-rata kualitas hidup pasien *urolithiasis* berada di bawah skor rata-rata normatif yaitu 50 pada komponen fisik maupun komponen mental kualitas hidup. Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan Arafa&Rabah, (2010) bahwa sebagian besar pasien dengan batu saluran kemih memiliki skor rata-rata kualitas hidup yang rendah pada hampir setiap domain kualitas hidup baik fisik maupun mental.

Domain kualitas hidup dikelompokkan menjadi 2 komponen yaitu komponen fisik dan komponen mental. Komponen fisik terdiri dari domain fungsi fisik, peranan fisik, rasa nyeri dan kesehatan umum. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar domain yang termasuk dalam

komponen fisik tersebut memiliki skor rata-rata dibawah skor rata-rata normatif yaitu 50. Hasil penelitian ini serupa dengan Arafah & Rabah, (2010) bahwa pasien dengan *uroolithiasis* memiliki kualitas hidup yang rendah pada domain fungsi fisik, peranan fisik, rasa nyeri dan kesehatan umum.

Rendahnya komponen fisik pada pasien *uroolithiasis* dapat disebabkan karena banyak faktor, meliputi usia dan aktivitas. Seiring dengan bertambahnya usia seseorang, maka faktor degeneratif mulai menurunkan komponen fisik. Selain itu, adanya perubahan pada fungsi fisik dan peranan fisik yang menurun serta meningkatnya emosi pasien juga dapat menurunkan komponen fisik kualitas hidup pada lansia (Walter, dkk., 2001). Hal ini sesuai dengan Bolhke, dkk., (2008) bahwa faktor degeneratif mulai menurunkan nilai komponen fisik secara signifikan setelah dekade ke-5.

Berdasarkan sebaran sampel penelitian, sebagian besar responden memiliki usia 46 tahun sebanyak 54%. Depkes mengkategorikan rentang usia 46-55 tahun adalah lansia awal. Hal ini didukung oleh beberapa peneliti bahwa pasien dengan usia lanjut umumnya memiliki kualitas hidup yang semakin menurun bila dibandingkan dengan pasien usia produktif (Walters, dkk.,

2001; Hopman, 2009). Kemampuan seseorang dalam memahami diri sendiri diimbangi dengan bertambahnya usai dan tingkat kematangan atau pendewasaan dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi dapat mempertahankan keadaan pasien untuk memiliki kualitas hidup yang baik.

Hal lain yang dapat mempengaruhi komponen fisik kualitas hidup pasien adalah aktivitas. Kurangnya aktivitas dan kurangnya pemanfaatan waktu luang untuk melakukan aktivitas, bahkan aktivitas yang terlalu tinggi dapat menyebabkan *uroolithiasis* dan mengganggu kualitas hidup pasien. Hal ini tampak pada kemampuan pasien untuk menyadari kemampuan dan keterbatasan yang dimilikinya dalam melakukan aktivitas dan persepsi dirinya terhadap rasa nyeri.

Pada penelitian ini, didapatkan skor rata-rata komponen mental lebih tinggi bila dibandingkan dengan komponen fisik. Hasil penelitian ini sesuai dengan Bolhke, dkk., (2008) dan Hopman, (2009) bahwa sebagian besar responden pada total sampel memiliki skor komponen mental cenderung normal. Hal ini dikarenakan setiap penurunan fungsi pada komponen fisik seseorang tidak selalu akan menurunkan nilai kualitas mental seseorang. Fungsi emosional dan kesehatan mental yang baik merupakan salah satu penyebab tingginya nilai kualitas mental

seseorang walaupun memiliki nilai komponen fisik yang rendah. Namun, ketika seseorang terdiagnosa suatu penyakit, umumnya nilai komponen mental pasien akan turun dan dapat masuk level *mild depression* (Bolhke, dkk., 2008). Menurut Rahman, dkk., (2013) dan Hopman, (2009), fungsi emosional dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti adaptasi dan motivasi.

Faktor adaptasi dapat disebabkan karena adanya faktor psikologis pasien yang mulai dapat menerima kenyataan akan penyakit tersebut, dan adanya pikiran positif dari pasien itu sendiri yang berkontribusi besar pada proses adaptasi tersebut. Nilai komponen mental pasien akan meningkat setelah pasien mencapai adaptasi selama beberapa kurun waktu.

Selain adaptasi, dukungan keluarga juga berkontribusi dalam peningkatan kualitas hidup pasien. Dukungan dari keluarga dan lingkungan sekitar untuk sembuh menimbulkan suatu keoptimisan pada diri seseorang untuk sembuh dari penyakit dan memiliki kehidupan yang lebih baik, sehingga pasien dapat memiliki nilai komponen mental yang cenderung lebih baik dari komponen fisik.

KESIMPULAN

Kualitas hidup pasien *uroolithiasis* pada komponen fisik dan komponen mental menunjukkan bahwa skor rata-rata komponen fisik kualitas hidup pasien yang terdiri dari domain fungsi fisik, peranan fisik, rasa nyeri dan kesehatan umum berada dibawah skor rata-rata normatif dan skor rata-rata komponen mental kualitas hidup yang terdiri dari peranan emosi dan vitalitas berada dibawah skor rata-rata normatif.

REFERENSI

- Alonso, J., Ferrer, M., Gandek, B., Ware, J.E., Jr., Aaronson, N.K., Mosconi, P., Rasmussen, N.K., Bullinger, M., Fukuhara, S., Kaasa, S., Leplège, A. (2004). Health-related quality of life associated with chronic conditions in eight countries: results from the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Qual Life Res.* 13(2): 283-298
- America Urologic Association (AUA). (2007). *Urologic Disease in America*. dari www.kidney.niddk.gov
- Arafa, M.A., Rabah, D.M. (2010). Study of quality of life and its determinants in patients after urinary stone fragmentation. *Health and Quality of Life Outcomes.* 8: 119-124
- Bolhke, M, Nunes, D.L. (2008). Predictors of quality of life among patients on

- dialysis in southern Brazil. *Sao Paulo Med J.* 126(5):252-6.
- Bosworth, H. B., Siegler, I. C., Olsen, M. K., Brummett, B. H., Barefoot, J. C., Williams, R. B., & Mark, D. B. (2001). Social support and quality of life in patients with coronary artery disease. *Quality of Life Research*, 9(7), 829-839.
- Hopman, W.M. (2009). Associations between chronic disease, age and physical and mental health status. *Chronic Disease in Canada*. Vol.29, N0.2.
- Lotan, Y., Jimenez, I.B., Wijnkoop, I.L., Daudon, M, Molinier, L., Tack, I., Nuijten, M.J.C. (2013). Increased Water Intake as a Prevention Strategy of Recurrent Urolithiasis: Major Impact of Compliance on Cost-Effectiveness. *Jurology*. Volume 189, Issue 3, Pages 935-939
- Modersitzki, F., Pizzi, L., Grasso, M., Goldfarb, D.S. (2014). Health-related quality of life (HRQoL) in cystine compared with non-cystine stone formers. *Urolithiasis*. 42(1): 53-60
- Moe, O.W. (2006). Kidney stones: pathophysiology and medical management. *Lancet*; 367(9507):333-44.
- Okhunov, Z., Duty, B., Smith, A.D., Okeke, O. (2011). Management of urolithiasis in patients after urinary diversions. *BJU International*. 108, 330–336.doi:10.1111/j.1464-410X.2011.10194.x
- Rahman, A.R., Rudiansyah, M., Triawanti. (2013). Hubungan antara adekuasi hemodialisis dan kualitas hidup pasien di RSUD Ulin Banjarmasin. *Berkala Kedokteran*. Vol.9. No.2: 151-160.
- RAND. (2002). How to Score the SF-36. Diakses pada tanggal 18 April 2016. Dari http://www.chiro.org/LINKS/OUTCOME/How_to_score_the_SF-36.pdf.
- Ratu, G., Badji, A., Hardjoeno. (2006). Profil analisis batu saluran kemih di laboratorium patologi klinik. *Indonesian Journal of Clinical Pathology and Medical Laboratory*. 12(3):114-117
- Tiselius, H.G. (2008). *Guidelines on urolithiasis*. Arnhem, The Netherlands: European Association of Urology
- Vijaya, T., Kumar, M.S., Ramarao, N.V., Babu, A.N., & Ramarao N. (2013). Urolithiasis and Its Causes-Short Review. *The Journal of Phytopharmacology*; 2(3) : 1-6
- Walters, S.J., Munro, J.F., Brazier, J.E. (2001). Using The SF-36 With Older Adults: A Cross-Sectional Community-Based Survey. *Age & Aging*; 30:337-43.

Ware, J.E, & Sheirbourne, C.D. (2000). The MOS 36 item short form health survey (SF-36). Conceptual framework and item selection. *SPINE*. 25(24): 3130-39.