

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Gagal Ginjal Kronis

2.1.1 Definisi Gagal Ginjal Kronis

Menurut Baughman dan Diane (2009:171) gagal ginjal kronis merupakan penyimpangan progresif fungsi ginjal yang tidak dapat pulih dimana kemampuan tubuh untuk mempertahankan keseimbangan metabolik dan cairan serta elektrolit mengalami kegagalan yang mengakibatkan uremia. Gagal ginjal kronis merupakan perkembangan gagal ginjal yang progresif dan lamban (biasanya berlangsung beberapa tahun). GGK terjadi setelah berbagai macam penyakit merusak masa nefron ginjal (Price and Wilson, 2005a:912). Gagal ginjal ditandai dengan penurunan fungsi ginjal yang ireversibel sehingga memerlukan terapi pengganti ginjal yang tetap, berupa dialisis atau transplantasi ginjal (Sudoyo, 2009a:1035).

National Kidney Foundation (NKF) Kidney Disease Outcome Quality Initiative (KDOQI) Guidelines Update tahun 2002, penyakit ginjal kronis adalah kerusakan yang terjadi pada ginjal >3 bulan dengan LFG <60 mL/ menit/ 1,73m² berupa kelainan struktur ginjal, dapat atau tanpa disertai penurunan Laju Filtrasi Glomerulus (LFG) yang ditandai dengan kelainan patologi dan adanya tanda kerusakan ginjal, dapat berupa kelainan laboratorium darah atau urine, atau kelainan radiologi (Azis *et al.* 2009:38). Menurut Gibson dan John (2009:174) gagal ginjal kronis terjadi akibat

kerusakan permanen pada nefron oleh semua penyakit ginjal berat dengan tanda–tanda gagal ginjal mulai muncul bila 75 persen nefron rusak.

2.1.2 Etiologi Gagal Ginjal Kronis

Etiologi penyakit ginjal kronis sangat bervariasi antara satu Negara dengan Negara lain. Di amerika serikat pada tahun 1995-1999 penyebab utama penyakit ginjal terbanyak yaitu DM. Menurut perhimpunan nefrologi Indonesia pada tahun 2009 penyebab GGK yang menjalani hemodialisa terbanyak di Indonesia yaitu glumeronefritis.

Tabel 2.1 penyebab utama dan insiden penyakit gagal ginjal di amerika pada tahun 2005-2010

Penyebab	Insiden
Diabetes militus	44%
-Tipe 1 (7%)	
-tipe 2(37%)	
Hipertensi dan penyakit pembuluh darah besar	27%
Glumerulonefritis	10%
Nefritis interstitialis	4%
Kista dan penyakit bawaan lain	3%
Penyakit sistemik (mis lupus)	2%
Neoplasma	2%
Tidak diketahui	4%
Penyakit lain	4%

Sumber: Sudoyo (2009)

Table 2.2 Penyebab gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisa

Penyebab	Insiden
Glumerulonefritis	46,39%
Diabetes militus	18,65%
Obstruksi dan infeksi	12,85%

Hipertensi	8,46%
Sebab lain (missal nefritis lupus)	13,65%

Sumber: Sudoyo (2009)

2.1.3 Patofisiologi gagal ginjal kronik

Patofisiologi penyakit gagal ginjal kronis pada awalnya tergantung pada penyakit yang mendasarinya. Pengurangan massa ginjal mengakibatkan hipertrofi structural dan fungsional nefron yang masih tersisa sebagai upaya kompensasi, yang diperantarai oleh molekul vasoaktif seperti sitokinin dan growth factor. Hal ini mengakibatkan terjadinya hiperfiltrasi, yang diikuti oleh peningkatan tekanan kapiler dan aliran darah glomerulus. Proses adaptasi ini berlangsung singkat, selanjutnya diikuti dengan penurunan fungsi nefron. Peningkatan aktivitas aksis renin-angiotensin-aldosteron intrarenal memberikan kontribusi terhadap terjadinya hiperfiltrasi, sclerosis dan progresifitas. Aktivaasi jangka panjang aksis rennin-angiotensin-aldosteron, sebagian diperantarai oleh *growth factor* seperti transforming growth factor β (TGF- β). Beberapa hal yang juga dianggap berperan terhadap terjadinya progresifitas penyakit ginjal kronis adalah albuminuria, hipertensi, hiperglikemia, dislipidemia. Terdapat variabilitas interindividual untuk terjadinya sklerosis dan fibrosis glomerulus maupun tubulointerstitial (Sudoyo, 2009: 1036).

Pada stadium yang paling dini penyakit ginjal kronik terjadi kehilangan daya cadang ginjal (*renal reserve*), pada keadaan basal LFG masih normal

atau meningkat. Secara perlahan terjadi penurunan fungsi nefron yang progresif. Penurunan tersebut ditandai dengan peningkatan kadar urea dan kreatinin serum. Pada LFG sebesar 60% pasien masih belum merasakan keluhan (asimtomatik), tetapi kadar urea dan kreatinin serum pasien meningkat. Pada LFG sebesar 30% mulai terjadi keluhan pada seperti nokturia, badan lemah, mual, nafsu makan kurang dan penurunan berat badan, sedangkan pada LFG kurang 30% pasien memperlihatkan gejala dan tanda uremia yang nyata seperti anemia, peningkatan tekanan darah, gangguan metabolisme fosfor dan kalsium, pruritus, mual, muntah dan lain sebagainya. Pasien mudah terkena infeksi seperti infeksi saluran kemih, infeksi saluran nafas, maupun infeksi saluran pencernaan, dan akan terjadi gangguan keseimbangan air seperti hipo atau hipervolumia, gangguan keseimbangan elektrolit antara lain natrium dan kalium. Pada LFG di bawah 15% akan terjadi gejala dan komplikasi yang lebih serius dan pasien sudah memerlukan terapi pengganti ginjal (*renal replacement therapy*) antara lain dialisis atau transplantasi ginjal. Pada keadaan ini pasien dikatakan sampai pada stadium gagal ginjal (Sudoyo, 2009:1036).

Tabel 2.3 Klasifikasi penyakit ginjal kronis didasarkan atas dua hal yaitu, atas dasar derajat (*stage*) penyakit dan etiologi.

Derajat	Penjelasan	LFG (ml/mn/1.73m)
1	Kerusakan ginjal dengan LFG normal	≥ 90
2	Kerusakan ginjal dengan LFG ringan	60 – 89

3	Kerusakan ginjal dengan LFG sedang	30 – 59
4	Kerusakan ginjal dengan LFG berat	15 – 29
5	Gagal ginjal	

Tabel 2.4 Klasifikasi Penyakit Ginjal Kronis atas Dasar Diagnosis Etiologi

Penyakit ginjal diabetes	Diabetes tipe 1 dan 2
Penyakit ginjal non diabetes	Penyakit glomerular (penyakit autoimun, infeksi sistemik, obat, neoplasia) Penyakit vaskular (penyakit pembuluh darah besar, hipertensi, mikroangiopati) Penyakit tubulointestitial (pielonefritis kronik, batu, obstruksi).
Penyakit transplantasi	

Sistem tubuh pada pasien GGK dipengaruhi oleh kondisi uremia, maka pasien akan memperlihatkan sejumlah tanda dan gejala. Keparahan tanda dan gejala bergantung pada bagian dan tingkat kerusakan ginjal, kondisi lain yang mendasari, dan usia pasien. Manifestasi kardiovaskuler pada GGK mencakup hipertensi yang diakibatkan oleh retensi cairan dan natrium dari aktivasi sistem rennin-angiotensin-aldosteron, gagal jantung kongesif, dan edema pulmoner yang diakibatkan oleh cairan berlebih dan perikarditis yang diakibatkan oleh adanya iritasi pada lapisan perikardial oleh toksik uremik (Smeltzer dan Bare, 2010:1449). Gejala dermatologi yang sering terjadi mencakup rasa gatal yang parah (pruritis) berupa butiran uremik yaitu penumpukan kristal urea di kulit. Gejala gastrointestinal sering terjadi dan mencakup anoreksia, mual, muntah dan cegukan.

Manifestasi klinis yang terjadi pada pasien gagal ginjal kronis menurut

Nursalam (2006) dalam Lase W (2011) antara lain: perikarditis, efusi pericardium, tamponade pericardium.

2.1.4 Penatalaksanaan Gagal Ginjal Kronis

Tujuan penatalaksanaan adalah untuk mempertahankan fungsi ginjal dan homeostatis selama mungkin. Seluruh faktor yang berperan pada gagal ginjal tahap-akhir dan faktor yang dapat dipulihkan diidentifikasi dan ditangani. Komplikasi potensial GGK yang memerlukan pendekatan kolaboratif dalam perawatan mencakup:

1. Hiperkalemia akibat penurunan ekskresi, asidosis metabolik, katabolisme, dan masukan diet berlebih.
2. Perikarditis, efusi pericardial, dan tamponade jantung akibat retensi produk sampah uremik dan dialisis yang tidak adekuat.
3. Hipertensi akibat retensi cairan dan natrium serta malfungsi sistem rennin-angiotensin-aldosteron.
4. Anemia akibat penurunan eritroprotein, penurunan rentang usia sel darah merah, perdarahan gastrointestinal akibat iritasi oleh toksin, dan kehilangan darah selama hemodialisis.
5. Penyakit tulang serta kalsifikasi metastasik akibat retensi fosfat, kadar kalsium serum yang rendah, metabolisme vitamin D abnormal, dan peningkatan kadar aluminium (Smeltzer dan Bare, 2009a:1449).

Menurut Price dan Wilson (2015b:965) penatalaksanaan GGK dilakukan dengan 2 penatalaksanaan yaitu:

Prinsip – prinsip dasar dalam penatalaksanaan konservatif sangat

sederhanadan didasarkan pada pemahaman mengenai batas – batas ekskresi yang dapat dicapai oleh ginjal yang terganggu. Diet zat teratur dan cairan dapat diatur dan disesuaikan dengan batas – batas tersebut.

Penatalaksanaan konservatif meliputi :

1. Pengaturan Diet Protein

Pembatasan asupan protein telah terbukti monormalkan kembali kelainan dan memperlambat terjadinya GGK. *The Modification of Diet in Renal Disease (MDRD) multicenter study* memperlihatkan efek menguntungkan dari pembatasan protein dalam memperlambat perkembangan GGK pada pasien diabetes maupun non diabetes dengan GGK *moderate* yaitu GFR 25 hingga 55 ml/menit dan berat yaitu GFR 13 hingga 24 ml/menit. Rekomendasi klinis terbaru mengenai jumlah protein yang diperbolehkan adalah 0,6 g/kg/hari untuk pasien GGK berat pradialisis yang stabil dengan GFR <24 ml/menit. Status nutrisi pasien harus dipantau untuk memastikan bahwa berat badan indikator lainnya seperti albumin serum tetap stabil yaitu ≥ 3 g/dl.

2. Pengaturan Diet Kalium

Jumlah yang diperbolehkan dalam diet kalium adalah 40 hingga 80 mEq/hari. Tindakan yang harus dilakukan adalah dengan tidak memberikan obat – obatan atau makanan yang tinggi kandungan kalium.

3. Pengaturan Diet Natrium dan Cairan

Jumlah natrium yang biasanya diperbolehkan adalah 40 hingga 90 mEq

/ hari sekitar 1 hingga 2g natrium, tetapi asupan natrium yang optimal harus ditentukan secara individual pada setiap pasien untuk mempertahankan hidrasi yang baik. Asupan cairan membutuhkan regulasi yang hati – hati dalam GGK lanjut karena rasa haus pada pasien merupakan panduan yang tidak dapat diyakini mengenai keadaan hidrasi pasien. Berat badan harian merupakan parameter penting yang harus dipantau mengenai asupan dan pengeluaran cairan. Aturan umum untuk asupan cairan adalah keluaran urin 24 jam + 500ml mencerminkan kehilangan cairan yang tidak disadari.

2.1.5 Pencegahan dan Pengobatan Komplikasi

1. Hipertensi berat akan menimbulkan kemunduran fungsi ginjal secara cepat. Hipertensi dapat dikontrol secara efektif dengan pembatasan natrium dan cairan serta melalui ultrafiltrasi bila pasien sedang menjalani hemodialisis.
2. Tindakan yang dapat meringankan anemia adalah dengan meminimalkan kehilangan darah, memberikan vitamin dan transfusi darah. Multivitamin dan asam folat biasanya diberikan setiap hari karena dialisis mengurangi vitamin yang larut dalam air.
3. Dialisis peritoneal merupakan alternatif hemodialisis pada penanganan GGA dan GGK. Data dari *U.S Renal Data Sistem* menunjukkan bahwa 9% pasien penyakit ginjal tahap akhir menjalani beberapa tipe dialisis peritoneal. Dialisis peritoneal sangat mirip dengan hemodialisa, perbedaannya yaitu dialisis

peritoneal menggunakan peritoneum sebagai membran semi permeabel. Dialisis peritoneal dengan menginfuskan 1-2 liter cairan dialisis kedalam abdomen melalui kateter.

4. Transplantasi ginjal merupakan cara pengobatan yang lebih disukai untuk pasien GJK akhir meskipun sebagian pasien mungkin tetap menjalani dialisis di rumah mereka sendiri setelah mendapat latihan dari perawat khusus. Teknik bedah yang berperan dalam transplantasi ginjal relatif mudah dan umumnya dilakukan oleh ahli bedah dengan latar belakang urologi, vaskuler, atau bedah umum. Tindakan standar adalah dengan merotasikan ginjal donor dan meletakkannya pada fosa iliaka kontralateral resipien. Ureter kemudian terletak di sebelah anterior pembuluh darah ginjal dan lebih mudah beranastomosis pada arteri iliaka interna dan vena.

2.1.6 Indikasi Hemodialisis

Indikasi yang paling penting adalah keadaan klinis yang memburuk secara progresif. Kecepatan peningkatan kadar kreatinin plasma lebih penting dibanding kadarnya dalam darah (Surjono, 2015). Indikasi hemodialisis dibedakan menjadi HD *emergency* atau HD segera dan HD kronis (Daugirdas *et al.*, 2009 dalam Kandarini 2013). Hemodialisis segera merupakan hemodialisis yang harus segera dilakukan, antara lain:

1. Klinis: keadaan uremik berat, overhidrasi
2. Oligouria (produksi urine <200 ml/12 jam)

3. Anuria (produksi urine <50 ml/ 12 jam)
4. Hiperkalemia (terutama jika terjadi perubahan ECG, biasanya K >6,5 mmol/l)
5. Asidosis berat (pH <7,1 atau bikarbonat <12 meq/l)
6. Uremia (BUN >150 mg/dL)
7. Ensefalopati uremikum

2.1.7 Dampak Hemodialisis

Menurut Smelzer dan Bare (2011d: 1401) dan Nephrology Channel, (2001) dalam Harmoko, (2011) dampak hemodialisis yang dirasakan pasien GGK menjalani terapi hemodialisis antara lain:

1. Nyeri dada dapat terjadi akibat hematokrit dan perubahan volume darah karena penarikan cairan. Perubahan volume menyebabkan terjadinya penurunan aliran darah ke miokard dan mengakibatkan berkurangnya Oksigen miokard karena pCO menurun bersamaan dengan terjadinya sirkulasi darah di luar tubuh (Smeltzer dan Bare, 2002; Kallenbac, 2005 dalam Farida, 2010).
2. Mual dan muntah saat hemodialisis kemungkinan dipengaruhi oleh lamanya waktu hemodialisis, perubahan homeostatis selama hemodialisis, banyaknya ureum yang dikeluarkan dan besarnya ultrafiltrasi (Holley *et al*, 2007). Mual dan muntah dapat mengganggu pasien, dehidrasi, ketidakseimbangan elektrolit dan kelelahan, meningkatkan rasa tidak nyaman (Amiyanti, 2009: 28).
3. Hipotensi sering terjadi pada pasien yang menjalani hemodialisis

dengan insidensi sekitar 20 - 25% dari semua sesi hemodialisis. *Intradialytic hypotension* (IDH) merupakan penurunan tekanan darah sistolik ≥ 20 mmHg atau penurunan *Mean Arterial Pressure* (MAP) > 10 mmHg dan menyebabkan munculnya gejala – gejala seperti: perasaan tidak nyaman pada perut (*abdominal discomfort*); mual, muntah, gelisah, pusing dan kecemasan. Pasien yang sering mengalami IDH antara lain pasien diabetes CKD, penyakit kardiovaskular, nutrisi yang jelek dan hipoalbuminemia, anemia berat, tekanan darah sistolik < 100 mmHg. Intervensi untuk mencegah terjadinya IDH antara lain: penggunaan temperature dingin, pengaturan profil natrium, peningkatan kadar kalsium dialisat, dan beberapa penggunaan *proseor agents*. (Ginting, tanpa tahun).

2.2 Kualitas Hidup

2.2.1 Pengertian Kualitas Hidup

Kualitas hidup merupakan suatu kesejahteraan yang dirasakan oleh seseorang dan berasal dari kepuasan atau ketidakpuasan dengan bidang kehidupan yang penting bagi mereka. Persepsi subjektif tentang kepuasan terhadap berbagai aspek kehidupan dianggap sebagai penentu utama dalam penilaian kualitas hidup, karena kepuasan merupakan pengalaman kognitif yang menggambarkan penilaian terhadap kondisi kehidupan yang stabil dalam jangka waktu lama (Ferrans dan Powers, 1994 dalam Septiwi, 2011).

Suhud (2009) dalam Lase (2011), menjelaskan bahwa kualitas hidup adalah penyakit yang diderita seseorang, namun tetap merasa nyaman secara fisik, psikologis, sosial maupun spiritual serta secara optimal memanfaatkan hidupnya untuk kebahagiaan dirinya maupun orang lain. Kualitas hidup tidak terkait dengan lamanya seseorang akan hidup karena bukan domain manusia untuk menentukannya. Untuk dapat mencapai kualitas hidup perlu perubahan secara fundamental atas cara pandang pasien terhadap penyakit kronik yang dideritanya.

Berdasarkan pendapat di atas dapat disimpulkan bahwa kualitas hidup adalah persepsi mengenai dirinya sendiri yang dilihat dari aspek fisik, sosial, psikologis, dan lingkungan untuk mencapai kesejahteraan dalam hidupnya.

2.2.2 Pengukuran Kualitas Hidup

Kualitas hidup adalah mengenai kondisi kehidupan individu saat ini terhadap beberapa aspek kehidupan yang penting baginya. Dengan demikian, dalam pengukuran kualitas hidup dibutuhkan aspek kehidupan yang relevan atau penting terhadap individu dalam hubungannya dengan kualitas hidup (komponen kondisi kehidupan diperantarai oleh persepsi individu), kepuasan subjektif dari individu terhadap aspek kehidupan tersebut (komponen subjektif), serta derajat atau bobot kepentingan aspek kehidupan yang diukur terhadap kualitas hidup individu (komponen kepentingan) (Rohmawati, 2011).

Menurut Moons *et al.* (2004) dalam Nofitri (2009) mengatakan bahwa

pengukuran kualitas hidup yang terstandarisasi menggunakan indikator yang mungkin tidak relevan terhadap individu yang diukur kualitas hidupnya. Pengukuran kualitas hidup yang terstandarisasi mengasumsikan bahwa tiap aspek yang diukur adalah sama pentingnya bagi semua manusia sehingga pengukuran mengabaikan adanya variasi kepentingan aspek bagi tiap individu.

Salah satu contoh yaitu instrument WHOQOL yang bias digunakan untuk menentukan kualitas hidup. Kuesioner ini terdiri dari 26 pertanyaan yang terdiri dari 4 domain yaitu:

a) Domain fisik

Kesehatan fisik dapat mempengaruhi kemampuan individu untuk melakukan aktivitas. Aktivitas yang dilakukan individu akan memberikan pengalaman-pengalaman baru yang merupakan modal perkembangan ke tahap selanjutnya. Kesehatan fisik mencakup aktivitas sehari-hari, ketergantungan pada obat-obatan dan bantuan medis, energi dan kelelahan, mobilitas (keadaan mudah bergerak), sakit dan ketidaknyamanan, tidur dan istirahat, kapasitas kerja.

b) Aspek psikologis

Aspek psikologis yaitu terkait dengan keadaan mental individu. Keadaan mental mengarah pada mampu atau tidaknya individu menyesuaikan diri terhadap berbagai tuntutan perkembangan sesuai dengan kemampuannya, baik tuntutan dari dalam diri maupun dari luar dirinya. Aspek psikologis juga terkait dengan aspek fisik, dimana

individu dapat melakukan suatu aktivitas dengan baik bila individu tersebut sehat secara mental. Kesejahteraan psikologis mencakup bodily image dan appearance, perasaan positif, perasaan negatif, self esteem, spiritual/agama/keyakinan pribadi, berpikir, belajar, memori dan konsentrasi.

c) Aspek hubungan sosial

Aspek hubungan sosial yaitu hubungan antara dua individu atau lebih dimana tingkah laku individu tersebut akan saling mempengaruhi, mengubah, atau memperbaiki tingkah laku individu lainnya. Mengingat manusia adalah makhluk sosial maka dalam hubungan sosial ini, manusia dapat merealisasikan kehidupan serta dapat berkembang menjadi manusia seutuhnya. Hubungan sosial mencakup hubungan pribadi, dukungan sosial, aktivitas seksual.

d) aspek lingkungan

Aspek lingkungan yaitu tempat tinggal individu, termasuk di dalamnya keadaan, ketersediaan tempat tinggal untuk melakukan segala aktivitas kehidupan, termasuk di dalamnya adalah saran dan prasarana yang dapat menunjang kehidupan. Hubungan dengan lingkungan mencakup sumber financial, kebebasan, keamanan dan keselamatan fisik, perawatan kesehatan dan social care termasuk aksesibilitas dan kualitas; lingkungan rumah, kesempatan untuk mendapatkan berbagai informasi baru maupun keterampilan (skill), partisipasi dan mendapat kesempatan untuk melakukan rekreasi dan

kegiatan yang menyenangkan di waktu luang, lingkungan fisik termasuk polusi/kebisingan/keadaan air/iklim, serta transportasi.

2.2.3 Komponen Kualitas Hidup Gagal Ginjal Kronis

Menurut Shrestha *et al.* (2009) komponen kualitas hidup gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisis dibagi menjadi beberapa komponen, antara lain:

a. Kesehatan fisik

Kesehatan fisik yang dialami pasien GGK antara lain fungsi fisik, status pekerjaan, peran fisik, kesehatan umum, persepsi rasa sakit, energi dan kelelahan, dan fungsi sosial. Fungsi fisik yang sering dirasakan yaitu mengalami kesulitan dalam kegiatan sehari-hari karena penyakit GGK, pasien membutuhkan banyak usaha yang lebih besar ketika melakukan kegiatan yang kuat, seperti berlari, mengangkat benda berat dan olahraga berat. Pasien juga mengalami keterbatasan dalam menaiki anak tangga dan berjalan beberapa blok, keterbatasan moderat untuk mengangkat atau membawa bahan makanan. Kegiatan moderat seperti memindahkan meja, penyedot debu, bermain bola dan menyapu rumah. Beberapa pasien menjelaskan mengalami kesulitan ketika mandi atau berpakaian. Hal ini menunjukkan bahwa semakin besar tingkat usaha dan kompleksitas, semakin besar kesulitan yang dirasakan (Silva *et al.* 2012). Pasien merasakan lebih cepat lelah ketika melakukan pekerjaan sehari – hari sehingga membuat mereka tidak

dapat bekerja terlalu lama (Butar, 2013).

Kesehatan mental yang dirasakan pasien GGK antara lain kesejahteraan emosional, kualitas interaksi sosial, beban penyakit ginjal, dukungan sosial dan peran emosional. Menurut penelitian Bakewell *et al.* (2009) dalam Van (2012) menunjukkan bahwa perasaan emosional pada pasien GGK dapat menurunkan kualitas hidup pada pasien GGK 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 GGK dan mengganggu kehidupan pasien. Penelitian yang dilakukan Yuliaw (2009) menyebutkan bahwa pasien GGK dengan hemodialisis mengalami gangguan peran karena tidak disertakan dalam kehidupan sosial, tidak boleh mengurus pekerjaan, sehingga terjadi perubahan peran dan tanggung jawab dalam keluarga. Pasien merasa bersalah karena tidak mampu dalam berperan yang menjadi ancaman bagi harga diri pasien. Pasien GGK membutuhkan dukungan sosial yang berasal dari keluarga dan kelompok sosial di lingkungan pasien. Menurut Smeltzer & Bare (2011c:1402), dukungan keluarga merupakan bagian dari dukungan sosial dalam memberikan dukungan ataupun pertolongan dan bantuan pada anggota keluarga yang menjalani hemodialisis. Orang bisa memiliki hubungan yang mendalam dan sering berinteraksi, namun dukungan yang diperlukan hanya benar – benar bisa dirasakan apabila ada keterlibatan dan

perhatian yang mendalam.

b. Masalah penyakit ginjal

Masalah pada pasien penyakit ginjal kronis adalah masalah yang menyertai setelah didiagnosis sakit ginjal yaitu fungsi kognitif, gejala atau masalah, efek dari penyakit ginjal, fungsi seksual dan kualitas tidur. Masalah yang menyertai ini antara lain: nyeri otot, nyeri dada, kram otot, kulit gatal-gatal, kulit kering, nafas pendek (sesak), pusing, penurunan nafsu makan, gangguan eliminasi, mati rasa pada tangan dan kaki, mual, permasalahan pada tempat penusukan, dan permasalahan pada tempat memasukkan kateter (pada dialisis peritoneal) (Dimas, *et al.* 2009). Teori dari Smeltzer dan Bare (2011d:1401) yang mengatakan bahwa pasien GGK akan merasakan adanya rasa tidak nyaman, sesak, oedema, nyeri dada, rasa mual atau bahkan muntah, serta kram otot yang mengakibatkan nyeri hebat. Untuk mengurangi gejala – gejala tersebut pasien GGK sangat tergantung pada terapi hemodialisis untuk meningkatkan kualitas hidupnya.

Yulaw (2009) menyatakan bahwa pasien yang telah melakukan hemodialisis merasa lelah, sakit kepala, keringat dingin, kram, dan tidak buang air seni. Masalah yang dihadapi pasien GGK yakni mengalami ketidakpuasan dalam aktivitas seksual karena terjadi penurunan fungsi seksual (libido) pada laki –laki yaitu terjadi impotensi yang disebabkan penyakit GGK atau efek samping dari obat – obat anti hipertensi. Pada wanita selama proses hemodialisis tidak mengalami proses menstruasi

karena pengaruh obat imunosupresi (Supriyadi, 2011). Efek yang timbul sebagai konsekuensi akibat penyakit ginjal yang diderita dan sering menyusahkan pasien antara lain: pembatasan cairan, pembatasan diet, bekerja disekitar rumah, perjalanan, ketergantungan terhadap petugas kesehatan, perasaan khawatir dan stres terhadap penyakit yang diderita.

Pasien GGK akan mengalami perubahan fisik berupa kelemahan fisik yang akan menimbulkan gejala gangguan masalah tidur dan status kesehatan fisik menurun, dapat mempengaruhi kualitas hidupnya. Pasien yang mengalami gagal ginjal dan harus menjalani hemodialisis mengalami keterbatasan aktivitas, respon fisik menurun, merasa mudah capek, dan keterbatasan dalam asupan cairan dan nutrisi (Farida, 2010). Pasien hemodialisis mengalami perubahan yang terjadi dalam kehidupan sehari-hari selama menghadapi gagal ginjal kronik dan pengobatan hemodialisis. Faktor dominan pembatasan yang dirasakan yaitu perubahan dalam pembatasan aktivitas fisik, perubahan citra tubuh, dan ada perasaan takut akan penyakit yang tidak diketahui kesembuhannya (Mattos, 2010 dalam Silva *et al.* 2012).

Kepuasan pasien dalam menjalani hemodialisis merupakan pikiran tentang pelayanan yang diterima selama hemodialisis dengan menilai keramahan dan perhatian dari perawat dialisis. Perawat dialisis berpengaruh terhadap kualitas hidup GGK karena perawat dialisis memberikan dukungan pada tahap awal pasien dengan gagal ginjal dan

harus menjalani hemodialisis. Perawat memberikan dukungan kepada pasien dalam mengambil keputusan untuk mengikuti terapi hemodialisis dengan memfasilitasi pasien untuk bertemu dan berdiskusi. Dukungan sosial yang diberikan perawat akan membuat pasien merasa lebih kuat dan merasa dihargai (Mardyaningsih, 2014).

2.2.4 Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronis

Menurut Desita (2010) dan Nurcahyati (2011), faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien gagal ginjal kronis yaitu faktor individu, keadaan medis dan status fungsional, antara lain:

1. Faktor Individu

a. Usia

Usia berpengaruh terhadap cara pandang seseorang dalam kehidupan, masa depan dan pengambilan keputusan. Pasien yang termasuk usia produktif merasa terpacu untuk sembuh karena masih mempunyai harapan hidup yang tinggi dan sebagai tulang punggung keluarga. Pasien yang termasuk lanjut usia akan menyerahkan keputusan pada keluarga atau anak-anaknya. Usia berkaitan dengan prognose penyakit dan harapan hidup mereka yang berusia diatas 55 tahun, kecenderungan untuk terjadi berbagai komplikasi yang memperberat fungsi ginjal sangat besar bila dibandingkan dengan yang berusia dibawah 40 tahun (Indonesiannursing, 2009). Menurut Silva *et al.* (2012) pasien hemodialisis merasakan kelelahan setelah melakukan hemodialisis. Kelelahan tersebut

dirasakan oleh semua pasien terutama pada pasien usia 60 tahun yang memiliki kelelahan lebih tinggi karena para pasien mempunyai penyakit penyerta terkait dengan penyakit ginjal.

Secara umum, setiap penyakit dapat menyerang manusia baik laki – laki maupun perempuan, tetapi beberapa penyakit terdapat perbedaan frekuensi antara laki – laki dan perempuan yang disebabkan perbedaan pekerjaan, kebiasaan hidup, genetika atau kondisi fisiologis (Budiarto & Anggraeni, 2012:113). Pasien yang menjalani hemodialisis menunjukkan pasien perempuan secara konsisten memiliki kualitas hidup lebih buruk daripada laki-laki, karena perempuan memiliki tugas domestik yang menjadi tanggung jawabnya (Mollaoglu, 2013). Hasil penelitian (Astrini, 2013) menjelaskan bahwa pasien GGK yang menjalani HD sebagian besar adalah laki-laki, kecenderungan ini kemungkinan disebabkan oleh karena laki-laki lebih sering terkena hipertensi, obesitas, diabetes melitus yang merupakan faktor resiko untuk terjadinya GGK. Gaya hidup juga memiliki peranan penting dalam perkembangan penyakit ginjal kronik (PGK) menjadi GGK seperti merokok dan konsumsi alkohol yang lebih banyak merupakan kebiasaan laki-laki.

a. Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan tidak secara langsung berhubungan dengan penyakit, tetapi lebih banyak berkaitan dengan jenis pekerjaan dan penghasilan. Penduduk dengan tingkat pendidikan yang tinggi dengan penghasilan yang besar cenderung mengalami perubahan pola konsumsi

makanan dan mempunyai preferensi dalam bidang kesehatan terhadap alat atau obat yang digunakan (Budiarto, 2009:30). Pasien GGK yang memiliki pendidikan lebih tinggi akan mempunyai pengetahuan lebih luas yang memungkinkan pasien dapat mengontrol dirinya dalam mengatasi masalah yang dihadapi, mempunyai rasa percaya diri yang tinggi, berpengalaman, dan mempunyai perkiraan yang tepat bagaimana mengatasi kejadian, mudah mengerti tentang apa yang dianjurkan oleh petugas kesehatan, serta dapat mengurangi kecemasan sehingga dapat membantu individu tersebut dalam membuat keputusan (Yulawati, 2009).

Pasien yang bekerja sebagai wiraswasta memiliki kualitas hidup yang rendah. Kualitas hidup pada pekerjaan terjadi akibat perbedaan beban kerja, lingkungan tempat bekerja dan jam kerja masing-masing jenis pekerjaan. Pasien banyak yang tidak bekerja dan kehilangan pekerjaan akibat kondisi fisiknya yang telah menurun dan cepat lelah setiap melakukan pekerjaan. Pasien GGK lebih banyak menghabiskan waktunya beristirahat dirumah dibandingkan bekerja, sehingga berdampak pada status ekonomi yang dapat mengganggu tindakan pengobatan yang dilakukan pasien. Pasien yang bekerja sebagai PNS memiliki kualitas hidup yang baik, karena memiliki status ekonomi yang berkecukupan. Pasien mudah dalam mendapatkan pelayanan kesehatan, karena memiliki tunjangan dari pekerjaannya yaitu ASKES untuk meringankan biaya dalam mendapatkan fasilitas pelayanan kesehatan (Butar, 2013).

2. Keadaan medis

a. Lama menjalani hemodialisis

Lama menjalani hemodialisis berperan penting dalam mempengaruhi kualitas hidup pasien gagal ginjal kronis (Sangle *et al.* 2013). Menurut Harasyid dan Mianda (2012), pasien yang telah menjalani hemodialisis >8 bulan menunjukkan kualitas hidup yang lebih baik dibandingkan dengan yang menjalani hemodialisis \leq 8 bulan. Pasien akan memiliki kualitas hidup yang semakin baik dari waktu ke waktu jika menjalani hemodialisis secara regular, dengan ditunjang adanya perbaikan hubungan dokter pasien agar terbina rasa percaya pasien, karena hemodialisis bukanlah terapi untuk memperbaiki ginjal ke dalam keadaan semula, tetapi merupakan terapi rehabilitatif sebagai pengganti fungsi ginjal untuk mendapatkan kualitas hidup yang lebih baik.

Stadium penyakit pada gagal ginjal diawali dengan terjadinya gangguan fungsi ginjal yang dapat diketahui dengan tes pemekatan kemih dan tes GFR. Pada stadium akhir, terjadi kerusakan massa nefron sebesar 90% dan peningkatan kreatinin serum dan BUN, Gejala timbul pada stadium akhir gagal ginjal yaitu oliguri karena kegagalan glomerulus (Suharyanto dan Madjid (2009) dalam Lase (2011).

b. Terapi hemodialisis yang dijalani

Kualitas hidup pasien hemodialisis dipengaruhi oleh keadekuatan terapi hemodialisis dijalani dalam rangka mempertahankan fungsi hidupnya. Keefektifitasan hemodialisis dapat dinilai dari bersihan ureum selama hemodialisis karena ureum merupakan indikator pencapaian

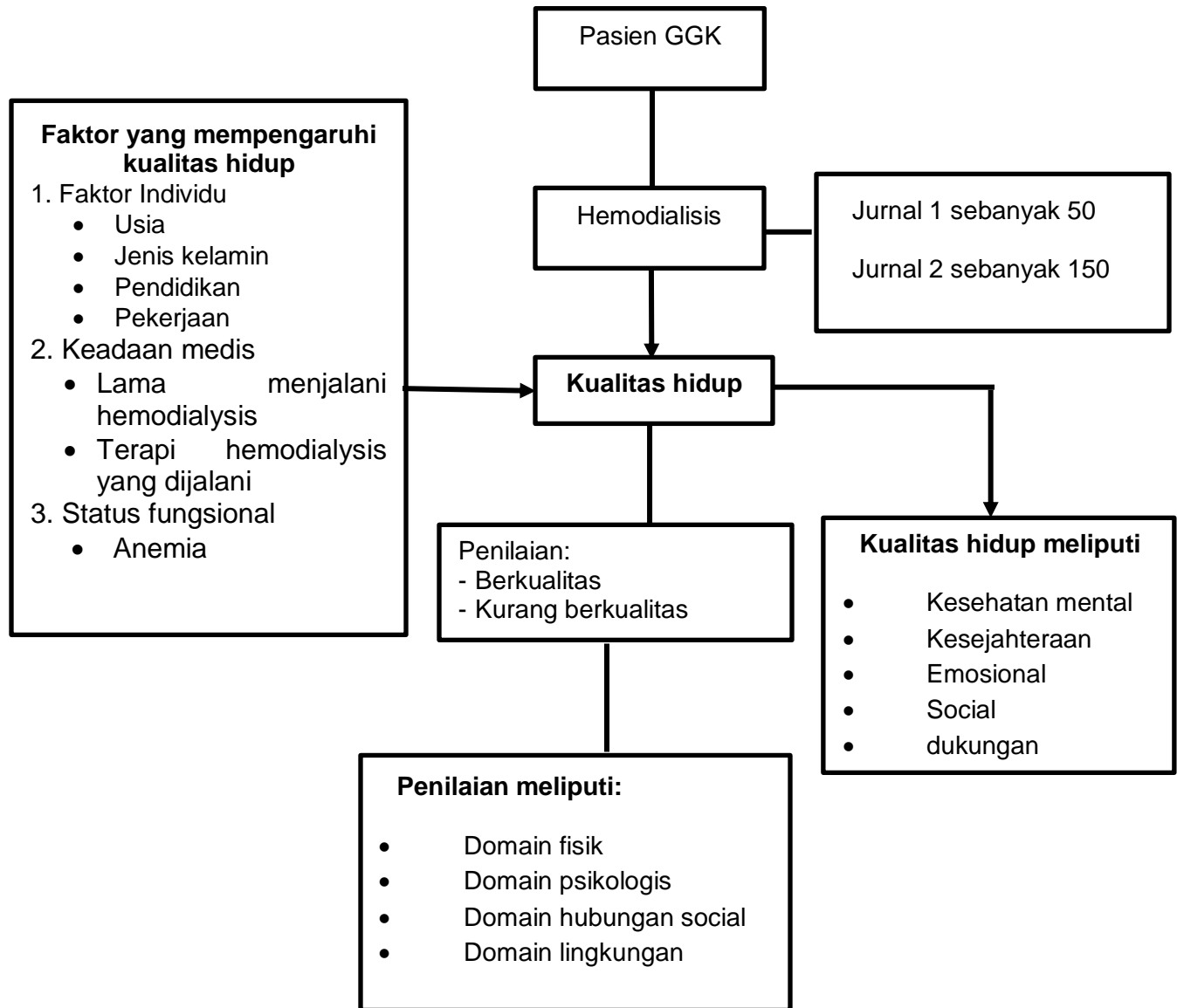
adekuasi hemodialisis. Agar hemodialisis yang dilakukan efektif perlu dilakukan pengaturan kecepatan aliran darah (Qb) dan akses vascular yang adekuat (Septiwi, 2011).

3. Status fungsional

a. Anemia

Anemia yang terjadi pada pasien karena penurunan ketahanan hidup sel darah merah maupun defisiensi eritroprotein. Pasien yang menjalani hemodialisis jangka panjang akan kehilangan darah kedalam dialiser (ginjal artificial) sehingga mengalami defisiensi besi (Smeltzer dan Bare, 2002). Menurut *National Kidney Foundation's Kidney Disease Outcomes Quality Initiative* (NKF-K/ DOQI), nilai Hb yang direkomendasikan pada pasien dengan GGK yaitu pada level 11-12g/dL (Gery, 2011). Menurut Peneftri (2011), pasien GGK dikatakan anemia apabila memiliki kadar hb ≤ 10 gr/ dL. Gejala dan tanda pasien GGK yang mengalami anemia berupa kelelahan, kelemahan, peka terhadap rangsang cahaya, nafas dangkal dan cepat, palpitasi, pucat, pusing, nadi meningkat, penurunan tekanan darah, ekstemitas dingin yang dapat menyebabkan penurunan kualitas hidup serta meningkatkan mortalitas (Program Pelatihan Teknik Dialisis dalam Nurchayati, 2011).

2.4 Kerangka Konsep



Keterangan



: Diteliti



: Tidak diteliti



: Berpengaruh



: Berhubungan

Gambar 2.2 Kerangka konsep Gambaran Kualitas Hidup Pasien GGK

2.5 Deskripsi kerangka konsep

Berdasarkan kerangka konsep diatas pasien penderita gagal ginjal kronik harus menjalani terapi hemodialisa. Jumlah dari HD sendiri oleh masing masing jurnal yaitu 50 dan 150. Hal tersebut akan mempengaruhi kualitas hidup pasien, faktor yang mempengaruhi kualitas hidup antara lain meliputi faktor individu: yang meliputi usia, jenis kelamin, Pendidikan, pekerjaan. Sedangkan faktor medis meliputi: lama hemodialisa, terapi hemodialisa yang dijalani. Faktor status fungsional yakni anemia. Dan kualitas hidup sendiri meliputi: kesehatan mental, kesejahteraan, emosional, social, dukungan. Hasil dari penilaian kualitas hidup meliputi berkualitas dan kurang berkualitas penilaian meliputi: domain fisik, domain psikologi, domain hubungan social dan domain lingkungan.