

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Konsep Penyakit Ginjal Kronik

a. Pengertian Penyakit Ginjal Kronik

Penyakit ginjal kronik adalah kerusakan ginjal (*renal damage*) lebih dari 3 bulan berupa kelainan struktural, fungsional dan tanpa Laju Filtrasi Glomerulus (LFG) selama 3 bulan (KDOQI, 2015 dalam Zasra dkk, 2018). Penyakit ginjal kronik didefinisikan sebagai kerusakan ginjal atau penurunan laju filtrasi glomerulus (LFG) dibawah 60 mL/menit/1,73 m² (Departemen Kesehatan RI, 2017). PGK merupakan suatu gangguan fungsi ginjal yang progresif dan *irreversibel* di mana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit (Black & Hawks, 2014 dalam Winarni, 2017). Dapat disimpulkan bahwa PGK merupakan penurunan lebih dari 60 ml/menit/1.73 m² terjadi kurang lebih 3 bulan yang bersifat progresif. Kerusakan ditandai berupa gangguan bentuk dari ginjal atau fungsi ginjal. Dimana tubuh gagal dalam mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit yang menyebabkan uremia.

b. Etiologi Penyakit Ginjal Kronik

Di Indonesia, penyebab PGK terbanyak adalah glomerulus nefritis, infeksi saluran kemih (ISK), batu saluran kencing, nefropati diabetic, nefroskerosis hipertensi, ginjal polikistik, dan sebagainya (Irwan, 2016). PGK disebabkan oleh penurunan fungsi ginjal akibat penimbunan produk akhir metabolisme protein dalam darah, sehingga terjadi uremia dan mempengaruhi seluruh sistem tubuh (Nursalam, 2013).

Menurut Price (2018) penyebab PGK lainnya dibagi menjadi 8 kelas yaitu:

- 1) Infeksi tubular seperti pielonefritis kronis dan nefropati refluks.
- 2) Penyakit radang seperti glomerulonefritis.
- 3) Penyakit pembuluh darah hipertensi seperti nefrosklerosis jinak, nefrosklerosis ganas, dan stenosis arteri ginjal.
- 4) Penyakit jaringan ikat seperti Lupus eritematosus sistemik, poliarteritis nodosa, sklerosis sistemik progresif.
- 5) Kelainan bawaan dan genetik seperti penyakit ginjal polikistik, asidosis tubulus ginjal.
- 6) Penyakit metabolik seperti diabetes, asam urat, hiperparatiroidisme dan amiloidosis.
- 7) Nefropati toksik seperti penyalahgunaan obat penghilang rasa sakit dan *Reed* nefropati.
- 8) Nefropati obstruktif misalnya saluran kemih bagian atas: kalkulus, neoplasma, fibrosis neuroperitoneal. Saluran kemih bagian bawah: Anomali kongenital hiperplasia prostat, arsitektur uretra, leher kandung kemih, dan uretra.

c. Patofisiologi

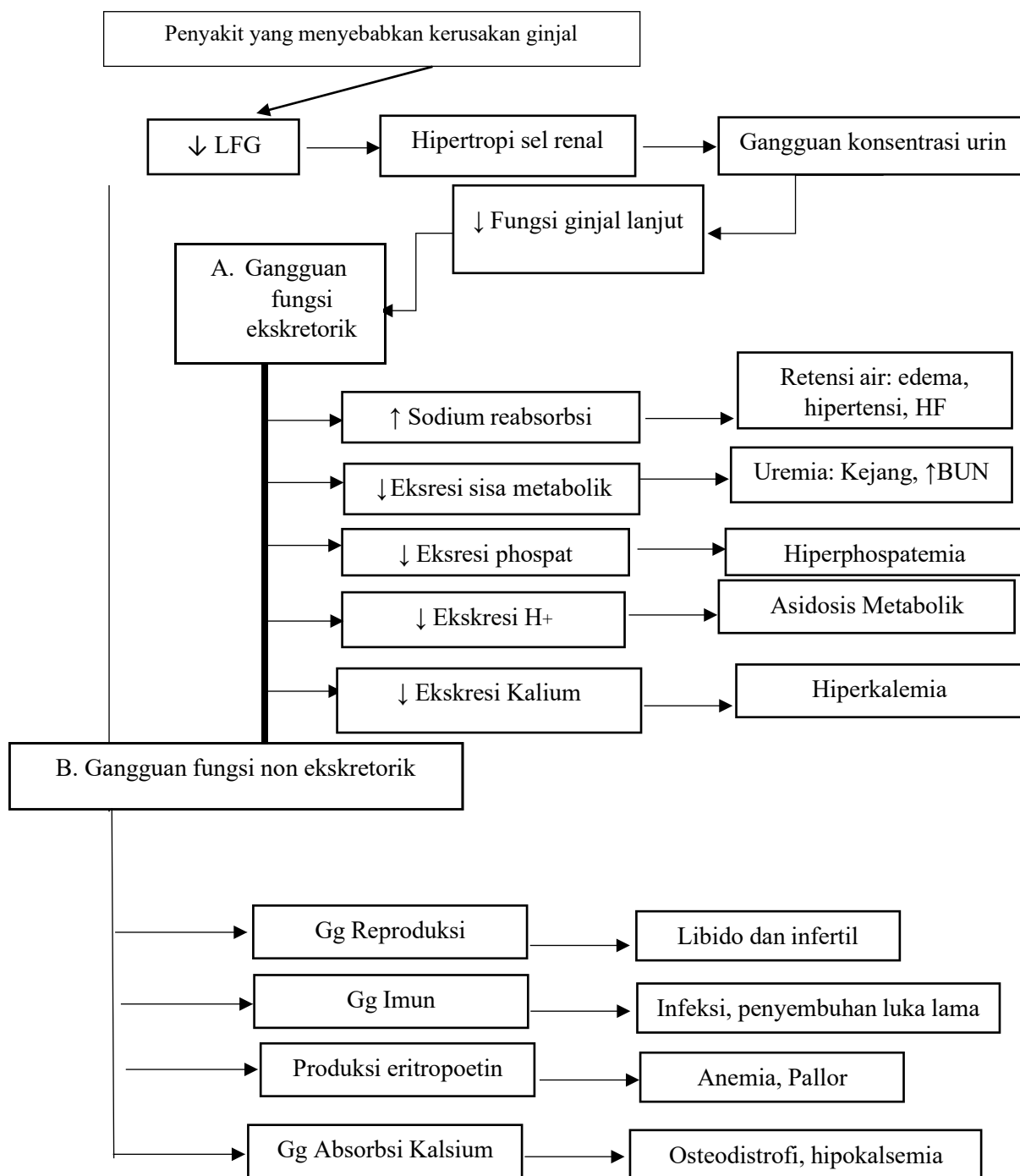
Fungsi ginjal yang terus bergantung pada bagian ginjal yang sakit, mulai dari stadium awal penyakit, adanya keseimbangan cairan dan penanganan garam, serta akumulasi produk limbah yang terus berubah, menyebabkan kerusakan pada ginjal kurang dari 25% fungsi ginjal normal. Fungsi ginjal yang terganggu mengakibatkan gejala klinis PGK yang minimal karena nefron sehat yang tersisa

mengambil alih fungsi nefron yang rusak. Untuk mencapai hasil yang sama, nefron yang tersisa meningkatkan laju filtrasi, reabsorpsi dan sekresi, serta mengalami hipertrofi.

Semakin banyak nefron yang bekerja dan banyak nefron yang mati, nefron yang tersisa menghadapi tugas yang sulit dan terus bekerja lebih cepat, merusak nefron tersebut dan mati seiring waktu. Siklus kematian nefron ini tampaknya sebagian terkait dengan fungsi nefron, yaitu peningkatan reabsorpsi protein.

Saat terjadinya penyusutan nefron secara progresif, saat itu pula terbentuk jaringan parut pengganti nefron yang mengakibatkan berkurangnya aliran darah ke ginjal. Renin akan mengeluarkan lebih banyak cairan dan ini akan menyebabkan tekanan darah meningkat. Ini akan mempersulit ginjal untuk membuang limbah tubuh Anda, sehingga akan memperburuk penyakit ginjal. Semakin banyaknya jaringan parut akan memperburuk kondisi akibat dari respon kerusakan nefron dan mengakibatkan secara progresif menurunnya fungsi ginjal turun secara drastis dengan manifestasi gangguan konsentrasi urin yang seharusnya dikeluarkan dari sirkulasi ginjal. Akibatnya terjadi penurunan fungsi ginjal lanjut yaitu gangguan fungsi eksretorik yang menyebabkan meningkatnya reabsorpsi mengakibatkan retensi air, edema dan hipertensi, menurunnya ekskresi sisa metabolik mengakibatkan uremia, menurunnya ekskresi fosfat mengakibatkan hiperphostemia, menurunnya ekskresi H^+ mengakibatkan asidosis metabolik, dan menurunnya ekskresi kalium mengakibatkan hiperkalemia dan adanya gangguan fungsi non eksretorik terdapat gangguan reproduksi mengakibatkan menurunnya libido dan infertil, gangguan imun mengakibatkan infeksi dan penyembuhan luka

akan lama, produksi eritropoetin mengakibatkan anemia dan pallor, dan gangguan absorpsi kalsium mengakibatkan osteodistrofi dan hipokalsemia (Siregar, 2020).



Gambar 1
 Pathway Penyakit Ginjal Kronis
 (Sumber: Siregar, 2020)

d. Manifestasi Klinis Penyakit Ginjal Kronik

Penyakit ginjal kronik biasanya tidak menunjukkan gejala atau tanda-tanda penurunan secara spesifik, tetapi gejala muncul pada saat fungsi nefron menurun secara berkelanjutan. Adapun tanda gejala umum, yaitu:

- a) Darah ditemukan dalam urin, sehingga warna urin gelap seperti teh (hematuria)
- b) Urin seperti busa (albuminuria)
- c) Urin keruh (ISK)
- d) Nyeri saat buang air kecil
- e) Merasa sulit berkemih
- f) Ada pasir atau batu didalam urin
- g) Terjadi penambahan atau pengurangan produksi urin secara signifikan
- h) Nokturia (sering BAK pada malam hari)
- i) Nyeri pada pinggang/perut
- j) Bengkak pada kelopak mata, wajah, dan pergelangan kaki
- k) Terjadi peningkatan tekanan darah

Gejala yang terjadi sesuai derajat penyakit ginjal kronik pada pasien, keadaan ini dapat mengganggu fungsi organ lainnya, di antaranya:

- a. Gangguan kardiovaskuler: terjadi peningkatan tekanan darah, kardiomyopati, uremik perikarditis, gagal jantung, edema paru dan perikarditis.
- b. Gangguan kulit : kulit terlihat pucat, mudah lecet, rapuh, kering dan bersisik, timbul bintik hitam dan gatal akibat ureum atau kalsium yang menumpuk dikulit. Kulit berwarna putih seperti lilin terjadi karena pigmen kulit dipenuhi

urea dan anemia. Warna rambut menjadi rapuh. Penumpukan urea dikulit mengakibatkan adanya pruritus.

- c. Gangguan pencernaan: ureum yang menumpuk di saluran pencernaan menyebabkan terjadinya inflamasi dan ulserasi di mukosa saluran pencernaan sehingga terjadi stomatitis, perdarahan gusi, paroritis, esophagitis, gastritis, ulseratif duodenal, lesi pada usus, pankreatitis. Reaksi sekunder yang muncul berupa mual, muntah, penurunan nafsu makan, cegukan, rasa haus dan penurunan saliva yang menyebabkan mulut kering.
- d. Gangguan muskuloskeletal: penumpukan ureum di otot dan syaraf mengakibatkan penderita sering mengeluh sakit tungkai bawah dan selalu menggerakkan kaki kadang terasa panas, gangguan syaraf lainnya dapat berupa kelemahan, demineralisasi tulang, fraktur patologis dan klasifikasi.
- e. Gangguan hematologi: gangguan hematologi mengakibatkan penurunan eritropoetin dalam membentuk sel darah merah dan gangguan masa hidup sel darah merah. Tindakan hemodialisis juga mengakibatkan anemia karena perdarahan akibat terganggunya fungsi trombosit dan perdarahan ditandai dengan munculnya purpura, petechiae dan ekimosis. Penurunan ginjal juga dapat terinfeksi akibat daya tahan tubuh turun, kemampuan leukosit dan limfosit dalam mempertahankan seluler.
- f. Gangguan neurologi: kadar ureum yang tinggi dapat menembus sawar otak sehingga mengakibatkan mental yang kacau, gangguan konsentrasi kedutan otot, kejang dan dapat menurunkan tingkat kesadaran, gangguan tidur, tremor.

- g. Gangguan endokrin: dapat mengakibatkan terjadinya gangguan infertilitas, penurunan libido, gangguan amenorrhea dan siklus haid pada wanita, impoten, penurunan pengeluaran sperma, peningkatan aldosterone dan mengakibatkan rusaknya metabolisme karbohidrat.
- h. Gangguan respiratori: dapat mengakibatkan udem paru, nyeri pleura, sesak nafas, *friction rub*, krakles, sputum kental, dan peradangan lapisan pleura.
- e. **Derajat Penyakit Gijal Kronik**

Derajat untuk pasien Penyakit Ginjal Kronik (*Kidney Dialysis Outcomes Quality Initiative* {KDQOL}, 2020) sebagai berikut:

- 1) Stadium Satu (LFG normal (>90 ml/min))

Pada stadium satu seseorang perlu waspada bila kadar ureum dan kreatinin melebihi batas normal, didapati darah atau protein dalam urin. Adanya bukti nyata kerusakan ginjal melalui pemeriksaan MRI, CT scan, ultrasound atau contrast x-ray dan ada keluarga yang menderita ginjal polikistik.

- 2) Stadium Dua (penurunan LFG ringan atau 60 s/d 89 ml/min)

Pada stadium dua, adanya sedikit penurunan LFG yang harus diwaspadai, maka dari itu penderita perlu cek rutin kadar serum kreatinin dan protein dalam urin secara berkala agar mengetahui sejauh mana kerusakan ginjalnya.

- 3) Stadium Tiga (penurunan LFG moderat atau 30 s/d 59 ml/min)

Pada stadium tiga terbagi menjadi 2 bagian yaitu 3A dan 3B. Pada 3A LFG 45-59 ml/min, sedangkan pada 3B LFG 30-44 ml/min. LFG semakin melambat hal itu menyebabkan sisa-sisa metabolisme menumpuk dalam darah yang

disebut uremia. Komplikasi pun akan muncul seperti hipertensi, anemia, atau keluhan pada tulang. Gejala-gejala akan muncul seperti:

- a) *Fatigue* atau rasa lemah
 - b) Kelebihan cairan
 - c) Perubahan pada urin
 - d) Sakit pada ginjal
 - e) Sulit tidur
- 4) Stadium Empat (penurunan LFG parah atau 15-29 ml/min)

Pada stadium ini fungsi ginjal hanya sekitar 15-30%, sangat mungkin pada stadium ini harus melakukan terapi ginjal/dialisis atau transplantasi. Kondisi stadium empat akan terjadi penumpukan racun dalam darah atau uremia. Kemungkinan muncul komplikasi seperti hipertensi, anemia, penyakit tulang, masalah jantung dan penyakit lainnya. Gejala-gejala akan muncul seperti:

- a. *Fatigue* atau rasa lemah
- b. Kelebihan cairan
- c. Perubahan pada urin
- d. Sakit pada ginjal
- e. Sulit tidur
- f. Muntah/mual
- g. Penurunan nafsu makan
- h. Bau mulut uremic
- i. Sulit berkonsentrasi

5) Stadium Lima (penyakit ginjal terminal atau < 15 ml/min)

Pada stadium ini penderita kehilangan seluruh kemampuannya untuk bekerja optimal. Sangat diperlukan TPG (dialisis) agar dapat bertahan hidup. Stadium lima ini disarankan untuk melakukan hemodialisis, peritoneal dialisis atau transplantasi ginjal. Gejala-gejalanya akan bertambah dari stadium sebelumnya, diantaranya *fatigue* atau rasa lemah, kelebihan cairan, perubahan pada urin, sakit pada ginjal, sulit tidur, muntah/mual, penurunan nafsu makan, bau mulut uremic, sulit berkonsentrasi, gatal-gatal, bengkak pada mata, wajah dan pergelangan kaki, kram otot, dan perubahan warna kulit.

f. Penatalaksanaan Penyakit Ginjal Kronis

Tindakan yang dapat dilakukan pada penyakit ginjal kronis stadium lima yaitu pada LFG kurang dari 15 ml/menit berupa dialisis dan transplantasi ginjal. Menurut Enday Sukandar (2013), penatalaksanaan PGK adalah:

1) Perawatan Konservatif

Tujuan pengobatan konservatif adalah untuk mencegah PGK menjadi lebih buruk secara bertahap. Salah satunya terapi statin seharusnya dimulai untuk pasien dengan ginjal kronik stadium 1-3 berdasarkan pedoman lipid yang ada untuk populasi umum (derajat A). Lainnya ada gemfibrozil (1200 mg) mungkin dipertimbangkan sebagai alternatif pengobatan statin untuk pasien dengan penyakit ginjal kronik (stadium 1-3) yang berisiko kardiovaskular intermediate atau tinggi dengan kadar kolesterol HDL (*high density lipoprotein*) rendah. Perawatan konservatif untuk mengurangi ketidaknyamanan yang disebabkan oleh akumulasi racun azotemic,

meningkatkan metabolisme secara optimal menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit.

a. Peran Gizi

Terapi nutrisi protein rendah (DRPs) berguna untuk mencegah atau mengurangi azotemia toksik tetapi dapat berbahaya dalam jangka panjang, terutama pada gangguan keseimbangan nitrogen negatif.

b. Kebutuhan kalori

Kebutuhan kalori (sumber energi) PGK harus mencukupi tujuan utamanya adalah menjaga keseimbangan positif nitrogen, dan pemeliharaan status gizi.

c. Kebutuhan cairan

Kebutuhan cairan harus adekuat jika ureum serum melebihi 150 mg% agar jumlah diuresis mencapai 2 liter per hari.

d. Kebutuhan elektrolit dan mineral

Jumlah mineral dan elektrolit yang dibutuhkan tergantung pada LFG dan penyakit ginjal yang mendasarinya.

2) Terapi simptomatik

a) Asidosis metabolik

Asidosis metabolik perlu dikoreksi karena meningkatkan kalium serum (hiperkalemia). Suplemen makanan alkali dapat diberikan untuk mencegah dan mengobati asidosis metabolik yaitu larutan shohl 140 gram sitrat, 98 gram natrium dilarutkan dalam 1 liter air (1 mg – 1 mEq). Dan terapi alkalin (natrium bikarbonat) harus segera diberikan melalui intravena jika $\text{Ph} < 7,35$ atau serum bikarbonat $< 20 \text{ meq/L}$.

b) Anemia

Pilihan pengobatan alternatif, murah dan efektif adalah transfusi darah, seperti *Packed Red Cell* (PRC). Tetapi perlu diperhatikan saat menangani transfusi darah, karena dapat menyebabkan kematian mendadak. Sehingga perlu dilihat indikasi dilakukan PRC. Selain itu dapat diberikan R/Eporex 30-50 U per kg BB, alternatif lain hormon androgen dan preparat cobalt.

c) Keluhan gastrointestinal

Keluhan gastrointestinal merupakan keluhan utama (*chief complaint*) yaitu anoreksi, mual dan muntah. Tindakan yang harus dilakukan adalah terapi dialisis adekuat dan bisa diberikan obat prochlorperazine 12,5 mg IM atau 2,5–10 mg IV pelan dosis maksimal adalah 40 mg sehari dan trimethobenzamide 100 atau 200 mg. Keluhan gastrointestinal yang lain adalah ulserasi mukosa mulai dari mulut sampai anus dapat diberikan terapi phenegran 25 mg, metoclopramide 5 mg, dan cyproheptadine 4 mg.

d) Kelainan Kulit

Keluhan gatal akan ditemukan 25 % kasus PGK. Berbagai macam terapi dapat dilakukan di antaranya terapi lokal bisa diberikan yaitu topikal emollient, phototherapy dengan sinar UV-B, dan obat diphenhydramine 25-50 mg, hydroxyzine 10 mg, chlorestyramine 5 gram, dan oral activated charcoal 6 gram/hari.

e) Gangguan neuromuskular

Pengobatan yang dilakukan yaitu terapi sesuai hemodialisis reguler yang adekuat, pengangkatan kelenjar paratiroid dan obat diazepam 2–10 mg.

f) Hipertensi

Hampir 80% hipertensi pada PGK berhubungan dengan retensi natrium (Na⁺). Adapun penatalaksanaanya yaitu retriksi garam dapur < 3 gram per hari, diuretik furosemide 40 mg, obat antihipertensi ada antagonis non-dihidropiridin ada diltiazem 90 – 120 mg, doxazisine 1 mg, beta – blocker ada bisoprolol fumarate 5 mg.

g) Kelainan kardiovaskuler

Penyakit jantung kongestif merupakan salah satu faktor pemburuk LFG dapat diberikan forced diuresis, ultrafiltrasi. Sedangkan pada penyakit jantung koroner pilihan tindakan dapat diberikan calcium antagonist, anti platelet *agents*. Obatnya dapat diberikan nitrogliserin 0,3–0,6 mg.

h) Kelainan Endokrin

Adanya hiperplasi kelenjar paratiroid dan kenaikan hormon PTH. Tindakan yang dapat dilakukan adalah pengikat fosfat, takaran tinggi pengikat kalsium yaitu kalsium karbonat 5 gram per hari, kalsium asetat 7,9 gram per hari, dan kalsium sitrat 8,3 gram per hari.

3) Transplantasi ginjal

Transplantasi ginjal adalah prosedur di mana ginjal ditransplantasikan dari satu orang ke orang lain. Transplantasi ginjal terbagi menjadi dua bidang, yaitu *cadaver* donor (mendonorkan ginjal dari orang yang sudah meninggal) atau *living*

donor (mendonorkan ginjal dari orang yang masih hidup). Donor hidup dibagi lagi menjadi dua, yaitu terkait (donor ginjal dan penerima ginjal terkait) dan tidak terkait (donor dan penerima tidak terkait). Indikasi transplantasi ginjal adalah pasien dengan penyakit ginjal stadium akhir. Beberapa penyebab penyakit ginjal stadium akhir antara lain tekanan darah tinggi, infeksi, kencing manis (diabetes melitus), kelainan fungsi dan bentuk ginjal bawaan, serta penyakit autoimun seperti lupus.

2.1.1 Konsep Hemodialisis

a. Pengertian Hemodialisis

Hemodialisis adalah pengobatan yang membantu menggantikan fungsi ginjal yang rusak. Hemodialisis adalah cara untuk membantu orang yang memiliki kondisi kronis dan perlu menjalani terapi dialisis jangka pendek atau orang dengan penyakit ginjal stadium akhir (ESRD) yang perlu menjalani dialisis jangka panjang atau permanen (Kamil, Agustina, & Wahid, 2018). Hemodialisis di definisikan sebagai suatu proses pengubahan komposisi solute darah oleh larutan lain (cairan dialisat) melalui membrane semi permeabel (*membrane dialysis*). Tetapi pada prinsipnya, hemodialisis adalah prosedur medis yang menggunakan membran semi permeabel untuk menyaring atau membersihkan darah (Sarwono dkk, 2014). Dapat disimpulkan bahwa hemodialisis adalah terapi pengganti fungsi ginjal yang sudah rusak yang prinsip kerjanya adalah penyaringan atau pembersihan darah melalui suatu membrane semi permeabel yang memerlukan waktu 4-5 jam untuk setiap sekali terapi.

b. Tujuan hemodialisis

Menurut Siregar, 2017, tujuan hemodialisis yaitu:

- a. Menghilangkan residu metabolisme protein seperti: ureum, kreatinin, dan asam urat.
- b. Buang kelebihan air dengan mempengaruhi tekanan sedang sabuk darah dan cairan.
- c. Memelihara atau memulihkan sistem penyangga tubuh.
- d. Untuk mempertahankan atau mengembalikan kadar elektrolit dalam tubuh.

c. Indikasi Hemodialisis

Menurut Zasra dkk (2018) HD akan dilakukan apabila terjadi keadaan sebagai berikut:

- 1) Kelebihan (*overload*) cairan ekstraseluler yang sulit dikendalikan dan hipertensi.
- 2) Hiperkalemia yang refrakter (kebal rangsang) terhadap terapi farmakologi dan restraksi diit.
- 3) Asidosis metabolik yang refrakter apabila diberi terapi bikarbonat.
- 4) Hiperfosfatemia yang refrakter dengan restraksi diit dan terapi pengikat fosfat.
- 5) Anemia yang refrakter apabila diberi eritropoietin dan besi.
- 6) Adanya penurunan fungsi dan kualitas hidup tanpa penyebab yang jelas.
- 7) Penurunan berat badan, ditambah adanya gejala mual dan muntah, atau adanya gastroduodenitis.

- 8) Selain itu, indikasi lain yang harus dilakukan segera hemodialisis adanya gangguan neurologis (contoh neuropati, ensefalopati, gangguan psikiatri), pleuritis atau perikarditis, diatesis hemoragik dengan waktu yang lama.

c. Dampak Hemodialisis

a) Dampak Psikologis

Terapi hemodialisis dilakukan dengan rutin dan memerlukan waktu yang cukup lama, oleh karena itu pasien yang menjalani terapi hemodialisis sering berdampak pada psikologis pasien. Pasien hemodialisis sering mengalami emosi negatif, seperti mudah marah, cemas, dan sedih serta perilaku perilaku penghindaran dan menutup diri. Kondisi ini merupakan tanda-tanda dari stress. Stress merupakan interaksi antar individu dengan lingkungan sekitar berdasarkan penilaian terhadap stimulus yang dihadapinya dan diikuti dengan upaya untuk mengatasinya. Distress merupakan akibat stress yang berdampak negatif bagi individu yang menjalani terapi hemodialisis yang dipicu oleh sumber stres atau yang biasa disebut stressor (Kamil dkk, 2018).

Distres pada pasien yang menjalani terapi hemodialisa akan menimbulkan permasalahan psikologis yang lebih berat, seperti kecemasan, tremor, kelemahan pada tangan, nyeri telapak kaki, perubahan tingkah laku, penurunan konsentrasi, gangguan citra tubuh yang terjadi akibat adanya perubahan fungsi struktur tubuh pasien (Wahyuni, Lawati, & Gusti, 2019). Semua dampak ini tidak hanya dirasakan oleh pasien, namun keluarga juga akan merasakan dampaknya. Pada pasien yang menjalani hemodialisis yang harus menjalani proses cuci darah seumur hidupnya, dan harus mengatur gaya hidupnya selama pasien masih menjalani proses

hemodialisis. Pasien juga sering merasa cemas dan khawatir dengan penyakitnya dan keadaan dirinya yang harus menjalani terapi hemodialisis secara teratur dan terus menerus, gejala kecemasan yang muncul yaitu jantung berdebar lebih cepat sebelum tindakan hemodialisis, dan sulit tidur pada malam hari (Anita & Novitasari, 2014).

b) Dampak Fisik

Pasien PGK memiliki keterbatasan dalam melakukan tugas fisik dasar seperti berjalan, bangkit dari kursi, dan keterbatasan melakukan aktivitas sehari-hari (Painter & Marcus, 2013). Pada penderita PGK perubahan fisik paling terasa adalah kelemahan. Kelemahan berhubungan dengan malnutrisi, anemia dan uremia. Kelemahan secara signifikan berhubungan dengan munculnya gejala masalah tidur, status kesehatan fisik yang menurun. Selain itu, dampak fisik yang sering dirasakan pasien PGK adalah kelelahan, kram otot, sesak napas, nyeri, gangguan seksual yaitu kesulitan mencapai orgasme. Menurut Utami (2014) pasien PGK dengan hemodialisis memberikan dampak fisik dan komplikasi. Misalnya jantung, anemia, gangguan tidur yang disebabkan uremia, durasi terapi dialisis dan sakit kronis. Selain itu menyebabkan gangguan neurologis dan gangguan gastrointestinal yang memberikan dampak pada kualitas hidup pasien PGK.

2.1.3 Konsep Kualitas Hidup

a. Pengertian Kualitas Hidup

Menurut World Health Organization (2018) kualitas hidup merupakan persepsi individual terhadap posisinya dalam kehidupan, dalam konteks budaya, maupun sistem nilai dimana mereka berada dan hubungannya terhadap tujuan

hidup, harapan, dan standar (dalam Haugan dkk, 2020). Kualitas hidup didefinisikan sebagai respon emosional dari penderita terhadap aktivitas sosial, emosi, pekerjaan, dan hubungan antar keluarga, kegembiraan atau senang (Suprihatiningsih, 2020). Kualitas hidup merupakan konsep analisis kemampuan individu untuk mendapatkan hidup yang normal terkait dengan persepsi secara individu mengenai tujuan, harapan, standard yang dipengaruhi oleh nilai dan budaya pada lingkungan individu tersebut (Azizah & Hartanti, 2016). Maka kualitas hidup adalah persepsi atau penilaian subjektif seseorang yang meliputi beberapa aspek pada saat yang sama yaitu kebugaran jasmani atau kondisi fisik, psikologis, sosial, kognitif interpersonal dengan peran, aspek mental, spiritual dan lingkungan dalam kehidupan sehari-hari.

b. Komponen Kualitas Hidup

Komponen kualitas hidup PGK yang menjalani hemodialisis terbagi menjadi empat komponen, yaitu :

1) Kesehatan Fisik

Kesehatan fisik yang dialami antara lain fungsi fisik, status pekerjaan, peran fisik, kesehatan umum, persepsi rasa sakit, energi dan kelelahan, dan fungsi sosial. Fungsi fisik yang dirasakan yaitu mengalami kesulitan aktivitas sehari-hari, pasien membutuhkan banyak usaha lebih besar ketika melakukan kegiatan yang kuat, seperti olahraga berat, berlari, dan mengangkat benda berat. Pasien juga terbatas dalam menaiki anak tangga dan berjalan beberapa blok. Beberapa pasien menjelaskan mengalami kesulitan ketika mandi dan ganti pakaian. Hal ini

menunjukkan semakin besar tingkat usaha dan kompleksitas, semakin besar kesulitan yang dirasakan (Mustikayani & Dwirandra, 2016).

2) Kesehatan mental

Kesehatan mental yang dirasakan pasien PGK adalah kesejahteraan emosional, kualitas interaksi sosial, beban penyakit ginjal, dukungan sosial dan peran emosional. Perasaan emosional pada pasien PGK dapat menurunkan kualitas hidup dari waktu ke waktu karena peningkatan beban ginjal seseorang yang menyebabkan frustrasi (Fitri dkk, 2018). Pasien PGK yang menjalani hemodialisis juga mengalami gangguan peran karena tidak diikutsertakan dalam kehidupan sosial, tidak mengurus pekerjaan, sehingga terjadi perubahan tanggung jawab dalam keluarga. Pasien akan merasa bersalah karena tidak mampu berperan tentunya menjadi ancaman bagi harga diri pasien.

3) Masalah penyakit ginjal

Masalah pada pasien PGK adalah masalah yang menyertai setelah di diagnosis sakit ginjal yaitu fungsi kognitif, gejala atau masalah, efek dari penyakit ginjal, fungsi seksual dan kualitas tidur. Masalah yang di alami adalah nyeri otot, nyeri dada, kram otot, kulit 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) (Rika Syafitri & Fitri Mailani, 2019).

Pasien PGK akan mengalami perubahan fisik berupa kelemahan fisik yang akan menimbulkan gejala gangguan masalah tidur dan status kesehatan fisik menurun, sehingga mempengaruhi kualitas hidupnya. Pasien yang telah melakukan

hemodialisis merasa lelah, sakit kepala, keringat dingin, kram dan tidak buang air seni. Masalah yang dihadapi pasien PGK yaitu menurunnya fungsi seksual (libido) pada laki-laki terjadi impotensi karena obat-obatan. Pada wanita tidak mengalami menstruasi karena pengaruh obat imunosupresi (Siwi, 2021).

4) Kepuasan pasien

Kepuasan pasien dalam menjalani hemodialisis adalah pikiran tentang pelayanan yang akan diterima selama hemodialisis dengan menilai caring dari perawat. Perawat dialisis berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien PGK. Peran perawat sangat mendukung dalam proses hemodialisis pasien dimana pasien merasa mendapat dukungan dalam mengambil keputusan mengambil terapi hemodialisis dengan cara diskusi dan bertemu. Dukungan sosial yang dilakukan perawat sangat berperan penting karena pasien akan merasa dihargai dan merasa lebih kuat (Mardyaningsih, 2014).

c. Pengukuran Kualitas Hidup

Kualitas hidup adalah tolak ukur yang perlu dipertimbangkan saat mengevaluasi pasien dengan kondisi kronis (Hacker, 2014). Kualitas hidup memiliki banyak dimensi yang harus diperhatikan saat mengevaluasinya. Saat ini terdapat beberapa kuesioner standar untuk menilai kualitas hidup seseorang, salah satunya adalah Short Form-36 (SF-36). Kuisisioner ini terdiri dari 4 dimensi kualitas hidup yang terdiri dari kesehatan fisik, kesehatan mental, masalah penyakit ginjal dan kepuasan pasien. Langkah-langkah ini memberikan skor skala untuk masing-masing dari delapan domain dan dua ringkasan ukuran kesehatan fisik dan mental.

Skor kualitas hidup rata-rata adalah 60, di bawahnya kualitas hidup dianggap buruk.

Perkembangan survei kualitas hidup menyebabkan perkembangan instrumen kualitas hidup. Sampai saat ini, terdapat kurang lebih 1000 alat pengukur kualitas hidup (Theofilou, 2013). Berdasarkan instrumen kualitas hidup yang sangat spesifik untuk penyakit tertentu (Haris dkk, 2019).

PGK memiliki alat ukur kualitas hidup yang telah teruji validitas dan reliabilitasnya. Pengukur khusus adalah pengukur khusus untuk mengukur kualitas hidup untuk penyakit tertentu. Alat ukur ini memuat pertanyaan spesifik yang sering muncul pada masing-masing penyakit. Kelebihan meteran ini adalah dapat lebih akurat mengidentifikasi penyakit atau masalah spesifik yang mempengaruhi penyakit tertentu. Kelemahan dari alat ukur ini adalah tidak dapat digunakan untuk penyakit lain dan pertanyaan umumnya lebih sulit dipahami. Contoh Kuesioner kualitas hidup yang digunakan adalah KDQOL-SF 36 ukuran penilaian kualitas hidup pasien PGK. Terdiri dari 7 domain penyakit ginjal terdiri dari gejala/masalah (12 item), efek dari penyakit ginjal (8 item), beban penyakit ginjal (4 item), peran fisik (4 item), nyeri (2 item), fungsi sosial (2 item) dan energi/kelelahan (4 item). Nilai kuesioner KDQOL SF-36 berkisar 0 - 100 dengan nilai 100 sebagai kualitas hidup terbaik.

d. Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup

Beberapa faktor yang mempengaruhi kualitas hidup diantaranya:

1) Usia

Secara umum, kualitas hidup seseorang menurun seiring bertambahnya usia. Kualitas hidup pasien PGK usia muda lebih optimal dibandingkan pasien lanjut usia karena pada usia muda memiliki motivasi dan harapan yang tinggi untuk sembuh karena masih muda biasanya menjadi tulang punggung keluarga. Sedangkan, pada pasien PGK lanjut usia, mereka menyerahkan keputusan kepada keluarga dan anak-anaknya.

2) Jenis kelamin

Kualitas hidup pria biasanya lebih buruk daripada wanita. Hal ini dapat dibedakan berdasarkan pekerjaan, gaya hidup, genetika, dan kondisi fisik.

3) Tingkat pendidikan

Pasien PGK dengan pendidikan yang lebih tinggi akan mendapatkan pengetahuan yang lebih sehingga dapat menghadapi masalah yang mereka hadapi (Din, 2108).

4) Pekerjaan

Kerja adalah kegiatan seseorang atau pekerjaan yang menghasilkan upah atau gaji untuk memenuhi kebutuhan hidup.

5) Lama Menjalani Hemodialisis

Menurut Pranoto (2016) membagi lama terapi hemodialisis ada 3 yaitu, kurang dari 12 bulan, 12-24 bulan, dan lebih dari 24 bulan. Pada awal pengobatan hemodialisis, pasien bereaksi seolah-olah tidak mau menerima disfungsi ginjalnya,

pasien marah dan sedih dengan apa yang terjadi, sehingga harus beradaptasi dengan lingkungan dalam waktu yang lama dan juga mengikuti terapi 2 - 3 kali seminggu. Waktu yang dibutuhkan setiap pasien untuk menyesuaikan diri berbeda-beda, semakin lama terapi maka penyesuaian diri pasien akan semakin baik karena sudah mendapatkan promosi kesehatan yang cukup dari tenaga kesehatan (Siregar, 2016). Perawatan hemodialisis seumur hidup dapat menyebabkan kebosanan dan dengan demikian merusak kualitas hidup. Jumlah waktu seseorang tergantung pada tingkat keparahan penyakit.

6) Kondisi Komorbid

Perawatan hemodialisis yang tidak memadai dapat menghilangkan semua racun dari tubuh yang menyebabkan gangguan pada sistem organ, yaitu peredaran darah, pernapasan, pencernaan, saraf, muskuloskeletal, sistem hematologi, dll. Semakin banyak penyakit penyerta yang dimiliki pasien, semakin buruk kualitas hidupnya (Din, 2018).

2.1.2 Hubungan Lamanya Menjalani Hemodialisis dengan Kualitas Hidup

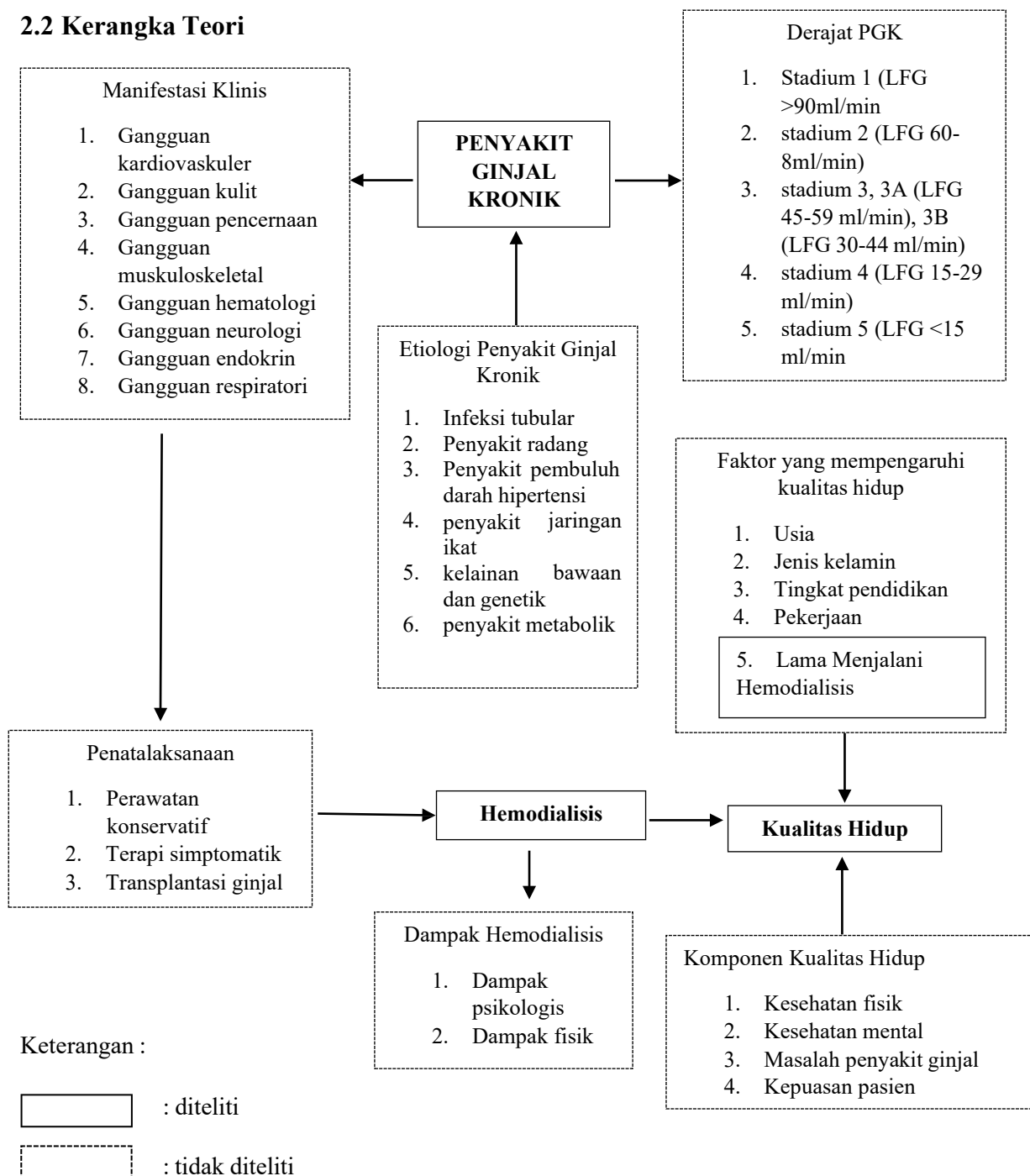
Berdasarkan hubungan lama hemodialisis dengan kualitas hidup pada pasien PGK didapatkan bahwa sebagian besar pasien yang menjalani hemodialisis lebih dari 12 bulan memiliki kualitas hidup yang lebih baik dibandingkan dengan yang menerima hemodialisis kurang dari 12 bulan, ketika lebih banyak pasien memiliki kualitas hidup yang buruk. Setiap pasien membutuhkan jumlah waktu yang berbeda untuk menyesuaikan diri dengan perubahan yang dialaminya, seperti gejala, komplikasi, dan pengobatan seumur hidup. Sehingga kualitas hidup pasien

PGK juga bervariasi sesuai dengan waktu yang dibutuhkan dalam fase adaptasi pengobatan hemodialisis.

Mayoritas yang menjalani hemodialisis lebih dari 12 bulan memiliki kualitas hidup yang cukup, karena semakin lama pasien menjalani hemodialisis, maka pasien akan semakin terbiasa dan menerima segala gejala dan komplikasinya. Pasien yang mampu menerima penyakitnya dengan baik juga memiliki kualitas hidup yang baik, karena kualitas hidup berfokus pada apakah responden dapat menerima kondisi yang dialaminya. Kualitas hidup pasien HD seringkali berkurang karena membuat pasien semakin parah dipaksa untuk mengubah gaya hidup rutin mereka. Apalagi bagi pasien yang baru saja menjalani HD, pasien belum siap menerima dan beradaptasi dengan perubahan dalam hidupnya.

Bagi pasien PGK baru yang menjalani hemodialisis, tentunya pasien akan memiliki rasa belum menerima dan beradaptasi akan perubahan yang terjadi pada hidupnya. Diantaranya ketidakmampuan, ketergantungan, dan biaya pengobatan akan mengganggu aktivitas normal yang biasa dilakukan. Masalah ini akan mempengaruhi aspek spiritual, psikologis, sosial, fisik, kognitif, dan emosi pasien.

2.2 Kerangka Teori



Gambar 2
Kerangka Teori

(Sumber: Siregar (2020), Widia (2018), Price (2018), Utami (2014), Kamil dkk (2018))