

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Penyakit Ginjal Kronik (PGK) adalah suatu gangguan pada ginjal ditandai dengan abnormalitas struktur ataupun fungsi ginjal yang berlangsung lebih dari 3 bulan. PGK ditandai dengan salah satu atau lebih tanda kerusakan ginjal yaitu *albuminuria*, *abnormalitas* sedimen urin, elektrolit, histologi, struktur ginjal, ataupun adanya riwayat transplantasi ginjal, juga disertai penurunan laju filtrasi glomerulus (KDIGO, 2012). Pasien Gagal ginjal kronik (GGK) mempunyai karakteristik bersifat menetap, tidak bisa disembuhkan dan memerlukan pengobatan berupa hemodialisis, dialisis peritoneal, transplantasi ginjal dan rawat jalan dalam jangka waktu yang lama (Black & Hawks, 2014).

Gagal ginjal kronik (GGK) merupakan masalah kesehatan masyarakat global dengan prevalensi atau angka kejadian global yang tinggi yaitu 38% pada tahun 2013 meningkat menjadi 50%, pada tahun 2015 (Hill dkk, 2016). Prevalensi gagal ginjal kronik di Indonesia pada pasien usia lima belas tahun keatas adalah sebesar 0,2%. Prevalensi gagal ginjal kronik tertinggi pada usia 65-74 tahun sebanyak 8,23% dan prevalensi gagal ginjal kronik terdapat pada jenis kelamin laki-laki 4,17% (Risesdas, 2018).

Prevalensi PGK di Sumatera Barat sebesar 0,2%. Prevalensi PGK tertinggi sebanyak 0,4% yaitu di Kabupaten Tanah Datar dan Kota Solok. Di Kota Padang didapatkan prevalensi PGK sebesar 0,3%. Kejadian tertinggi PGK di Sumatera Barat adalah pada kelompok umur 45-54 tahun sebanyak 0,6%. Perbandingan

PGK berdasarkan jenis kelamin pria dan wanita adalah tiga berbanding dua (Risksdas, 2013).

Penatalaksanaan gagal ginjal kronik dapat dilakukan dua tahap yaitu dengan terapi konservatif dan terapi pengganti ginjal. Tujuan dari terapi konservatif adalah mencegah memburuknya faal ginjal secara progresif, meringankan keluhan-keluhan akibat akumulasi toksin azotemia, memperbaiki metabolisme secara optimal dan memelihara keseimbangan cairan elektrolit. Tindakan konservatif dapat dilakukan dengan pengaturan diet pada pasien gagal ginjal kronis (Sukandar, 2013).

Diet rendah protein menguntungkan untuk mencegah atau mengurangi toksin azotemia, tetapi untuk jangka lama dapat merugikan terutama gangguan keseimbangan negatif nitrogen (Sukandar, 2013). Pembatasan asupan protein dalam makanan pasien gagal ginjal kronik dapat mengurangi gejala anoreksia, mual, dan muntah. Pembatasan ini juga telah terbukti menormalkan kembali dan memperlambat terjadinya gagal ginjal. Asupan rendah protein mengurangi beban ekskresi ginjal sehingga menurunkan hiperfiltrasi glomerulus, tekanan intraglomerulus, dan cedera sekunder pada nefron intak (Wilson LM, 2005). Penelitian telah menunjukkan bahwa pasien penyakit ginjal kronis akan secara spontan membatasi asupan protein mereka. Jumlah protein yang diperbolehkan kurang dari 0,6 g protein/Kg /hari dengan LFG kurang dari 10 ml / menit (Ikizler, 2014).

Hiperkalemia merupakan masalah yang penting pada gagal ginjal kronik. Hiperkalemia merupakan komplikasi interdialitik yaitu komplikasi yang terjadi selama periode antar hemodialisis. Keadaan hiperkalemia mempunyai resiko



untuk terjadinya kelainan jantung yaitu aritmia yang dapat memicu terjadinya cardiac arrest yang merupakan penyebab kematian mendadak (Sukandar, 2013). Hiperkalemia berat dapat didefinisikan sebagai kadar kalium lebih dari 6,5 mEq/L (6,5 mmol/L) atau kurang dari 6,5 mEq/L dengan perubahan elektrokardiografi khas pada hiperkalemia (gambaran tinggi dan meruncing pada gelombang T atau terjadinya T elevasi) (Rahman M, 2005). Terapi diet rendah kalium dengan tidak mengonsumsi obat-obatan atau makanan yang mengandung kalium tinggi. Jumlah yang diperbolehkan dalam diet adalah 40 hingga 80 mEq/hari. Makanan yang mengandung kalium seperti sup, pisang, dan jus buah murni. Pemberian kalium yang berlebihan akan menyebabkan hiperkalemia yang berbahaya (Wilson LM, 2005).

Kebutuhan jumlah kalori untuk gagal ginjal kronik harus adekuat dengan tujuan utama yaitu mempertahankan keseimbangan positif nitrogen, memelihara status nutrisi dan memelihara status gizi (Sukandar, 2013). Diet Asupan Energi yang direkomendasikan untuk penderita gagal ginjal kronis dengan LFG <25 ml/menit dan tidak menjalani dialisis adalah 35 kkal/kg/hari untuk usia kurang dari 60 tahun dan 30-35 kkal/kg/hari untuk usia lebih dari 60 tahun (National Kidney Foundation, 2012).

Asupan cairan pada gagal ginjal kronik membutuhkan regulasi yang hati-hati dalam gagal ginjal lanjut. Asupan yang terlalu bebas dapat menyebabkan kelebihan beban sirkulasi, edem, dan intoksikasi cairan. Kekurangan cairan juga dapat menyebabkan dehidrasi, hipotensi, dan memburuknya fungsi ginjal. Aturan umum untuk asupan cairan adalah keluaran urine dalam 24 jam ditambah 500 ml yang mencerminkan kehilangan cairan yang tidak disadari. Pada pasien

dialysis cairan yang mencukupi untuk memungkinkan penambahan berat badan 0,9 hingga 1,3 kg (Wilson LM, 2005). Sedangkan Kebutuhan jumlah mineral dan elektrolit bersifat individual tergantung dari LFG dan penyakit ginjal dasar (Sukandar, 2013).

Terapi pengganti ginjal dilakukan pada penyakit ginjal kronik stadium 5 yaitu pada LFG kurang dari 15 ml/menit. Terapi tersebut dapat berupa hemodialisis, Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) dan transplantasi ginjal (Suwitra K, 2009). Terapi pengganti ginjal yang selama ini diakui dapat meningkatkan fungsi ginjal adalah transplantasi ginjal, peritoneal dialisis (PD), dan hemodialisis (HD). Namun, diantara ketiga terapi tersebut, terapi yang paling banyak dilakukan oleh masyarakat adalah hemodialisis (Ekantari, 2012). Hemodialisis adalah terapi yang paling sering dilakukan pada pasien GJK diseluruh dunia, termasuk di Indonesia yaitu sebesar 82% (PERNEFRI, 2014).

Hemodialisa (HD) adalah proses pengambilan zat-zat nitrogen yang toksik dengan mengalirkan darah dari tubuh pasien ke dialyzer tempat darah tersebut dibersihkan kemudian dikembalikan lagi ke tubuh pasien setelah dikeluarkan air, elektrolit dan zat sisa yang berlebihan dari dalam tubuh (Smeltzer & Bare, 2013). Adapun rata-rata frekuensi pasien menjalani HD yaitu 2 sampai 3 kali seminggu dengan lama pelaksanaan 3 sampai 4 jam setiap kali tindakan terapi (Melo, dkk., 2015).

Hemodialisis yang dijalani oleh pasien dapat mempertahankan kelangsungan hidup sekaligus merubah pola hidup pasien. Pasien harus konsisten terhadap obat-obatan yang dikonsumsi, memodifikasi dietnya





secara besar-besaran, mengatur asupan cairan hariannya, serta mengukur balance cairan setiap harinya (Mahmoed & Abdelaziz 2015). Masalah lainnya berupa pengaturan-pengaturan sebagai dampak penyakit ginjalnya seperti dampak penurunan hemoglobin, pengaturan kalium, kalsium, serta masalah psikososial dan ekonomi yang tentunya akan berdampak besar menyebabkan pasien menderita kelelahan yang luar biasa. Hal tersebut menjadi beban yang sangat berat bagi pasien, sehingga menyebabkan pasien tidak patuh, mengalami kegagalan terapi dan memperburuk prognosis pasien dengan GGK (Kim, 2010). Salah satu masalah besar yang berkontribusi pada kegagalan *treatment* adalah masalah ketidakpatuhan pasien pada *treatment* (Kammerer, 2007).

Kepatuhan secara umum didefinisikan sebagai tingkatan perilaku seseorang yang mendapatkan pengobatan, mengikuti diet, dan atau melaksanakan gaya hidup sesuai dengan rekomendasi pemberi pelayanan kesehatan (Syamsiah, 2011). Kepatuhan pasien GGK dalam menjalani *treatment* meliputi 4 aspek yaitu kepatuhan menjalani sesi HD, kepatuhan menjalani program pengobatan, kepatuhan dalam melakukan pembatasan (restriksi) cairan, dan kepatuhan menjalani program diet (Kim, 2010). Kepatuhan pasien terhadap rekomendasi dan perawatan dari pemberi pelayanan kesehatan penting untuk kesuksesan suatu intervensi dan ketidakpatuhan terhadap *treatment* dapat berdampak pada berbagai aspek perawatan pasien (Kammerer, 2007)

Penelitian mengenai kepatuhan *treatment* pada klien gagal ginjal kronik didapatkan hasil yang bervariasi. Secara umum ketidakpatuhan pasien dialisis meliputi 4 (empat) aspek yaitu ketidakpatuhan mengikuti program hemodialisis (0%-32,3%), ketidakpatuhan dalam program pengobatan (1,2%-81%),



ketidapatuhan terhadap restriksi cairan (3,4%-74%) dan ketidapatuhan mengikuti program diet (1,2–82, %) (Kim, 2010). Oleh karena itu, pasien dengan penyakit gagal ginjal kronik harus patuh terhadap terapi yang diberikan.

Menurut penelitian lain yang dilakukan oleh Ghanim (2014), frekuensi pasien melakukan HD adalah 2-3 kali seminggu, jika melewatkan satu atau lebih HD dalam sebulan maka dapat menimbulkan 30% peningkatan risiko kematian dan mempercepat dengan menambah waktu HD dapat meningkatkan 11% lebih tinggi risiko relatif dari kematian. Penelitian Denhaerynck (2007), mengenai kepatuhan terhadap pembatasan cairan dan diet pasien hanya diperbolehkan untuk mengkonsumsi cairan 500-800 ml perhari, serta harus memenuhi kecukupan dalam asupan protein, kecukupan kalori, rendah kalium, rendah natrium, dan rendah fosfor. Jika tidak dibatasi dan nilai Interdialytic Weight Gain (IDWG) melebihi 5,7% dapat menyebabkan sesak nafas, edema, kaki bengkak, terjadinya peningkatan uremia, dan dapat menyebabkan bertambahnya komplikasi kardiovaskuler dan memiliki risiko 35% lebih tinggi terhadap kematian. Disisi lain, kondisi uremik dan pembatasan diet yang berlebihan (terutama protein) tanpa disertai jumlah energi yang cukup pada masa pra-dialisis ikut berperan pada terjadinya malnutrisi yang dapat memperburuk fungsi ginjal secara progresif yaitu 50%-70% , sehingga menjadi prediktor kuat peningkatan mortalitas pada masa dialisis (Mardiana, 2010). Selanjutnya, menurut Marizki., R, dkk (2015) pasien juga harus teratur dalam menjalankan program *treatment*, karena jika tingkat ketidapatuhan diatas 50% akan menyebabkan pasien berada dalam situasi yang mengancam kehidupan. Dampak ketidapatuhan tersebut, dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien,



meningkatnya biaya perawatan kesehatan, meningkatnya morbiditas dan mortalitas pasien (Kim, 2010).

Menurut Kamerrer, et al (2007), mengemukakan bahwa faktor penting dalam kepatuhan terhadap program-program medis yaitu adanya dukungan keluarga dalam bentuk dukungan emosional dari anggota keluarga yang lain, teman, waktu. Dari hasil penelitian yang dilakukan ahrari et al (2014) mengenai hubungan dukungan keluarga terhadap kepatuhan diet dan pembatasan cairan pada pasien hemodialisis di Iran menunjukkan bahwa 41,1%, pasien tidak patuh terhadap diet dan 45,2% pasien tidak patuh terhadap pembatasan cairan ini disebabkan oleh rendahnya dukungan keluarga pada pasien hemodialisis. Hal ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Hartin (2014) yang menunjukkan 74% pasien hemodialisa patuh terhadap pembatasan cairan ini disebabkan karena tingginya motivasi dan dukungan keluarga yang diperoleh responden.

Pasien yang menjalani *treatmant* perlu diberikan motivasi dan dukungan keluarga, disebabkan pasien yang menderita gagal ginjal kronik mengalami keadaan ketergantungan terhadap hidupnya (Hidayati, 2012). Dukungan tersebut akan mempengaruhi pasien gagal ginjal kronik dari segi fisik maupun emosi. Dari segi fisik pasien akan mendapatkan bantuan dalam beraktifitas dan dibantu dalam mengatur dan diawasi diitnya oleh keluarga, sedangkan dari segi emosional pasien akan mendapatkan motivasi dalam menjalankan diitnya dan masukan nutrisi yang tepat sesuai dengan anjuran tenaga medis (Friedman, 2010).



Berdasarkan data rekam medis RS. TK III. dr. Reksodiwiryo, Padang jumlah pasien yang menjalani hemodialisa pada tahun 2017 mengalami peningkatan. Pada tahun 2017, jumlah pasien yang menjalani hemodialisa sebanyak 480 orang. Sedangkan pada tahun 2018 periode Januari sampai Maret terdapat jumlah pasien sebanyak 150 orang pasien yang terdaftar dalam jadwal rutin menjalani terapi hemodialisa. Pasien tersebut menjalani terapi hemodialisa dengan frekuensi 1-3 kali seminggu dengan durasi 4-5 jam tiap kali hemodialisa.

Dari hasil studi pendahuluan yang dilakukan di Unit hemodialisa pada tanggal 28 Mei 2018 terhadap 6 orang pasien, pasien mengalami peningkatan berat badan > 3 kg dan mengatakan belum dapat membatasi masukan cairan dan diet nutrisi setelah mendapatkan terapi hemodialisa.

Berdasarkan latar belakang diatas peneliti telah melakukan penelitian tentang Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Treatment Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisa di RS.TK III. dr. Reksodiwiryo, Padang.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang yang telah dikemukakan sebelumnya, maka dapat dirumuskan masalah sebagai berikut, "Apakah ada Hubungan antara Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisa di RS. TK III. dr. Reksodiwiryo, Padang".

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan pasien gagal ginjal kronik di ruang hemodialisa RS. TK III. dr. Reksodiwiryo, Padang.



## 2. Tujuan Khusus

- a. Diketahui dukungan keluarga pasien gagal ginjal kronik di ruang hemodialisa RS. TK III. dr. Reksodiwiryono, Padang
- b. Diketahui kepatuhan pasien gagal ginjal kronik di ruang hemodialisa RS. TK III. dr. Reksodiwiryono, Padang.
- c. Diketahui hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan pasien gagal ginjal kronik di ruang hemodialisa RS. TK III. dr. Reksodiwiryono, Padang.

## D. Manfaat Penelitian

### 1. Bagi Institusi Ruman Sakit

Penelitian ini hendaknya dapat memberikan masukan bagi petugas kesehatan di unit hemodialisa agar lebih memperhatikan kepatuhan pasien selama menjalani hemodialisis dan mencari metode intervensi yang tepat agar dapat mempertahankan atau meningkatkan kepatuhan treatment pasien.

### 2. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi informasi bagi fakultas keperawatan untuk pengembangan ilmu pengetahuan di bidang pendidikan kesehatan dan dapat digunakan sebagai acuan di perpustakaan sehingga bermanfaat bagi mahasiswa untuk penelitian selanjutnya.

### 3. Bagi Peneliti Lain

Untuk peneliti berikutnya dapat digunakan sebagai acuan untuk pendokumentasian apabila akan mengadakan penelitian mengenai faktor lain yang mempengaruhi kepatuhan

