

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Ginjal adalah salah satu organ yang mempunyai fungsi sangat vital bagi tubuh manusia, organ yang berbentuk mirip kacang ini berfungsi menyaring urea dalam darah dan membuangnya bersama urin. Gagal ginjal adalah penyakit dimana ginjal mengalami penurunan fungsi hingga akhirnya tidak mampu bekerja sama sekali untuk menyaring dan membuang sisa metabolisme dan tidak mampu menjaga keseimbangan cairan dan zat kimia dalam tubuh. Gagal ginjal kronik merupakan penyakit dengan penyebab yang sangat beragam yang mengakibatkan penurunan fungsi ginjal secara bertahap dan dalam waktu yang lama. Pasien bisa dikatakan gagal ginjal kronik jika mengalami penurunan laju filtrasi glomerulus (LFG) selama lebih dari 3 bulan. Gagal ginjal kronik juga merupakan komplikasi dari beberapa penyakit baik dari ginjal itu sendiri maupun dari penyakit diluar ginjal (Papadakis & J. Mcphee, 2016).

Gagal ginjal kronik masih menjadi masalah besar di dunia. Selain sulit disembuhkan, biaya perawatan dan pengobatannya pun sangat mahal, secara global lebih dari 500 juta orang mengalami GGK (Supriyadi., 2011). Prevalensi gagal ginjal kronik tertinggi terdapat di benua Eropa yaitu 18,38 % dari total penduduk di Eropa (Hill, 2016) Kemudian tercatat beberapa negara mempunyai prevalensi penderita gagal ginjal kronik yang tinggi antara lain

Inggris 11,9 %, Australia 11,5 %, China 10,8 %, Belanda 10,4 %, dan Canada 12,5 % (Niccola & Zoccali, 2015).

Menurut data *National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Disease* tahun 2016 di Amerika terdapat lebih dari 661.100 (14 %) penderita gagal ginjal kronik, 468.000 diantaranya menjalani terapi hemodialisis, 193.000 hidup dengan transplantasi ginjal, dan 47.000 kematian terjadi karena gagal ginjal kronik ditahun 2013. Prevalensi gagal ginjal kronik di Amerika memang terus meningkat mulai kurun waktu 1988 sampai 1994 (12% ke 14%), dan terjadi peningkatan hingga sekarang (NIDDK, 2016).

Di Indonesia, penderita gagal ginjal kronik menunjukkan adanya peningkatan sejak tahun 2007 sampai tahun 2014. Dimana tercatat pasien gagal ginjal kronik aktif sebanyak 1885 pada tahun 2007 menjadi 11.689 penderita pada tahun 2014. Di Jawa Tengah tercatat 1171 penderita gagal ginjal kronik aktif dan 2192 penderita gagal ginjal kronik baru (Indonesia Renal Registry, 2014). Prevalensi tertinggi penderita gagal ginjal kronik di Provinsi Jawa Tengah adalah di Klaten (0,7 %), hal ini cukup signifikan bila melihat prevalensi Provinsi Jawa Tengah yang sebesar 0,3 % dan nasional 0,2 %, sedangkan di Kabupaten Sukoharjo hanya 0,2% (RISKESDAS, 2013).

Kualitas hidup penderita gagal ginjal kronik sangat penting untuk keberlangsungan hidup penderitanya meskipun yang bersangkutan sedang mengalami sakit. Penderita gagal ginjal kronik tentu mengalami banyak hambatan dalam beradaptasi dengan penyakitnya. Penderita gagal ginjal kronik pada umumnya mengalami penurunan aktifitas dan produktifitas

sehingga penderita gagal ginjal kronik tidak berada dalam kondisi yang baik kualitas hidupnya. Studi yang dilakukan Utami(2015), menunjukkan buruknya kualitas hidup pada penderita gagal ginjal kronik. Studi yang dilakukan pada 105 responden didapatkan kualitas hidup yang baik sebanyak 51 (48,6 %) dan kualitas hidup kurang baik sebanyak 54 (51,4 %).

Pada penelitian ini faktor-faktor determinan yang akan diteliti antara lain dukungan keluarga, tingkat pendidikan, dan status pernikahan. Faktor keluarga dipilih karena faktor keluarga merupakan faktor penting untuk seseorang yang menghadapi gangguan kesehatan dan sebagai pencegahan untuk mengurangi stress.

Dukungan yang diberikan keluarga akan sangat berperan dalam keberhasilan perawatan penderita gagal ginjal kronik. Asuhan keperawatan yang diberikan di rumah sakit tidak akan ada artinya apabila tidak diteruskan dirumah, yang kemudian akan mengakibatkan klien kambuh kembali. Peran serta keluarga dalam merawat pasien berpengaruh pada tingkat kesembuhan pasien, seperti mendampingi pasien dalam setiap pengobatan ataupun ikut berperan serta dalam membentuk keyakinan, sikap dan perilaku pasien terhadap penyakit yang dideritanya. Menenal masalah kesehatan pada anggota keluarga yang sakit berarti mengetahui hal-hal dari masalah kesehatan yang meliputi antara lain pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab dan mempengaruhi persepsi keluarga terhadap permasalahan kesehatan yang terjadi.

Dari sini akan dapat dilihat semakin keluarga mengetahui permasalahan kesehatan yang terjadi maka keluarga akan mengetahui apa yang harus dilakukan untuk meningkatkan kualitas hidup anggota keluarga yang menderita gagal ginjal kronik (Utami, 2015).

Faktor kedua adalah tingkat pendidikan penderita gagal ginjal kronik. Mengapa memilih faktor pendidikan karena faktor pendidikan juga berperan penting dalam menentukan status kesehatan dan kualitas hidup seseorang, semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka kesadaran tentang pentingnya kesehatan dan pengobatan terkait gangguan kesehatan yang dihadapinya juga akan semakin tinggi dan semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka seseorang itu akan cenderung untuk lebih berpikir positif dan logis.

Status pendidikan terakhir juga berdampak terhadap sumber daya ekonomi dan sosial yang dicapai, sehingga muncul pandangan bahwa tingkat pendidikan yang rendah mengakibatkan individu memiliki pengetahuan yang rendah terhadap kesehatan dirinya dan dapat jatuh pada keadaan yang stress serta ditambah lagi dengan rendahnya daya ekonomi yang dicapai, sehingga hal ini dapat menyebabkan meningkatnya resiko penyakit gagal ginjal kronik dan mempengaruhi kualitas hidupnya (Putri, dkk., 2014).

Faktor ketiga adalah status pernikahan, dimana juga akan erat kaitannya dengan dukungan keluarga. Besar atau tidaknya dukungan yang diterima oleh seorang penderita gagal ginjal kronik dari istri atau suaminya akan sangat menentukan perjalanan penyakit dari gagal ginjal kronik. Dukungan yang

diberikan pada pasangan dapat berupa motivasi, penghargaan, perhatian, dan pemberian solusi terhadap masalah yang dihadapi oleh pasangannya. Dengan mendapat dukungan yang lebih dari pasangan akan dapat mempengaruhi emosional dari pasien gagal ginjal kronik dan dapat menimbulkan perbaikan pada perjalanan penyakitnya sehingga kualitas hidupnya menjadi baik (Putri,, 2014).

Data diatas adalah alasan-alasan penulis mengapa kualitas hidup pada penderita gagal ginjal kronik penting untuk diteliti. Melakukan pengukuran kualitas hidup pada penderita gagal ginjal kronik dapat membantu perawat dan dokter dalam menerapkan desain dan strategi perawatan yang sesuai dengan nilai-nilai dan kebutuhan pasien. Dengan memahami persepsi pasien tentang kualitas hidup dan pandangan mereka tentang kebutuhan yang mereka inginkan akan dapat meningkatkan aspek psikologis sehingga asuhan keperawatan dapat dilakukan secara efektif (Matlabi & Ahmadzadeh, 2016).

Rumah Sakit Indriati adalah salah satu Rumah sakit di Sukoharjo memiliki fasilitas Hemodialisa yang terhitung Maret 2019 tercatat sebanyak 287 pasien yang menderita gagal ginjal kronik.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di Rumah sakit Indriati salah satu rumah sakit di sukoharjo yang mempunyai fasilitas hemodialisa dan pasien hemodialisa sangat banyak, tercatat jumlah pagi hari pasien rata-rata 16 dan siang hari tercatat rata-rata perhari 17, dengan jumlah tempat tidur 25, mesin Hd 25 unit. Menurut saya RS Indriati solo baru merupakan rumah sakit baru di daerah sukoharjo yang mempunyai fasilitas yang sangat

mumpuni dengan fasilitas dan alat terbaru, jadi saya mengangkat judul ini karena fenomena di dunia yang sangat banyak angka pasien penderita gagal ginjal kronis,

Dari data rekam medis RS Indriati Solo baru, menunjukkan bahwa pasien gagal ginjal kronik mengalami kualitas hidup yang berbeda beda, antara lain faktor pemicu adanya dukungan keluarga, status pernikahan, status pendidikan. penulis tertarik melakukan penelitian dengan judul faktor-faktor apakah yang berpengaruh pada kualitas hidup penderita gagal ginjal kronik di RS Indriati Solo Baru . Hal ini mendorong penulis untuk mengetahui faktor faktor yang berpengaruh tingkat pendidikan, status pernikahan, tingkat dukungan keluarga.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut diatas maka didapatkan rumusan masalah penelitian “faktor-faktor apakah yang berpengaruh pada kualitas hidup penderita gagal ginjal kronik di RS Indriati Solo Baru”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum :

Untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pada pasien penderita gagal ginjal kronik di RS Indriati Solo Baru .

2. Tujuan Khusus :

1. Untuk menganalisis pengaruh faktor dukungan keluarga dengan kualitas hidup penderita gagal ginjal kronik di RS Indriati Solo Baru
2. Untuk menganalisis pengaruh faktor status pendidikan dengan kualitas hidup penderita gagal ginjal kronik di RS Indriati Solo Baru
3. Untuk menganalisis pengaruh faktor status pernikahan dengan kualitas hidup penderita gagal ginjal kronik di RS Indriati Solo Baru

D. Manfaat Studi Penelitian

1. Teoritis

Penelitian diharapkan dapat memberikan manfaat untuk pengembangan di bidang ilmu keperawatan terutama tentang faktor-faktor apakah yang berpengaruh pada kualitas hidup penderita gagal ginjal kronik di RS Indriati Solo Baru

2. Praktis

a) Bagi pendidikan keperawatan

Diharapkan penelitian ini mampu menjadi latihan bagi mahasiswa keperawatan dalam mengaplikasikan faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pada pasien penderita gangguan gagal ginjal kronis.

Diharapkan dapat memberikan manfaat secara teoritis dan menjadi masukan khususnya bagi ilmu keperawatan medikal bedah tentang

faktor faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pada pasien gagal ginjal kronis

b) Bagi Rumah Sakit

Diharapkan dapat memberikan bahan edukasi terkait faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pada pasien penderita gangguan gagal ginjal kronis Di RS Indriati Solo Baru, sehingga menjadi pertimbangan saat memberikan asuhan keperawatan.

Memberikan kumpulan informasi yang valid mengenai faktor yang mempengaruhi kualitas hidup

c) Bagi peneliti

Diharapkan dapat mengetahui terkait faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pada pasien penderita gangguan gagal ginjal kronis di RS Indriati Solo Baru Bagi peneliti selanjutnya.

Diharapkan dapat menjadi referensi dan data yang mendukung untuk dilakukan penelitian selanjutnya yang lebih spesifik dengan metode penelitian yang terbaru.

E. Keaslian Penelitian

1. Utami, dkk., (2015) tentang “ Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik yang menjalani terapi hemodialisa di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru” . Hasil analisis hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien GGK yang menjalani terapi hemodialisis di peroleh hasil sebagai berikut :

Tabel 1.1

Kualitas hidup	Dukungan keluarga baik	Dukungan keluarga tidak baik
Baik	34 (64,2%)	17 (32,7%)
Tidak baik	19 (32,7%)	35 (67,3%)
Total	51 (100%)	52 (100%)

Usia berpengaruh terhadap cara pandang seseorang dalam kehidupan masa depan, koping terhadap masalah yang dihadapi dan dalam pengambilan keputusan. Selain itu usia erat kaitanya dengan prognosa penyakit, kecenderungannya terjadi komplikasi terjadi, serta kepatuhan terhadap terapi pengobatan. Persamaan penelitian yang akan dilakukan adalah pada variabel dependen (kualitas hidup), instrument (Kuesioner), dan desain penelitian (*cross sectional*). Adapun perbedaan dengan penelitian tersebut adalah pada variabel independen (hubungan keluarga : faktor-faktor determinan) dan tempat (RSUD Arifin Achmad : Palembang).

2. Seidel (2014) tentang ” *Physical, Cognitive and Emotional Factors Contributing to Quality of Life, Functional Health and Participation in Community Dwelling in Chronic Kidney Disease*” . pasien CKD menunjukkan penurunan komponen fisik QoL dan secara keseluruhan fungsi, dinilai oleh SF-36 dan LLFDI, sedangkan disabilitas, dinilai oleh LLFDI, secara selektif terganggu pada pasien CKD pada hemodialisis.

Regresi linier multivariabel (entri paksa) mengkonfirmasi temuan sebelumnya bahwa tahap CKD ($b = 20,24$; $p = 0,012$) dan depresi ($b = 20,30$; $p = 0,009$) memprediksi komponen fisik QoL. Sampai saat ini tidak diketahui, tahap CKD ($b = 20,23$; $p = 0,007$), kognisi ($b = 0,20$; $p = 0,018$), dan depresi ($b = 20,51$; $p = 0,001$) memperkirakan kecacatan yang dinilai oleh LLFDI, sedangkan usia ($b = 20,20$; $p = 0,023$), jenis kelamin laki-laki ($B = 5,01$; $p = 0,004$), tahap CKD ($b = 20,23$; $p = 0,005$), riwayat stroke ($B = 29,00$; $p = 0,034$), dan depresi ($b = 20,41$; $p = 0,001$) memprediksi fungsi keseluruhan. Menariknya, defisit kesehatan fungsional, kognitif gangguan, depresi, dan kecemasan terbukti hampir hanya pada pasien PGK dengan penyakit jantung koroner (ditemukan pada 34,2% pasien CKD). Komponen fisik kualitas hidup dan kesehatan fungsional menurun dengan usia dan gejala depresi, dan meningkat dengan kemampuan kognitif.

Persamaan penelitian adalah pada variabel dependen (kualitas hidup pada penderita gagal ginjal kronik), dan instrument (kuesioner). Perbedaan dengan penelitian penulis adalah pada variabel independen (*Physical, Cognitive and Emotional Factors* : faktor-faktor determinan), jumlah variabel dependen (3 : 1), dan tempat penelitian (University Hospital Essen Jerman).

3. Ana I. Galain (2014) tentang “ *determinants of quality of life of dialysis patients*” . hasil penelitian Ada penelitian terbatas yang melaporkan

tentang Kualitas Hidup Terkait Kesehatan (HRQL) dari pasien dengan akhir penyakit ginjal tahap yang hidup di negara-negara non-industri.

Studi ini menjelaskan hubungan yang mendasarinya di antara determinan dari HRQL pada pasien di bawah pengobatan penggantian ginjal. Desain cross-sectional digunakan dengan sampel dari 243 pasien yang menghadiri lima hemodialisis dan pusat dialisis peritoneal Montevideo (usia rata-rata 56,6 tahun, SD 16,2; 58% laki-laki). Analisis regresi linier univariat adalah dilakukan untuk setiap variabel independen. Sebanyak 61 variabel independen dimasukkan: biologi / klinis, sosiodemografi, dan psikososial. Hasil HRQL dievaluasi menggunakan SF-36 Health Survei delapan subskala, Ringkasan Komponen Fisik (PCS) dan Ringkasan Komponen Mental (MCS) skor.

Variabel yang ditunjukkan memiliki hubungan yang signifikan dalam analisis univariat ($p < 0,10$) dimasukkan dalam analisis regresi multivariat. Sepuluh model regresi dipelajari, untuk 8 subskala SF-36, PCS dan skor MCS. Lima belas variabel signifikan dalam model multivariabel; waktu penggantian ginjal pengobatan, urea, kreatinin, hemoglobin, besi, rawat inap, penyakit akut, kebutaan, usia, jenis kelamin, hidup dengan seseorang, status kerja, administrasi antidepresan atau obat antipsikotik, dan pemeliharaan kehidupan seks, menjelaskan 43% dari varian PCS dan 35% MCS. Jenis dan relevansinya dari variabel penjelas berbeda sepanjang berbagai dimensi HRQL.

Sebagai kesimpulan kami menggarisbawahi terjalannya faktor biologis, sosiodemografi dan psikososial sebagai faktor penentu kesehatan kualitas hidup pasien dengan penyakit ginjal tahap akhir, sehingga mendukung definisi multidimensi dan pemodelan konstruksi.

Persamaan penelitian terletak pada variabel independen (faktor faktor yang berpengaruh), instrument (kuesioner), dan desain penelitian (*cross sectional*). Sedangkan perbedaannya terletak pada jenis instrument (SF-36: KDQOL).