

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kajian Pustaka

Berdasarkan kajian pustaka pada penelitian terdahulu, peneliti menemukan beberapa artikel dengan tema lama hemodialisis dan kualitas hidup pada klien penyakit ginjal kronis diantaranya adalah sebagai berikut:

1. Penelitian Suwanti, dkk (2017) mengenai gambaran kualitas hidup klien Penyakit Ginjal Kronis yang menjalani terapi hemodialisis didapatkan hasil bahwa gambaran kualitas hidup klien gagal ginjal kronik dilihat dari dimensi kesehatan fisik memiliki kualitas hidup buruk, yaitu sebanyak 23 orang (56,1%). Dimensi kesehatan psikologi memiliki kualitas hidup buruk, yaitu sebanyak 24 orang (58,5%). Dimensi hubungan sosial memiliki kualitas hidup baik, yaitu sebanyak 21 orang (51,2%). Dimensi lingkungan memiliki kualitas hidup baik, yaitu sebanyak 22 orang (53,7%). Gambaran kualitas hidup klien gagal ginjal yang menjalani hemodialisis memiliki kualitas hidup buruk sebanyak 25 orang (61,0%), sedangkan 16 orang responden (39, 0%) memiliki kualitas hidup baik.
2. Penelitian Soelistyoningsih (2019) mengenai kualitas hidup klien Penyakit Ginjal Kronis yang menjalani hemodialisis didapatkan hasil bahwa kualitas dari klien Penyakit Ginjal Kronis yang menjalani hemodialisis dengan kualitas hidup baik sebanyak 60% responden dan kualitas hidup buruk sebanyak 40% orang.

3. Penelitian Sagala (2016) mengenai analisa faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup klien penyakit ginjal kronis yang menjalani hemodialisis di RSUP Haji Adam Malik Medan didapatkan hasil bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pada klien hemodialisis adalah faktor status nutrisi, penyakit penyerta, lama hemodialisis dan penatalaksanaan medis

2.2 Penyakit Ginjal Kronis

2.2.1 Definisi Penyakit Ginjal Kronis

Penyakit ginjal kronis adalah kegagalan fungsi ginjal untuk mempertahankan metabolisme serta keseimbangan cairan dan elektrolit akibat destruksi struktur ginjal yang progresif dengan manifestasi penumpukan sisa metabolik (toksik uremik) di dalam darah (Arif & Kumala, 2017). Penyakit ginjal kronis merupakan gangguan fungsi renal yang progresif dan *irreversible* dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit, sehingga menyebabkan uremia (retensi urea dan sampah nitrogen lain dalam darah) (Smeltzer & Bare, 2018).

2.2.2 Stadium Penyakit ginjal kronis

Menurut Yakobus Siswadi (2018) penyakit ginjal kronis berbeda dengan gagal ginjal akut. Pada penyakit ginjal kronis, kerusakan ginjal bersifat progresif dan *irreversible*. Progresi penyakit

ginjal kronis meliputi 4 tahap, yaitu penurunan cadangan ginjal, insufisiensi ginjal, gagal ginjal, *end-stage renal disease*. Tahap perkembangan penyakit ginjal kronis :

1) Penurunan cadangan ginjal

1. Sekitar 40-75 % nefron tidak berfungsi
2. Laju filtrasi glomerulus 40-50 % normal
3. BUN dan kreatinin serum masih normal
4. Klien asimtomatik

2) Insufisiensi ginjal

1. 75-80 % nefron tidak berfungsi
2. Laju filtrasi glomerulus 20-40 % normal
3. BUN dan kreatinin serum mulai meningkat
4. Anemia ringan dan azotemia ringan
5. Nokturia dan poliuria

3) Gagal ginjal

1. Laju filtrasi glomerulus 10-20 %
2. BUN dan kreatinin serum meningkat
3. Anemia, azotemia, dan asidosis metabolik
4. Berat jenis urine
5. Poliuria dan nokturia
6. Gejala gagal ginjal

4) *End-stage renal disease*

1. Lebih dari 85% nefron tidak berfungsi

2. Laju filtrasi gomerulus kurang dari 10% normal
3. BUN dan kreatinin tinggi
4. Anemia, azotemia, dan asidosis metabolik
5. Oliguria
6. Gejala gagal ginjal

2.2.3 Etiologi dan Faktor Resiko

Penyakit ginjal kronis merupakan suatu keadaan ginjal yang progresif dan *irreversible* dari berbagai penyebab. Menurut Yakobus Siswadi dkk (2018) penyebab utama *End Stage Real Desease* (ESDR) adalah diabetes melitus (32%), hipertensi (28%), dan glomerulonefritis (45%)

Sedangkan menurut Padila (2017) etiologi dari penyakit ginjal kronis adalah :

- 1) Diabetes melitus
- 2) Glumerulonefritis kronis
- 3) Pielonefritis
- 4) Hipertensi ak terkontrol
- 5) Obstruksi saluran kemih
- 6) Penyait ginjal polikistik
- 7) Gangguan vaskuler
- 8) Lesi herediter
- 9) Agen toksik (timah, kadmium dan merkuri) (Smeltzer & Bare, 2018)

2.2.4 Patofisiologi

Patofisiologi pada penyakit ginjal kronis tergantung pada etiologi dan penyakit yang mendasarinya. Dimulai pada fase awal gangguan, keseimbangan cairan, penanganan garam, serta penimbunan zat-zat sisa masih bervariasi dan bergantung pada bagian ginjal yang sakit. Sampai fungsi ginjal turun menjadi 25% normal. Seiring dengan makin banyaknya nefron yang mati maka nefron yang tersisa menghadapi tugas makin berat sehingga nefron-nefron tersebut ikut rusak dan akhirnya mati.

Sebagian dari siklus kematian ini tampaknya berkaitan dengan tuntutan pada nefron-nefron yang ada untuk meningkatkan reabsorpsi protein. Pada saat penyusutan progresif nefron-nefron, terjadi pembentukan jaringan parut dan aliran darah ginjal akan berkurang. Pelepasan renin akan meningkat bersama dengan kelebihan beban cairan sehingga dapat menyebabkan hipertensi. Hipertensi akan memperburuk kondisi gagal ginjal, dengan tujuan agar terjadi peningkatan filtrasi protein-protein plasma. Kondisi akan bertambah buruk dengan semakin banyak terbentuk jaringan parut sebagai respon dari kerusakan nefron dan secara progresif fungsi ginjal menurun drastis dengan manifestasi penumpukan metabolik-metabolik yang seharusnya dikeluarkan dari sirkulasi sehingga akan terjadi sindrom uremia berat yang memberikan banyak manifestasi pada setiap organ

tubuh. Dampak dari penyakit ginjal kronis memberikan berbagai masalah keperawatan (Arif & Kumala, 2017).

Anemia pada penderita gagal ginjal berat disebabkan oleh dua mekanisme, yang pertama darah mengalami pengenceran oleh cairan yang berlebihan sehingga konsentrasi Hb menurun. Kedua untuk produksi eritrosit di dalam sumsum tulang, diperlukan bahan yang khusus dari protein yaitu eritropoetin yang diproduksi di dalam ginjal. Oleh karena terjadi kerusakan ginjal maka eritropoetin yang biasanya 300 gr kini hanya tinggal 30 gr (Haryono, 2017).

Edema yang terlihat pada gagal ginjal kronis juga dapat disebabkan oleh berbagai hal, ginjal sering tak dapat mengekskresi natrium yang masuk melalui makanan dengan cepat, sehingga natrium akan tertimbun dalam ruang ekstraseluler dan menarik air. Kelebihan natrium ini menyebabkan hipertensi karena terjadi peningkatan volume cairan dalam tubuh. Hipertensi yang terjadi juga sangat berat sehingga berdampak mengakibatkan kerusakan pada retina dengan kebutaan dan edema serebral. Sering juga disertai suara bunyi tambahan pada jantung yaitu gallop karena terjadinya dilatasi pada jantung. Selain itu konsentrasi ureum dalam darah serta semua cairan tubuh akan sangat tinggi. Bila konsentrasi ureum sangat tinggi maka akan menimbulkan bau nafas amonia serta perikarditis uremika (Haryono, 2017).

2.2.5 Manifestasi

Menurut Nursalam (2019) tanda dan gejala penyakit ginjal kronis sesuai dengan gangguan sistem yang timbul diantaranya :

- 1) Gastrointestinal : Ulserasi saluran pencernaan dan pendarahan.
- 2) Kardiovaskular : Hipertensi, perubahan elektro kardiografi (EKG), perikarditis, efusi perikardium, dan tamponade perikardium.
- 3) Respirasi : Edema paru, efusi pleura, dan pleuritis.
- 4) Neuromuskular : Lemah, gangguan tidur, sakit kepala, letargi, gangguan muskular, neuropati perifer, bingung, dan koma.
- 5) Metabolik/endokrin : Inti glukosa, hiperlipidemia, gangguan hormon seks menyebabkan penurunan libido, impoten, dan ammenorrhoe (wanita).
- 6) Cairan elektrolit : Gangguan asam basa menyebabkan kehilangan sodium sehingga terjadi dehidrasi, asidosis, hiperkalemia, hipermagnesia, dan hipokalsemia.
- 7) Dermatologi : Pucat, hiperpigmentasi, pluritis, eksimosis dan *uremia frost*.
- 8) Abnormal skeletal : Osteodistrofi ginjal menyebabkan osteomalasia.
- 9) Hematologi : Anemia, defek kualitas flatelat, dan pendarahan meningkat.
- 10) Fungsi psikososial : Perubahan kepribadian dan perilaku serta gangguan proses kognitif.

2.2.6 Penatalaksanaan

Tujuan penatalaksanaan adalah menjaga keseimbangan cairan elektrolit dan mencegah komplikasi, seperti koreksi hiperkalemia karena kelebihan kalium dalam darah akan menyebabkan kematian mendadak, koreksi anemia harus ditujukan untuk mengatasi faktor defisiensi, koreksi asidosis seperti pemberian asam melalui makanan dan obat-obatan harus dihindari dan natrium bikarbonat dapat diberikan peroral dan parenteral, pengendalian hipertensi seperti pemberian obat beta bloker, alfa metildopa dan vasodilator, serta untuk gagal ginjal yang serius bisa menggantikan ginjal dengan dialisis dan transplantasi ginjal (Arif & Kumala, 2017). Untuk transplantasi ginjal masih terbatas karena banyak kendala yang harus dihadapi, diantaranya ketersediaan donor ginjal, teknik operasi, dan juga perawatan pada waktu pasca operasi (Nurani & Mariyanti, 2018). Hemodialisis menjadi salah satu terapi pengganti ginjal yang paling banyak dilakukan pada klien gagal ginjal kronis (Arif & Kumala, 2017).

2.3 Hemodialisis

2.3.1 Definisi Hemodialisis

Hemodialisis adalah proses pembersihan darah oleh akumulasi sampah buangan. Hemodialisis digunakan bagi klien dengan tahap akhir gagal ginjal atau klien berpenyakit akut yang membutuhkan dialisis waktu singkat. Penderita penyakit ginjal

kronis, hemodialisis akan mencegah kematian. Hemodialisis tidak menyembuhkan atau memulihkan penyakit ginjal dan tidak mampu mengimbangi hilangnya aktivitas metabolik atau endokrin yang dilaksanakan ginjal dan dampak dari gagal ginjal serta terapinya terhadap kualitas hidup klien (Brunner & Suddarth, 2016).

2.3.2 Tujuan Hemodialisis

Tujuan dari hemodialisis adalah untuk memindahkan produk-produk limbah yang terakumulasi dalam sirkulasi klien dan dikeluarkan ke dalam mesin dialisis (Arif & Kumala, 2017). Hemodialisis mempunyai beberapa tujuan. Tujuan tersebut diantaranya adalah menggantikan fungsi ginjal dalam fungsi ekskresi (membuang sisa-sisa metabolisme dalam tubuh, seperti ureum, kreatinin, dan sisa metabolisme yang lain), menggantikan fungsi ginjal dalam mengeluarkan cairan tubuh yang seharusnya dikeluarkan sebagai urin saat ginjal sehat, meningkatkan kualitas hidup klien yang menderita penurunan fungsi ginjal serta menggantikan fungsi ginjal sambil menunggu program pengobatan yang lain (Suharyanto dan Madjid, 2016).

2.3.3 Indikasi Hemodialisis

Menurut Arif & Kumala (2017) hemodialisis dilakukan jika gagal ginjal menyebabkan beberapa kondisi, seperti :

- 1) Ensefalopati uremik (kelainan fungsi otak)

- 2) Perikarditis (peradangan kantong jantung)
- 3) Asidosis (peningkatan keasaman darah) yang tidak memberikan respon terhadap pengeobatan lainnya
- 4) Gagal jantung
- 5) Hiperkalemia (kadar kalium yang sangat tinggi dalam darah)

Menurut Perhimpunan Dokter Spesialis Penyakit Dalam Indonesia (2016) umumnya indikasi dialisis pada klien GSK adalah bila laju filtrasi glomerulus (LFG sudah kurang dari 5 ml/mnt) sehingga dialisis baru dianggap perlu dimulai bila dijumpai salah satu dari hal di bawah :

- 1) Keadaan umum buruk dan gejala klinis nyata
- 2) K serum $> 6 \text{ mEq/L}$
- 3) Ureum darah $> 200 \text{ mg/L}$
- 4) PH darah $< 7,1$
- 5) Anuria berkepanjangan (> 5 hari)
- 6) *Fluid overload*

2.3.4 Prinsip Hemodialisis

Aliran darah pada hemodialisis yang penuh dengan toksin dan limbah nitrogen dialihkan dari tubuh klien ke dializer tempat darah tersebut dibersihkan dan kemudian dikembalikan lagi ke tubuh klien. Sebagian besar dializer merupakan lempengan rata atau ginjal serat artificial berongga yang berisi ribuan tubulus selofan yang halus dan bekerja sebagai membran semipermeabel. Aliran darah

akan melewati tubulus tersebut sementara cairan dialisis bersirkulasi di sekelilingnya. Pertukaran limbah dari darah ke dalam cairan dialisis akan terjadi melalui membran semipermeabel tubulus (Brunner & Suddarth, 2016).

Tiga prinsip yang mendasari kerja hemodialisis, yaitu difusi, osmosis, ultrafiltrasi. Toksin dan zat limbah di dalam darah dikeluarkan melalui proses difusi dengan cara bergerak dari darah yang memiliki konsentrasi tinggi, ke cairan dialisis dengan konsentrasi yang lebih rendah (Lavey, 2016). Cairan dialisis tersusun dari semua elektrolit yang penting dengan konsentrasi ekstrasel yang ideal. Kelebihan cairan dikeluarkan dari dalam tubuh melalui proses osmosis. Pengeluaran air dapat dikendalikan dengan menciptakan gradien tekanan, dimana air bergerak dari daerah dengan tekanan yang lebih tinggi (tubuh klien) ke tekanan yang lebih rendah (cairan dialisis). Gradient ini dapat ditingkatkan melalui penambahan tekanan negative dikenal sebagai ultrafiltrasi pada mesin dialisis. Tekanan negative diterapkan pada alat ini sebagai kekuatan penghisap pada membran dan memfasilitasi pengeluaran air (Elizabeth, et al, 2016).

2.3.5 Prosedur

Hemodialisis di Indonesia pada umumnya dilakukan 2 kali seminggu dengan lama hemodialisis 5 jam atau dilakukan 3 kali dalam seminggu dengan lama hemodialisis 4 jam (Raharjo, Susalit

& Suharyono, 2016 dalam Farida, 2017). Klien harus menjalani dialissi sepanjang hidupnya atau sampai mendapat ginjal baru melalui operasi pengcangkokan (Bare & Smeltzer, 2018).

Setelah pengkajian pra dialisis, mengembangkan tujuan dan memeriksa keamanan peralatan, perawat sudah siap untuk memulai hemodialisis. Akses ke sistem sirkulasi dicapai melalui salah satu dari beberapa pilihan yaitu fistula atau tandur arteriovenosa atau kateter hemodialisis dua lumen yang dipasang baik pada ven subklavikula, jugularis interna atau femoralis. Jika akses vaskular telah ditetapkan, darah mulai mengalir, dibantu oleh pompa darah. Bagian dari sirkuit disposibel sebelum dialiser diperuntukan sebagai aliran arterial, keduanya untuk membedakan darah yang masuk kedalamnya sebagai darah yang belum mencapai dialiser dan acuan untuk meletakkan jarum (Haryono, 2017).

Dialiser adalah komponen penting selanjutnya dari sirkuit. Darah mengalir ke dalam kompartemen darah dari dialiser, tempat terjadinya pertukaran cairan dan zat sisa. Darah yang meninggalkan dialiser melewati detektor udara dan foam yang mengklemp dan menghentikan pompa darah bila terdeteksi adanya udara. Darah yang telah melewati dialisis kembali ke klien melalui venosa atau selang post dialiser. Setelah waktu tindakan yang diresepkan, dialisis di akhiri dengan mengklemp darah klien, membuka selang aliran normal

salin dan membilas sirkuit untuk mengembalikan darah klien (Haryono, 2017).

2.3.6 Komplikasi

Menurut Brunner dan Suddarth (2017) komplikasi terapi dialisis dapat mencakup hal-hal berikut :

1. Dampak Biologis

- 1) Hipotensi dapat terjadi selama terapi dialisis ketika cairan dikeluarkan.
- 2) Emboli udara merupakan komplikasi yang jarang terjadi tetapi dapat saja terjadi jika udara memasuki sistem vaskular klien.
- 3) Nyeri dada dapat terjadi karena PCO₂ menurun bersamaan dengan terjadinya sirkulasi darah diluar tubuh.
- 4) Pruritus dapat terjadi selama terapi dialisis ketika produk akhir metabolisme meninggalkan kulit.
- 5) Gangguan keseimbangan dialisis terjadi karena perpindahan cairan serebral dan muncul sebagai serangan kejang. Komplikasi ini kemungkinan terjadinya lebih besar jika terdapat gejala uremia yang berat.
- 6) Kram otot yang nyeri terjadi ketika cairan dan elektrolit dengan cepat meninggalkan ruang ekstrasel.
- 7) Mual dan muntah merupakan peristiwa yang sering terjadi.

- 8) Fatigue, karena keharusan klien menjalani hemodialisis secara rutin.

2. Dampak Psikologis

- 1) Menimbulkan kecemasan, stres dan depresi
- 2) Merasa kesepian dan tidak berdaya
- 3) Adanya rasa putus asa.

3. Dampak Sosial

- 1) Kurangnya kontrol atas aktivitas kehidupan sehari-hari dan sosial
- 2) Kehilangan kebebasan dan pensiun dini
- 3) Tekanan keuangan
- 4) Gangguan dalam kehidupan keluarga,
- 5) Perubahan citra diri dan berkurang harga diri.

4. Dampak Spiritual

- 1) Hilangnya kepercayaan kepada Tuhan dikarenakan merasa berbeda dengan orang lain
- 2) Kelelahan dalam berdoa dikarenakan tidak kunjung sembuh
- 3) Merasa Tuhan tidak menolong sehingga ibadah berdasarkan kepercayaan klien diabaikan (Brunner dan Suddarth, 2017)

2.4 Kualitas Hidup

2.4.1 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 (Septiwi, 2016).

Kualitas hidup baik 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 klien terhadap penyakit kronik yang dideritanya (Lase, 2016).

2.4.2 Komponen Kualitas Hidup

Menurut Shrestha *et al.* (2018) komponen kualitas hidup klien penyakit ginjal kronis yang menjalani hemodialisis dibagi menjadi empat komponen, antara lain:

1. Kesehatan Fisik

Kesehatan fisik yang dialami klien PGK 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 PGK, klien membutuhkan banyak usaha yang lebih besar ketika melakukan kegiatan yang kuat, seperti berlari, mengangkat benda berat dan olahraga berat. Klien 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 klien 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.* 2017).

2. Kesehatan Mental

Kesehatan mental yang dirasakan klien PGK antara lain kesejahteraan emosional, kualitas interaksi sosial, beban penyakit ginjal, dukungan sosial dan peran emosional. Perasaan emosional pada klien PGK dapat menurunkan kualitas hidup pada klien PGK 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 PGK dan mengganggu kehidupan klien.

3. Masalah Penyakit Ginjal

Masalah pada klien 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 gatalgatal, 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) (Smeltzer dan Bare, 2016).

4. Kepuasan Klien

Kepuasan klien 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 PGK karena perawat dialisis memberikan dukungan pada tahap awal klien dengan gagal ginjal dan harus menjalani hemodialisis. Perawat memberikan dukungan kepada klien dalam mengambil

keputusan untuk mengikuti terapi hemodialisis dengan memfasilitasi klien untuk bertemu dan berdiskusi. Dukungan sosial yang diberikan perawat akan membuat klien merasa lebih kuat dan merasa dihargai (Mardyaningsih, 2018).

2.4.3 Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup

Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pada klien hemodialisis adalah faktor status nutrisi, penyakit penyerta, lama hemodialisis dan penatalaksanaan medis (Sagala, 2016).

1. Status Nutrisi

Semakin jelek status nutrisi penderita maka semakin jelek juga kualitas hidupnya. Malnutrisi yang terjadi pada penderita PGK disebabkan oleh kurang adekuatnya toksin uremi dan prosedur hemodialisis yang berlangsung. Toksik uremi yang menumpuk dalam tubuh akan mempercepat pemecahan protein dan menurunkan sintesa protein. Hal ini didukung oleh terbuangnya banyak protein, vitamin dan glukosa ketika proses hemodialisis. Sehingga dari hal tersebut klien PGK sering mengalami malnutrisi protein dan kalori yang menyebabkan kualitas hidup klien akan menurun. Maka dari hal tersebut, pada penderita PGK sering dianjurkan untuk melakukan pengaturan diet agar dapat mendukung peningkatan kualitas hidupnya dan selain itu agar proses terapi yang berlangsung betul-betul

adekuat agar tidak banyak toksik uremi yang terkumpul dan protein serta glukosa dan vitamin tidak banyak yang terbuang. Selain itu, klien hemodialisis juga harus mendapat asupan makanan yang cukup agar tetap dalam gizi yang baik karena gizi kurang merupakan prediktor yang penting untuk terjadinya kematian pada klien hemodialisis

2. Penyakit Penyerta

Semakin banyak kondisi penyakit penyerta yang diderita oleh penderita PGK maka akan semakin jelek kualitas hidupnya. Hal ini disebabkan karena hemodialisis yang tidak secara adekuat dapat mengeluarkan semua toksik uremi yang terdapat pada tubuh dimana hal ini akan menyebabkan kelainan sistem organ seperti sistem kardiovaskuler, sistem pernafasan, gastrointestinal, kelainan neurologis, kelainan muskuloskeletal, kelainan hematologi, dan lain-lain.

3. Lama Hemodialisis

Lama menjalani hemodialisis berperan penting dalam mempengaruhi kualitas hidup klien penyakit ginjal kronis. Klien yang telah menjalani hemodialisis >1 tahun menunjukkan kualitas hidup yang lebih baik dibandingkan dengan yang menjalani hemodialisis ≤ 1 tahun. Klien akan memiliki kualitas hidup yang semakin baik dari waktu ke waktu jika menjalani hemodialisis secara regular, dengan ditunjang adanya

perbaikan hubungan dokter klien agar terbina rasa percaya klien, 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.

Menurut Suwanti (2017) pembagian lama klien mengalami penyakit ginjal kronis yang menjalani hemodialisis dibagi menjadi tiga periode yaitu <1 tahun, 1-2 tahun dan > 2 tahun.

4. Penatalaksanaan medis

Kualitas hidup klien hemodialisis dipengaruhi oleh keadekuatan hemodialisis yang dijalani dalam rangka mempertahankan fungsi hidupnya. Efektifitas 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 dan akses vascular yang adekuat.

2.4.4 Dampak Kualitas Hidup yang Buruk

Dampak dari kualitas hidup yang buruk dapat berupa frustrasi, kecemasan, kehilangan minat, ketakutan, kesal, adanya kesedihan, konsentrasi yang buruk dan khawatir yang berkepanjangan sehingga membuat seseorang untuk menyerah atau hilangnya antusiasme untuk masa depan (Suwanti, 2017).

2.4.5 Pengukuran Kualitas Hidup

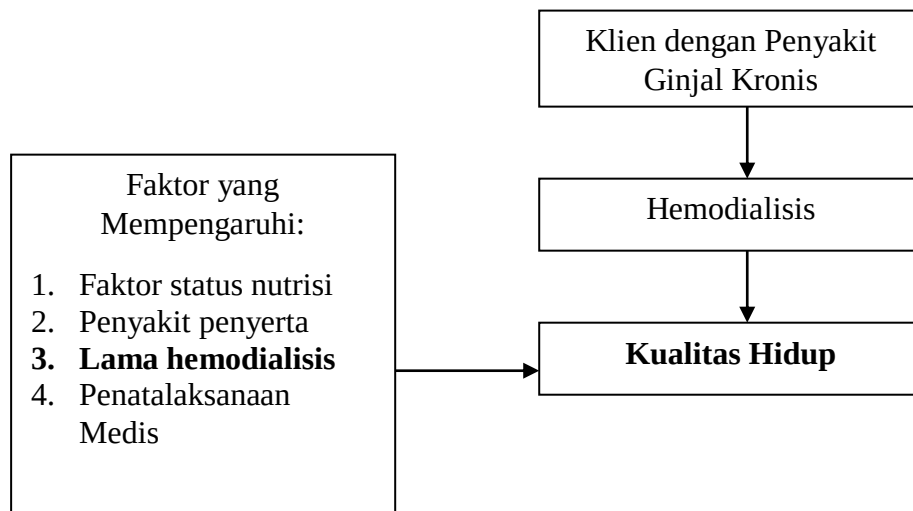
Secara spesifik untuk pengukuran kualitas hidup pada klien penyakit ginjal kronis yang menjalani hemodialisis yaitu dengan KDQOL-SF (*Kidney Disease Quality of Life Short Form*). Instrumen KDQOL-SF digunakan untuk mengukur kualitas hidup klien penyakit ginjal kronis dengan penilaian secara keseluruhan meliputi fisik, mental, masalah penyakit ginjal dan kepuasan klien (Hays dalam Anggraini, 2016).

2.5 Kerangka Konseptual

Kualitas hidup klien yang menjalani hemodialisis seringkali menurun dan menyebabkan klien terpaksa mengubah kebiasaan rutin hidupnya. Terutama bagi klien yang belum lama menjalani hemodialisis, klien merasa belum siap untuk menerima dan beradaptasi atas perubahan yang terjadi pada hidupnya. Ketidakmampuan, ketergantungan pada orang lain, biaya pengobatan dimana akan mengganggu aktifitas normal yang biasa dilakukan. Masalah ini akan memengaruhi aspek spiritual, psikologis, sosial dan keluarga dan seterusnya akan memengaruhi fisik, kognitif dan emosi klien (Wahyuni dkk, 2018).

Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pada klien hemodialisis adalah faktor status nutrisi, penyakit penyerta, lama hemodialisis dan penatalaksanaan medis (Sagala, 2016).

Bagan 2.1
Kerangka Konseptual



Sumber: Sagala, 2016; Suwarti, 2017; Smeltzer & Bare, 2016.