

**GAMBARAN KUALITAS HIDUP PADA PASIEN PENYAKIT GINJAL  
KRONIK YANG SEDANG MENJALANI HEMODIALISIS  
BERDASARKAN KARAKTERISTIK DI RUMAH  
SAKIT UMUM DAERAH KOTA  
BANDUNG TAHUN 2018**

**SKRIPSI**

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai  
Gelar Sarjana Keperawatan

**OKI SANJAYA  
NPM : AK.1.14.031**



**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN BHAKTI KENCANA  
BANDUNG  
2018**

### PERNYATAAN

NAMA : Oki Sanjaya  
NIM : AK.1.14.031  
PRODI : S1 Keperawatan  
JUDUL SKRIPSI : Gambaran Kualitas Hidup Pada Pasien Penyakit Ginjal Kronik Yang Sedang Menjalani Hemodialisis Di RSUD Kota Bandung Tahun 2018

Dengan ini saya menyatakan bahwa :

- a. Penelitian saya, dalam skripsi ini, adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik (S.Kep), baik dari STIKes Bhakti Kencana maupun di perguruan tinggi lain.
- b. Penelitian dalam skripsi ini adalah murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan tim pembimbing.
- c. Dalam penelitian ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka.
- d. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang diperoleh karena karya ini, serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di STIKes Bhakti Kencana Bandung.

Bandung, Agustus 2018  
Yang membuat Pernyataan

  
  
(Oki Sanjaya)  
AK.1.14.031

## ABSTRAK

Pasien gagal ginjal kronik harus menjalani hemodialisa jangka panjang. Pembatasan asupan cairan dan gaya hidup yang terencana berhubungan dengan terapi hemodialisa seperti pelaksanaan terapi hemodialisa 2-3 kali seminggu selama 3-4 jam dapat menimbulkan dampak negatif yang akan mempengaruhi kualitas hidupnya seperti terjadi perubahan Fisik seperti edema ekstremitas, hipertensi, dan anemia. Perubahan Psikologi, respon psikologis pasien terhadap penyakit dapat bervariasi seperti cemas, stress hingga depresi. Pada pasien penyakit ginjal kronik juga akan mengalami perubahan Sosial, seperti pembatasan kegiatan bermasyarakat dan disfungsi seksual seperti penurunan libido, ejakulasi dan ereksi, kehilangan pekerjaan, serta perubahan Lingkungan seperti, tidak dapat melakukan aktivitas yang menyenangkan seperti melakukan rekreasi sebelum menderita penyakit ginjal kronik. Tujuan: penelitian ini untuk mengetahui Gambaran Kualitas Hidup Pasien Penyakit Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisis Berdasarkan Karakteristik Di Rsud Kota Bandung Tahun 2018.

Penelitian ini merupakan penelitian *deskriptif*. populasi pada penelitian ini berjumlah 107 orang. Teknik pengambilan sampel adalah *simple random sampling* yaitu sebanyak 67 orang. Instrument yang digunakan adalah *KDQOL SF-36 versi 1.3*. Analisa data menggunakan Distribusi Frekuensi.

Hasil: penelitian didapatkan hampir setengahnya responden laki-laki memiliki kualitas hidup baik yaitu sebanyak 22 orang (32,8%), hampir setengahnya responden umur 46-65 tahun yang memiliki kualitas hidup baik 20 orang (29,9%), sebagian kecil responden pendidikan sma sebagian kecil memiliki kualitas hidup buruk 11 orang (16,4%), sebagian kecil responden yang tidak bekerja memiliki kualitas hidup buruk 16 orang (23,9%), hampir setengahnya responden yang menjalani hemodialisis 4-5 tahun memiliki kualitas hidup baik yaitu sebanyak 19 orang (28,4%). Saran dari penelitian ini diharapkan pasien dapat meningkatkan kualitas hidupnya.

Kata kunci : Gagal Ginjal Kronik, Hemodialisis, Kualitas Hidup.

Daftar Pustaka : 18 sumber (tahun 2001-2016)  
13 jurnal (tahun 2003-2017).

## ABSTRACT

*Chronic renal failure patients must undergo a long-term hemodialysis. Restriction of fluid intake and lifestyle are planned related to the implementation of the hemodialysis therapy as hemodialysis therapy 2-3 times a week for 3-4 hours can cause negative impacts that will affect the quality of life such as physical changes occur such as lower extremity edema, hypertension, and anemia. Psychological changes, the patient's psychological response to the disease can vary such as anxiety, stress to depression. In patients with chronic kidney disease will also experience social changes, such as restrictions on social activities and sexual dysfunctions such as decreased libido, ejaculation and erection, loss of employment, as well as the environment changes such as, Objective: This study to find out the description of the Quality of Life of Chronic Kidney Disease Patients Undergoing Hemodialysis The Characteristics Based in hospitals Bandung 2018.*

*This research is deskriptif.population in this study amounted to 107 people. The sampling technique is quota sampling as many as 67 people. The instrument used was KDQOL SF-36 version 1.3. Analyze data using Frequency Distribution.*

*Results: The research showed nearly half of male respondents have a good quality of life for as many as 22 people (32.8%), almost half of respondents aged 46-65 years who have a good quality of life for 20 persons (29.9%), a small portion of respondents education sma small portion have poor quality of life of 11 people (16.4%), a small portion of respondents who do not work have a worse quality of life of 16 people (23.9%), almost half of the respondents were undergoing hemodialysis 4-5 years have a better quality of life as many as 19 people (28.4%). Suggestions from this study are expected patients can improve their quality of life.*

*Keywords : Chronic Renal Failure, Hemodialsis, Quality of Life.*

*Bibliography : 18 source (years 2001-2016)  
13 journals (years 2003-2017).*

## **KATA PENGANTAR**

**Assalamua'laikum, Wr,Wb**

Syukur Alhamdulillah peneliti panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya, sehingga peneliti dapat menyelesaikan penelitian ini dengan judul “Gambaran Kualitas Hidup Pada Pasien Penyakit Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisis Berdasarkan Karakteristik Di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bandung Tahun 2018”.. Penyusunan skripsi ini merupakan salah satu persyaratan dalam rangka menyelesaikan Program Studi Sarjana Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bhakti Kencana Bandung.

Dalam penyelesaian skripsi ini peneliti mendapatkan banyak masukan, arahan dan bimbingan, serta dorongan dari berbagai pihak. Untuk itu kiranya peneliti mengucapkan terima kasih yang tidak terhingga kepada :

1. H. Mulyana, SH. M.Pd., M.Hkes. selaku ketua Yayasan Adhi Guna Kencana.
2. R. Siti Jundiah, SKp.,M.Kep. selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bhakti Kencana Bandung.
3. Yuyun Sarinengsih, S.Kep.,Ners.,M.Kep selaku Ketua Program Studi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bhakti Kencana Bandung.
4. R.Siti Jundiah,S.Kp.M.Kep selaku pembimbing I yang telah sabar dan meluangkan waktunya dalam setiap bimbingan.
5. Deya. Prastika. S.kep., Ners., M.Ns selaku pembimbing II yang telah sabar membimbing dan meluangkan waktunya.

6. Kepada semua dosen dan staf Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bhakti Kencana Bandung yang telah banyak memberikan ilmu dan pengetahuan selama ini.
7. Direktur RSUD Kota Bandung yang telah memberikan kesempatan penulis untuk melakukan penelitian di RSUD Kota Bandung.
8. Ayahanda dan Ibunda tercinta beserta keluarga tersayang, yang telah memberikan dorongan, semangat dan do'a sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan tugas ini.
9. Seluruh rekan-rekan mahasiswa S1 Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung angkatan 2014.
10. Kepada sahabat dan teman dekat yang telah memberikan dukungan moril setiap waktu kepada peneliti selama ini.

Terakhir peneliti ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang tidak dapat peneliti sebutkan satu persatu. Semoga Allah SWT melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya kepada kita semua. Amin. Dalam penyelesaian skripsi ini peneliti mengharapkan kritik dan saran yang sifatnya membangun demi kesempurnaan di masa mendatang.

Bandung, Agustus 2018

Peneliti

## DAFTAR ISI

	HALAMAN
<b>LEMBAR PERSETUJUAN .....</b>	<b>i</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN .....</b>	<b>ii</b>
<b>LEMBAR PERNYATAAN .....</b>	<b>iii</b>
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>iv</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>vi</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>xii</b>
<b>DAFTAR BAGAN.....</b>	<b>xiii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xiv</b>
<b>DAFTAR SINGKATAN.....</b>	<b>xv</b>
<b>BAB1 PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	7
1.3 Tujuan Peneliti .....	7
1.4 Manfaat Penelitian .....	8
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>10</b>
2.1. Gagal Ginjal Kronik .....	10

2.1.1 Definisi.....	10
2.1.2 Etiologi.....	11
2.1.3 Perjalanan Klinis Gagal Ginjal Kronik .....	12
2.1.4. Patofisiologi .....	13
2.1.5 Manifestasi Klinis .....	15
2.1.6 Komplikasi .....	16
2.1.7 Penatalaksanaan .....	18
2.2. Konsep Hemodialisis .....	20
2.2.1 Pengertian Hemodialisis .....	20
2.2.2 Tujuan Hemodialisis .....	21
2.2.3 Proses Hemodialisis .....	21
2.2.4 Alasan Dilakukan Hemodialisis.....	22
2.2.5 Frekuensi Hemodialisis.....	23
2.2.6 Adekuasi Hemodialisis .....	23
2.2.7 Komplikasi Hemodialisis .....	24
2.3 Kualitas Hidup .....	25
2.3.1 Pengertian .....	25
2.3.2 Faktor Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup .....	27

2.3.3 Dimensi-Dimensi Kualitas Hidup.....	30
2.3.4 Dampak Gagal Ginjal Kronik Terhadap Kualitas Hidup.....	35
<b>BAB III METODOLOGI PENELITIAN .....</b>	<b>41</b>
3.1 Rancangan Penelitian .....	41
3.2 Paradigma Penelitian.....	41
3.3 Variabel Penelitian .....	42
3.4 Definisi Konseptual Dan Definisi Operasional.....	42
3.4.1 Definisi Operasional .....	42
3.5 Populasi Dan Sampel .....	44
3.5.1 Populasi.....	44
3.5.2 Sampel.....	44
3.6 pengumpulan data .....	45
3.6.1 Instrumen Penelitian .....	45
3.7 Uji Validitas Dan Reabilitas .....	46
3.7.1 Uji Validitas .....	46
3.7.2 Uji Reliabilitas .....	46
3.7.3 Teknik Pengumpulan Data.....	47
3.8 Langkah-Langkah Penelitian .....	47

3.9 Pengelolahan dan Analisa Data.....	48
3.9.1 Analisa Data.....	49
3.10 Etika Penelitian .....	50
3.11 Waktu Dan Lokasi Penelitian.....	51
3.11.1Lokasi.....	51
3.11.2 Waktu Penelitian.....	51
<b>BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....</b>	
4.1 Hasil Penelitian .....	52
4.2 Pembahasan.....	61
<b>BAB V SIMPULAN DAN SARAN</b>	
5.1 Kesimpulan .....	72
5.2 Saran .....	73

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN-LAMPIRAN**

## DAFTAR TABEL

	<b>Halaman</b>
Tabel 3.1 Definisi Operasional .....	43
Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Pasien Penyakit Ginjal Kronik .....	52
Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Kualitas Hidup Berdasarkan Jenis Kelamin .....	55
Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Kualitas Hidup Berdasarkan Umur .....	56
Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Kualitas Hidup Berdasarkan Pendidikan.....	58
Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Kualitas Hidup Berdasarkan Pekerjaan .....	59
Tabel 4.6 Distribusi Frekuensi Kualitas Hidup Berdasarkan Lama HD.....	60

## DAFTAR BAGAN

	<b>Halaman</b>
Bagan 2.1 Kerangka Konseptual.....	40
Bagan 3.1 Kerangka Penelitian.....	42

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Surat Permohonan Ijin Studi Pendahuluan RSUD Kota Bandung
- Lampiran 2 : Surat Permohonan Ijin Penelitian RSUD Kota Bandung
- Lampiran 3 : Lembar *Inform Consent*
- Lampiran 4 : Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 5 : Kisi-kisi Instrumen KDQOL SF-36 versi 1.3
- Lampiran 6 : Lembar Kuesioner
- Lampiran 7 : Hasil Penelitian Analisa Distribusi Frekuensi
- Lampiran 8 : Catatan Bimbingan Skripsi
- Lampiran 9 : Riwayat Hidup

## DAFTAR SINGKATAN

BUN	= Blood Urea Nitrogen
DP	= Dialisis Peritoneal
GGK	= Gagal Ginjal Kronis
K/DOQI	= The Kidney Disease Outcomes Quality Initiative
LFG	= Laju Filtrasi Glomerulus
NKF	= The National Kidney Foundation
PGK	= Penyakit Ginjal Kronis
PPOK	= Penyakit Paru Obstruktif Kronik
PERNEFRI	= Persatuan Nefrologi Indonesia
WHO	= World Health Organization (Badan Kesehatan Dunia)
WHO-QOL	= World Health Organization Quality Of Life

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

Ginjal merupakan organ penting yang berfungsi menjaga komposisi darah dengan mencegah menumpuknya limbah dan mengendalikan keseimbangan cairan dalam tubuh, menjaga level elektrolit seperti sodium, potasium dan fosfat tetap stabil, serta memproduksi hormon dan enzim yang membantu dalam mengendalikan tekanan darah, membuat sel darah merah dan menjaga tulang tetap kuat (Pearce, 2009).

Penyakit ginjal kronis (PGK) merupakan masalah kesehatan masyarakat global dengan *prevalensi* dan insidens gagal ginjal yang meningkat, prognosis yang buruk dan biaya yang tinggi. Prevalensi PGK meningkat seiring meningkatnya jumlah penduduk usia lanjut dan kejadian penyakit diabetes melitus serta hipertensi. Sekitar 1 dari 10 populasi global mengalami Penyakit Ginjal Kronik (PGK) pada stadium tertentu (Kementrian Kesehatan RI,2017).

Badan Kesehatan Dunia (WHO) menyebutkan pertumbuhan jumlah penderita gagal ginjal pada tahun 2013 telah meningkat 50% dari tahun sebelumnya. Sedangkan di Amerika Serikat prevalensi gagal ginjal meningkat 50% ditahun 2014. Data menunjukkan bahwa setiap 200.000 orang Amerika menjalani hemodialysis karena gangguan ginjal kronik, yang artinya 1.140 dalam satu juta orang amerika adalah pasien dialisis

(Widyastuti, 2014). Indonesia juga termasuk negara dengan tingkat penderita gagal ginjal kronik yang aktif menjalani hemodialisa cukup tinggi pada tahun 2014 yaitu sebanyak 17193 meningkat menjadi 21050 orang pada tahun 2015 (Indonesia Renal Registry,2015). Sedangkan di Jawa Barat Angka kejadian gagal ginjal kronik yang aktif menjalani hemodialisa sebanyak 7465 orang (Indonesia Renal Registry,2015). Menurut data RSUD Kota Bandung periode Januari-Desember 2017 yaitu sebanyak 102 orang yang menjalani hemodialisa, sedangkan pasien baru periode Januari-April 2018 yaitu sebanyak 35 orang (SIM RSUD,2018).

Pasien gagal ginjal kronik harus menjalani hemodialisa jangka panjang. Pembatasan asupan cairan dan gaya hidup yang terencana berhubungan dengan terapi hemodialisa seperti pelaksanaan terapi hemodialisa 2-3 kali seminggu selama 3-4 jam dapat menimbulkan dampak negatif yang akan mempengaruhi kualitas hidupnya seperti terjadi perubahan Fisik seperti edema ekstremitas, hipertensi, dan anemia. Perubahan Psikologi, respon psikologis pasien terhadap penyakit dapat bervariasi seperti cemas, stress hingga depresi. Pada pasien penyakit ginjal kronik juga akan mengalami perubahan Sosial, seperti pembatasan kegiatan bermasyarakat dan disfungsi seksual seperti penurunan libido, ejakulasi dan ereksi , kehilangan pekerjaan, serta perubahan Lingkungan seperti, tidak dapat melakukan aktivitas yang menyenangkan seperti melakukan rekreasi sebelum menderita penyakit ginjal kronik (Farida,2010).

*WHOQOL (World Health Organization Quality of Life) (1994)* dalam Mollon (2012) memaknai kualitas hidup sebagai persepsi individu terkait posisi mereka di kehidupan didalam konteks budaya dan sistem nilai dimana mereka hidup dan berhubungan dengan tujuan, pandangan, standar dan perhatian mereka. Dari pendapat para ahli tersebut dapat disimpulkan bahwa kualitas hidup sebagai kepuasan hidup seseorang bersifat subjektif dengan multidimensi yang dipandang secara holistik yakni meliputi aspek biologi, fisik, psikologis, sosial dan lingkungan.

Faktor yang mempengaruhi kualitas hidup diantaranya adalah, Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan, Lama Hemodialisis, Umumnya kualitas hidup penderita PGK akan menurun seiring dengan bertambahnya usia. Pada penderita PGK dengan usia muda, kualitas hidupnya jauh lebih baik dikarenakan kondisi fisik usia muda jauh lebih baik daripada usia yang sudah tua. Pembesaran prostat pada laki-laki dapat menyebabkan terjadinya obstruksi dan infeksi yang dapat berkembang menjadi gagal ginjal. Selain itu, pembentukan batu ginjal lebih banyak diderita oleh laki-laki karena saluran kemih pada laki-laki lebih panjang dari pada perempuan.

Laki-laki juga lebih banyak memiliki kebiasaan hidup yang tidak sehat yang dapat mempengaruhi kesehatannya seperti merokok, minum kopi, alkohol, dan suplemen yang dapat memicu terjadinya penyakit sistemik yang dapat menyebabkan penurunan fungsi ginjal dan berdampak pada kualitas hidupnya (Black, 2009). Penderita PGK yang memiliki tingkat pendidikan yang tinggi akan mempunyai wawasan yang luas serta

memungkinkan untuk mengontrol dirinya dalam mengatasi masalah yang dihadapi. Mereka juga memiliki rasa percaya diri, berpengalaman, dan mempunyai perkiraan yang tepat untuk mengatasi masalahnya serta mudah mengerti anjuran dari pihak medis. Sehingga pasien dengan pendidikan yang lebih tinggi akan lebih mudah mengambil keputusan untuk menunjang kesehatannya sehingga kualitas hidupnya pun semakin tinggi (Aguswina,2012).

Penghasilan dari sebuah pekerjaan akan berpengaruh pada terapi hemodialisis. Seseorang kurang memanfaatkan pelayanan kesehatan karena tidak mempunyai cukup uang untuk membayarnya. Pasien yang memiliki penghasilan lebih rendah memiliki rasa khawatir yang lebih tinggi akan kondisi sakitnya yang dapat mempengaruhi fungsi kehidupannya dikarenakan sulit mempertahankan pekerjaan yang pada akhirnya mempengaruhi kualitas hidupnya. Selain itu pasien yang tidak memiliki pekerjaan akan merasa khawatir akan kehidupan masa yang akan datang diakibatkan karena hidup mereka hanya bergantung pada mesin dialisis sehingga menyulitkan mereka untuk mendapatkan penghasilan.

Pertama kali respon pasien yang menjalani hemodialisis tidak dapat menerima atas kehilangan fungsi ginjalnya, marah dengan kejadian yang ada serta merasa sedih dengan kejadian yang dialami. Adaptasi dan penyesuaian diri masing-masing pasien berbeda-beda. Semakin lama pasien menjalani terapi hemodialisis maka pasien akan semakin baik serta patuh karena pasien mendapatkan pendidikan kesehatan atau informasi tentang

penyakitnya semakin banyak sehingga dapat mempengaruhi kualitas hidupnya menjadi semakin tinggi.

Tekanan darah yang tinggi jika tidak terkontrol mengakibatkan terjadinya komplikasi lain seperti morbiditas dan mortalitas. Tekanan darah yang tinggi menyebabkan penurunan vaskularisasi di area otak yang membuat pasien merasa susah untuk berkonsentrasi, mudah marah, merasa tidak nyaman, dan berdampak pada aspek sosial yang membuat pasien tidak mau bersosialisasi. Dampak ini dapat mempengaruhi kualitas hidup pada pasien PGK.

Cleary (2005) dalam penelitiannya menunjukkan pasien hemodialisis mengalami kualitas hidup yang lebih buruk dari pada individu pada umumnya. Secara khusus, pasien akan mengalami penderitaan fisik, keterbatasan dalam beraktivitas sehari – hari. Kualitas hidup juga berhubungan dengan penyakit dan terapi yang dijalani. Penelitian yang dilakukan oleh Chelliah (2011) tentang Gambaran Tingkat Depresi dan Kualitas Hidup Pasien Penyakit Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis di RSUP H. Adam Malik Medan menunjukkan bahwa 58, 8% responden memiliki kualitas hidup yang buruk. Penelitian lain dilakukan oleh Aroem (2011) menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki kualitas hidup baik yaitu 56,7% dan sisanya memiliki kualitas buruk yaitu 43,3 %.

Berdasarkan hasil wawancara dengan 4 pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani Hemodialisa di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bandung menyampaikan bahwa dampak dari penyakit ginjal kronik setelah

menjalani hemodialisis mempengaruhi banyak aspek. pasien pertama mengatakan bahwa mereka merasa pusing saat mengikuti proses hemodialisa, pasien kedua seiring mengalami mual-mual dan sesak nafas, pasien ketiga mengatakan tidak bisa melakukan aktivitas sehari-hari, sedangkan pasien ke empat mengatakan khawatir akan kondisinya saat ini.

Hasil yang didapat bahwa jenis kelamin lebih banyak laki-laki dibandingkan dengan perempuan sedangkan umur 40 tahun keatas, dari segi pendidikan yaitu paling banyak perguruan tinggi, untuk pekerjaan paling banyak yaitu tidak bekerja, sedangkan untuk lama hemodialisis yaitu 1-3 tahun.

Alasan peneliti melakukan penelitian di RSUD Kota Bandung karena rata-rata karakteristik pasien gagal ginjal kronik yaitu usia 46-65 tahun dan kebanyakan yaitu laki-laki dan kebanyakan pasien . dari segi pendidikan yaitu paling banyak perguruan tinggi, untuk pekerjaan paling banyak yaitu tidak bekerja, sedangkan untuk lama hemodialisis yaitu 1-3 tahun.

Berdasarkan uraian diatas maka peneliti tertarik untuk melakukan Penelitian “Gambaran Kualitas Hidup Pada Pasien Gagal Ginjal Kronis Yang Menjalani Hemodialisis Di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bandung Tahun 2018”

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang diatas, peneliti merumuskan masalah “Gambaran Kualitas Hidup Pada pasien Gagal Ginjal Kronis yang menjalani Hemodialisis Berdasarkan Karakteristik Di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bandung Tahun 2018?”

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1. Tujuan umum**

Untuk Mengetahui Gambaran “Kualitas Hidup Pada Pasien Gagal Ginjal Kronis yang sedang menjalani Hemodialisis Berdasarkan Karakteristik Di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bandung Tahun 2018”.

### **1.3.2. Tujuan khusus**

1. Untuk Mengetahui Gambaran Kualitas hidup Pasien Penyakit Ginjal Kronis Yang Sedang Menjalani Hemodialisis Berdasarkan Jenis Kelamin Di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bandung Tahun 2018”.
2. Untuk Mengetahui gambaran Kualitas Hidup Pada Pasien Penyakit Ginjal Kronis Yang Sedang Menjalani Hemodialisis Berdasarkan Umur Di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bandung Tahun 2018”.
3. Untuk Mengetahui gambaran Kualitas Hidup Pada Pasien Penyakit Ginjal Kronis Yang Sedang Menjalani Hemodialisis

Berdasarkan Pendidikan Di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bandung Tahun 2018”.

4. Untuk Mengetahui gambaran Kualitas Hidup Pada Pasien Penyakit Ginjal Kronis Yang Sedang Menjalani Hemodialisis Berdasarkan Pekerjaan Di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bandung Tahun 2018”.
5. Untuk Mengetahui gambaran Kualitas Hidup Pada Pasien Penyakit Ginjal Kronis Yang Sedang Menjalani Hemodialisis Berdasarkan Lama Hemodialisis Di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bandung Tahun 2018”.

#### **1.4 Manfaat Penelitian**

##### **1.4.1 Teoritis**

Sebagai masukan bagi perkembangan ilmu pengetahuan, ilmu keperawatan khususnya mengenai gagal ginjal kronis.

##### **1.4.1.1 Bagi Instansi Pendidikan**

Diharapkan dapat memotivasi mahasiswa untuk melakukan penelitian lebih lanjut dalam rangka meningkatkan kualitas pendidikan maupun pelayanan kesehatan.

##### **1.4.1.2 Bagi Peneliti**

Dapat menambah wawasan dalam bidang keperawatan terutama tentang gagal ginjal kronis dan merupakan kesempatan yang baik untuk dapat mengaplikasikan ilmu yang telah di dapat selama pendidikan dan penelitian.

## **1.4.2 Praktis**

### **1.4.2.1 Bagi Peneliti Selanjutnya**

Sebagai bahan acuan dalam meneliti lebih lanjut yang berkaitan dengan kualitas hidup pasien dengan penyakit ginjal kronis dengan desain dan metodologi yang berbeda.

### **1.4.2.2 Bagi Tempat Penelitian**

Diharapkan penelitian ini dapat memberikan masukan untuk rumah sakit dalam rangka program pelayanan kesehatan dalam meningkatkan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronis.

### **1.4.2.3 Bagi Perawat**

Diharapkan penelitian ini dapat dijadikan dasar dalam mengembangkan intervensi keperawatan khususnya dalam meningkatkan kualitas hidup pasien dengan penyakit ginjal kronis yang sedang menjalani hemodialisis.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Gagal Ginjal Kronik**

##### **2.1.1 Definisi**

Penyakit gagal ginjal adalah suatu penyakit dimana fungsi organ ginjal mengalami penurunan hingga akhirnya tidak lagi mampu bekerja sama sekali dalam hal penyaringan pembuangan elektrolit tubuh, menjaga keseimbangan cairan dan zat kimia tubuh seperti sodium dan kalium didalam darah atau produksi urin. Penyakit gagal ginjal berkembang secara perlahan kearah yang semakin buruk dimana ginjal tidak lagi mampu bekerja sebagaimana fungsinya. Dalam dunia kedokteran dikenal dua macam jenis gagal ginjal yaitu gagal ginjal akut dan gagal ginjal kronik (Wilson,2005).

Gagal ginjal kronik adalah dstruksi struktur ginjal yang progresif dan terus menerus , gagal ginjal kronik timbul hamper semua penyakit penyerta akan terjadi perburukan fungsi ginjal secara progresfi yang ditandai dengan penurunan laju filtrasi glomerulus (LFG) yang progresif (corwin,2009).

Menurut *The Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (K/DOQI) Of The National Kidney Foundation (NKF)*

pada tahun 2009, mendefinisikan gagal ginjal kronik sebagai suatu kerusakan ginjal dimana nilai dari laju filtrasi glomerulus kurang dari  $60 \text{ ml/min/1.73m}^2$  selama tiga bulan lebih.

Gagal ginjal kronik yang perlu didialisis adalah penyakit gagal ginjal kronik yang mengalami penurunan fungsi ginjal dengan laju filtrasi glomerulus (LFG)  $<15 \text{ ml/menit}$ . Pada keadaan ini sudah sangat menurun sehingga terjadi akumulasi toksin dalam tubuh yang disebut dengan uremia. Pada keadaan uremia dibutuhkan terapi pengganti ginjal untuk mengambil alih fungsi ginjal dalam mengeliminasi toksin tubuh sehingga tidak terjadi gejala yang lebih berat (cahyaningsih,2008).

### **2.1.2 Etiologi**

Beberapa penyakit yang dapat merusak nefron dapat mengakibatkan gagal ginjal kronik. Faktor utama penyakit gagal ginjal kronik di Indonesia menurut Persatuan Nefrologi Indonesia (Pernefri) adalah (glomerulopati primer/GNC) 8%,(nefropati diabetika) 22%,(nefropati lupus/SLE) 1%,(penyakit ginjal hipertensi) 44%, (ginjal polikistik) 1%, (nefropati asam urat) 1%,nefropati obstruksi) 5%,(pielonefritis kronik/PNC) 7%, (lain-lain) 8%, (tidak diketahui) 3%. (IRR,2015).

### 2.1.3 Perjalanan Klinis Gagal Ginjal Kronik

Perjalanan klinis gagal ginjal progresif dibagi menjadi 3 stadium yaitu:

#### 1) Stadium I

Stadium pertama disebut dengan penurunan cadangan ginjal. Selama stadium ini kreatinin serum dan kadar Blood Urea Nitrogen (BUN) normal dan asimtomatik. Gangguan fungsi ginjal hanya dapat terdeteksi dengan memberi beban kerja yang berat pada ginjal melalui tes pemekatan urine yang lama atau dengan mengadakan tes LFG.

#### 2) Stadium II

Stadium kedua disebut insufisiensi ginjal. Pada stadium ini lebih dari 75% jaringan yang berfungsi telah rusak dan kadar BUN mulai meningkat diatas normal. Peningkatan konsentrasi BUN ini berbeda-beda tergantung dari protein dalam makanan. Pada stadium ini kadar kreatinin serum juga meningkat melebihi kadar normalnya. Azotemia biasanya ringan kecuali pada pasien yang mengalami stress akibat infeksi, gagal jantung atau dehidrasi. Pada stadium ini mulai timbul gejala-gejala nokturia dan poliuria. Nokturia disebabkan oleh hilangnya pola pemekatan urine diurnal normal sampai tingkatan tertentu

pada malam hari. Penderita biasanya sering berkemih pada malam hari. Poliuria yaitu peningkatan volume urine yang terus-menerus. Poliuria akibat insufisiensi ginjal biasanya lebih besar pada penyakit yang menyerang tubulus.

### 3) Stadium III

Stadium akhir gagal ginjal progresif atau disebut penyakit ginjal stadium akhir atau uremia. Pada stadium ini sekitar 90% dari massa nefron telah hancur. Nilai LFG hanya 10% dari keadaan normal dan bersihan kreatinin sebesar 5-10 ml per menit atau kurang. Pada keadaan ini kreatinin serum dan kadar BUN akan meningkat sebagai respon terhadap LFG yang mengalami sedikit penurunan. Penderita mulai merasakan gejala-gejala yang cukup parah, karena ginjal tidak lagi mampu mempertahankan homeostasis cairan dan elektrolit dalam tubuh (Wilson, 2006).

#### **2.1.4 Patofisiologi**

Patofisiologi pada gagal ginjal kronik tergantung dari penyakit yang menyebabkannya, pada awal perjalanannya, keseimbangan cairan dan penimbunan produksi sisa masih bervariasi dan bergantung pada bagian ginjal yang sakit. Sampai fungsi ginjal turun kurang dari 25% manifestasi gagal ginjal mungkin minimal

karena nefron-nefron lain yang sehat mengambil alih fungsi nefron yang rusak.

Nefron yang rusak meningkatkan laju filtrasi, reabsorpsi dan sekresinya serta mengalami hipertrofi dalam proses tersebut. Seiring dengan semakin banyaknya nefron yang mati, nefron yang tersisa menghadapi tugas yang semakin berat, sehingga nefron-nefron tersebut mengalami kerusakan dan akhirnya mati. Siklus kematian ini tampaknya berkaitan dengan nefron-nefron yang ada untuk meningkatkan reabsorpsi protein. Seiring dengan progresif penyusutan nefron, akan terjadi pembentukan jaringan parut dan penurunan aliran darah ke ginjal (Corwin, 2009).

Proses kegagalan ginjal selanjutnya masuk ke tahap insufisiensi ginjal. Sisa akhir metabolisme mulai terakumulasi dalam darah sebab nefron sehat tersisa tidak cukup untuk mengkompensasi nefron yang tidak berfungsi, yang akan mengakibatkan tertimbunya produk sisa metabolisme di dalam darah yang tidak dapat dikeluarkan oleh ginjal akan mengganggu kerja dari sistem tubuh yang lain. Kerja sistem tubuh yang terganggu meliputi sistem, integument, hematologi, syaraf dan otot, kardiovaskuler serta endokrin. Klien gagal ginjal kronik sering menimbulkan manifestasi klinis berbagai keadaan patologis disfungsi organ baik yang disebabkan oleh penyakit primer (diabetes mellitus) dan efek patologis intrinsic uremia atau keduanya (Milner, 2003).

Uremia mengacu pada banyak efek yang dihasilkan dari ketidakmampuan untuk mengekskresikan produk dari metabolisme protein dan asam amino. Beberapa produk metabolisme tertentu menyebabkan disfungsi organ. Efek multi organ uremia juga disebabkan oleh gangguan dari beberapa metabolisme dan fungsi endokrin yang biasanya dilakukan oleh ginjal (Milner,2003)

Dari urutan diatas akan menimbulkan berbagai manifestasi klinis dan komplikasi pada seluruh sistem tubuh. Semakin banyak tertimbun sisa kahir metabolisme maka gejala akan semakin berat. Klien akan kesulitan dalam aktifitas sehari hari akibat timbulnya berbagai macam manifestasi klinis tersebut. (Corwin,2009).

#### **2.1.5 Manifestasi Klinis**

Penderita gagal ginjal kronik akan menunjukkan beberapa tanda dan gejala sesuai dengan tingkat kerusakan ginjal, kondisi lain yang mendasari dan usia penderita. Penyakit ini akan menimbulkan gangguan pada berbagai organ tubuh antara lain:

- 1) Manifestasi kardiovaskular Hipertensi, gagal jantung kongestif, edema pulmonal, perikarditis.
- 2) Manifestasi dermatologis Kulit pasien berubah menjadi putih seakan-akan berlilin diakibatkan penimbunan pigmen urine dan anemia. Kulit menjadi kering dan bersisik. Rambut

menjadi rapuh dan berubah warna. Pada penderita uremia sering mengalami pruritus.

- 3) Manifestasi gastrointestinal Anoreksia, mual, muntah, cegukan, penurunan aliran saliva, haus, stomatitis.
- 4) Perubahan neuromuskular Perubahan tingkat kesadaran, kacau mental, ketidakmampuan berkonsentrasi, kedutan otot dan kejang.
- 5) Perubahan hematologis Kecenderungan perdarahan.
- 6) Kelelahan dan letargik, sakit kepala, kelemahan umum, lebih mudah mengantuk, karakter pernapasan akan menjadi kussmaul dan terjadi koma (Brunner dan Suddarth, 2001).

### **2.1.6 Komplikasi**

Komplikasi penyakit ginjal kronis

#### 1) Osteodistrofi ginjal

Osteodistrofi ginjal merupakan kelainan tulang yang disebabkan karena tulang kehilangan kalsium akibat gangguan metabolisme mineral. Jika kadar kalsium dan fosfat dalam darah sangat tinggi, akan terjadi pengendapan garam kalsium fosfat di berbagai jaringan lunak. Kelainan ini dapat ditandai dengan nyeri pada persendian (*arthritis*), batu ginjal (*nefrolaksonosis*), pengerasan dan penyumbatan pembuluh darah, gangguan irama jantung dan gangguan penglihatan. Terapinya dengan

pembatasan fosfat makanan dengan atau tanpa pengikat fosfat (kalsium karbonat).

## 2) Penyakit Kardiovaskular

Penyakit kardiovaskular adalah penyebab mortalitas tertinggi pada penderita penyakit ginjal kronis. Pada penyakit ini jantung kehilangan kemampuan untuk memompa darah dalam jumlah yang memadai untuk dialirkan ke seluruh tubuh, tetapi jantung tetap bekerja walaupun kekuatan memompa atau daya tampungnya berkurang. Gagal jantung pada penderita PGK diawali dari anemia yang mengakibatkan jantung harus bekerja lebih keras, sehingga terjadi pelebaran pada ventrikel kiri. Jika terjadi pelebaran ventrikel kiri secara terus menerus akan menyebabkan otot jantung melemah dan tidak mampu lagi memompa darah sebagaimana mestinya.

## 3) Anemia

Anemia pada penderita PGK disebabkan karena gangguan pada produksi hormon eritropoietin yang bertugas mematangkan sel darah merah (eritrosit). Akibat gangguan tersebut, tubuh kekurangan energi karena sel darah merah yang bertugas mengangkut energi ke seluruh tubuh dan jaringan tidak mencukupi sehingga terjadi keletihan (*fatigue*). Gejala gangguan sirkulasi darah yaitu kesemutan, kurang energi, lemas, cepat lelah, kehilangan rasa (baal) pada kaki, dan tangan.

#### 4) Disfungsi seksual

PGK (PGK) dapat menyebabkan disfungsi seksual seperti penurunan libido dan impotensi. Disfungsi ereksi pada penderita PGK dapat disebabkan karena abnormalitas sistem *control neurohormonal* pada sistem hormon ereksi di *hypothalamic-pituitary-gonadal axis*, hiperparatiroid, gangguan pada corpora spongium penis dan terjadinya penurunan pasokan arteri atau vena pada penis. Selain itu disfungsi ereksi pada penderita PGK dipengaruhi oleh psikologis penderita yang mengalami perubahan emosi sehingga menguras energi dan cenderung tidak ingin melakukan hubungan seksual.

#### **2.1.7 Penatalaksanaan**

Pengobatan GGK dibagi dalam dua tahap yaitu penanganan konservatif dan terapi pengganti ginjal dengan cara dialisis atau transplantasi ginjal atau keduanya. Penanganan GGK secara konservatif terdiri dari tindakan untuk menghambat berkembangnya gagal ginjal, menstabilkan keadaan pasien, dan mengobati setiap faktor yang reversible. Ketika tindakan konservatif tidak lagi efektif dalam mempertahankan kehidupan pasien pada hal ini terjadi penyakit ginjal stadium akhir satu-satunya pengobatan yang efektif adalah dialisis intermiten atau transplantasi ginjal (Wilson, 2005). Tujuan terapi konservatif adalah mencegah memburuknya faal ginjal secara progresif,

meringankan keluhan-keluhan akibat akumulasi toksin 11 azotemia, memperbaiki metabolisme secara optimal dan memelihara keseimbangan cairan dan elektrolit (Sukandar, 2006). Beberapa tindakan konservatif yang dapat dilakukan sebagai berikut:

### **1) Diet protein**

Pada pasien GGK harus dilakukan pembatasan asupan protein. Pembatasan asupan protein telah terbukti dapat menormalkan kembali dan memperlambat terjadinya gagal ginjal. Asupan rendah protein mengurangi beban ekskresi sehingga menurunkan hiperfiltrasi glomerulus, tekanan intraglomerulus dan cedera sekunder pada nefron intak (Wilson, 2005). Asupan protein yang berlebihan dapat mengakibatkan perubahan hemodinamik ginjal berupa peningkatan aliran darah dan tekanan intraglomerulus yang akan meningkatkan progresifitas perburukan ginjal (Suwitra, 2006).

### **2) Diet Kalium**

Pembatasan kalium juga harus dilakukan pada pasien GGK dengan cara diet rendah kalium dan tidak mengonsumsi obat-obatan yang mengandung kalium tinggi. Pemberian kalium yang berlebihan akan menyebabkan hiperkalemia yang berbahaya bagi tubuh. Jumlah yang diperbolehkan dalam diet adalah 40 hingga 80 mEq/hari. Makanan yang mengandung

kalium seperti sup, pisang, dan jus buah murni (Wilson, 2005). Diet kalori Kebutuhan jumlah kalori untuk GGK harus adekuat dengan tujuan utama yaitu mempertahankan keseimbangan positif nitrogen memelihara status nutrisi dan memelihara status gizi (Sukandar, 2006).

### **3) Transplantasi Ginjal**

Transplantasi ginjal merupakan cara pengobatan yang lebih disukai untuk pasien gagal ginjal stadium akhir. Namun kebutuhan transplantasi ginjal jauh melebihi jumlah ketersediaan ginjal yang ada dan biasanya ginjal yang cocok dengan pasien adalah yang memiliki kaitan keluarga dengan pasien. Sehingga hal ini membatasi transplantasi ginjal sebagai pengobatan yang dipilih oleh pasien (Wilson, 2006).

## **2.2 Hemodialisis**

### **2.2.1. Pengertian**

Hemodialysis berasal dari kata hemo = darah dan dialysis = pemilahan atau filtrasi. Hemodialysis adalah proses pemisahan zat-zat tertentu dari darah melalui membrane semipermeable. Pada prinsipnya hemodialysis menempatkan darah berdampingan dengan cairan dialisat atau pencuci yang dipisahkan oleh suatu membrane atau selaput semi permeable. Membrane ini dapat dilalui oleh air dan zat tertentu atau zat sampah. Proses ini disebut dialysis yaitu proses berpindahannya

air/zat bahan melalui membrane semipermeable (Sumpena,2010).

Terapi hemodialysis adalah suatu teknologi tinggi sebagai terapi pengganti untuk mengeluarkan sisa-sisa metabolisme atau racun tertentu dari peredaran darah manusia seperti air,natrium,kalium,hydrogen,urea,kreatinin,asam urat dan zat-zat lain melalui membrane semi permeable sebagai pemisah darah dan cairan dialisat pada ginjal buatan dimana terjadi proses difusi,osmosis dan ultra filtrasi (Sumpena,2010)

#### **2.2.2. Tujuan hemodialisis**

Menurut (Sumpena,2010) sebagai terapi pengganti ,kegiatan hemodialysis mempunyai tujuan :

- 1) Membuang produk metabolisme protein seperti urea,kreatinin.
- 2) Membuang kelebihan air.
- 3) Mempertahankan atau mengembalikan sistem buffer tubuh.
- 4) Mempertahankan atau mengembalikan kadar elektrolit tubuh.

#### **2.2.3. Proses hemodialisis**

Menurut (Sumpena,2010) dalam kegiatan hemodialysis terjadi 3 proses utama sebagai berikut:

- 1) Proses difusi yaitu berpindahnya bahan terlarut karena perbedaan kadar di dalam darah dan didalam dialisat, semakin tinggi perbedaan kadar didalam darah dan didalam dialisat. Semakin tinggi perbedaan kadar dalam darah, semakin banyak bahan yang dipindahkan kedalam dialisat.
- 2) Proses unfiltrasi yaitu proses berpindahnya air dan bahan terlarut karena perbedaan tekanan hidrostatik dalam darah dan dialisat.
- 3) Proses osmosis yaitu perbedaan osmolaritas darah dan dialisat.

#### **2.2.4. Alasan dilakukan hemodialisis**

Menurut (Sumpena,2010) hemodialisis dilakukan jika gagal ginjal menyebabkan:

- 1) Kelainan fungsi otak (ensefalopati uremik)
- 2) Pericarditis (peradangan kantong jantung)
- 3) Asidosis (peningkatan keasaman darah) yang tidak memberikan respon terhadap pengobatan lainnya
- 4) Gagal jantung dan edema paru/overhidrasi
- 5) Hyperkalemia (kadar kalium yang sangat tinggi dalam darah)
- 6) Laju filtrasi glomerulus kurang dari 15ml/menit
- 7) Kegagalan terapi konservatif

- 8) Kadar ureum lebih dari 200mg/dl
- 9) Kreatinin lebih 65 meq/l
- 10) Anuria berkepanjangan lebih dari 5 kali

#### **2.2.5. Frekuensi hemodialisis**

Menurut pernefri (2015) ,adekuasi hemodialysis tercapai apabila dilakukan dalam 2 kali/minggu atau 8kali/bulan tergantung kepada banyaknya fungsi ginjal yang tersisa,tetapi sebagian besar penderita menjalani hemodialysis sebanyak 2 kali/minggu.

#### **2.2.6. Adekuasi hemodialisis**

Adekuasi atau kecukupan dosis hemdialisis dicapai setelah proses hemodialysis selesai selama kurang lebih 5 jam,kriterianya adalah:

- 1) Penderita kembali menjalani hidup normal dan tampak baik
- 2) Penderita kembali menjalani diet yang normal dan nafsu makan baik
- 3) Jumlah sel darah merah dapt di toleransi dengan hb >10gr %
- 4) Tekanan darah normal atau terkendali dengan atau tanpa obat
- 5) Tidak terdapat kerusakan syaraf yang progresfi
- 6) Tercapai berat badan kering
- 7) Aktif
- 8) Bebas gejala uremia

Hemodialysis bisa digunakan sebagai pengobatan jangka panjang untuk gagal ginjal kronik atau sebagai pengobatan sementara sebelum penderita menjalani pencangkokan ginjal . pada gagal ginjal akut dialysis dilakukan hanya selama beberapa hari/minggu sampai fungsi ginjal kembali normal.

#### **2.2.7. Komplikasi hemodialisis**

Menurut (Smeltzer 2002) komplikasi dalam pelaksanaan hemodialysis yang sering terjadi pada saat dilakukan terapi

- 1) Hipotensi dapat terjadi selama terapis dialysis ketika cairan dikeluarkan
- 2) Hipertensi
- 3) Kram otot nyeri terjadi ketika cairan dan elektrolit dengan cepat meninggalkan ruang ekstrasel
- 4) Mual dan muntah
- 5) Sakit kepala
- 6) Sakit dada dapat terjadi karena pCo<sub>2</sub> menurun bersamaan dengan terjadinya sirkulasi darah luar
- 7) Gatal gatal atau pruritus,dapat terjadi selama terapi dialysis ketika produk akhir metabolisme meninggalkan kulit
- 8) Gangguan keseimbangan dialysis terjadi karena perpindahan cairan serebral dan muncul sebagai serangan kejang.

Komplikasi ini memungkinkan terjadinya lebih besar jika terdapat gejala uremia yang berat

- 9) Emboli udara merupakan komplikasi yang jarang terjadi jika udara memasuki sistem vaskuler klien

## **2.3 Kualitas Hidup**

### **2.3.1 Pengertian**

Nurcahyati (2010) menyebutkan bahwa kualitas hidup seseorang tidak dapat didefinisikan dengan pasti, hanya orang tersebut yang dapat mendefinisikannya, karena kualitas hidup merupakan suatu yang bersifat subyektif. World Health organization quality of life menyatakan bahwa kualitas hidup adalah persepsi individu terhadap posisinya dalam kehidupan, dalam konteks budaya dan sistem nilai dimana individu tersebut hidup, dan hubungan terhadap tujuan harapan, standar dan keinginan. Hal ini merupakan suatu konsep yang dipadukan dengan berbagai cara seseorang untuk mendapatkan kesehatan fisik, keadaan psikologis, tingkat independen, hubungan social dan hubungan dengan lingkungan sekitarnya.

Pengertian kualitas hidup masih menjadi suatu permasalahan belum ada suatu pengertian tepat yang dapat digunakan sebagai acuan untuk mengukur kualitas hidup seseorang. Kualitas hidup

merupakan suatu ide yang abstrak yang tidak terkait oleh tempat dan waktu, bersifat situasional dan meliputi berbagai konsep yang saling timbang tindih. Kualitas hidup merupakan suatu model konseptual yang bertujuan untuk menggambarkan perspektif klien dengan berbagai macam istilah. Dengan demikian kualitas hidup akan berbeda bagi orang sakit dan orang sehat (Kinghron, 2010).

Kreitler & Ben (2004) dalam Nofitri (2009) kualitas hidup diartikan sebagai persepsi individu mengenai keberfungsian mereka di dalam bidang kehidupan. Lebih spesifiknya adalah penilaian individu terhadap posisi mereka di dalam kehidupan, dalam konteks budaya dan system nilai dimana mereka hidup dalam kaitannya dengan tujuan individu, harapan, standar serta apa yang menjadi perhatian individu (Nofitri, 2009).

Menurut WHO (1994) dalam (Bangun 2008), kualitas hidup didefinisikan sebagai persepsi individu sebagai laki-laki atau wanita dalam hidup, ditinjau dari konteks budaya dan system nilai dimana mereka tinggal, dan berhubungan dengan standar hidup, harapan, kesenangan, dan perhatian mereka. Hal ini merupakan konsep tingkatan, terangkum secara kompleks mencakup kesehatan fisik, status psikologis, tingkat kebebasan, hubungan social dan hubungan kepada karakteristik lingkungan mereka.

Dalam bidang kesehatan dan aktivitas pencegahan penyakit, kualitas hidup dijadikan sebagai aspek untuk menggambarkan kondisi kesehatan (Wilson dkk dalam (Larasati, 2012). Adapun menurut Cohen & Lazarus dalam (Larasati, 2012) kualitas hidup adalah tingkatan yang menggambarkan keunggulan seorang individu yang dapat dinilai dari kehidupan mereka. Kualitas hidup individu tersebut biasanya dapat dinilai dari kondisi fisiknya, psikologis, hubungan sosial dan lingkungannya.

### **2.3.2 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup**

#### 1) Usia

Umumnya kualitas hidup penderita PGK akan menurun seiring dengan bertambahnya usia. Pada penderita PGK dengan usia muda, kualitas hidupnya jauh lebih baik dikarenakan kondisi fisik usia muda jauh lebih baik daripada usia yang sudah tua. Usia juga berkaitan dengan prognosis penyakit dan harapan hidup, setelah usia 40 tahun akan terjadi proses degeneratif yang akan menyebabkan perubahan anatomi, fisiologi dan biokimia sehingga menyebabkan penurunan kerja ginjal dan menurunnya kualitas hidup 1% tiap tahunnya. Pada usia 40-70 tahun, laju filtrasi glomerulus akan menurun secara progresif hingga 50% dari normal. Hal ini dapat meningkatkan risiko infeksi, obstruksi sehingga dapat terjadi kerusakan pada ginjal.

## 2) Jenis Kelamin

Pembesaran prostat pada laki-laki dapat menyebabkan terjadinya obstruksi dan infeksi yang dapat berkembang menjadi gagal ginjal. Selain itu, pembentukan batu ginjal lebih banyak diderita oleh laki-laki karena saluran kemih pada laki-laki lebih panjang daripada perempuan. Laki-laki juga lebih banyak memiliki kebiasaan hidup yang tidak sehat yang dapat mempengaruhi kesehatannya seperti merokok, minum kopi, alkohol, dan suplemen yang dapat memicu terjadinya penyakit sistemik yang dapat menyebabkan penurunan fungsi ginjal dan berdampak pada kualitas hidupnya (Black,2009).

## 3) Pendidikan

Penderita PGK yang memiliki tingkat pendidikan yang tinggi akan mempunyai wawasan yang luas serta memungkinkan untuk mengontrol dirinya dalam mengatasi masalah yang dihadapi. Mereka juga memiliki rasa percaya diri, berpengalaman, dan mempunyai perkiraan yang tepat untuk mengatasi masalahnya serta mudah mengerti anjuran dari pihak medis. Sehingga pasien dengan pendidikan yang lebih tinggi akan lebih mudah mengambil keputusan untuk menunjang kesehatannya sehingga kualitas hidupnya pun semakin tinggi (Aguswina,2012).

#### 4) Pekerjaan

Penghasilan dari sebuah pekerjaan akan berpengaruh pada terapi hemodialisis. Seseorang kurang memanfaatkan pelayanan kesehatan karena tidak mempunyai cukup uang untuk membayarnya. Pasien yang memiliki penghasilan lebih rendah memiliki rasa khawatir yang lebih tinggi akan kondisi sakitnya yang dapat mempengaruhi fungsi kehidupannya dikarenakan sulit mempertahankan pekerjaan yang pada akhirnya mempengaruhi kualitas hidupnya. Selain itu pasien yang tidak memiliki pekerjaan akan merasa khawatir akan kehidupan masa yang akan datang diakibatkan karena hidup mereka hanya bergantung pada mesin dialisis sehingga menyulitkan mereka untuk mendapatkan penghasilan.

#### 5) Lama hemodialisis

Pertama kali respon pasien yang menjalani hemodialisis tidak dapat menerima atas kehilangan fungsi ginjalnya, marah dengan kejadian yang ada serta merasa sedih dengan kejadian yang dialami. Adaptasi dan penyesuaian diri masing-masing pasien berbeda-beda. Semakin lama pasien menjalani terapi hemodialisis maka pasien akan semakin baik serta patuh karena pasien mendapatkan pendidikan kesehatan atau informasi tentang penyakitnya semakin banyak sehingga dapat mempengaruhi kualitas hidupnya menjadi semakin tinggi.

#### 6) Tekanan darah

Tekanan darah yang tinggi jika tidak terkontrol mengakibatkan terjadinya komplikasi lain seperti morbiditas dan mortalitas. Tekanan darah yang tinggi menyebabkan penurunan vaskularisasi di area otak yang membuat pasien merasa susah untuk berkonsentrasi, mudah marah, merasa tidak nyaman, dan berdampak pada aspek sosial yang membuat pasien tidak mau bersosialisasi. Dampak ini dapat mempengaruhi kualitas hidup pada pasien PGK.

### 2.3.3 Dimensi-Dimensi Kualitas Hidup

Menurut *WHOQOL* (The World Health Organization Quality Of Life) group Lopez dan Sayder (2004) (dalam Sekarwiri 2008), kualitas hidup terdiri dari enam dimensi yaitu kesehatan fisik, kesejahteraan psikologis, tingkat kemandirian, hubungan sosial, hubungan dengan lingkungan dan keadaan spiritual. Kemudian *WHOQOL* (The World Health Organization Quality Of Life) dibuat lagi menjadi instrument *WHOQOL – BREF* (The World Health Organization Quality Of Life-Breff) dimana dimensi tersebut diubah menjadi empat dimensi yaitu kesehatan fisik, kesejahteraan psikologis, hubungan sosial dan hubungan dengan lingkungan yang dimana terdiri dari 26 item pertanyaan.

### 1) Dimensi Kesehatan Fisik

Dalam hal ini dimensi fisik yaitu aktivitas sehari-hari, ketergantungan obat-obatan dan bantuan medis, energi dan kelelahan, mobilitas, sakit dan ketidaknyamanan, tidur dan istirahat, serta kapasitas kerja.

Menurut Tarwoto dan Martonah (2010) aktivitas sehari – hari adalah suatu energi atau keadaan untuk bergerak dalam memenuhi kebutuhan hidup dimana aktivitas dipengaruhi oleh adekuatnya system persarafan, otot dan tulang atau sendi.

Ketergantungan obat-obatan dan bantuan medis yaitu seberapa besar kecenderungan individu menggunakan obat-obatan atau bantuan medis lainnya dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Energi dan kelelahan merupakan tingkat kemampuan yang dimiliki oleh individu dalam menjalankan aktivitas sehari-hari. Sedangkan mobilitas merupakan tingkat perpindahan yang mampu dilakukan oleh individu dalam menjalankan aktivitasnya sehari-hari. Kemudian sakit dan ketidaknyamanan menggambarkan sejauh mana perasaan keresahan yang dirasakan individu terhadap hal-hal yang menyebabkan individu merasa sakit (Sekarwiri, 2008).

Menurut Tarwoto dan Martonah (2010) istirahat merupakan suatu keadaan dimana kegiatan jasmaniah menurun yang berakibat badan menjadi lebih segar.

Sedangkan tidur adalah suatu keadaan relative tanpa sadar yang penuh ketenangan tanpa kegiatan yang merupakan urutan siklus yang berulang-ulang dan masing-masing menyatakan fase kegiatan otak dan badaniah yang berbeda. Kapasitas kerja menggambarkan kemampuan yang dimiliki individu untuk menyelesaikan tugas-tugasnya.

## 2) Dimensi Psikologis

Dimensi psikologis yaitu *bodily dan appearance*, perasaan negatif, perasaan positif, self – esteem, berfikir, belajar, memori, dan konsentrasi. Aspek sosial meliputi relasi personal, dukungan sosial dan aktivitas seksual. Kemudian aspek lingkungan yang meliputi sumber *finansial, freedom, physical safety* dan *security*, perawatan kesehatan dan sosial care lingkungan rumah, kesempatan untuk mendapatkan berbagai informasi baru dan keterampilan, partisipasi dan kesempatan untuk melakukan rekreasi atau kegiatan yang menyenangkan serta lingkungan fisik dan transportasi (Sekarwiri, 2008).

*Bodily dan appearance* menggambarkan bagaimana individu memandang keadaan tubuh serta penampilannya. Perasaan negative menggambarkan adanya perasaan yang tidak menyenangkan yang dimiliki oleh individu. Perasaan positif merupakan gambaran perasaan yang menyenangkan

yang dimiliki oleh individu. *Self – esteem* melihat bagaimana individu menilai atau menggambarkan dirinya sendiri. Berfikir, belajar, memori, dan konsentrasi dimana keadaan kognitif individu yang memungkinkan untuk berkonsentrasi, belajar dan menjelaskan fungsi kognitif lainnya (Sekarwiri, 2008).

### 3) Dimensi Hubungan Social

Dimensi hubungan social mencakup relasi personal, dukungan social dan aktivitas sosial. Relasi personal merupakan hubungan individu dengan orang lain. Dukungan sosial yaitu menggambarkan adanya bantuan yang didapatkan oleh individu yang berasal dari lingkungan sekitarnya. Sedangkan aktivitas seksual merupakan gambaran kegiatan seksual yang dilakukan individu (Sekarwiri, 2008).

### 4) Dimensi Lingkungan

Adapun dimensi lingkungan yaitu mencakup sumber financial, Freedom, physical safety dan security, perawatan kesehatan dan sosial care, lingkungan rumah, kesempatan untuk mendapatkan berbagai informasi baru dan keterampilan, partisipasi dan kesempatan untuk melakukan rekreasi atau kegiatan yang menyenangkan, lingkungan fisik serta transportasi (Sekarwiri, 2008).

Sumber finansial yaitu merupakan keadaan keuangan individu. Freedom, physical safety dan security yaitu menggambarkan tingkat keamanan individu yang dapat mempengaruhi kebebasan dirinya. Perawatan kesehatan dan sosial care merupakan ketersediaan layanan kesehatan dan perlindungan sosial yang dapat diperoleh individu. Lingkungan rumah menggambarkan keadaan tempat tinggal individu. Kesempatan untuk mendapatkan berbagai informasi baru dan keterampilan yaitu menggambarkan ada atau tidaknya kesempatan bagi individu untuk memperoleh hal-hal baru yang berguna bagi individu.

Partisipasi dan kesempatan untuk melakukan rekreasi atau kegiatan yang menyenangkan merupakan sejauh mana individu memiliki kesempatan dan dapat bergabung untuk berkreasi dan menikmati waktu luang. Sedangkan lingkungan fisik menggambarkan keadaan lingkungan tempat tinggal individu (keadaan air, saluran udara, iklim, polusi, dll). Transportasi yaitu sarana kendaraan yang dapat dijangkau oleh individu (Sekarwiri, 2008).

### 2.3.4 Dampak Gagal Ginjal Kronik Terhadap Kualitas Hidup

Dampak gagal ginjal kronik akan berakibat terhadap respon klien. Hal ini dipengaruhi oleh beberapa faktor ,diantaranya karakteristik individu,pengalaman sebelumnya,dan mekanisme kooping. Masing masing dimeni mempunyai pengaruh tersendiri terhadap kualitas hidup.

#### 1) Dimensi fisik

Dimensi fisik mempunyai beberapa dampak terhadap kualitas hidup penderita gagal ginjal kronik . dimensi fisik merujuk pada gejala-gejala yang terkait penyakit dan pengobatan yang dijalani. Pada penderita gagal ginjal kronik akan mengalami perubahan fisik. Kelemahan merupakan hal utama yang dirasakan oleh klien gagal ginjal kronik , kelemahan berhubungan dengan pada kondisi fisik,termasuk malnutrisi,anemia,uremia. Kelemahan fisik dapat menurunkan motivasi. Kelemahan secara signifikan berhubungan dengan timbulnya gejala gangguan masalah tidur,status kesehatan fisik yang menurun dan depresi yang dapat mempengaruhi kualitas hdupnya (Farida,2010).

(Tallis,2005) menyatakan bahwa perubahan fisik pada pasien gagal ginjal kronik tidak terbatas pada sistem ginjal, sistem tubuh lain juga dapat dipengaruhi dan dapat mengakibatkan penurunan status kesehatan dan kualitas hidup.

(Farida,2010) mengenai kualitas hidup penderita gagal ginjal kronik dalam konteks asuhan keperawatan didapatkan hasil bahwa kualitas hidup secara fisik akan menurun setelah mengalami gagal ginjal dan harus menjalani hemodialisa. Seluruh aktifitasnya terbatas karena kelemahan, respon fisik dirasakan menurun, merasa mudah cape, dan keterbatasan dalam asupan cairan dan nutrisi serta merasakan kurang tidur. Hal ini mempengaruhi semua kesehatan fisik penderita gagal ginjal kronik, sehingga tidak dapat melakukan kegiatan seperti saat sebelum menjalani hemodialysis. Adaptasi yang dilakukan penderita dalam mengatasi kesehatan fisik yang menurun berupa membatasi aktifitas fisik seperti tidak melakukan pekerjaan yang berat, membatasi pemasukan nutrisi dan cairan yang sesuai dianjurkan berdasarkan kesehatannya.

## 2) Dimensi psikologis

(Tallis,2005) respon psikologis pada klien gagal ginjal kronik dapat bervariasi dan sering berhubungan dengan kerugian, baik actual maupun potensial, dan telah disamakan dengan proses kesedihan. Depresi merupakan respon psikologis yang paling umum dan telah dilaporkan berhubungan dengan kualitas hidup yang rendah yang berhubungan dengan kesehatan. Kemarahan dan penolakan yang sering dilakukan oleh klien untuk melindungi diri dan emosi tak

terkendali, ini dapat memiliki efek negatif yang dapat menyebabkan penurunan kepatuhan klien terhadap regimen pengobatan dan mengurangi komunikasi yang efektif antara klien dan tim kesehatan.

Penderita gagal ginjal kronik akan mengalami perubahan dalam hal spiritual, klien lebih mendekatkan diri kepada Tuhan dibandingkan sebelum terkena gagal ginjal dan melakukan hemodialisis. Mendekatkan diri kepada Tuhan dilakukan dengan menjalankan aturan agama dan tidak berbuat hal yang dilarangnya. Lebih memikirkan kehidupan untuk bekal akhirat. Kualitas hidup secara spiritual dirasakan lebih meningkat dengan cara mendekatkan diri kepada Tuhan dan berbuat baik (Farida, 2010).

Inti dari spiritual adalah kualitas dari suatu proses menjadi religius berusaha mendapatkan inspirasi penghormatan, perasaan kagum, memberi makna dan tujuan yang dilakukan oleh individu yang percaya atau tidak percaya kepada Tuhan. Selain dampak spiritual penderita akan merasa mudah putus asa, malu, merasa bersalah. Hal ini akan menyebabkan depresi, rasa kehilangan pekerjaan peran dalam keluarga dan kehilangan teman, serta tingkat pendidikan yang rendah merupakan resiko utama terjadinya depresi. Depresi merupakan hal yang berpengaruh terhadap kualitas hidup klien. Adaptasi

psikologis yang dilakukan adalah menjadi lebih sabar, menerima keadaan dan ikhlas (Farida,2010).

### 3) Dimensi hubungan social

Nutrisi merupakan komponen penting dalam kehidupan pasien dengan gagal ginjal kronik. Efek samping mengalami gangguan nutrisi adalah hiperkalemia,hiperfosfatemia,protein yang berhubungan dengan kekurangan gizi dan kelebihan cairan. Sebagian besar dari interaksi orang melibatkan makan dan minum sehingga tidak jarang untuk klien gagal ginjal kronik untuk mengurangi keterlibatan social mereka karena pembatasan makanan dan minuman yang ketat. Masalah social lainnya dapat dipengaruhi oleh penyakit kronis dan termasuk status kerja klien, hubungan antara keluarga dan teman dan bahkan keinginan untuk melakukan kegiatan rekreasi. Perubahan aspek social dapat disebabkan oleh perubahan fisik/psikologis dan bisa ada siklusnegatif yang jika dipelihara maka penyebabnya kan menjadi efek (tallis,2005).

Pasien hemodialisis juga mengalami gangguan sosial berupa disfungsi seksual terjadi pada klien PGK tahap akhir dengan hemodialisis. Pada pasien PGK, umumnya mendapatkan terapi antidepresan, dimana obat ini dapat berefek menurunkan libido dan menunda orgasme pada wanita, menurunkan ereksi dan ejakulasi pada laki-laki. Selain

faktor depresan, hal lain yang berkontribusi pada disfungsi seksual adalah *body image*, *defisiensi zinc* dan gangguan hormonal (diaz et al,2006).

#### 4) Dimensi lingkungan

Penelitian yang dilakukan oleh chang (dikutip dalam Farida,2010) mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi kemampuan dalam melakukan kooping pada klien yang menjalani hemodialysis. Hasil penelitian mengatkan bahwa penyebab stress utama adalah yang berhubungan masalah ekonomi dan ketidakmampuan untuk mendapat uang, mencakup sumber finansial, *freedom*, *physical safety*, dan *security* ,perawatan kesehatan dan *social care* , lingkungan rumah,kesempatan untuk melakuakan rekreasi atau kegiatan yang menyenangkan ,lingkungan fisik serta transportasi (Sekarwiri,2008).

**Bagan 2.1**  
**Kerangka Pemikiran**

