

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit tidak menular (PTM) adalah penyakit yang cara penularannya tidak ditularkan dari manusia ke manusia, dan perkembangan penyakit tidak menular cenderung lambat dan berdurasi panjang. Pada tahun 2013, PTM adalah penyebab kematian pada 36 juta penduduk dunia dengan presentase 66% dari keseluruhan penduduk dunia (*World Health Organization*, 2014). Sedangkan di Indonesia angka kejadian kematian yang disebabkan PTM mencapai 71% (WHO, 2014). Penyakit tidak menular antara lain adalah asma, penyakit paru obstruksi kronis (PPOK), kanker, stroke, batu ginjal, penyakit sendi, jantung koroner, hipertiroid, hipertensi, dan gagal ginjal kronis (Riset Kesehatan Dasar, 2013).

Gagal ginjal kronik merupakan penyakit yang masih menjadi masalah besar didunia, setidaknya 500 juta orang mengalami gagal ginjal kronik bahkan menyebabkan 850 ribu kematian setiap tahunnya (Supriyadi, dkk, 2011). Angka kejadian tertinggi gagal ginjal kronik di dunia berada pada benua Eropa yang mencapai 18,38% dari keseluruhan penduduk yang tinggal di benua Eropa (Hill, dkk. 2016). Sedangkan Negara dengan prevalensi tertinggi adalah Inggris dengan 11,9%, dan diposisi kedua adalah Negara Australia dengan 11,5%, China adalah Negara dengan prevalensi gagal ginjal kronik tertinggi nomor 3 di dunia yang mencapai 10,8% (Niccola & Zoccali, 2016). Sedangkan Negara Indonesia pada tahun 2013 jumlah penderita gagal ginjal kronis sebanyak 0,2% dari keseluruhan penduduk Indonesia. Provinsi

Jawa Tengah menempati peringkat 5 dengan angka kejadian gagal ginjal kronik sebesar 0,3% setelah provinsi Sulawesi Tengah, Aceh, Gorontalo, dan Sulawesi Utara (Risikesdas, 2013). Pada tahun 2015 kematian yang disebabkan karena gagal ginjal kronik mencapai 1.243 orang (Kementrian Kesehatan, 2017). Dari provinsi Jawa Tengah, Kabupaten Boyolali merupakan daerah yang memiliki angka prevalensi sebesar 0,1%, dengan angka tersebut maka kabupaten Boyolali menjadi kabupaten dengan angka kejadian gagal ginjal kronik tertinggi nomor 22 (Risikesdas, 2013). Berdasarkan data rekam medis Rumah Sakit Pandan Arang Boyolali pada tahun 2014 pasien dengan penyakit gagal ginjal kronik sebanyak 376 orang, termasuk pada ruang cempaka yang mencapai 113 pasien menderita gagal ginjal kronik di tahun 2015. (Rekam Medis RSUD Pandan Arang Boyolali, 2015)

Gagal ginjal disebabkan oleh penyakit hipertensi, diabetes melitus, glomerulonephritis kronis, nefritis interstisial kronis, penyakit ginjal polistik, obstruksi, infeksi saluran kemih dan obesitas (Kemenkes, 2017). Faktor-faktor lain yang menyebabkan gagal ginjal kronis juga didapat dari diet yang kurang sehat seperti konsumsi minuman berenergi secara berlebihan dan bisa dipengaruhi oleh stress serta kurangnya konsumsi air putih (Dharma, 2015). Jika seseorang menderita gagal ginjal maka ginjalnya tidak bisa sembuh, karena gagal ginjal sifatnya adalah *irreversible* (tidak bisa kembali ke kondisi semula). Namun jika penderita gagal ginjal kronik ingin memperpanjang umurnya, maka dapat dilakukan dengan terapi pengganti ginjal yang fungsinya adalah mengganti fungsi ginjal yang telah rusak dan

mempertahankan hidup penderita gagal ginjal untuk lebih lama lagi (Smeltzer & Bare, 2010). Penyakit gagal ginjal memiliki 4 tahap atau stadium, pada tahap 1 dan 2 penderita gagal ginjal masih terasa sehat dan belum muncul gejala yang mempengaruhi produktifitasnya, sedangkan pada tahap 3 dan 4 muncul berbagai masalah yang terjadi pada penderita gagal ginjal kronik seperti *polyuria* dan nokturia hingga kadar kreatinin meningkat, maka dari itu pada tahap ini penderita gagal ginjal kronis harus mendapatkan terapi untuk mengganti fungsi ginjal (Wijaya, 2013).

Terdapat beberapa macam terapi pengganti ginjal antara lain adalah hemodialisa, terapi peritoneal dialisis, dan transplantasi ginjal. Sebagian besar penderita gagal ginjal memilih terapi hemodialisa dengan alasan biayanya yang lebih murah dan lebih efektif dari segi waktu. Sistem kerja hemodialisis adalah mengeluarkan sisa-sisa metabolisme dan mengoreksi gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit (Sharif, 2012). Meskipun hemodialisa dinilai lebih efektif, hemodialisis menyebabkan beberapa efek samping yaitu, cairan dan elektrolit yang tidak seimbang, menimbulkan infeksi, perdarahan, hingga malnutrisi (Wijaya, 2013).

Malnutrisi pada pasien gagal ginjal kronik berakibat pada hilangnya energi hingga jaringan lemak, sehingga protein yang ada di dalam tubuh tidak diserap dengan sempurna dan berakhir dengan penurunan berat badan. Malnutrisi paling banyak terjadi pada penderita gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa, hal itu dibuktikan bahwa sebanyak 50%-70% pasien dengan hemodialisa mengalami tanda dan gejala malnutrisi (Adriani, 2013).

Penyebab malnutrisi pada pasien gagal ginjal kronik disebabkan oleh ketidakmampuan ginjal dalam memproduksi eritropoietin (Sari, 2015). Eritropoietin sendiri berfungsi dalam pembentukan sel darah merah, apabila ginjal mengalami kerusakan maka dapat dipastikan produksi eritropoietin akan menurun dan kadar hemoglobin dalam darah juga mengalami penurunan yang menimbulkan malnutrisi pada pasien gagal ginjal kronik (Radityamurti, 2009). Sedangkan penyebab malnutrisi pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa antara lain, nutrisi hilang ke dalam cairan dialisa, katabolisme yang meningkat, inflamasi kronik, dan stimulus katabolik. Faktor lain yang menyebabkan malnutrisi pada pasien hemodialisa adalah gangguan gastrointestinal yaitu mual dan muntah karena hemodialisa yang tidak adekuat (Adriani, 2013). Jika malnutrisi dibiarkan terus menerus dapat menyebabkan disfunksinya organ secara kronik dan beban kerja kardiovaskuler meningkat yang akan mempercepat proses komplikasi, selain itu malnutrisi dapat menyebabkan menurunnya kualitas hidup pasien (Pura, 2013).

berbagai masalah yang muncul pada penderita gagal ginjal kronik diatas maka perlu adanya dukungan dari pihak keluarga. Dukungan keluarga adalah sesuatu yang diberikan oleh anggota keluarga kepada anggota keluarga yang sakit dalam bentuk informasi, material penghargaan ataupun emosional yang membuat anggota keluarga yang sakit merasa diperhatikan dan dihargai (Susilawati, 2013). Dukungan keluarga dari segi informasional adalah dukungan dari keluarga dalam memberikan saran ataupun informasi dalam menyelesaikan masalah, sedangkan dari segi penghargaan dan emosional yaitu

pemberian support dan simpati serta empati yang diberikan keluarga. Bentuk dukungan yang lain adalah material yaitu bentuk pemberian pertolongan seperti mengurus administrasi dan transportasi serta mengawasi diit (Friedman, 2010).

Dukungan dari keluarga sangat dibutuhkan dalam mengawasi nutrisi pasien gagal ginjal kronik dalam proses pencegahan maupun mengatasi malnutrisi. Selain itu dukungan keluarga juga terbukti meningkatkan kualitas hidup dari pasien gagal ginjal kronik. Dibuktikan dari penelitian Zurmeli tahun 2015 dari hasil analisis yang telah dilakukan, hasilnya adalah dukungan yang diberikan oleh keluarga akan meningkatkan kualitas hidup pasien sebanyak 3 kali dibandingkan dengan pasien yang kurang mendapat dukungan dari keluarga (Zurmeli, 2015). Kualitas hidup yang ditingkatkan dari dukungan keluarga akan mempengaruhi segi fisik maupun emosi. Dari segi fisik pasien akan mendapatkan dukungan dari keluarga seperti diingatkan dan dibantu dalam beraktifitas, dibantu dalam pelaksanaan diitnya serta diawasi dalam asupan nutrisinya. Sedangkan dari segi emosional, pasien akan mendapatkan motivasi dalam menjalankan diit dan masukan nutrisi yang tepat (Friedman, 2010).

Berdasarkan wawancara yang telah dilakukan peneliti pada tanggal 10 Agustus 2017 pada 8 responden, 5 dari 8 pasien gagal ginjal kronik mengatakan tidak mematuhi kepatuhan diit dan tidak didukung oleh keluarga. Sedangkan 3 dari 8 pasien mengatakan bahwa telah mematuhi diitnya dan didukung penuh oleh keluarga. Dari hasil wawancara responden juga

mengatakan bahwa petugas hemodialisa tidak mengawasi secara langsung diit pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa karena petugas hemodialisa hanya bertemu ketika dilakukan hemodialisa saja, sesudah dirumah keluarganya yang mengawasi diitnya.

Fenomena diatas adalah alasan mengapa faktor dukungan keluarga dalam kepatuhan diit pasien gagal ginjal penting untuk diteliti. Jika pasien tidak patuh dalam mengontrol diitnya maka akan menyebabkan ketidakefektifan penatalaksanaan diit yang dapat menyebabkan malnutrisi. Dengan demikian, penulis tertarik melakukan penelitian dengan judul hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan diit pasien gagal ginjal kronik di RSUD Pandan Arang Boyolali.

B. Rumusan Masalah

Dari latar belakang diatas maka didapatkan rumusan masalah penelitian “hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan diit pasien gagal ginjal kronik di RSUD Pandanarang Boyolali”

C. Tujuan penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan diit pasien gagal ginjal kronik di RSUD Pandan Arang.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui gambaran karakteristik responden pasien gagal ginjal kronik di RSUD Pandan Arang Boyolali.

- b. Mengetahui dukungan keluarga terhadap pemenuhan diit pada pasien gagal ginjal kronik di RSUD Pandan Arang Boyolali.
- c. Mengetahui kepatuhan diit pasien pasien gagal ginjal kronik di RSUD Pandan Arang Boyolali.
- d. Mengetahui hubungan dukungan keluarga terhadap kepatuhan diit yang dilakukan pasien gagal ginjal kronik di RSUD Pandan Arang Boyolali.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Peneliti

Untuk meningkatkan pengetahuan mengenai penelitian dan menambah pengetahuan tentang dukungan keluarga terhadap kepatuhan diit pasien gagal ginjal kronik

2. Bagi pasien

Dapat mencegah komplikasi yang muncul pada penyakit gagal ginjal kronik serta meningkatkan kepatuhan terhadap diit gagal ginjal kronik yang dijalani.

3. Bagi keluarga

Dapat memotivasi pasien dalam menjaga diit gagal ginjal kronik sehingga dapat meningkatkan kesehatan pasien.

4. Bagi Masyarakat

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan pengetahuan dan wawasan bagi masyarakat terutama pada penderita gagal ginjal kronik.

E. Keaslian Penelitian

Penelitian terkait dengan hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan diit pasien gagal ginjal kronik di RSUD Pandan Arang Boyolali belum pernah diteliti. Beberapa penelitian hampir serupa yang pernah diteliti antara lain :

1. Penelitian Sri Sumilati dan Umdatul Soleha (2015) dengan judul Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Kepatuhan Diet pada pasien Gagal ginjal kronik HD reguler RS. DS. Penelitian tersebut menggunakan metode analisis observasional dengan pendekatan *crossectional* yang mengambil populasi pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa reguler. Peneliti memilih uji *Mann Whitney* dengan hasil $\alpha = 0,05$ H_0 ditolak. Kesimpulannya, tidak ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan dan kepatuhan diet. Perbedaan penelitian ini dengan penelitian saya adalah pada variabelnya, penelitian ini menggunakan *variable* tingkat pengetahuan dan kepatuhan diet, sedangkan penelitian saya menggunakan *variable* dukungan keluarga dengan kepatuhan diet. Penelitian milik Sri Sumilati memakai populasi dan sampel pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di RS. DS, sedangkan penelitian saya menggunakan pasien gagal ginjal dengan hemodialisa di RSUD Pandan Arang Boyolali. Kemudian uji pada penelitian saya menggunakan uji Chi Square.
2. Penelitian Zurmeli dkk, pada tahun 2015 dengan judul hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik

yang menjalani terapi hemodialisis. Penelitian ini berjenis penelitian dekriptif korelasi dengan pendekatan *cross sectional*. Alat uji analisis yang digunakan adalah *Chi Square*. Hasil dari penelitian ini adalah ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa. Perbedaan pada penelitian saya berada pada variabel terikatnya yang meneliti tentang kepatuhan diit sedangkan milik Zurmeli meneliti tentang kualitas hidup. Perbedaan selanjutnya pada pengambilan sampel. Penelitian yang saya lakukan mengambil sampel di RSUD Pandan Arang Boyolali.

3. Penelitian Pratiwi D.A (2015) dengan judul hubungan dukungan keluarga dengan tingkat depresi pasien gagal ginjal kronik dengan hemodialisa di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Perbedaan penelitian ini dengan penelitian saya adalah pada variabel terikatnya. Pada penelitian ini menggunakan tingkat depresi sedangkan penelitian saya adalah kepatuhan diit. Perbedaan selanjutnya adalah pada sampel dan populasi yang mengambil sampel 30 orang dari RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta sedangkan penelitian saya mengambil sampel 51 di RSUD Pandan Arang Boyolali.