

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Ginjal adalah organ yang terletak di tulang belakang torakal samping bagian bawah dan terletak di kanan dan kiri beberapa sentimeter diantara garis tengah tubuh yang beratnya sekitar 125 gram. Ginjal berfungsi untuk membersihkan zat limbah dalam darah. Ginjal bekerja karena adanya aliran darah yang melewati ginjal sangat besar jumlahnya yaitu sekitar 25% dari curah jantung (Smeltzer dan Bare, 2013).

Pasien dengan gangguan ginjal mengalami ketidakseimbangan cairan dan elektrolit yang memerlukan monitoring yang adekuat untuk mendeteksi masalah yang muncul. Bagan *input* dan *output* cairan dibuat untuk memonitoring jumlah cairan baik yang diberikan atau dikonsumsi, ekskresi volume urin, cairan tubuh yang hilang serta perubahan berat badan (Smelter dan Bare, 2013).

Gagal ginjal kronis atau disebut juga penyakit ginjal tahap akhir adalah gangguan fungsi ginjal yang bersifat terus-menerus dan ireversibel (tidak dapat kembali) dimana ginjal tidak mampu mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit sehingga terjadi uremia (penimbunan kadar urea dan limbah nitrogen lain dalam darah). Hal ini dapat disebabkan oleh penyakit sistemik seperti diantaranya : glumerulonefritis kronis; diabetes mellitus; hipertensi tak terkontrol; pielonefritis; adanya sumbatan pada traktus urinarius; lesi herediter, seperti penyakit ginjal polikistik; gangguan vaskuler; infeksi; medikasi; atau agen racun (Smeltzer dan Bare, 2013).

Studi penelitian dari *Global Burden Of Disease* (GBD) tahun 2015 memperkirakan bahwa 1,2 juta orang meninggal karena gagal ginjal pada 2015 dan meningkat persentasenya menjadi 32% sejak 2005 (Wang H *et al.*, 2016). Setiap tahun diperkirakan 1,7 juta orang meninggal akibat cedera ginjal akut. Sedangkan studi dari GBD tahun 2016 pada 195 negara, gagal ginjal kronik menduduki peringkat ke 16 pada tahun 2016 dan diprediksi akan menduduki peringkat ke 5 sebagai penyakit penyebab kematian dini dilihat

dari aspek usia potensial hidup yang hilang atau *years life lost* (YLL) (*Institute for Health Metrics and Evaluation*, 2018).

Di Indonesia, angka kejadian gagal ginjal mencapai persentase 20% (Suwitra, 2010). Insiden penyakit gagal ginjal tahap akhir di Indonesia berkisar 30,7 per juta populasi dengan prevalensi berkisar 23,4 per juta populasi. Pada tahun 2006, sekitar 10.000 orang menjalani hemodialisa (Rahardjo, dkk., 2009) Sedangkan pada tahun 2016, diperkirakan penderita gagal ginjal yang menjalani terapi hemodialisa sebanyak 98% dan terapi peritoneal dialisis (PD) sebanyak 2% (*Indonesian Renal Registry*, 2016).

Di Jawa Tengah pada tahun 2016, penyakit ginjal kronis stadium 5 terbanyak disebabkan karena nefropati diabetika sebanyak 608 pasien dan penyakit ginjal hipertensi sebanyak 341 pasien. Sedangkan jumlah tindakan hemodialisa (HD) rutin perbulan mencapai 65.755 tindakan dan HD akut sebanyak 716 tindakan (*Indonesian Renal Registry*, 2016).

Hemodialisa adalah proses di mana darah dilepaskan dari tubuh dan disirkulasikan ke “ginjal artifisial” untuk mengeluarkan cairan, elektrolit, dan limbah yang tidak diperlukan oleh tubuh. Darah yang telah terdialisis kemudian akan dikembalikan lagi ke dalam tubuh (Linton, 2016). Tujuan dari terapi dialisis dalam jangka waktu kronis adalah untuk mempertahankan kesejahteraan dan kelangsungan hidup pasien serta mengendalikan uremia. Metode terapi dialisis meliputi hemodialisis, hemofiltrasi, dan peritoneal dialisis (PD) (Smeltzer dan Bare, 2013).

Menurut Indanah *et al* (2018) dalam pemberian layanan keperawatan yang optimal diperlukan adanya kualitas hidup bagi pasien gagal ginjal yang menjalani HD dengan harapan pasien dapat menjalani terapi dan mampu bertahan hidup meski dengan bantuan mesin dialiser. Hasil penelitiannya menunjukkan adanya hubungan antara lama menjalani HD, frekuensi dan mekanisme koping dengan kualitas hidup pada pasien gagal ginjal kronis yang melakukan terapi hemodialisa.

Menurut Suwanti *et al* (2017) pada studi pendahulunya di RSUD Ambarawa Kabupaten Semarang mendapatkan data mengenai dimensi fisik,

psikis, lingkungan dan sosial pada pasien dengan HD. Kualitas hidup pasien gagal ginjal kronis (GGK) akan mengalami penurunan karena kurangnya minat dalam kualitas hidup yang disebabkan oleh rasa putus asa terhadap penyakit yang diderita. Dalam memperbaiki kualitas hidupnya, pasien GGK dipengaruhi oleh faktor-faktor, yaitu : usia, jenis kelamin, tingkat stadium penyakit GGK, frekuensi terapi HD, serta dukungan sosial. Faktor-faktor tersebut diharapkan agar pasien dapat beradaptasi dan mengatasi perubahan terhadap lingkungan sehingga menjadi suatu mekanisme koping yang mampu ia jalani.

Hemodialisa tidak memiliki peran terhadap kembalinya seluruh fungsi ginjal atau merubah perjalanan penyakit ginjal kronis secara mendasar. Hemodialisa dapat menyebabkan beberapa komplikasi, seperti : penyakit kardiovaskuler arteriosklerotik; hipertrigliseridemia; gagal jantung kongestif; stroke; masalah pada gastrointestinal serta anemia. Anemia dan fatigue (kelelahan) adalah salah satu penyebab menurunnya kesehatan pasien baik secara fisik maupun psikis, defisit tenaga, hilangnya rasa minat dan perhatian (Smeltzer dan Bare 2013). Anemia dapat menyebabkan kadar Hb menurun sehingga menurunkan kadar oksigen dalam tubuh dan mengakibatkan terjadinya kelemahan bagi pasien untuk melakukan aktivitas dan menurunkan tingkat kualitas hidup pasien tersebut (Isroin, 2016).

Kelelahan atau fatigue pada pasien dengan HD kronis memiliki angka lebih tinggi dari pada gejala lain dan prevalensi seperti kaki gelisah, rasa sedih, sulit berkonsentrasi dan tidak adanya gairah seksual secara signifikan meningkat angkanya ketika pasien merasa lelah dari pada saat tidak merasa lelah (Bossola *et al.*, 2018). Menurut Suwanti *et al* (2017) dalam penelitiannya kepada 41 sampel didapatkan data bahwa kesehatan fisik dalam kategori baik sebanyak 18 orang dan kesehatan dalam kategori buruk sebanyak 23 orang yang berarti masih banyak responden yang mengalami gangguan fisik. Gangguan kesehatan fisik dalam teori *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL) dapat disebabkan oleh beberapa faktor, yaitu : aktivitas sehari-hari, energi kelelahan, mobilitas, kesulitan dan ketidaknyamanan,

istirahat dan tidur, serta kapasitas pekerjaan. Sedangkan menurut Isroin (2016), kehilangan pekerjaan dapat mengakibatkan seseorang mengalami kebahagiaan dan kesejahteraannya menjadi buruk.

Berdasarkan studi pendahuluan dengan wawancara dan membagikan kuesioner fatigue dan kuesioner kualitas hidup yang terbagi menjadi 4 domain kepada 10 responden yang menjalani terapi HD di ruang unit hemodialisa di RSUD Ir. Soekarno Sukoharjo didapatkan hasil pada domain fisik sebanyak 3 (30%) orang kualitas hidupnya sangat baik, 1 (10%) orang kualitas hidupnya baik, 5 (50%) orang kualitas hidupnya sedang dan 1 (10%) orang kualitas hidupnya sangat buruk. Pada domain psikologis didapatkan 2 (20%) orang kualitas hidupnya sangat baik, 5 (50%) orang kualitas hidupnya baik dan 3 (30%) orang kualitas hidupnya sedang. Pada domain sosial didapatkan 1 (10%) orang kualitas hidupnya sangat baik, 5 (50%) orang kualitas hidupnya baik dan 4 (40%) orang kualitas hidupnya sedang. Pada domain lingkungan didapatkan 4 (40%) orang kualitas hidupnya sangat baik, 2 (20%) orang kualitas hidupnya baik dan 4 (40%) orang kualitas hidupnya sedang. Sedangkan pada fatigue didapatkan hasil 4 (40%) orang merasakan lelah dan 6 (60%) orang merasa tidak lelah saat dilakukan hemodialisa.

Berdasarkan hal-hal di atas, maka penelitian ini bertujuan untuk melihat apakah ada atau tidak hubungan antara fatigue dengan kualitas hidup pada pasien gagal ginjal dengan hemodialisa.

B. Masalah Penelitian

Fatigue pada pasien yang menjalani hemodialisa dapat mempengaruhi kualitas hidupnya. Berdasarkan latar belakang tersebut, maka penulis merumuskan masalah : “Bagaimana hubungan antara fatigue dengan kualitas hidup pada pasien gagal ginjal dengan hemodialisa?”

C. Tujuan Penelitian

Tujuan dari penelitian ini adalah sebagai berikut.

1. Tujuan Umum

Mengetahui adanya hubungan antara fatigue dengan kualitas hidup pada pasien gagal ginjal dengan hemodialisa.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik responden yang terdiri dari : usia, jenis kelamin, pekerjaan dan lama menjalani hemodialisa.
- b. Mengetahui tingkat fatigue pasien yang menjalani hemodialisa.
- c. Mengetahui tingkat kualitas hidup domain fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan pada pasien yang menjalani hemodialisa.
- d. Menganalisis hubungan antara fatigue dengan kualitas hidup pada pasien gagal ginjal yang menjalani hemodialisa.

D. Manfaat Penelitian

Manfaat utama dibuatnya penelitian adalah agar dapat bermanfaat bagi pihak terkait seperti bagi institusi pendidikan, lahan praktik, hingga masyarakat luas.

1. Institusi Pendidikan

Menambah pustaka keilmuan bagi mahasiswa mengenai hubungan fatigue dengan kualitas hidup pada pasien gagal ginjal dengan hemodialisa.

2. Lahan Praktik

Menambah kajian mengenai hubungan fatigue dengan kualitas hidup pada pasien gagal ginjal dengan hemodialisa.

3. Masyarakat

Menambah pengetahuan masyarakat mengenai hubungan fatigue dengan kualitas hidup pada pasien dengan hemodialisa.

E. Keaslian Penelitian

Keaslian penelitian dikutip dari beberapa penelitian serupa terdahulu.

1. Menurut Puspitasari (2016) yang meneliti “Penilaian Kelelahan dan Kualitas Hidup Pasien Hemodialisis Rutin dengan Anemia Menggunakan FACIT-*Fatigue Scale* dan KDQOL-SF 36 di Rumah Sakit UGM dan RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta”, penelitiannya menggunakan rancangan *prospective cross sectional* dengan wawancara dan rekam medik dimana data yang diamati yakni kadar Hb, Ht, dan karakteristik subyek. Pengukuran data kelelahan menggunakan kuisisioner FACIT-*Fatigue Scale* dan pada kualitas hidup menggunakan kuisisioner *Kidney Disease Quality Of Life-Short Form 36 (KDQOL-SF 36)*. Pengaruh HB, HT, dan karakteristik subyek pada kelelahan dan kualitas hidup menggunakan analisis regresi berganda-*dummy*. Sedangkan pengaruh kelelahan pada kualitas hidup menggunakan analisis regresi sederhana. Hasil penelitian memperlihatkan :
 - a. Ada hubungan yang signifikan antara Hb terhadap kelelahan dan kualitas hidup ($p < 0,05$).
 - b. Tidak ada hubungan yang signifikan antara Ht terhadap kelelahan dan kualitas hidup ($p > 0,05$).
 - c. Ada hubungan yang signifikan antara karakteristik status pekerjaan, komorbid diabetes mellitus, hipertensi, diabetes mellitus dan eritropoetin pada kelelahan ($p < 0,05$) serta status pekerjaan dan komorbid hipertensi-diabetes pada kualitas hidup ($p < 0,05$).
 - d. Ada hubungan yang signifikan antara kelelahan terhadap kualitas hidup ($p < 0,05$).

Hal yang membedakan penelitian ini dengan penelitian milik Puspitasari adalah peneliti berfokus tentang ada atau tidaknya hubungan antara fatigue dengan kualitas hidup pada pasien dengan hemodialisa sedangkan Puspitasari meneliti penilaian kelelahan dan

kualitas hidup pasien dengan hemodialisis yang mengalami anemia. Perbedaan lain adalah dari segi jumlah populasi dan sampel, instrumen penelitian, uji statistik yang digunakan dan tempat serta waktu penelitian.

2. Menurut Bossola *et al* (2018) yang meneliti “Hubungan Antara Kelelahan dengan Prevalensi Tinggi dan Tingkat Keparahan Fisik dan Gejala Emosional pada Pasien dengan Hemodialisis Kronis” (“*Fatigue is Associated with High Prevalence and Severity of Physical and Emotional Symptoms in Patients on Chronic Hemodialysis*”), menunjukkan bahwa kelelahan pada pasien dengan HD kronis memiliki angka lebih tinggi dari pada gejala lain dan prevalensi seperti kaki gelisah, merasa sedih, sulit berkonsentrasi, dan tidak adanya gairah seksual secara signifikan meningkat angkanya ketika pasien merasa lelah dari pada saat tidak lelah. Temuan ini menunjukkan kebutuhan yang akurat dan rutin dalam mendefinisikan gejala-gejala pada pasien HD kronis dan dapat membantu untuk menyelidiki mekanisme patogen yang mendasari umum gejala pada pasien. Pada penelitian Bossola *et al* ini, fatigue dikaji dengan kuesioner skala vital SF-36 (*vitality scale of the SF-36*) dan tanda dan gejala fisik dan emosional dikaji dengan *Dialysis Symptom Index* (DSI).

Hal yang membedakan penelitian ini dengan penelitian milik Bossola *et al* adalah peneliti meneliti tentang hubungan antara fatigue dengan kualitas hidup pada pasien dengan hemodialisa sedangkan Bossola *et al* meneliti hubungan antara kelelahan dengan prevalensi tinggi dan tingkat keparahan fisik dan gejala emosional pasien. Perbedaan lain adalah dari segi jumlah populasi dan sampel, instrumen penelitian dan tempat serta waktu penelitian.

3. Menurut Rahman *et al* (2016) yang meneliti “Hubungan antara Lama Menjalani hemodialisis dengan Kualitas Hidup Pasien yang Menjalani

Hemodialisis di Unit Hemdialisis RSUP Prof. Dr R.D. Kandou Manado”, penelitian menunjukkan korelasi antara lama menjalani hemodialisis dengan kualitas hidup dengan nilai $p=0,57$ dengan kesimpulan tidak terdapat hubungan antara lama menjalani HD dengan kualitas hidup pada pasien hemodialisa. Metode penelitian yang digunakan yaitu observasional analitik dengan pendekatan potong lintang dengan instrumen penelitian menggunakan *World Health Organization Quality Of Life (WHOQOL-BREF)*.

Hal yang membedakan penelitian ini dengan milik Rahman *et al* adalah peneliti meneliti tentang hubungan antara fatigue dengan kualitas hidup pada pasien dengan hemodialisa sedangkan Rahman *et al* meneliti hubungan antara lama menjalani HD dengan kualitas hidup pasien. Perbedaan lain adalah dari jumlah populasi dan sampel, tempat serta waktu penelitian.

4. Menurut Alfarisi dan Maliya (2019), yang meneliti “Hubungan Antara Kepatuhan Menjalani Hemodialisa dengan Kualitas Hidup Pasien Chronik Kidney Disease (CKD) di Rumah Sakit Umum Daerah Pandan Arang Boyolali”, penelitiannya menunjukkan hasil adanya hubungan antara kepatuhan pasien yang menjalani terapi HD dengan kualitas hidup pasien tersebut. Penelitian Alfarisi menggunakan penelitian deskriptif korelatif dengan pendekatan rancangan *cross sectional* dan menggunakan instrumen penelitian kuesioner Kepatuhan dan kuesioner kualitas hidup SF-36.

Hal yang membedakan dengan penelitian ini yaitu, peneliti berfokus pada hubungan antara fatigue dengan kualitas hidup pada pasien gagal ginjal dengan hemodialisis sedangkan Alfarisi dan Maliya berfokus pada hubungan antara kepatuhan pasien dalam menjalani HD dengan kualitas hidup pasien tersebut. Hal pembeda lainnya dilihat dari segi jumlah populasi, sampel, instrumen penelitian, tempat dan waktu penelitian.