

**HUBUNGAN ANTARA KEPATUHAN DIET DENGAN KUALITAS HIDUP  
PASIEN GAGAL GINJAL KRONIS MENGGUNAKAN METODE  
LITERATUR REVIEW**

**SKRIPSI**



**DI AJUKAN OLEH  
WINA MARDIYAH PANE  
1811102411049**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KESEHATAN DAN FARMASI  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR**

**2020**

**Hubungan antara Kepatuhan Diet dengan Kualitas Hidup Pasien  
Gagal Ginjal Kronis menggunakan Metode Literatur Review**

**SKRIPSI**

**Untuk Memenuhi Sebagai Syarat  
Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan  
Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur**



**DI AJUKAN OLEH**

**Wina Mardiyah Pane**

**1811102411049**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KESEHATAN DAN FARMASI  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR**

**2020**

## SURAT PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN

Saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : Wina Mardiyah Pane

NIM : 1811102411049

Program Studi : Sarjana Keperawatan

Judul Penelitian : Hubungan antara kepatuhan diet dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik menggunakan metode literature review

Menyatakan bahwa penelitian yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa terdapat plagiat dalam penelitian ini, maka saya bersedia menerima sangsi sesuai ketentuan perundang-undangan (PERMENDIKNAS No. 17, Tahun 2010).

Samarinda, 07 Juli 2020



WINA MARDIYAH PANE

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**HUBUNGAN ANTARA KEPATUHAN DIET DENGAN KUALITAS HIDUP  
PASIEN GAGAL GINJAL KRONIS YANG MENJALANI HEMODIALISA  
MENGUNAKAN METODE LITERATUR REVIEW**

**SKRIPSI**

**DI SUSUN OLEH:**

**WINA MARDIYAH PANE  
1811102411049**

**Disetujui untuk diujikan  
Pada tanggal, 07 Juli 2020**

**Pembimbing,**



**Ns. Siti Khoiroh Muflihatin, S.pd.,M.kep  
NIDN: 1115017703**

**Mengetahui,**

**Koordinator Skripsi**



**Ns. Ni Wayan Wiwin A, S.kep.,MPd  
NIDN: 1114128602**

LEMBAR PENGESAHAN

HUBUNGAN ANTARA KEPATUHAN DIET DENGAN KUALITAS HIDUP  
PASIEN GAGAL GINJAL KRONIS YANG MENJALANI HEMODIALISA  
MENGUNAKAN METODE LITERATUR REVIEW

SKRIPSI

DI SUSUN OLEH:

WINA MARDIYAH PANE  
1811102411049

Diresmikan dan diujikan

Pada tanggal, 07 Juli 2020

Penguji I



Rusni Masnina, S.Kp., MPH  
NIDN.1114027401

Penguji II

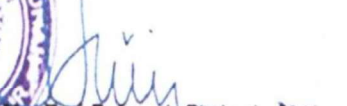


Ns. Siti Khoiroh Muflihatin, S.pd., M.kep  
NIDN.1115017703

Mengetahui :

Ketua Prodi S1 Keperawatan



  
Dwi Rahmah Fitriani, M. Kep  
NIDN. 1119097601

## **Hubungan antara Kepatuhan Diet dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronis menggunakan Metode Literatur Review**

Wina Mardiyah Pane<sup>1</sup>, Siti Khoiroh Muflihatin<sup>2</sup>

### **INTISARI**

**Latar Belakang:** Gagal ginjal adalah suatu keadaan klinis yang ditandai dengan menurunnya fungsi ginjal yang bersifat irreversible, dan memerlukan terapi pengganti ginjal yaitu berupa dialisis atau transplantasi ginjal. Pasien yang menjalani dialisis juga sering dihadapkan pada sejumlah permasalahan seperti manajemen diet yang buruk yang dapat menurunkan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik.

**Tujuan:** Tujuan dari penelitian ini adalah untuk Mengetahui hubungan kepatuhan diet yang mempengaruhi kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik.

**Metode:** Menggunakan literatur review terhadap hasil penelitian selama 5 tahun terakhir yang dipublikasikan pada Pubmed dan Google Scholar yang berhubungan dengan diet dan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik. Jurnal yang dipilih ada 15 jurnal (nasional dan internasional)

**Hasil:** Hasil ulasan literature menunjukkan bahwa kepatuhan diet mempengaruhi kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik

**Kesimpulan:** Kesimpulan yang didapatkan adalah bahwa pentingnya asupan makanan yang cukup pada pasien gagal ginjal kronik agar tetap memiliki gizi yang baik. Melakukan pengaturan diet pada pasien gagal ginjal kronik dapat menghasilkan proses terapi hemodialysis yang lebih adekuat dan meningkatkan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik.

**Kata Kunci:** Status nutrisi, Diet, Kualitas Hidup, Gagal Ginjal.

---

<sup>1</sup>Mahasiswa Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

<sup>2</sup> Dosen Pengampu Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

**Correlation between Diet Compliance with Quality of Life Patients Chronic Renal Failure using Literature Review Method**

Wina Mardiyah Pane<sup>1</sup>, Siti Khoiroh Muflihatin<sup>2</sup>

**ABSTRAC**

**Background:** renal failure is a clinical condition characterized by declining renal function which is irreversible, and requires a renal substitute therapy of dialysis or transplant ginjal. Patients undergoing dialysis are also often faced with a number of problems such as poor diet management that can decrease the life quality of patients with chronic renal failure.

**Goal:** The goal of the study is to know the dietary compliance relationship that affects the patient's quality of life in chronic renal failure.

**Method:** Using review literature on the results of the research over the last 5 years published on PubMed and Google scholar that deals with diet and the living assessment of patients with chronic renal failure. The selected journal has 15 journals (national and International)

**Results:** Literature reviews show that dietary compliance affects the patient's quality of life the chronic renal failure **Conclusion:** the conclusion gained is that the importance of adequate dietary intake in patients with chronic renal failure in order to maintain good nutrition. Doing dietary settings in patients with chronic renal failure can produce a more adequate hemodialysis therapy process and improve the life quality of patients with chronic renal failure.

**Keywords:** nutritional Status, Diet, quality of life, renal failure

<sup>1</sup> Bachelor of Nursing Student over the University of Muhammadiyah Kalimantan Timur

<sup>2</sup> Lecture at Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

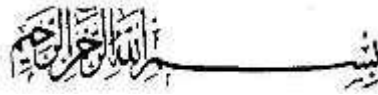
## **MOTTO**

“ Belajarlah kamu semua, dan mengajarlah kamu semua, dan hormatilah guru-gurumu, serta berlaku baiklah terhadap orang yang mengajarkanmu.”

(HR Tabrani)



## KATA PENGANTAR



Puji syukur setinggi-tingginya penulis panjatkan kepada Allah SWT, tuhan semesta alam yang maha pengasih lagi maha penyayang, atas ijin dan pertolongan-Nya Skripsi penelitian dengan judul “Hubungan antara Kepatuhan Diet dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronis Menggunakan Metode Literatur Review” ini dapat terselesaikan.

Skripsi penelitian ini disusun untuk memenuhi syarat penyusunan skripsi guna memperoleh gelar kesarjanaan pada program studi Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur. Penulis menyadari bahwa penulis bisa menyelesaikan skripsi ini berkat bantuan, dukungan dan bimbingan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan kali ini dengan segala kerendahan hati penulis ucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak Prof. Dr. Bambang Setiaji, MS selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur
2. Bapak Ghozali M Hasyim, M. Kes Ph.D selaku Dekan Fakultas Kesehatan dan Farmasi Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur
3. Ns. Siti Khoiroh M, M.Kep selaku dosen pembimbing dalam penyusunan skripsi penelitian. Terima kasih atas bimbingan dan

motivasi yang diberikan selama penyusunan skripsi penelitian ini.

4. Keluarga sebagai bagian dari kehidupan penulis yang sangat berarti.
5. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari masih banyak kekurangan dan kelemahan dalam penulisan skripsi ini. Saran dan kritik dari pembaca sangat penulis harapkan dan semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi semua pihak.

Penulis menyadari masih banyak kekurangan dan kelemahan dalam penulisan skripsi ini. Saran dan kritik dari pembaca sangat penulis harapkan dan semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi semua pihak.

Samarinda, 02 Juli 2020

Penulis

## DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Sampul .....	i
Halaman Judul .....	ii
Halaman Persetujuan .....	iv
Halaman Pengesahan .....	v
Abstract .....	vi
Motto .....	viii
Kata Pengantar .....	ix
Daftar Isi .....	xi
Daftar Tabel .....	xiii
Daftar Gambar .....	xiv
Daftar Lampiran .....	xv

### **BAB I PENDAHULUAN**

A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Rumusan Masalah .....	6
C. Tujuan Penelitian .....	6
D. . Manfaat Penelitian .....	6

## **BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

A. Telaah Pustaka .....	9
B. Kerangka Teori Penelitian .....	36
C. Kerangka Konsep Penelitian .....	37
D. Hipotesis .....	38

## **BAB III METODE PENELITIAN**

A. Jenis dan Rancangan Penelitian .....	40
B. Subjek Penelitian .....	40
C. Metode Pengumpulan Data .....	41
D. Metode Analisa Data.....	42
E. Prosedur Penelitian.....	42
F. Kriteria Inklusi dan Eksklusi.....	43
G. Variabel Penelitian .....	44
H. Waktu dan Tempat Penelitian .....	44

## **BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

A. Hasil Penelusuran Artikel .....	45
B. Pembahasan.....	58

## **BAB V KESIMPULAN DAN SARAN**

A. Kesimpulan .....	64
B. Saran .....	65

## **DAFTAR PUSTAKA**

## DAFTAR TABEL

Table 2.1 Makanan yang Dianjurkan dan Tidak Dianjurkan Untuk Pasien GGK.....	12
Tabel 2.2 Makanan Sumber Protein .....	12
Tabel 2.3 Makanan Sumber Natrium .....	13
Tabel 2.4 Domain dan Aspek Yang Dinilia Dalam WHOQOL.....	22
Tabel 2.5 Stadium Chronic Disease/ CKD .....	24
Tabel 4.1 Tabel Analisis.....	46

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori Penelitian .....	37
Gambar 2.2 Kerangka Konsep Penelitian .....	38
Gambar 4.1 Flow Diagram.....	45

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 Biodata Peneliti

Lampiran 2 Surat Pernyataan

Lampiran 3 Surat Tidak Uji Validitas

Lampiran 4 Jadwal Penelitian

Lampiran 5 Surat Studi Pendahuluan

Lampiran 6 Lembar Konsultasi

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Gagal ginjal kronik merupakan proses patofisiologis yang memiliki macam macam etiologi, mengakibatkan turunnyasecara progresif fungsi ginjal, yang mengakibatkan suatu keadaan yang mengakibatkan ginjal gagal menjalankan fungsinya. Keadaan Gagal ginjal bersifat irreversible secara klinis dan memerlukan dialysis yaitu terapi pengganti ginjal atau pencakokan ginjal. Gagal ginjal kronik bisa diartikan terjadinya kerusakan pada ginjal yang sudah sampai 3 bulan lebih, seperti ada kelainan secara struktur maupun secara fungsinya, bisa diikuti menurunnya laju filtrasi glomerulus (LFG) ataupun tidak, diikuti manifestasinya brupa cacat patologis, adanya kelainan ginjal seperti kelainan pada hasil kimia dalam darah atau urin juga ditemukan kelainan pada tes pencitraan serta LFG kurang dari 60 ml/mnt/1.73 m2. (Nurchayati, 2010)

Menurut Global Burden Disease pada tahun 2010 didapatkan data PGK menjadi yang menyebabkan mortaliti ke duapuluh tuju di dunia di tahun 1990, terjadi peningkatan ke nomer urut delapan belas di tahun 2010. Lebih dari 2 juta masyarakat global menjalani perawatan pencucian darah atau cangkok organ Ginjal, sekitar 10% pasien yang serius mengalami perawatan tersebut. (KEMENKES, 2017)



Menurut Riset Kesehatan Dasar tahun 2013, didapatkan data kelaziman masyarakat nusantara yang mengalami Gagal Ginjal 0,2% dan kejadian Batu Ginjal 0,6%. Berdasarkan gender, kejadian gagal ginjal pria (0,3%) lebih banyak dibanding wanita (0,2%). Berdasarkan usia kejadian paling banyak terjadi di usia 75 tahun keatas (0,6%), Sejumlah 98% penderita mengikuti terapi pencucian darah dan 2% menjalani terapi pencucian darah mandiri lewat perut (KEMENKES, 2017) Menurut Indonesian renal registry tahun 2016, angka pasien gagal ginjal di Indonesia mengalami peningkatan yang cukup tinggi per tahun, tercatat jumlah penderita 51.504 kemudian di tahun 2015, meningkat menjadi 78.281 tahun 2016, lalu 108.725 di tahun 2017. Kejadian penderita GGK stage 5 yang tercatat rutin menjalani hemodialisis di tahun 2017 yaitu berjumlah 1096022 penderita, dan di tahun 2018 tercatat jumlah penderita menjadi 1694432 pasien.

Hemodialisis merupakan suatu kegiatan pembersihan darah dari penumpukan bahan-bahan sampah kimia dalam darah. Hemodialisis diberikan untuk penderita gagal ginjal yang telah mencapai kegagalan fungsi di tahap akhir atau penderita penyakit akut yang memerlukan dialisis sementara waktu. Hemodialisis bukanlah terapi untuk menyembuhkan atau memulihkan fungsi ginjal namun dapat mencegah kematian lebih cepat pada penderita gagal ginjal kronik, ginjal tetap akan kehilangan kemampuan aktivitas metabolik atau endokrinnya sehingga pasien gagal ginjal harus secara teratur menjalani terapi

hemodialisis secara patuh yang berdampak pada kualitas hidup pasien. (Mnsjoer, 2009)

Nutrisi adalah hal esensial dan utama di hidup setiap individu. Pada penderita gagal ginjal kronik gizi merupakan hal penting melihat dampak dampak buruk yang terjadi jika pengaturan diet tidak sesuai kebutuhannya. Contoh yang dapat langsung terjadi yaitu hiperglikemia, hiperfosfatemia, protein yang ada hubungannya dengan gizi yang kurang dan cairan yang berlebihan. Kebanyakan interaksi sosial pada masyarakat juga disertai hidangan dan minuman yang mengakibatkan tidak jarang penderita gagal ginjal kronik menjadi mengurangi kegiatan sosial mereka yang diakibatkan adanya pengaturan ketat pada dietnya. (Hartono, 2006)

Seringkali, pada pasien gagal ginjal memperlihatkan adanya tanda kurang nutrisi. Tanda nutrisi yang berkurang bisa diakibatkan kegagalan fungsi ginjal atau penyakit penyertanya maupun akibat dialisis dapat terjadi gejala contohnya pembengkakan pada bagian tubuh, susah napas, sampai kegagalan bernapas. Diet ialah salah program yang diberikan untuk pasien ggk yang bertujuan memperbaiki status gizi supaya kualitas hidup dan pengobatan dapat tercapai secara maksimal, sehingga sindrom uremia dan resiko mengurangnya fungsi ginjal yang semakin parah dapat dicegah. (Rachmach, 2007 dalam Wahyudi, 2012).

Status gizi kurang pada pasien HD bisa mengakibatkan pasien menunjukkan tanda gejala seperti kelemahan, terlihat kelelahan, penurunan berat badan, kepala terasa sakit, otot melemah, infeksi yang sering terjadi, kembatan proses penyembuhan luka, serta tulang yang mengalami gangguan, yang kemudian bisa menjadi penyebab pada pasien hemodialysis kualitas hidupnya berkurang. Jika keadaan nutrisi pada penderita gagal ginjal maka semakin memburuk juga kualitas hidupnya (Hartono, 2006)

Kualitas hidup pasien ggk adalah masalah yang membuat tertarik para profesional bidang Kesehatan untuk melakukan penelitian. Menurunnya kualitas hidup pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis mulai nampak dalam waktu berangsur selama lebih dari satu tahun. Pasien mengeluh dengan banyak gejala yang berkaitan dengan kegiatan, beban pengeluaran biaya, beban pengaturan zat cair, juga bahkan pelayanan yang dirasakan dari tenaga kesehatan (Suryaningsih dkk, 2013). Pada penderita gagal ginjal kronik sering dianjurkan melakukan pengaturan diet agar dapat mendukung peningkatan kualitas hidupnya dan selain itu agar proses terapi hemodialisis benar-benar adekuat. Sehingga penderita gagal ginjal wajib memperoleh asupan makan yang seimbang supaya bisa dalam status nutrisi baik, sebab keadaan gizi memberikan dampak modifikasi pada hubungan dengan kualitas hidup (Sagala, 2015).

Data yang didapat dari Instalasi Hemodialisis RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda pada bulan Maret – bulan Mei 2019 menunjukkan adanya peningkatan dengan pasien ggk yang sedang menjalani terapi dialysis. Bulan Maret 178 pasien, bulan April sebanyak 179, Mei ada 185 pasien yang menjalani hemodialisa.

Dari data yang ditemukan saat studi pendahuluan yang diadakan tanggal 24 juni 2019 di ruang Hemodialisa RSUD AWS, Samarinda, hasil wawancara yang dilakukan, 3 dari 4 responden menyatakan bahwa semenjak memiliki penyakit ggk dan sedang dalam tahap terapi hemodialisis, kegiatanserta pekerjaan setiap hari menjadi terganggu dan sudah mengurangi pekerjaan yang berat-berat. Pasien juga mengatakan bahwa sudah pasrah dengan keadaan saat ini. Dan dari status gizi pasien hemodialisis mengatakan bahwa asupan makanan yang di konsumsi sesuai yang telah di anjurkan dokter. Namun, 2 responden mengatakan bahwa terkadang tidak mematuhi makanan yang anjurkan oleh dokter. Misalnya, asupan makanan yang tinggi natrium hingga dapat terjadinya edema pada pasien. Pasien juga mengatakan bahwa sebelum dan sesudah menjalani hemodialisis mengalami perubahan berat badan.

Bersumber penjabaran diatas peneliti tergugah untuk meneliti mengenai “Hubungan Diet Dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik menggunakan studi literature

## **B. Rumusan Masalah**

Dari latar belakang diatas rumusan masalah pada penelitian ini adalah “Apakah ada hubungan kepatuhan diet dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa?”.

## **C. Tujuan Penelitian**

### 1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan antara diet pasien dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik.

### 2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi kualitas hidup pasien GGK melalui rivew jurnal
- b. Mengidentifikasi hubungan kepatuhan diet dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik melalui rivew jurnal

## **D. Manfaat Penelitian**

### 1. Manfaat Praktis

#### a. Bagi Pasien

Dari penelitian tersebut diharapkan bisa menjadi acuan, motivasi serta menambah pemikiran dalam wawasan tentang kualitas hidup yang harus dijalankan sehingga pasien lebih meningkatkan kualitas hidup.

#### b. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini bisa menambah pegetahuan dan wawasan sebagai dasar untuk penelitian-penelitian yang akan dating dan

menambah referensi tentang faktor apa saja yang dapat berpengaruh dengan kualitas hidup pada pasien ggk.

c. Bagi Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

Hasil penelitian ini dapat memberikan informasi tambahan bagi pendidik keperawatan dalam hal meningkatkan asuhan keperawatan tentang status gizi gagal ginjal kronik yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien.

d. Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini bisa dapat menjadi sumber informasi dan data tambahan bagi peneliti selanjutnya mengenai status gizi, kepatuhan diet dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik.

e. Bagi Masyarakat

Dengan adanya penelitian ini diharapkan masyarakat dapat mengetahui pentingnya diet terhadap kualitas hidup pasiengagal ginjal kronik serta masyarakat dapat mengaplikasikan didalam kehidupan mereka sehari-hari dan dapat berbagi informasi tersebut kepada orang-orang sekitar mereka.

## 2. Manfaat Teoritis

a. Bagi Akademik

Penelitian ini bisa memperkaya ilmu pengetahuan terutama di bidang keperawatan. Melaksanakan pengabdian masyarakat untuk memajukan kesejahteraan masyarakat sesuai dengan Tri Dharma Perguruan Tinggi.

b. Bagi Peneliti

Penelitian ini dapat diterapkan dan menjadi referensi ilmu pengetahuan dalam bidang kesehatan. Serta dapat menjadi data yang bermanfaat bagi penelitian selanjutnya.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Telaah Pustaka**

##### **1. Diet**

Dikutip dari Sandjaja (2009) didalam kamus Gizi melengkapi kesehatan dalam Keluarganya, diet diartikan dengan manajemen pola antara makanan dan minuman tidak untuk dikonsumsi, dibikin sedemikian rupa dan diizinkan dalam jumlah tertentu yang bertujuan sebagai suatu terapi sakit yang dialami, kesehatan, atau menurunnya berat badan. Adapun diet bertujuan untuk :

- a. Pencegahan kekurangan nutrisi juga mempertahankan serta memperbaiki status nutrisi agar bisa normal aktivitas beraktifitas.
- b. Penjagaan seimbangny cairan dan elektrolit.
- c. Penjagaan supaya sisa produk metabolisme tidak terakumulasi berlebihan
- d. Pengontrolan tekanan darahnya dan berat badannya dalam batas wajar.

##### **1) Syarat diet gagal ginjal kronis**

Mengutip dari Atmatsier (2006) pemberian diet pada pasien GGK

Memiliki syarat:

- a. Berkecukupan energi, 35 kkal/kg BB
- b. Rendah Protein, yaitu 0,6-0,75 gr/kg BB. Sebaiknya mesti memiliki tinggi biologik



- c. Cukup lemak, yaitu 20-30% energi ditotalkan yang diperlukan.  
Disasarkan lemak yang tidak memiliki jenuh ganda
- d. Karbohidrat yang mencukupi, seperti yang dibutuhkan total energinya yang didapatkan melalui protein dan lemak dibatasi
- e. Natrium dikurangi jika riwayat tekanan, bengkak, acites, oliguria, atau anuria, natrium sebanyak 1-3 gram
- f. Kalium dibatasi (60-70 mEq) apabila ada hiperkalemia (kalium darah > 5,5 mEq), oliguria, atau anuria
- g. Jumlah pemasukan Cairan dibatasi sejumlah urine 24 jam juga dijumlahkan keliuarnya cairan lewat keringat juga saat bernafas (kira kira 500ml)
- h. Vitamin yang terpenuhi, jika bias beri vitamin piridoksin, asam folat, vitamin C dan D

Klien yang menjalani terapi mesti memperoleh sumber makan bagus supaya tetap dalam nutrisi baik dan sehat. Kurangnya nutrisi dapat dijadikan factor prediksi penting terjadinya kematian pada pasien hemodialisis.

## 2) Diet yang efektif

Untuk pasien GGK, peningkatan kualitas hidup ialah cara paling tepat supaya fungsi tubuh bisa bekerja semakin optimal. Terdapat hal yang bias jadikan diet bisa efektif menurut Kresnawan (2008) ialah :

- a) Paham akan kondisi ginjal juga pengobatan yang diberikan untuk tentukan pola diet untuk dilakukan.
  - b) Menyesuaikan peraturan diet untuk yang memiliki penyakit ggk dengan fungsi ginjal yang tidak sempurna dan ukuran tubuh (berat badan atau tinggi)
  - c) Mempertahankan selera makan tetap baik.
  - d) Air/ minum baik minuman atau dalam bentuk lain harus dikurangi dan dibatasi untuk pasien yang sedang menjalani terapi dialysis karena bias terjadinya pembengkakan, menaikkan tekanan pada darah dan menyebabkan susah bernafas akibat sembab paru. Bagi klien yang menjalani terapi yang bisa menyekresi urin baik, boleh untuk minum dengan jumlah yang banyak dibanding dengan kencingnya yang tidak keluar sama sekali. Pada intinya mempertahankan seimbangan baik itu asupan cairan yang diperlukan = banyaknya urin 1 hari +(500 sampai 750)ml/hari.
- 3) Bahan pangan yang disarankan dan tidak disarankan.

Berikut daftar makanan yang disarankan dan yang tidak disarankan untuk pasien gagal ginjal kronis Almatsir (2005).

Tabel 2.1 Makanan yang dianjurkan dan tidak di anjurkan untuk pasien GGK

No	Bahan Makanan	Dibolehkan	Tidak dibolehkan
	Dari Karbohidratnya	Nasi, bihun, jagung, kentang, makaroni, mie, tepung-tepungan, singkong, ubi, selai, madu, permen.	-
2	Dari proteinnya	Telur, daging, ikan, ayam, susu	Kacang-kacangan dan hasil olahannya, seperti tempe dan tahu.
3	Dari Lemaknya	Minyak jagung, minyak kacang tanah, minyak kelapa sawit, minyak kedelai, margarin, dan mentega rendah garam	Kelapa, santan, minyak kelapa, mentega biasa dan lemak hewan
4	Dari vitaminnya dan mineralnya	Semua sayuran dan buah, kecuali pasien dengan hiperkalemia dianjurkan yang mengandung kalium rendah/sedang.	Sayuran dan buah tinggi kalium pada pasien dengan hiperkalemia.

Tabel 2.2 Makanan sumber Protein

Makanan yang terdapat Sumber Protein	
Jenis Makanan	Mg/100 gr
<b>Sumber Protein Hewani</b>	
Ayam	18
Daging domba	17
Daging kambing	16
Daging sapi	19
Ikan segar	20
Keju	23
Putih telur	11
Susu bubuk	25
Susu sapi segar	3
Telur ayam	13
<b>Sumber protein nabati</b>	

Kacang merah	23
Kacang tanah	25
Kacang hijau	22
Kedelai	35
Oncom	13
Tahu	8
Tempe kedelai murni	18

Tabel 2.3 Makanan sumber Natrium

Daftar Makanan Sumber Natrium	
Jenis Makanan	Mg/100gr
Sumber Hidrat arang	
Biskuit	500
Kraker	710
Roti coklat	500
Roti kismis	300
Roti putih	530
Roti susu	500
Roti bakar	700
Sumber protein hewani	
Daging kornet	1250
Keju	1250
Sosis	1000

Penelitian Intan (2017) semakin pasien mematuhi program diet akan menjadikan kualitas hidup pasien menjadi baik. Mematuhi diet untuk penderita ggk mengakibatkan kejadian yang lebih parah yang dapat berpengaruh terhadap akifitas klien dalam kehidupan sehari-hari yang berpengaruh pada kualitas hidupnya berkurang. Pasien GGK mndapatkan menurunnya fungsi ginjal yang disebabkan tidak patuh dalam menjalankan terapi diet.

#### 4) Preksripsi diet ggk

Diagnosis dini dan intervensi pada pasien ggk mempunyai tujuan agar progress penyakit dapat diperlambat, mempertahankan kualitas hidup, dan memperbaiki hasil keseluruhan manajemen diet. Untuk menata nutrisi yang benar ialah sebuah tindakan yang bisa dikasi kepada klien ggk untuk mencapai tujuan tersebut. Memiliki sebuah panduan, yang bias jadikan pembelajaran mengenai pemberian nutrisi pada pasien gagal ginjal kronik

- a. Jenis Diet dan Ipenyebab Pemberian Berdasar berat badannya dibedakan menjadi 3 :
- b. Diet Dialisis I, 60 g protein. Dikasi pada pasien yang mempunyai berat badan  $\pm$  50 kg
- c. Diet Dialisis II, 65 g protein. Dikasi pada pasien yang punya bb  $\pm$  60 kg
- d. Diet Dialisis III, 70 g protein. Dikasi pada pasien bb  $\pm$  65 kg (Almatsier 2006)
- e. Cara Memesan Diet: Diet Dialisis(DD)60/65/70gprotein (secara spesifik menyatakan kebutuhan gizi perorangan termasuk kebutuhan natrium dan cairan) (Almatsier 2006).
- f. Biasa pada makanan yang berbentuk saring, makanandengan tekstur lunak makanan yang biasa mengikuti keadaan pasiennya

- g. Jumlah yang akan diberikan makanan utama sebanyak 3 kali dan bias diselingkan 2-4 kali (Cornelia,dkk 2016).

## 2. Kualitas Hidup

### a. Pengertian Kualitas Hidup

Menurut (Word Health Organisation) WHO 1994, kualitas hidup bias juga diartikan persepsi individu sebagai laki-laki maupun perempuan dalam hidupnya, dilihat dari konteks budayanya maupun sistem dari nilai dimana mereka tinggal, dan yang mempunyai hubungan dengan standar hidup, harapan, kesenangan, dan perhatian mereka. Hal ini dilihat secara kompleks mencakup kesehatan fisiknya, status psikologisnya, tingkat kebebasannya, hubungan sosialnya, dan hubungan kepada karakteristik lingkungan mereka. (Saxena, 2002)

Kualitas hidup ialah istilah yang merujuk kepada status emosional, sosial dan kesejahteraan fisik seseorang, dan begitu pula kemampuan mereka untuk mengatasi dalam kehidupan sehari-hari (Donald, 2001).

Kualitas hidup dapat diartikan sebagai derajat dimana seseorang menikmati setiap kemungkinan yang ada dalam hidupnya, kenikmatan tersebut terdapat beberapa komponen seperti pengalaman, kepuasan dan kepemilikan atau pencapaian beberapa karakteristik dan kemungkinan-kemungkinan tersebutlah yang merupakan hasil dari kesempatan

maupun keterbatasan orang pada hidupnya dan merefleksikan interaksi faktor personal lingkungan (Chang, Viktor & Weissman, 2004).

Kualitas hidup adalah kondisi pasien yang mengalami sebuah penyakit yang telah dideritanya dan pasien tetap bisa merasa nyaman baik secara fisiknya, psikologisnya, sosialnya maupun spiritualnya secara optimal memanfaatkan hidup untuk kebahagiaan dirinya serta orang disekelilingnya. Kualitas hidup berbeda dengan lamanya seseorang akan hidup karena bukan domain manusia untuk menentukannya. Agar dapat terwujudnya kualitas hidup diperluakannya rubahan seperti fundamental atas pandangan setiap pasien kepada penyakit gagal ginjal terminal (GGT) itu sendiri. (Suhud, 2009)

Mc Carney & Lason (1987) mengartikan kualitas hidup sebagai suatu puasnya hati karena terpenuhinya kebutuhan eksternal maupun persepsinya. (Yuwono, 2010)

#### b. Kualitas Hidup dari Berbagai Aspek

Kualitas hidup dapat dilihat dari segi subjektif dan objektif. Dari segi subjektifnya ialah perasaan enak dan puas atas seapapun yang terjadi secara umum, sedangkan dengan objektif ialah terpehuninya kesehatan materi, status sosialnya dan juga kesempurnaan fisiknya baik sosial maupun budaya. Penilaian kualitas hidup ini bias juga terlihat dari aspek kesehatan fisiknya,

kesehatan mentalnya, fungsi sosialnya, role functionna maupun perasaan sejahtera (Fatayi, 2008).

Ventegodt (2003) menjelaskan, kualitas hidup berarti hidup dengan baik, hidup yang baik bias diartikan dengan hidup dengan kehidupan yang lebih bagus. Dalam hal ini terdapat 3 bagian yang menjadi aspek hidup yang baik yaitu:

1. Kualitas hidup subjektif yaitu salah satu hidup yang baik yang dapat dirasakan oleh masing-masing individu yang memilikinya. Setiap individu secara personal mengevaluasi dirinya masing-masing bagaimana individu tersebut menggambarkan apapun dan perasaan mereka.
2. Kualitas hidup eksistensial yaitu sebaik apa hidup seseorang yang merupakan level dan berhak untuk dihormati dan individu tersebut berhak hidup dengan penuh keharmonisan.
3. Kualitas objektif yaitu bagaimana seseorang hidup dan dapat dirasakan didunia luar. Kualitas objektif dinyatakan dalam kemampuan seseorang yang bisa beradaptasi pada nilai-nilai kebudayaan dan menyatakan tentang kehidupannya.

Dari tiga aspek kualitas hidup inilah dikelompokkan dengan pernyataan yang jelas pada kualitas hidup yang dapat dilihat dalam spektrum dari subjektif ke objektif, elemen eksistensial berada diantaranya yang bias merupakan komponen kualitas hidup seperti kesejahteraan, kepuasan hidup, kebahagiaan,



prinsip dalam hidup, gambaran biologis kualitas hidup, mencapai potensi hidup, pemenuhan kebutuhan dan faktor-faktor objektif. (American Thoracic Society, 2002).

1. Kesejahteraan ialah adanya hubungan yang erat dengan bagaimana suatu akan berfungsi dalam dunia objektif dan dengan faktor eksternal hidup. Saat kita sedang bicarakan tentang perasaan yang baik maka kesejahteraan akan menjadi pemenuhan kebutuhan dan realisasi diri.
2. Kepuasan hidup yaitu menjadi puas berarti merasakan hidup yang sebenarnya, ketika pengharapan, kebutuhan dan gairah hidup didapatkan disekelilingnya maka seseorang bias merasa puas, kepuasan adalah pernyataan mental yaitu keadaan kognitif.
3. Kebahagiaan yaitu menjadi bahagia ini tidak hanya membuat hati merasa senang dan puas, tetapi dapat membuat perasaan menjadi spesial dan berharga dan ingin diinginkan tetapi susah untuk didapatkan. Sedikit orang yang memercayai bahwa kebahagiaan itu didapat dari adaptasi terhadap budaya seseorang, kebahagiaan diasosiasikan dengan dimensi-dimensi non rasional seperti cinta, ikatan erat dengan sifat dasar tapii tidak bias dengan uang, status kesehatan atau faktor-faktor objektif lain.

4. Makna dalam hidup yaitu makna yang terdapat dalam hidup ialah konsep yang penting dan jarang untuk digunakan. Pencarian makna hidup dapat melibatkan suatu penerimaan dari tidak berartinya dan berartinya hidup dan bentuk kewajiban untuk membuat seorang tersebut merubah apa yang tidak berguna. Gambaran biologis kualitas hidup yaitu sistem informasi biologis dan tingkat keseimbangan eksistensial dilihat dari sisi ini kesehatan fisik mencerminkan tingkat sistem informasi biologi seperti sel-sel dalam tubuh butunya informasi yang benar uagar dapat berfungsi secara benar dan bisa menjaga kesehatan tubuh. Kesadaran yang kita dapat dengan pengalaman hidup juga terkondisi secara biologis. Pengalaman yang bersifat bermakna atupun tidak bermakna dapat diihat sebagai kondisi dari suatu sistem informasi biologis. Hubungan antara kualitas hidup dan penyakit diilustrasikan dengan benar dan bias menggunakan suatu teori individual sebagai salah satu sistem informasi biologis.
5. Mencapai potensi hidup yaitu teori pencapaian potensi hidup merupakan suatu teori dari hubungan seperti sifat yang mendasar. Dari permulaan biologis ini tidak mengurangi kekhususan dari makhluk hidup tersebut malah akan membuat tingkat dimana ini merupakan teori umum dari

pertukaran informasi yang bermakna dalam sistem hidup dari sel ke organisme sosial.

6. Pemenuhan kebutuhan yaitu kebutuhan yang dapat menjadi hubungan pada kualitas hidup dimana ketika dipenuhi akan menjadi kualitas hidup yang tinggi. Kebutuhan salah satu ekspresi sifat yang menjadikan kita pada dasarnya akan dimiliki oleh makhluk hidup. Pemenuhan kebutuhan ini berhubungan langsung pada aspek sifat dasar pada manusia. Kebutuhan yang kita rasakan seperti ketika terpenuhinya kebutuhan kita.. Informasi ini yang ada dalam setiap bentuk kompleks yang dapat berkurang menjadi kebutuhan aktual.
7. Faktor-faktor objektif yaitu aspek objektif dari kualitas hidup dihubungkan pada faktor eksternal hidup dan dan bias dengan baik untuk diwujudkan. Inilah yang mencakup pendapatan, status perkawinan, status kesehatannya dan jumlah hubungan pada orang lain. Kualitas hidup objektif sangat menggambarkan kemampuan dalam beradaptasi dengan budaya pada tempat tinggal kita. Secara umum pengkajian pada kualitas hidup sejalan terhadap kesehatan yang menggambarkan pada suatu usaha untuk menentukan bagian variabel-variabel dalam kesehatan, sejalan pada dimensi khusus dari kehidupan yang sudah ditentukan agar secara umum menjadi lebih penting untuk orang yang memiliki

penyakit spesifik. Konseptualisasi kualitas hidup berhubungan dengan kesehatan berupa efek pada sebuah penyakit yaitu fisik, peran sosialnya, psikologi/emosionalnya serta fungsi kognitif. Gejala-gejala inilah membuat kesehatan dan keseluruhan kualitas hidup sering mencakup pada konsep kualitas hidup berhubungan dengan kesehatan.

c. Alat ukur Kualitas Hidup

Dalam penilaian kualitas hidup ada beberapa hal yang harus diperhatikan pada pasien yaitu kualitas hidup ini mempunyai beberapa dimensi/ aspek penilaian. Sudah banyak pengembangan untuk alat ukur kualitas hidup oleh para ilmuwan yang biasa dipakai untuk mengukur kualitas hidup pada pasien penderita penyakit kronik, salah satunya adalah WHOQOL-BREF yang mempunyai 26 pertanyaan, tetapi pertanyaan nomor 1 dan 2 tidak dihitung karena merupakan pertanyaan yang umum, terdiri dari 5 skala poin. Dari setiap pertanyaan jawaban poin yang rendah 1=sangat tidak memuaskan, sampai dengan 5=sangat memuaskan, terkecuali pada pertanyaan no 3, 4, dan 26 dikarenakan pertanyaan ini mempunyai sifat negatif, maka memiliki jawaban yang dimulai skor 1= sangat tidak memuaskan sampai skor 5=sangat memuaskan. Skor yang didapatkan adalah 0- 100 akan dimasukkan kedalam rumus (WHO, 1996).

Domain dan aspek dalam WHOQOL-BREF menurut WHO adalah sebagai berikut:

Tabel 2.4 Domain dan Aspek yang Dinilai dalam WHOQOL-BREF

Domain	Aspek yang dinilai
Kesehatan fisik	Nyeri dan tidak nyaman Bergantung pada medis Energi dan kelelahan Mobilitasnya Tidur dan istirahatnya Aktivitas sehari-harinya Kapasitas kerjanya
Kesehatan psikologis	Afek positif Spiritual / agama / kepercayaan pikiran, belajar, memori, dan konsentrasi Body image dan penampilan Harga dirinya Afek negative
Hubungan sosial	Aktivitas seksualnya Dukungan sosialnya
Lingkungan	Keamanan fisiknya Lingkungan fisik (polusi, suara, lalu lintas, iklim) Sumber keuangannya Peluang untuk mendapatkan informasi dan keterampilan Partisipasi dan kesempatan untuk rekreasi/waktu luang Lingkungan rumahnya Perawatan kesehatan dan social; kemampuan akses dan kualitas Transportasinya

Adapun rumus yang dipakai adalah rumus baku yang sudah ditetapkan WHO (2004) sebagai berikut : TRANSFORMED SKOR= (SCORE-4) x (100/16) Hasil ini dipersentasikan caranya dengan memberi skor dan diinterpretasikan memakai kriteria sebagai berikut :

0-20 = Kualitas Hidup Sangat Buruk

21-40 = Kualitas Hidup Buruk

41-60 = Kualitas Hidup Sedang

61-80 = Kualitas Hidup Baik

81-100 = Kualitas Hidup Sangat Baik

(Anastasi & Urbina, 1997) dalam (Nofitri, 2009)

### 3. Gagal Ginjal Kronis

#### a. Pengertian Gagal Ginjal Kronis

Ginjal ialah sepasang organ pada saluran kemih yang adanya dirungaa retroperitoneal pada bagian atas. Dan berbentuk seperti kacang dengan sisi cekungan menghadap ke medial, sisi itu dapat hilus ginjal yaitu tempat struktur-struktur pembuluh darah, system limfatik, system saraf dan ureter yang menuju dan meninggalkan ginjal (Suharyanto,2009). *(KDOQI) Guidelines Update* tahun 2002, ggk ialah ginjal yang mengalami kerusakan > 3 bulan dengan LFG <60 mL/menit/1,73 m<sup>2</sup> yang ditandai dengan lainnya structural ginjal yang dapat atau tanpa disertai penurunan Laju Filtrasi Glomerulus (LFG) seperti adanya patologi dan terdapat tanda bahwa ginjal akan rusak, dapat menjadi seperti kerusakan laboratorium darah atau urin, atau kelainan radiologi (Azis,2008).

#### b. Etiologi Gagal Ginjal Kronis

Ada beberapa penyakit yang menyebabkan ggk ini seperti glomerulonefritis akut, gga, penyakit ginjal polikisit, obstruksi saluran kemih, pielonefritis, nefrotoksin, dan penyakit sistematis,

lupus eritematosus, poliartritis, penyakit sel sabit, serta amyloidosis (Bayhakki,2013)

### c. Klasifikasi Gagal Ginjal Kronis

Menurut National Kidney Foundation Classification of Chronic Kidney Disease, CKD dibagi dalam lima stadium..

Tabel 2.5 stadium Chronic Kidney Disease/ CKD (Black & Hawks,2005 dalam Bayhakki,2013)

Stadium	Deskripsi	Istilah Lain	GFE (ml/mnt/3 m <sup>2</sup> )
I	Kerusakan ginjal dengan GFR normal	Beresiko	>90
II	Kerusakan ginjal dengan GFR turun ringan	Insufisiensi Ginjal kronik (IGK)	60-89
III	Kerusakan ginjal dengan GFR turun sedang	IGK, gagal ginjal kronik	30-59
IV	Kerusakan ginjal dengan GFR turun berat	Gagal ginjal kronik	15-29
V	Gagal ginjal	Gagal ginjal tahap akhir (End Stage Renal Disease)	<15

### d. Patofisiologi Gagal Ginjal Kronis

Pathogenesis ggk membuat turunnya dan rusaknya nefron yang akan menjadi hilangnya fungsi ginjal yang bersifat progresif. Keseluruhan laju gloremulus(GRF) menurun dan klirens menurun, BUN dan kreatinin menjadi meningkat, nefron dan sisanya alami hipertofi akibat usaha menyaring jumlah cairan yang cukup banyak. Karena ginjal tidak mampu memekatkan urin dengan baik. Tahapan dalam melanjutkan ekresi, kebanyakan urin keluar yang menyebabkan klien mengalami

kekurangan cairan. Tubulus secara bertahap kehilangan kemampuan menyerap elektrolit, biasanya urin yang dibuang banyak sodium sehingga terjadi poliuri (Bayhakki, 2013)

Pada stadium penyakit ginjal kronik akan terjadinya ginjal yang kehilangan daya cadangnya (renal reserve), dengan keadaan basal LFG yang normal dan meningkat. Fungsi nefron akan pelan-pelan menurun dengan progresif penurunan ini dilihat dengan meningkatnya kada urea dalam tubuh dan kreatinin serum. Pada LFG sebanyak 60% belum ada rasa keluhan pada pasien (asimptomatik), tetapi kadar urea dan kreatinin pasien sudah meningkat, pada LFG sebanyak 30% sudah terdapat beberapa keluhan terjadi seperti nokturia, badan lemah, mual, nafsu makan berkurang, dan penurunan bert badan, sedangkan pada LFG kurang dari 30% pasien sudah menemukan gejala seperti anemia, peningkatan tekanan darah, gangguan metabolisme fosfor dan kalsium, pruritus, mual, muntah dan lain sebagainya. Mudahnya juga terkena infeksi pada pasien seperti infeksi saluran kemihnya, infeksi saluran nafasnya, maupun infeksi saluran pencernaannya, dan kelamaan akan menjadi terganggunya keseimbangan air ditandai dengan hipovolemia, gangguan keseimbangan elektrolit antara lain natrium dan kalium. Pada LFG dibawah 15% akan terjadi gejala yang banyak yang lebih serius dan pasien harus mendapatkan



terapi dialysis atau pencangkokan ginjal. Inilah keadaan dimana pasien mengalami gagal ginjal kronik. (Sudoyo dalam Anggraini, 2016).

#### e. Manifestasi Klinis Gagal Ginjal Kronis

Gejala klinis pada anda dan gejala pada gkg diakibatkan karena adanya gangguan yang bersifat sistemik. Dalam peran sirkulasi ginjal yang memiliki peran tersebut memiliki fungsi yang cukup banyak (organs multifunction) sehingga kerusakan kronis secara fisiologis ginjal bisa akibatkan terganggunya keseimbangan sirkulasi dan vesomotor (Robinson dalam Emma, 2017).

Adapun manifestasi klinis yang bisa berdampak pada pasien gkg menurut Nursalam dalam Lase W, 2011) antara lain:

- 1) Gastrointestinal: lukanya pada saluran pencernaan dan pendarahan
- 2) Kardiovaskuler: hipertensi, perubahan elektrokardiogram (EKG), perikarditis, efusi pericardium, tamponade Respirasi : edema paru, efusi pleura, pleuritis
- 3) Neuromuskular: lemah, gangguan tidur, sakit kepala, alergi, gangguan muscular, neorepati perifer, bingung dan koma
- 4) Neuromuskular: lemah, gangguan tidur, sakit kepala, alergi, gangguan muscular, neorepati perifer, bingung dan koma

- 5) Ca airan elektrolit: terganggunya asam basa akibatkan hilangnya sodium dan akan menjadi kehausan, asidosis, hyperkalemia, hipermagnesemia, hipokelemia
  - 6) Dematoloi: pucat, hiperpigmentasi, pleritis, eksimosis, uremia frost
  - 7) Abnormal skeletal: osteodistrof, ginjal sebabkan osteomalaisia
  - 8) Hematologi: anemia, defek kualitas flatelat, perdarahan meningkat
  - 9) Fungsi psikososial: berubahnya pribadi dan prilaku serta gangguan proses kognitif
- f. Penatalaksanaan Gagal Ginjal Kronis

Dari penatalaksanaan ggk ini tidak lain untuk menjaga fungsi ginjal dan hemeostatis selama mungkin. semua faktor yang menjadi peran pada gagal ginjal tahap-akhir ini dan seluruh faktor yang dapat disembuhkan diidentifikasi dan ditangani. Komplikasi potensial GGK yang perlunya pendekatan kolaboratif dalam perawatan seperti :

- 1) Hiperkalemia akibatkan turunny ekskresi, asidosis metabolik, katabolisme, dan melakukan diet berlebih.
- 2) Perikarditis, efusi pericardial, dan tamponade jantung akibatkan retensinya produk sisa uremik dan dialisis yang tidak tepat.

- 3) Hipertensi akibatnya retensi cairan dan natrium serta malfungsi sistem rennin- angiotensin-aldosteron.
- 4) Anemia yang dikarenakan turunnya eritroprotein, turunnya rentang usia sel darah merah, perdarahan gastrointestinal akibat iritasi oleh toksin, dan hilangnya darah saat melakukan terapi.
- 5) Penyakit pada tulang serta macam-macam metastasik yang berakibat retensi fosfat, kadar kalsium serum yang rendah, metabolisme vitamin D abnormal, dan meningkatnya kadar aluminium (Smeltzer dan Bare, 2001).

g. Pencegahan dan Pengobatan Komplikasi

1) Hipertensi

Hipertensi yang parah akan mengakibatkan rusaknya fungsi ginjal yang cepat. dan ini dapat di perbaiki dengan cara efektif dengan cara membatasi kalium serta cairan serta melalui ultrafiltrasi bila pasien sedang menjalani hemodialisis.

2) Hiperkalemi

Komplikasi yang parah saat adanya uremia ialah terjadinya hiperkalemia, bila K<sup>+</sup> serum dapat kadar sekitar 7 mEq/L, dapat terjadi disritmia yang serius. Hiperkalemia akut bias saja disembuhkan dengan diberikannya glukosa K<sup>+</sup> ke dalam sel atau dengan pemberian glukonat 10% intravena dengan hati – hati.

### 3) Anemia

Tindakan yang bias mengurangi terjadinya anemeia dengan cara mengurangi hilangnya darah memberikan vitamin serta transfuse. Multivitamin dan asam folat biasanya deberi tiap hari karena dialisis mengurangi vitamin yang larut dalam air.

### 4) Asidosis

Asidosis metabolik yang sedang pada penderita uremia akan lebih stabil.

### 5) Hiperurisemia

Pada pengobtan hiperuresemia pada penyakit ggk biasa ialah alopurinol karena bias mengalami pengurangan kadar asam urat total yang dihasilkan oleh tubuh.

### 6) Neuropati Perifer

Neuropati Perifer sistomatik tidak ada sampai GGK sampai tahap yang lebih jauh. Belum ada pengobatan yang bias mengatasi hal yang terjadi pada penyakit tersebut kecuali dengan dialisis yang dapat menghentikan perkembangannya

## h. Terapi Pengganti Ginjal

### 1) Hemodialisis

Hemodialisis salah satu bentuk pengobatan dimana darah dikeluarkan dari tubuh pasien dan akan masuk kedalam mesin yang berada di luar tubuh pasien dengan nama dialiser.

Tujuan dari terapi ini tidak lain untuk mengambil zat – zat nitrogen yang toksik yang terdapat di darah dan mengeluarkan air yang banyak didalam darah (Smeltzer dan Bare, 2001).

## 2) Dialisis Peritoneal

Dialisis peritoneal salahsatu yag bisa membuat terapi dialisis pada penanganan GGA dan GGK. Data dari U.S Renal Data Sistem didapatkan 9% pasien dengan ggk menjalani pada macam-mcam tipe dialysis peritoneal. Dialisis peritoneal persis dengan hemodialisa, perbedaannya yaitu dialisis peritoneal menggunakan peritoneum sebagai membran semi permeabel. Dialisis peritoneal ini dilakukan dengan cara menginfuskan 1 – 2 L cairan dialisis ke dalam abdomen melalui kateter (Price dan Wilson, 2005).

## 3) Transplantasi Ginjal

Transplantasi ginjal iallah pengobatan yang disukai pada penderita ggk meskipun tidak mnutup kemungkinan masih ada pasien yang lebih memilih melakukan dialysis.

## 4. Hemodialisis

### a. Pengertian Hemodialisis

Hemodialisis merupakan suatu membran atau selaput semi permeabel. Membran ini dapat dilalui oleh air dan zat tertentu atau zat sampah. Proses ini disebut dialisis yaitu proses berpindahnya air atau zat, bahan melalui membran semi

permiabel. Terapi hemodialisis merupakan teknologi tinggi sebagai terapi pengganti untuk mengeluarkan sisa-sisa metabolisme atau racun tertentu dari peredaran darah manusia seperti air, natrium, kalium, hidrogen, urea, kreatinin, asam urat, dan zat-zat lain melalui membran semi permiabel sebagai pemisah darah dan cairan terjadi proses difusi, osmosis dan ultra filtrasi (Brunner & Suddarth, 2001 dalam Nurani & Mariyanti, 2013).

#### b. Indikasi Hemodialisis

Indikasi yang terpenting ialah suatu keadaan sakit yang menjadi buruk dengan sifat. Cepatnya meningkat kekadaran kreatinin plasma mempunyai peran yang penting disbanding kadarnya dalam darah. (Surjono,2005 dalam Yunita,2015). Indikasi hemodialisis dibedakan menjadi HD emergency atau HD segera dan HD kronis (Daugirdas et al, 2007 dalam Kandarini 2013).

##### 1) Indikasi Hemodialisa Segera

Hemodialisis segera ialah terapi dialiysis yang secara cepat harus dilakukan seperti:

##### a) Kegawatan Ginjal

- 1) Klinis: keadaan uremik berat overhidrasi
- 2) Oligouria (produksi urine <200 ml/12 jam)
- 3) Anuria (produksi urine <50 ml/ 12 jam)

- 4) Hiperkalemia (terutama jika terjadi perubahan ECG)
  - 5) Asidosis berat (pH <7,1 atau bikarbonat <12 meq/l)
  - 6) Uremia (BUN >150 mg/dL)
  - 7) Ensefalopati uremikum
  - 8) Neuropati/miopati uremikum
  - 9) Neuropati/miopati uremikum
  - 10) Disnatremia berat (Na >160 atau <115mmol/L)
  - 11) Hipertermia
- b) Keracunan akut (alcohol, obat-obatan yang bias melewati membrane dialis)

## 2) Indikasi Hemodialisa Kronis

Hemodialisis kronis adalah hemodialisis yang dikerjakan berkelanjutan seumur hidup penderita dengan menggunakan mesin hemodialisis. Menurut Perhimpunan Dokter Spesialis Penyakit Dalam Indonesia (2006) dalam Lase (2011), pada umumnya indikasi dialisa pada GJK adalah apabila laju filtrasi glomerulus (LFG) sudah kurang dari 5 ml/menit, sehingga dialisis baru dianggap perlu dimulai bila dijumpai satu dari hal di bawah:

- a) Keadaan umum buruk dan gejala klinis nyata
- b) K serum >6 mEq/L
- c) Ureum darah >200 mg/L
- d) pH darah <7,1

e) Anuria berkepanjangan (>5 hari)

f) Fluid overloaded.

c. Dampak Hemodialisis

Menurut Smelzer dan Bare (2001d) dan Nephrology Channel, (2001) dalam Harmoko, (2011) dampak hemodialisis yang dirasakan pasien GGK menjalani terapi hemodialisis antara lain:

1) Nyeri dada

Nyeri dada dapat terjadi akibat hematokrit dan perubahan volume darah karena penarikan cairan. Perubahan volume menyebabkan terjadinya penurunan aliran darah ke miokard dan mengakibatkan berkurangnya oksigen miokard karena pCO<sub>2</sub> menurun bersamaan dengan terjadinya sirkulasi darah di luar tubuh (Kallenbac, 2005 dalam Farida, 2010).

2) Mual dan muntah

Mual dan muntah saat hemodialisis kemungkinan dipengaruhi oleh lamanya waktu hemodialisis, perubahan homeostatis selama hemodialisis, banyaknya ureum yang dikeluarkan dan besarnya ultrafiltrasi (Holley et al, 2007). Mual dan muntah dapat mengganggu aktifitas pasien, menyebabkan dehidrasi, ketidakseimbangan elektrolit dan kelelahan, meningkatkan rasa tidak nyaman (Amiyanti, 2009)



### 3) Kram otot

Intradialytic muscle cramping, biasa terjadi pada ekstremitas bawah. Beberapa faktor risiko terjadinya kram diantaranya perubahan osmolaritas, ultrafiltrasi yang terlalu tinggi dan ketidakseimbangan kalium dan kalsium intra atau ekstra sel (Kallenbach et al, 2005 dalam Farida 2010).

### 4) Pusing

Penyebab sakit kepala saat hemodialisis belum diketahui. Kecepatan UFR yang tinggi, penarikan cairan dan elektrolit yang besar, lamanya dialisis, tidak efektifitasnya dialisis, dan tingginya ultrafiltrasi juga dapat menyebabkan terjadinya headache intradialysis (Incekara et al, 2008 dalam Farida 2010).

### 5) Hipotensi

Hipotensi sering terjadi pada pasien yang menjalani hemodialisis dengan insidensi sekitar 20 - 25% dari semua sesi hemodialisis. Intradialytic hypotension (IDH) merupakan penurunan tekanan darah sistolik  $\geq 20$  mmHg atau penurunan Mean Arterial Pressure (MAP)  $> 10$  mmHg dan menyebabkan munculnya gejala – gejala seperti: perasaan tidak nyaman pada perut (abdominal discomfort); menguap, mual, muntah, gelisah, pusing dan kecemasan. Pasien yang sering mengalami IDH antara lain pasien diabetes CKD, penyakit

kardiovaskular, status nutrisi yang jelek dan hipoalbuminemia, uremic neuropathy atau disfungsi autonomic, anemia berat, tekanan darah sistolik presialisis <100 mmHg. Intervensi untuk mencegah terjadinya IDH antara lain: penggunaan temperature dingi, pengaturan profil natrium, peningkatan kadar kalsium dialisat, dan beberapa penggunaan prosecretory agents. (Ginting dala Yunita 2015).

#### 6) Anemia

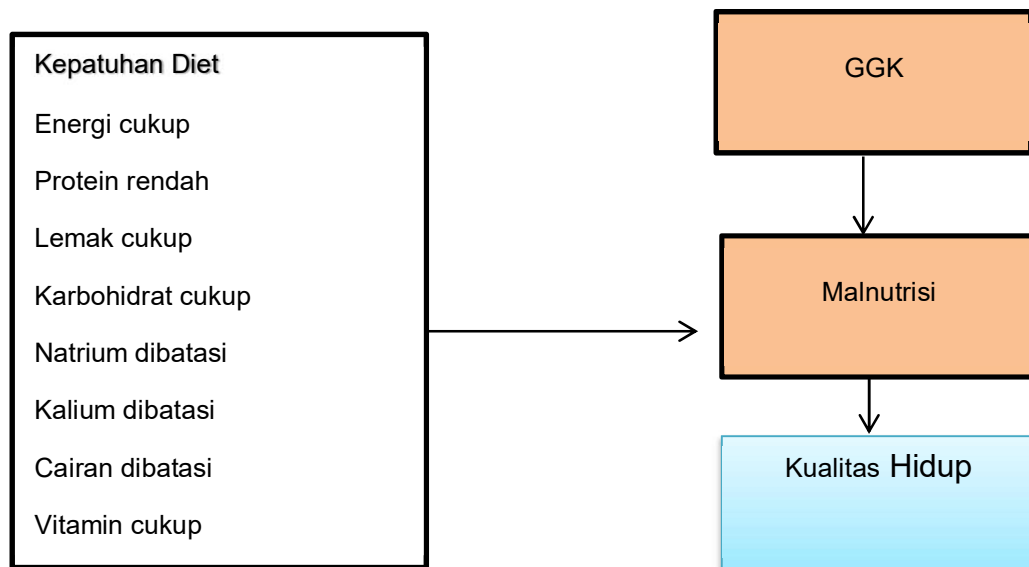
Anemia adalah kondisi klinis yang dihasilkan akibat insufisiensi suplai sel darah merah yang sehat, volume sel darah merah, dan atau jumlah hemoglobin (Hb) dengan hasil pemeriksaan laboratorium kadar Hb <11 gr/dl (Nurchayati, 2011). Menurut Penefri (2011) pasien GGK dikatakan anemia jika memiliki Hb  $\leq$ 10 gr/dl. Menurunnya kadar hemoglobin dikarenakan kehilangan darah akibat defisiensi sintesis pembentukan hormon eritropoietin dan terjadi pemendekan masa hidup eritrosit akibat terjadinya peningkatan hemolisis eritrosit. Faktor etiologi yang banyak terjadi pada pasien hemodialisis seperti seringnya pengambilan sampel darah, berkurangnya darah karena proses hemodialisis ataupun tingkat kerusakan ginjal yang lebih parah (Yendriwati, 2002 dalam Latifah et al, 2012 dan Astrini 2013).

## 7) Emboli

Emboli udara adalah salah satu masalah keamanan pasien yang paling serius pada unit hemodialisis. Emboli udara terjadi ketika udara atau sejumlah busa (microbubble) memasuki sistem peredaran darah pasien. Udara dapat memasuki sirkulasi pasien melalui selang darah yang rusak, kesalahan penyambungan selang darah, adanya lubang pada container cairan intravena, kantung darah dan perubahan letak jantung. Gejala yang berhubungan dengan terjadinya emboli udara adalah adanya sesak nafas, nafas pendek, dan kemungkinan adanya nyeri dada (Daugirdas, et al, 2007 dalam Farida, 2010).

### **B. Kerangka Teori Penelitian**

Kerangka teori merupakan suatu model konseptual yang menjelaskan dengan seperti apa seorang peneliti menyusun sebuah teori atau menghubungkan suatu teori dengan dan apakah ada faktor yang dianggap penting untuk masalah (Hidayat, 2007). Kerangka teori dalam penelitian ini sebagai berikut:



Gambar 2.1 Kerangka Teori Penelitian

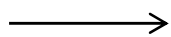
Keterangan :



: yang diteliti



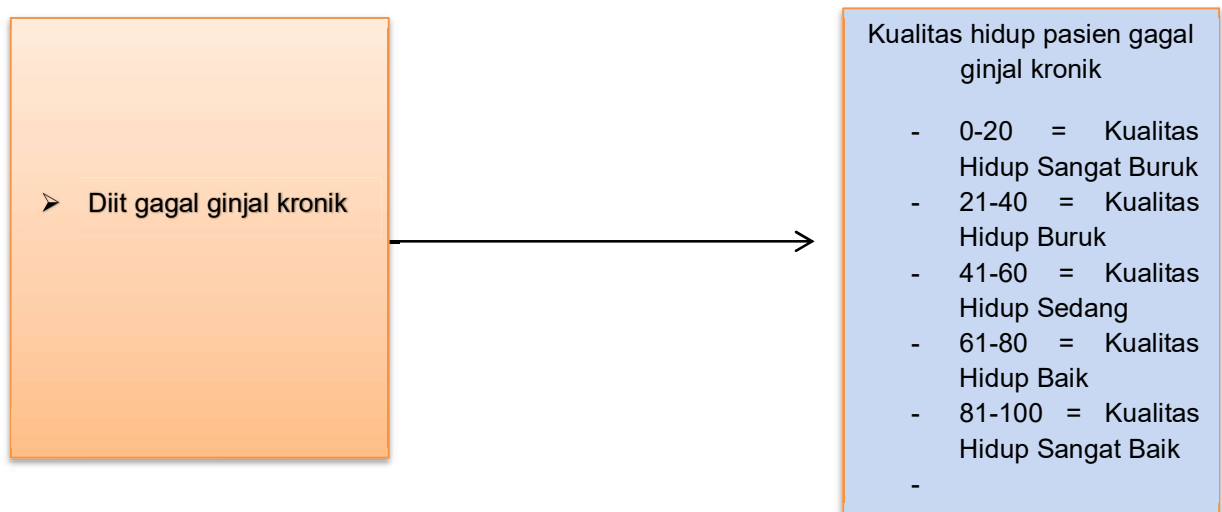
: yang tidak diteliti



: Berhubungan

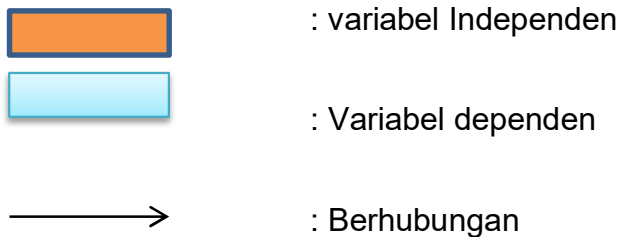
### C. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep penelitian ialah kerangka hubungan antara konsep-konsep yang ingin diamati atau diukur melalui penelitian yang akan dilakukan (Notoadmodjo, 2005). Kerangka konsep penelitian berdasarkan variabel-variabel dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :



Gambar 2.2 Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan :



#### D. Hipotesis

Sugiono (2009), Hipotesis ialah jawaban yang bersifat sementara terhadap rumusan masalah pada penelitian terkait, dimana telah dnyatakannya suatu rumusan masalah dalam bentuk pertanyaan. Dikatakan sementara Karena jawaban yang diberikan baru didasarkan pada teori. Hipotesis dirumuskan atas dasar kerangka pikir yang merupakan jawaban sementara atas masalah yang dirumuskan.

1. Hipotesis ( $H_a$ )

Ada hubungan yang bermakna antara diet dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronis

2. Hipotesis ( $H_0$ )

Tidak ada hubungan diet dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronis

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

Berdasarkan pembahasan dan uraian dari hasil penelitian maka peneliti dapat mengambil kesimpulan dan saran dari hasil telaah review penelitian tentang hubungan kepatuhan diet dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik pada 15 jurnal yang didapat sehingga menjadi acuan untuk perkembangan keilmuan di Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur.

#### **A. Kesimpulan**

Secara umum dari hasil telaah review dengan 15 jurnal didapatkan kesimpulan hasil bahwa kepatuhan menjalankan terapi diet terbukti berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien gagal ginjal kronis. terdapat perbedaan pada pasien yang patuh menjalani terapi hemodialisa terhadap penyakitnya dan pasien yang tidak patuh menjalani terapi hemodialisa.

Berdasarkan jurnal yang telah di kumpulkan selain dari masalah fisik, mental, penyakit, kepuasan pasien dan kepatuhan terapi diet yang mempengaruhi kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik terdapat pula faktor lain seperti usia, pendidikan, lamanya hemodialisa, motivasi, dukungan keluarga serta faktor psikologi yang terlibat didalam kepatuhan tersebut dimana pasien dapat mengetahui rangkaian tindakan yang ditetapkan untuk mengatasi penyakit gagal ginjal kronik. Pasien yang tidak patuh mayoritas memiliki kualitas hidup kurang karena alasan pasien merasa bosan, dan jenuh terhadap pengaturan

diet yang harus diperhatikan. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Kusniawati (2018) yang menjelaskan bahwa mayoritas pasien hemodialisa yang patuh terhadap terapi memiliki kualitas hidup yang baik dan yang tidak patuh memiliki kualitas hidup yang kurang. Secara umum dari hasil telaah review dengan 15 jurnal didapatkan kesimpulan bahwa tingkat kepatuhan diet mempengaruhi kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa.

## **B. Saran**

### **1. Bagi Pendidikan Keperawatan**

Diharapkan agar bisa menambahkan materi tentang kepatuhan diet untuk meningkatkan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik kedalam materi perkuliahan meningkatkan kualitas hidup gagal ginjal kronik.

### **2. Bagi Penelitian Selanjutnya**

Peneliti selanjutnya diharapkan dapat melakukan penelitian lanjutan agar mendapatkan faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal, dan penelitian yang langsung terjun ke ruang hemodialisa sehingga didapat data actual tentang kejadian di samarinda.

### **3. Bagi praktik keperawatan**

Diharapkan Praktek keperawatan agar dapat meningkatkan pelayanan edukasi pendidikan keperawatan agar pasien gagal ginjal



kronik tetap patuh terhadap terapi diet sehingga kualitas hidupnya meningkat.

## DAFTAR PUSTAKA

Adhyatma, K. 2011. Pengaruh Depresi terhadap Kualitas Hidup Pasien Penyakit Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis.

Alam, S. dan Hadibroto, I. 2007. *Gagal Ginjal: Informasi Lengkap untuk Penderita dan Keluarga*. Jakarta : PT Gramedia Pustaka Utama: 21.

Aziz, M., Witjaksono, J., Rasjidi, I. 2008. Panduan Pelayanan Medik: Model Interdisiplin Penetalaksanaan Kanker Servix dengan Gangguan Ginjal. Jakarta: EGC

Baradero, M., Dayrit, M., dan Siswadi, Y. 2008. Klien Gangguan Ginjal: Seri Asuhan Keperawatan. Jakarta.

Farida, A. 2010. Pengalaman Klien Hemodialisis Terhadap Kualitas Hidup dalam Konteks Asuhan Keperawatan di RSUP Fatmawati Jakarta. Dipublikasikan.

Indonesiannursing. 2008. Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Ketidapatuhan Perawatan Hemodialisis.

Mardyaningsih, D. 2014. Kualitas Hidup Pada Penderita Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Terapi Hemodialisis di RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso Kabupaten Wonogiri.

Nurchayati, S. 2010. Analisis Faktor – Faktor yang Berhubungan dengan Kualitas Hidup Pasien Penyakit Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis di Rumah Sakit Islam Fatimah Cilacap dan Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas. Tesis. Depok: Universitas Indonesia.

Rohmawati, E. 2011. Perbedaan Kualitas Hidup Antara Lansia yang Aktif dan yang Tidak Aktif Melakukan Kunjungan ke Posyandu. Tidak Dipublikasikan. Skripsi. Jember: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Skevington, S., Lotfy, M., dan O'Connell. 2004. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group.

Notoatmodjo, S. 2010. Metode Penelitian Kesehatan. Jakarta: RinekaCipta  
abdollahi, s. (2018). Nutritional Status of Patients with Chronic Kidney Disease in Iran: A Narrative Review. Retrieved from semanthic shoolar:

Akchurin, M. (2017). Chronic kidney disease and dietary measures to improve outcomes . pediatric clinic of north America, 247-267.