

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gagal ginjal kronik (GGK) didefinisikan sebagai kerusakan fungsi ginjal yang progresif dan tidak dapat pulih kembali, sehingga tubuh kehilangan kemampuannya untuk mempertahankan metabolisme, keseimbangan cairan dan elektrolit yang menyebabkan peningkatan uremia (Sumah, 2020). Penyakit gagal ginjal menjadi masalah kesehatan global dengan prevalensi dan insiden gagal ginjal yang meningkat, prognosis yang buruk dan pembiayaan yang tinggi. Prevalensi gagal ginjal kronik terus meningkat di karenakan peningkatan jumlah penduduk pada usia lanjut dan kejadian diabetes melitus serta penyakit hipertensi (Kemenkes, 2017).

Gagal ginjal kronik menjadi masalah kesehatan yang saat ini semakin bertambah kasusnya di dunia. Prevalensi Jumlah pasien gagal ginjal diprediksikan akan naik pada tahun 2025 di beberapa daerah seperti Asia Tenggara, Mediterania, dan Timur Tengah serta Afrika. Kenaikan kasus diperkirakan akan mencapai lebih dari 380 juta orang (Nurchayati dan Sofiana, 2011). WHO (2014) menyatakan bahwa secara global, lebih dari 500 juta orang menderita gagal ginjal kronik dan dari 50% kasus yang diketahui dengan gagal ginjal kronik hanya 25% yang mendapatkan pengobatan dan 12,5% yang dapat terobati dengan baik (Sinuraya & Lismayanur, 2019). Berdasarkan data dari Kementerian Kesehatan (2018), prevalensi GGK mengalami peningkatan sebesar 2% (499.800 jiwa) pada tahun 2013 dan menjadi 3,8% (713.783 jiwa) pada tahun 2018. Prevalensi pasien GGK di Provinsi Jawa Tengah menduduki peringkat ketiga yaitu sebanyak 96,794 jiwa dengan peringkat pertama diduduki oleh provinsi Jawa Barat sebanyak 131.846 jiwa (Kemenkes, 2018).

Pasien GGK yang sudah masuk stadium akhir perlu mendapatkan terapi yang bertujuan untuk menggantikan fungsi ginjalnya yang sudah tidak berfungsi, salah satunya dengan terapi hemodialysis bertujuan untuk memperpanjang kelangsungan hidup pasien CKD dan mengembalikan fungsi ginjal untuk meningkatkan kualitas hidup. Terapi hemodialisis ini dapat menghilangkan sisa metabolisme seperti air, natrium, kalium, hidrogen, urea, kreatinin, asam urat,

dan zat lain serta toksin tertentu dari manusia melalui membran semipermeabel yang memisahkan darah dan dialisat. Pasien gagal ginjal menjalani hemodialisis 1-3 kali seminggu, dan setiap 25 jam, kegiatan ini berlangsung 34 jam dengan sekali pengobatan. Kegiatan ini berlanjut sepanjang hidupnya (Mailani & Andriani, 2017).

Kadar kreatinin serum tinggi, hal ini dapat disebabkan karena dehidrasi, kelelahan, hipovolemia, atau asupan tinggiprotein. Dehidrasi pada pasien CKD yang menjalani terapi hemodialisis dapat sering terjadi, hal ini dikarenakan dalam terapi hemodialisis yang dilakukan, pasien akan banyak kehilangan penumpukan cairan dalam tubuhnya, sehingga tidak jarang pasien akan mengalami dehidrasi. Terjadinya dehidrasi menyebabkan ureum dan kreatinin dalam darah menjadi pekat sehingga kadar ureum dan kreatinin serum dalam darah menjadi meningkat yang akan menyebabkan kadar ureum dan kreatinin serum menjaditinggi, selain itu memiliki kadar kreatinin tinggi juga menyebabkan kelelahan, mual dan muntah, kram otot (Valencia Higuera, 2017).

Anemia pada pasien HD terjadi karena ureum yang tinggi mengganggu produksi hormone eritropoietin, akibatnya jumlah sel darah merah menurun dan menyebabkan terjadi penurunan jumlah sel merah yang mengangkut oksigen dan nutrisi ke seluruh tubuh, mekanisme inilah yang membuat ureum tinggi dapat menyebabkan fatigue.

Berdasarkan latar belakang tersebut maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian terkait asupan makan dengan kejadian gagal ginjal pada pasien CKD Stadium V di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang.

1.2 Tempat dan Lokasi

Kegiatan Magang Manajemen Asuhan Klinik dilaksanakan di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang secara luring yang berlangsung mulai tanggal 3 Desember- 5 Desember 2022. Pengambilan data dilakukan di Ruang Arjuna 1 / 1.2.