

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit Gagal Ginjal Kronik (PGK) merupakan proses patofisiologi yang menyebabkan penurunan fungsi ginjal (Syauqi A, Rachmawati Y T, 2014). Ketika fungsi ginjal menurun, ginjal kurang mampu menyaring darah, dan produk sisa metabolisme yang seharusnya dikeluarkan melalui urin menumpuk di dalam darah. Semakin sedikit produk sisa metabolisme yang terbuang, semakin sulit bagi ginjal untuk bekerja. Kidney Disease Outcome Quality Initiative (KDOQI) merekomendasikan pembagian GGK berdasarkan stadium dari tingkat penurunan Laju Filtrasi Glomerulus (LFG). Faktor yang mempengaruhi PGK adalah genetik, riwayat keluarga, jenis kelamin, usia, berat badan lahir rendah, obesitas, status sosial ekonomi, merokok, alkohol, narkoba, cedera gagal ginjal akut, diabetes melitus, hipertensi, factor resiko terbaru (Rumeyza, 2013).

Menurut World Health Organization (WHO) pada tahun 2015 mengemukakan bahwa angka kejadian PGK di seluruh dunia mencapai 10% dari populasi. Prevalensi PGK di dunia mengalami peningkatan sejak tahun 1990-2017 sebesar 41.5% dan pada tahun 2017 diperkirakan 1.2 juta jiwa meninggal dunia akibat PGK. Sementara itu, berdasarkan data dari Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 prevalensi PGK di Indonesia dengan populasi umur ≥ 15 tahun yang terdiagnosis PGK sebesar 0,2%. Angka ini lebih rendah dibandingkan prevalensi penyakit ginjal kronik di negara-negara lain. Sebagaimana besar asupan protein dalam kategori lebih 51,6%, diketahui, menurut (Ningsih et al., 2021) kadar BUN dan kreatinin pada pasien gagal ginjal kronis menunjukkan prevalensi 82,7%. Hal ini menunjukkan bahwa prevalensi kasus gagal ginjal kronis masih cukup tinggi (Kemenkes, 2019). Beberapa laporan menunjukkan juga bahwa prevalensi kekurangan gizi protein pada pasien dialisis tetap meningkat, berdasarkan penelitian Kusumastuti (2015), didapatkan prevalensi sebanyak 87% pasien PGK dengan asupan protein yang juga tidak baik.

Kegagalan ginjal dikarenakan kerusakan ginjal yang ditandai dengan gejala adanya protein dalam urin (proteinuria atau albuminuria), darah dalam urin (hematuria) dan kenaikan tingkat urea atau kreatinin (sisa produksi metabolisme protein) dalam darah. Menurut Kesnawan (2005), terapi yang paling banyak dilakukan pasien PGK di Indonesia adalah hemodialisa. Terapi Hemodialisis dilakukan terhadap pasien dengan penurunan fungsi ginjal berat, di mana ginjal tidak mampu lagi mengeluarkan produk-produk sisa metabolisme, mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit, serta memproduksi hormon-hormon. Masalah yang sering timbul pada proses hemodialisa adalah tingginya angka malnutrisi. Hal ini disebabkan adanya gejala gastrointestinal berupa anoreksia, mual, dan muntah disamping proses hemodialisisnya sendiri dapat menyebabkan kehilangan protein akibat proses dialisa. Prosedur hemodialisa dapat menyebabkan kehilangan zat gizi seperti protein, sehingga asupan harian protein seharusnya juga ditingkatkan sebagai kompensasi kehilangan protein, yaitu 1,2g/kg BB ideal/Hari. Kebutuhan protein normal adalah 10-15% dari kebutuhan energi total.

Penderita PGK dengan asupan protein dalam otot sehingga akan terjadi katabolisme protein. Sehingga pada pasien PGK dengan konsumsi protein yang cukup tidak akan terjadi peningkatan kadar BUN dan kreatinin dalam darah serta tidak akan memperberat kerja ginjal dalam mengekskresikan sisa metabolisme. Meningkatnya kadar BUN dalam darah dapat menandakan adanya masalah pada ginjal. Kadar kreatinin serum meningkat apabila fungsi ginjal menurun. Apabila penurunan fungsi ginjal yang berlangsung secara lambat bersamaan dengan penurunan massa otot, konsentrasi kreatinin dalam serum mungkin menjadi stabil, tetapi angka pembuangan (ekskresi) 24 jam akan lebih rendah daripada normal. (Rahayu, 2022). Anjuran untuk mengkonsumsi protein hendaknya 50% berasal dari protein dengan nilai biologis tinggi karena lebih lengkap kandungan asam amino esensialnya (Kencana Sari Devi, 2020). Jadi pasien gagal ginjal kronis harus memperhatikan asupan proteinnya, sehingga tidak memberikan kerja yang lebih berat terhadap ginjal untuk menyaring sebagian protein yang masuk ke dalam tubuh melalui makanan,

karena makanan yang banyak mengandung protein dapat meningkatkan kadar BUN dan kreatinin dalam darah.

Pada pasien penyakit PGK asupan protein dapat mempengaruhi kadar BUN dan kreatinin hal ini dibuktikan dengan penelitian Ma'shumah dkk. (2014) dimana konsumsi protein dalam jumlah banyak pada penderita penyakit PGK dengan hemodialisa rawat jalan di RS Tugurejo Semarang, dapat meningkatkan nilai BUN dan kadar kreatinin. Hal inilah yang menyebabkan adanya hubungan asupan protein dengan kadar BUN dan kreatinin (Agus Suryawan, 2016). Pada penelitian Damayanti (2017) yang dilakukan di RSUP Dr. Soeradji Tirtonegara Klaten menyatakan bahwa secara statistik responden dengan proporsi asupan protein yang tidak adekuat (lebih banyak mengonsumsi protein nabati) sebagian besar (95,5%) memiliki kadar kreatinin yang tinggi. Berdasarkan latar belakang tersebut, maka peneliti menganggap bahwa perlu dilakukan suatu penelitian untuk mengetahui bagaimana asupan protein terhadap kadar kreatinin dan kadar BUN pada penderita PGK dengan hemodialisis di RSUD Dr.Koesma Tuban.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan masalah yang terdapat dalam latar belakang diatas, dapat disimpulkan bahwa peneliti merumuskan masalah “bagaimana asupan protein sebelum & sesudah hemodialisis dengan kadar kreatinin & kadar BUN pada pasien PGK ?”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui asupan protein pada pasien PGK sebelum & setelah hemodialisis dengan kadar kreatinin & kadar BUN di RSUD dr. R. Koesma Tuban.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik pasien PGK dengan terapi hemodialisis di RSUD dr. R. Koesma Tuban.
- b. Mengetahui asupan protein pasien PGK sebelum hemodialisis di RSUD dr. R. Koesma Tuban.
- c. Mengetahui asupan protein pasien PGK sesudah hemodialisis di RSUD dr. R. Koesma Tuban.

- d. Mengetahui kadar kreatinin pasien PGK dengan terapi hemodialisis di RSUD dr. R. Koesma Tuban.
- e. Mengetahui kadar BUN pasien PGK dengan terapi hemodialisis di RSUD dr. R. Koesma Tuban.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi, wawasan, dan menambah pengalaman bagi calon ahli gizi.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi dengan peningkatan pengetahuan masyarakat tentang PGK dan dapat mengubah pola makan serta perilaku terkait gizi.

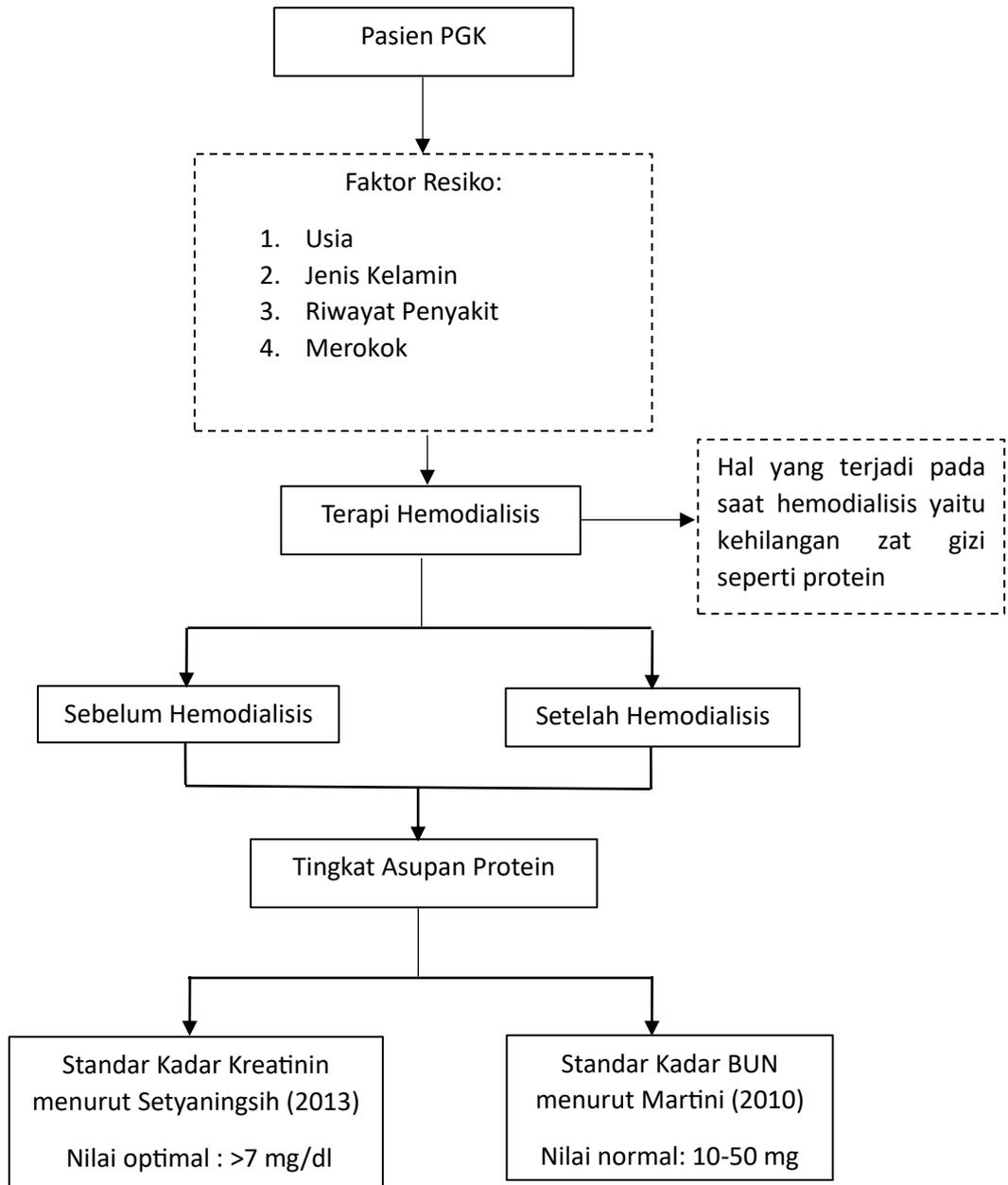
b. Bagi Institusi

Untuk rumah sakit dapat dijadikan masukan dalam hal pemberian konseling dan penyuluhan diet pasien PGK dengan terapi Hemodialisis.

c. Bagi Peneliti

Diharapkan dapat menjadi bahan referensi bagi pembaca dan dapat menjadi bahan untuk penelitian lebih lanjut tentang hubungan asupan protein terhadap kadar kreatinin dan kadar BUN penderita PGK dengan terapi hemodialisis.

E. Kerangka Konsep



Keterangan:

Variabel yang diteliti :

Variabel yang tidak diteliti :

Penjelasan Kerangka:

Pada PGK terjadi karena beberapa faktor yaitu usia, jenis kelamin, riwayat penyakit yang diderita, serta kebiasaan merokok. Pasien PGK akan melaksanakan tatalaksana PGK dengan terapi hemodialisis. Menurut Budiyo (2002) kegagalan ginjal dikarenakan kerusakan ginjal ditandai dengan gejala adanya protein dalam urin (proteinuria atau albuminuria), darah dalam urin (hematuria) dan kenaikan tingkat urea atau kreatinin (sisa produksi metabolisme protein) dalam darah. Untuk itu pasien PGK menjalani terapi hemodialisis yang akan menggantikan fungsi ginjal dalam fungsi ekskresi (membuang sisa-sisa metabolisme dalam tubuh, seperti BUN, kreatinin, dan sisa metabolisme yang lain), dan meningkatkan kualitas hidup pasien. Pada pasien PGK yang menjalani terapi hemodialisis akan mengonsumsi asupan protein tinggi karena untuk mempertahankan keseimbangan nitrogen dan mengganti asam amino yang hilang pada terapi hemodialisis. Prosedur hemodialisis menyebabkan kehilangan zat gizi, seperti protein, sehingga asupan harian protein seharusnya juga ditingkatkan sebagai kompensasi kehilangan protein. Sebelum dilakukan hemodialisis akan dilihat tingkat konsumsi asupan protein dan dibandingkan dengan tingkat konsumsi asupan protein sebelum dan sesudah menjalani hemodialisis. Asupan protein yang kurang dan dalam jangka waktu yang lama, dapat mengakibatkan malnutrisi, dapat meningkatkan risiko morbiditas dan mortalitas. Kadar BUN dan kreatinin dalam darah dipengaruhi oleh asupan protein, asupan protein yang tinggi akan menyebabkan kadar BUN dan kreatinin melebihi standar optimum. BUN dan kreatinin merupakan produk akhir dari metabolisme protein yang harus dikeluarkan dari tubuh.