

KEBIJAKAN MEDIK PADA PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK DENGAN HEMODIALISIS DI RS HASAN SADIKIN BANDUNG

MEDICAL POLICY IN CHRONIC KIDNEY DISEASE PATIENTS WITH HEMODIALISIS AT HASAN SADIKIN HOSPITAL

Dewi Marhaeni Diah Herawati¹, Eko Fuji Ariyanto¹

¹Departemen Ilmu Gizi Medik Fakultas Kedokteran Universitas Padjajaran

ABSTRACT

Background: Prevalence of Chronic Kidney Disease in dialysis's patients in Indonesia has increased. Some of them occurred with malnutrition inflammation complex syndrome and lead to death. This study aims to determine the intake of protein and energy, and determine factors that cause the low intake of nutritions.

Methods: Design of the study was mixed methods using embedded concurrent strategy. Research paradigm was constructivism whereas qualitative research conducted in-depth interviews and observations. Quantitative research has been done with a descriptive approach, observational, using secondary data and perform 24 Hour Recall and Food Frequency Questionnaire (FFQ). The study was conducted at Hemodialysis Unit, Hasan Sadikin Hospital from June to September 2013, with a total sampling. Qualitative and quantitative data analysis has been done, followed by analysis of policy and analysis for policy for establishing a medical policy for chronic kidney disease patients receiving medical hemodialysis.

Result: The average protein intake of the patients was 1.32 g/kg/day. Interval of protein intake of 0.5 g/kg /day (lowest) until 2.8 g/kg/day (highest). 24% of patients had protein intake under 1 g /kg BW/day and 22.8% was above 1.5 g/kg BW/day. Average energy intake was 2001 kcal patient/day (930 kcal/day - 3196.9 kcal/day). Qualitative analysis resulted in seven themes which causes nutrient low intake. The themes were underlying diseases (such as diabetes mellitus and hypertension), length of dialysis, frequency and number of dialysis, effects of dialysis, body's response, cost factor, counseling and education. Most of respondents felt suffer from anemia and complained of nausea and vomiting. Body responses varied widely among them.

Conclusion: Protein intake of dialysis patients as recommended by K/DOQI, but not accordance to energy intake. Protein and energy intake of Jamkesmas's holder patients were lower than recommendation of K/DOQI. The cause of lower intake of nutrients due to the underlying disease, length of dialysis, frequency and number of dialysis, effects of dialysis, body responses, cost factors and lack of counseling and education. Counseling and education of the patients hospital is needed. Government should be encourage medical policy in the management of patients with chronic kidney failure are comprehensive, in primary care, secondary and tertiary. Government must provide competent personnel, facilities and supporting infrastructure, service standards and standard operating procedures are required for each level of service.

Keywords: *hemodialysis patients , malnutrition , medical policy*

ABSTRAK:

Latar Belakang: Prevalensi pasien Penyakit Ginjal Kronik (PGK) yang menjalani hemodialisis di Indonesia mengalami peningkatan. Beberapa diantaranya terjadi *malnutrition inflammation complex syndrome* dan berujung pada kematian. Penelitian bertujuan untuk mengetahui asupan protein dan energi, serta mengetahui faktor-faktor yang menyebabkan rendahnya asupan nutrisi.

Metode: Desain penelitian adalah *mixed method* dengan menggunakan strategi *concurrent embedded*. Paradigma penelitian adalah *constructivisme*. Penelitian kuantitatif dengan pendekatan deskriptif, observasional menggunakan data skunder dan melakukan 24 Hour Recall dan Food Frequency Questionnaire (FFQ). Penelitian kualitatif dilakukan dengan wawancara mendalam dan observasi. Penelitian dilakukan di Unit Hemodialisis Rumah Sakit Hasan Sadikin Bandung bulan Juni-September 2013 dengan total sampling. Dilakukan analisis data kualitatif dan kuantitatif yang diikuti *analysis of policy* dan *analysis for policy* untuk merumuskan kebijakan medik pada pasien PGK yang menjalani hemodialisis.

Hasil: Rata-rata asupan protein pasien adalah 1,32 gr/kg BB/Hari. Asupan protein terendah 0,5 gr/kg BB/hari, tertinggi 2,8 gr/kg BB/hari. Asupan protein pada 24% pasien dibawah 1 gr/kg BB/hari; 22,8% diatas 1,5 gr/kg BB/hari. Rata-rata asupan energi pasien 2001 kkal/hari, asupan terendah 930 kkal/hari, tertinggi 3196,9 kkal/hari. Analisis kualitatif menghasilkan 7 tema yang menjadi penyebab rendahnya asupan nutrisi yaitu penyakit dasar (diabetes mellitus, hipertensi), lama dialisis, frekuensi dan jumlah dialisis, efek dialisis, respon tubuh, faktor biaya dan konseling serta edukasi. Efek dialisis yang paling dikeluhkan adalah anemia, mual dan muntah. Respon tubuh diantara pasien sangat bervariasi. Konseling dan edukasi dari pihak rumah sakit sangat dibutuhkan pasien.

Kesimpulan: Asupan protein pasien sesuai rekomendasi K/DOQI, namun belum sesuai untuk asupan energi. Asupan protein dan energi pasien Jamkesmas lebih rendah dari rekomendasi K/DOQI. Penyebab rendahnya asupan nutrisi disebabkan karena penyakit dasar yang menjadi penyebab PGK, lama dialisis, frekuensi dan jumlah dialisis, efek dialisis, respon tubuh, faktor biaya dan tidak adanya konseling dan edukasi. Pemerintah harus mendorong kebijakan medik dalam penanganan pasien gagal ginjal kronik yang komprehensif, di pelayanan primer, skunder dan tertier. Untuk tercapainya kebijakan medik tersebut pemerintah harus menyediakan tenaga yang kompeten, sarana dan prasarana pendukung, standar dan protap yang dibutuhkan untuk masing-masing level pelayanan.

Kata Kunci: *pasien hemodialisis, malnutrisi, kebijakan medik*

LATAR BELAKANG

Prevalensi Penyakit Ginjal Kronik (PGK) meningkat baik di negara maju seperti di Amerika Serikat dan Jepang maupun negara berkembang seperti Afrika dan Indonesia. Menurut Widiana¹, saat ini di Indonesia diperkirakan ada 1: 10.000 orang yang menderita PGK. Kementerian Kesehatan belum memiliki data yang tepat berapa jumlah penderita PGK di Indonesia. Data mengenai jumlah penyakit tidak menular seperti hipertensi, Diabetes Mellitus, Jantung dan PGK masih sulit diketahui dengan pasti. Prevalensi PGK tahap akhir, berdasarkan data dari Perhimpunan Nefrologi di Indonesia, adalah 12,5% atau sekitar 18 juta orang².

Hemodialisis dilakukan jika telah terjadi tahap akhir kerusakan ginjal. Pada tahap ini fungsi ginjal tidak dapat kembali normal, sehingga diperlukan dialisis seumur hidup. Hemodialisis berfungsi untuk menyaring, membuang sisa metabolisme serta kelebihan cairan dan unsur kimiawi dalam darah. Malnutrisi energi protein sering terjadi pada pasien yang menjalani dialisis³.

Malnutrisi pada penderita hemodialisis disebabkan oleh beberapa faktor antara lain anorexia yang merupakan efek dari penyakit kronik yang menjadi dasar terjadinya PGK dan juga akibat proses dialisis serta perubahan endokrin yang dapat meningkatkan katabolisme asam amino dan glukoneogenesis³. Terjadinya malnutrisi juga disebabkan karena adanya respon inflamasi yang ditandai dengan peningkatan kadar C-Reactive Protein (CRP) plasma. Peningkatan level serum pro-inflamasi sitokin menyebabkan pasien kehilangan nafsu makan dan mengakibatkan perubahan pada asupan makanan. Reaksi inflamasi yang kronik serta kurangnya nafsu makan dapat mengakibatkan morbiditas dan mortalitas.

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa prevalensi gizi kurang sekitar 16-54%, dimana 30% pasien mengalami malnutrisi ringan sampai sedang dan 6-8% pasien mengalami malnutrisi berat. Angka morbiditas dan mortalitas pada pasien hemodialisis di Amerika Serikat cukup tinggi mencapai sekitar 24% pertahun³. Keadaan ini juga terjadi di Indonesia.

Penatalaksanaan nutrisi sangat diperlukan dalam penatalaksanaan pasien hemodialisis. Asupan gizi yang baik diharapkan dapat meningkatkan atau mempertahankan status gizi pasien hemodialisis dan merupakan suatu upaya dalam mencegah terjadinya komplikasi. Status gizi yang baik juga mendukung kualitas hidup pasien menjadi lebih baik. Oleh karena itu pengaturan asupan zat gizi merupakan salah satu komponen penting dalam terapi penyakit ginjal kronik yang menjalani dialisis.

Penelitian tentang asupan zat gizi dan faktor-faktor yang memengaruhi redahnya asupan zat gizi pada pasien Penyakit Ginjal Kronik yang menjalani hemodialisis di Indonesia belum banyak dilakukan. Penelitian ini sangat penting karena dapat dijadikan dasar dalam merumuskan kebijakan medik untuk pasien yang menjalani hemodialisis sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Desain penelitian adalah *mixed method* dengan strategi *concurrent embedded*⁴, dimana penelitian kuantitatif *embedded* dalam penelitian kualitatif. Penelitian kualitatif digunakan untuk membuat kuesioner *Eating Pattern Recall* dan untuk mengetahui faktor-faktor yang memengaruhi redahnya asupan zat gizi pada pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis di Rumah Sakit Dr. Hasan Sadikin Bandung. Paradigma penelitian adalah *constructivisme*. Penelitian kuantitatif dengan pendekatan deskriptif, *observational*. Dilakukan *24 Hour Recall* selama tiga hari yaitu dua hari kerja dan satu hari libur, selain itu juga dilakukan *Food Frequency Questionnaire* (FFQ).

Subjek penelitian adalah pasien Penyakit Ginjal Kronik (PGK) yang menjalani hemodialisis baik laki-laki maupun perempuan dari semua golongan usia di Unit Hemodialisis Rumah Sakit Hasan Sadikin Bandung pada periode Juni-September 2013 yang memenuhi kriteria dan bersedia mengikuti penelitian. Jumlah sampel yang diambil adalah total sampling. Analisis data dilakukan dengan transkripsi, reduksi, koding, kategorisasi, membuat tema dan membangun teori^{4,5}. Untuk menjamin *trustworthiness* dilakukan melalui *credibility, transferability, dependability* dan *confirmability*^{5,6}. Analisis kebijakan dilakukan dalam dua tahap⁷, yaitu *analysis of policy* yang diperoleh dari hasil penelitian dan *analysis for policy* untuk merumuskan kebijakan medik pada pasien PGK yang menjalani hemodialisis serta mengusulkan alternatif kebijakan lain yang lebih rasional serta bermanfaat untuk peningkatan *quality of life* dari pasien.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Hasil *analysis of policy* menunjukkan bahwa unit rawat jalan pelayanan dialisis belum memiliki protap penatalaksanaan nutrisi, protap yang ada adalah untuk pelayanan dialisis. Terapi nutrisi belum menjadi bagian dari terapi dialisis, hal ini terlihat dari hasil wawancara maupun observasi yang dilakukan baik pada pasien Askes maupun Jamkesmas.

Aktor yang terlibat dalam pelayanan dialisis adalah dokter subspecialis ginjal, dokter jaga ruang

pelayanan, kepala perawat ruang pelayanan dialisis dan beberapa perawat jaga. Ruang pelayanan dialisis untuk pasien Askes berbeda dengan pasien Jamkesmas, terlihat bahwa ruang pelayanan pasien Askes lebih baik, nyaman dan bersih dari pada ruang pelayanan pasien Jamkesmas. Tenaga yang memberikan pelayanan dialisis pada pasien Askes dan Jamkesmas adalah sama. Rumah Sakit belum memiliki UPF Gizi, yang ada adalah instalasi gizi yang dikelola oleh dietisien. Oleh karena itu rumah sakit belum memiliki dokter spesialis gizi. Dietisien yang bertugas di instalasi gizi belum banyak terlibat di ruang pelayanan dialisis.

Pelayanan dialisis merupakan pelayanan "one day care" karena pasien tidak membutuhkan rawat inap. Hal tersebut, kemungkinan yang menjadi penyebab mengapa dietisien belum banyak terlibat dalam ruang pelayanan dialisis. Belum adanya kebijakan medik bahwa terapi nutrisi menjadi bagian dari terapi dialysis, diduga menjadi salah satu faktor yang memengaruhi rendahnya asupan nutrisi pasien.

Hasil dari analisis kualitatif ditemukan beberapa kategori yang dapat digunakan untuk membuat kuesioner tentang *Eating Pattern Recall (EPR)*. Adapun kategori tersebut meliputi selera makan, faktor pencetus gangguan makan, jumlah, waktu dan frekuensi makan, menu makan utama dan camilan dan konsumsi suplemen. Hasil analisis data kualitatif untuk faktor yang menjadi penyebab rendahnya asupan nutrisi ditemukan tujuh tema yaitu: penyakit dasar, lama dialisis, frekuensi dan jumlah dialisis, efek dialisis, respon tubuh, faktor biaya serta tidak adanya konseling dan edukasi.

Karakteristik Pasien

Mayoritas pasien yang menjalani dialisis berusia diatas 55 tahun (42%), namun ada pasien yang berusia kurang dari 25 tahun (4%). Penghasilan pasien yang menjalani dialisis terbanyak adalah antara Rp1.000.000,00-Rp3.000.000,00 sangat jarang yang memiliki penghasilan antara Rp5.000.000,00-Rp10.000.000,00. Mayoritas pasien berpendidikan SMA (40,96%), sedang terendah adalah berpendidikan SD (10,84). Hampir keseluruhan pasien tidak mengeluarkan uang secara langsung untuk membiayai dialisisnya karena 91,57% telah dibiayai oleh Askes dan Jamkesmas, namun masih ada sekitar 3,6% pasien yang mengeluarkan uang secara langsung. Berdasarkan pengukuran status gizi, 34,9% pasien masuk dalam kategori gizi kurang, 9,6% gizi lebih dan 16,85% termasuk kategori obese.

Gambaran Asupan Protein dan Energi

Rata-rata asupan protein pasien adalah 1,32 gr/kg BB/Hari. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa rata-rata asupan protein pasien memang sesuai dengan standar yang telah direkomendasikan K/DOQI. Asupan protein pasien terendah adalah 0,5 gr/kg BB/hari sedang tertinggi adalah 2,8 gr/kg BB/hari. Pasien yang asupan proteinnya dibawah 1 gr/kg BB/hari ada 24% sedang yang asupan proteinnya diatas 1,5 gr/kg BB/hari ada 22,8%.

Rata-rata asupan energi pasien adalah 2001 kkal/hari, asupan energi terendah adalah 930 kkal/hari sedang tertinggi adalah 3196,9 kkal/hari. Pasien yang asupan energinya 930 kkal/hari memiliki berat badan 42 kg, sehingga seharusnya asupan energi pasien adalah 1260-1470 kkal. Asupan energi tersebut sangat kurang dibanding dengan energi yang dibutuhkan pasien. Pasien yang asupan energi 3196,9 kkal/hari memiliki berat badan 85 kg, sehingga idealnya asupan energi pasien adalah 2550-2975.

Penyebab Rendahnya Asupan Nutrisi Penyakit Dasar Penyakit Ginjal Kronik

Mayoritas pasien sebelum didiagnosis Penyakit Ginjal Kronik (PGK), memiliki penyakit dasar seperti diabetes mellitus, hipertensi dan infeksi ginjal, penyakit tersebut menjadi penyebab terjadinya PGK. Berdasarkan data skunder yang diperoleh dari rumah sakit, penyakit dasar terjadinya PGK tertinggi adalah hipertensi (41%), diabetes melitus (25%), hipertensi dan diabetes melitus (11%) serta penyakit lainnya. Pada umumnya pasien tidak memahami bahwa hipertensi atau diabetes mellitus kronis dapat menyebabkan terjadinya PGK. Selama mereka menderita penyakit tersebut, pasien tidak mendapat informasi yang detil dari petugas kesehatan yang merawatnya tentang komplikasi yang akan mereka alami. Pasien tidak melakukan upaya yang optimal terhadap diet nutrisi, Hampir keseluruhan pasien merasa sangat syok dan kaget terhadap komplikasi dari penyakit kronis yang dideritanya.

".....ya akhirnya pas pertama mah memang Dok... saya juga shock.... jadi hati belum bisa menerima kenapa saya gini... gini... gini....., ya akhirnya tiap ada yang nanya sama ibu....ditanya kepala sekolah nangis....., tapi mungkin ya setahunan kaya gitu..... sering dirawat akhirnya....." (R.6).

Etiologi terjadinya PGK paling tinggi disebabkan karena nefropati diabetikum (41%), HRD (19%), glomerulopati primer (17%) dan glomerulo nephrotic kronis (11%). Kejadian nefrotic diabetikum lebih tinggi

pada perempuan (49%) dibanding dengan laki-laki (32%), glomerulopati primer lebih tinggi pada perempuan (26%) dibanding dengan laki-laki (7,5%), namun glomerulo nephrotic kronis lebih tinggi pada laki-laki (18%) dibanding perempuan (5%).

Lama Dialisis

Lama pasien menjalani dialisis sangat bervariasi ada yang kurang dari 1 tahun, bahkan ada yang lebih dari 10 tahun. Berdasarkan informasi dari responden rumah sakit, bahwa lama pasien menjalani dialisis antara pasien Askes dan Jamkesmas berbeda. Pasien Askes rata-rata bisa bertahan antara 6-8 tahun sedang pasien Jamkesmas rata-rata hanya bertahan 3 tahun. Perbedaan tersebut disebabkan karena asupan nutrisi pasien Jamkesmas jauh lebih buruk dari pada pasien Askes.

Frekuensi dan Jumlah Dialisis

Frekuensi hemodialisis rata-rata dilakukan seminggu dua kali. Lama dialisis pasien Askes adalah 6-8 tahun, sehingga rata-rata jumlah dialisis adalah 720-960 kali, sedangkan pasien Jamkesmas rata-rata jumlah dialisis 360 kali. Wawancara dilakukan pada pasien yang menjalani dialisis dibawah 100 kali dan diatas 1000 kali. Pasien yang menjalani HD kurang dari 100 kali pada umumnya masih kebingungan dan kesulitan dengan diet makannya.

“.....memang sebelum di HD itu sekitar Januari Februari ini...nafsu makan masih kurang..... Apalagi waktu itu kan harus diet katanya gitu. Tapi setelah HD diet tidak seketat sebelumnya..... jadi masih suka bingung makan apa..... kesini-kesininya sih sudah agak mendingan, tapi tidak semaksimal dulu sewaktu sehat.....Tapi memang kalau makanan sekarang juga tidak seperti waktu sehat dulu. Susah sekali makan.....Kalau ingin nafsu makan mesti di.. ..apa nih makan yang enak...” (R.2).

Pada pasien yang sudah menjalani dialisis diatas 1000 kali pada umumnya terjadi penurunan nafsu makan yang cukup drastis.

“.....Pas kesini... nah... sekitar dua tahun tiga tahun sekarang ini saya makan terus drastis... makanya saya kurus sekali sekarang. Jadi... satu... satu piring itu ga habis. Ya.. memang ga nafsu, gitu... sekarang. Sudah pake ayam pake itu pake ini... ya... divariasilah... Pakai sop, pakai itu... Tetap ga nafsu.....saya lemas sekali, kurus... Kalau makan banyak saya ga kuat sekarang.....” (R.7).

Efek Dialisis

Efek yang ditimbulkan sejak pasien menderita PGK dan menjalani dialisis sangat bervariasi. Pada umumnya pasien mengeluh lemas, mual, mau muntah, sakit kepala, tidak punya nafsu makan, sesak nafas, sembelit, rasa haus terus, kulit kering, bersisik dan gatal, sakit di daerah perut, anemia, insomnia namun ada juga yang mengeluh menjadi impotensi. Keluhan yang paling sering adalah mual dan ingin muntah, hal ini dirasakan oleh seluruh pasien. Efek yang menonjol yang dikeluhkan oleh pasien adalah anemia, namun pada pasien laki-laki ada yang mengeluh impotensi.

“.....cuma kaya sekarang nih ini Hb nya lagi turun gak tau kenapa gara – garanya karna kecapean itu mungkin kan makannya kurang bener, Hb nya turun 7,7..... kalau udah turun kan susah makan....gak selera makan.....” (R.6).

“.....Satu tahun saya sudah tidak bisa hubungan sama istri. Percuma... ah udah... sampe nangis-nangis. Untung ini istri saya ga kabur. Banyak teman-teman saya yang istrinya kabur, kawin lagi. Wah. Banyak dulu. Haji juga rek kawin lagi. Ga kuat. Di situ bebannya beratnya tu.....”(R.7).

Berdasarkan pengamatan yang dilakukan, pada umumnya pasien Jamkesmas kulitnya terlihat lebih hitam, kusam, bersisik, kering dan sangat kurus dibanding pasien Askes. Hal tersebut disebabkan karena asupan nutrisi pasien Askes jauh lebih baik dari pada pasien Jamkesmas.

Respon Tubuh

Pasien merasa bingung dengan perubahan diet yang harus dilakukan. Pada stage 2-3 PGK pasien diminta untuk diet ketat rendah protein, stage 4 PGK pasien diwajibkan diet sangat rendah protein. Pada stage 5 PGK, pasien tidak lagi diwajibkan diet sangat rendah protein tetapi diet cukup protein dan energi, meskipun terbatas. Pasien tetap harus diet rendah kalium, yang banyak terdapat pada sayuran dan buah-buahan. Oleh karena itu pasien harus berhati-hati dalam mengkonsumsi sayur dan buah-buahan. Respon tubuh pasien terhadap sayur dan buah-buahan sangat bervariasi. Ada pasien yang makan buah anggur, pepaya atau sayur tidak masalah, namun beberapa pasien merasakan hal tersebut menjadi masalah. Respon tubuh yang diberikan juga sangat bervariasi, mulai dari sesek, mual, mau muntah dan menggigil kedinginan.

“.....terus memang pola makan dan pola minum yang harus betul-betul dijaga. Tapi kadang makanan ini orang lain tidak bisa menerima, kok tubuh saya bisa. Jadi saya itu saja. Dulunya kan saya diet ketat sekali dok. tempe tahu ga boleh dulu waktu dirawat. Tapi akhirnya setelah tiga bulan berjalan saya coba makan tahu tempe satu kerat, oh kok bisa ga ada apa-apa...” (R.2).

“....misalnya hari besoknya pepaya untuk dicoba dulu aja awal – awal Doktapi kalau misalkan gak lama kan kalau ada pengaruhnya 1 jam juga udah langsung kerasa dingin badan teh kaya dari kulkas gitu.... Nah itu berarti gak aman buat saya makan lagi....” (R.6).

“.....kalau ibu kan yang menimbulkan sesek terasa teh anggur, jeruk, terus duren sesek pisan. Tapi ada yang gak sesek gitu. Jadi gimana kekuatan tubuh mungkin....” (R.8).

Selain buah-buahan dan sayuran, ternyata bumbu masakan juga bisa menimbulkan rasa mual dan mau muntah. Pasien lebih senang makan masakan dirumah yang diolah sendiri dibanding dengan beli di rumah makan atau warung, karena bumbu masakan pada makanan yang beli di rumah makan atau warung makan lebih tajam dibanding memasak sendiri. Bumbu masakan yang tajam menjadi pemicu timbulnya rasa mual dan mau muntah. Selain bumbu masakan ternyata selai roti juga dapat menimbulkan respon tubuh menjadi mual dan ingin muntah.

Faktor Biaya

Faktor utama dari sisi non medis yang berpengaruh terhadap terjadinya rendahnya asupan nutrisi pada pasien PGK adalah masalah biaya. Biaya yang dibutuhkan untuk melakukan dialisis sangat tinggi sekali dan itu menyebabkan rumah tangga pasien menjadi “berantakan” karena seluruh harta yang dimiliki dijual untuk biaya dialisis. Stress yang tinggi akibat kehilangan harta benda, menanggung biaya keluarga serta rasa sakit yang dialaminya menyebabkan pasien benar-benar kehilangan selera makan.

“.....udah habis-habisan. Hah, ga keitung lah.....pesangon habis, tabungan habis, harta benda habis.... Ga mau bertengkar sama istri gimana... pasti bertengkar. Habis semua.... Saya dulu nyicil-nyicil tuh habis.... Mana anak saya harus sekolah... Masa anak saya ga sekolah... Tiga tuh. Makanya aduh, kurang-kurangnya...saya jadi gak doyan makan.... sampai kurus sekali.... Hampir-hampir saya bunuh diri dulu.....” (R.7).

Pasien Jamkesmas tidak bermasalah dengan biaya dialisis, karena sudah ditanggung pemerintah. Biaya

yang dibutuhkan oleh pasien adalah untuk membeli makanan yang mengandung nutrisi yang dibutuhkan oleh tubuh. Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan di unit pelayanan dialisis pada umumnya pasien banyak mengkonsumsi makanan camilan seperti keripik.

Konseling dan Edukasi

Belum adanya konseling dan edukasi di ruang pelayanan dialisis menyebabkan pasien sering merasa kebingungan dengan jenis dan porsi makan yang boleh dikonsumsi. Beberapa pasien berinisiatif sendiri ataupun melalui keluarganya mencari informasi asupan makanan yang tepat dan aman yang dapat mereka konsumsi agar menu makan dapat lebih bervariasi. Pelayanan dialisis merupakan pelayanan “one day care”, setelah dialisis selesai pasien langsung pulang kerumah. Pada umumnya dialisis dilakukan selama empat jam, dimulai jam 8 sampai dengan jam 12. Tenaga yang bertugas di ruang pelayanan dialisis adalah dokter jaga berjumlah sekitar dua orang, kepala ruang pelayanan dialisis dan beberapa tenaga perawat yang berjaga.

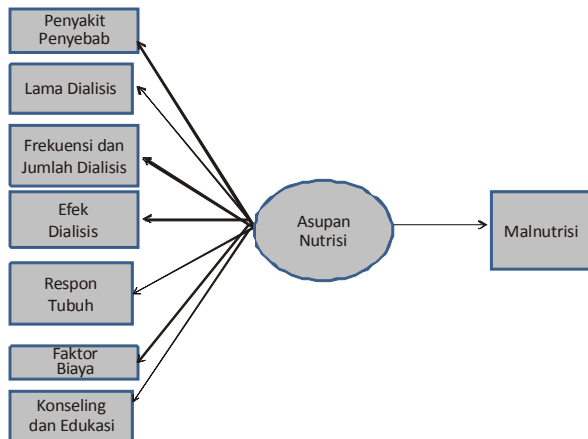
Rumah Sakit belum menyediakan sarana dan prasarana ruang konseling pasien di unit pelayanan dialisis. Keterbatasan jumlah tenaga dietisien menyebabkan tidak seluruh ruang pelayanan mendapat tenaga dietisien yang mampu memberikan pelayanan konseling dan edukasi. Selain keterbatasan jumlah tenaga dietisien mungkin juga disebabkan karena kemampuan tenaga dalam memberikan konseling dan edukasi yang tepat juga menjadi salah satu penyebab. Rumah sakit juga belum mempunyai dokter spesialis gizi yang dapat memberikan terapi nutrisi yang tepat untuk pasien. Berdasarkan pengamatan, dokter jaga yang ada lebih berkonsentrasi pada proses dialisis yang dijalani pasien, begitu pula perawat. Hal tersebut juga diungkapkan oleh responden yang ada dalam ruang perawatan maupun dokter yang menjadi narasumber.

Rumah sakit sebetulnya telah melakukan kegiatan edukasi pada pasien dalam bentuk ceramah, namun tempatnya bukan di ruang pelayanan dialisis tetapi di aula rawat jalan rumah sakit. Materi yang diberikan meliputi cara makan yang sehat dan cara beristirahat. Hanya ada beberapa pasien yang pernah mengikuti kegiatan ceramah, namun karena materinya tidak spesifik untuk pasien PGK yang menjalani hemodialisis serta asupan nutrisi yang tepat, maka banyak pasien yang tidak mau mengikuti ceramah tersebut.

“.....saya tidak ikut, tapi orang mah ada pernah ikut. Tapi ga disini dok, di aula

katanya..... Jadi cara-caranya makan sehat....., katanya gitu, yang ikut kesana..... Cara-caranya beristirahat..... Ada ceramahnya..... bukan tentang penyakit saya dan gimana supaya saya dapat makan lebih baik.....” (R.4).

Dari hasil analisis kualitatif ini maka peta konsep yang diperoleh adalah sebagai berikut:



Gambar 1. Peta Konsep

Hipotesis yang dibangun dari hasil penelitian kualitatif adalah bahwa rendahnya asupan nutrisi pasien CKD yang menjalani dialisis disebabkan oleh karena penyakit penyebab, lama dialisis, frekuensi dan jumlah dialisis, efek dialisis, respon tubuh, faktor biaya serta konseling dan edukasi. Rendahnya asupan nutrisi dapat berpengaruh terhadap kejadian malnutrisi.

Pembahasan

Hasil penelitian menunjukkan asupan nutrisi pada 24% pasien berada dibawah standar yang direkomendasikan. Kebutuhan asupan protein untuk pasien dialisis adalah 1,2-1,4 gr/kg BB/hari⁸. Asupan protein yang direkomendasikan oleh K/DOQI untuk pasien hemodialisis berkesinambungan adalah lebih dari atau sama dengan 1,2 gr/kgBB/hari⁹. Rekomendasi K/DOGI untuk asupan energi adalah 30-35 kkal/hari⁹. Masih banyak pasien yang asupan energinya dibawah rekomendasi K/DOGI. Kecukupan energi dan protein untuk pasien dialisis sangat diperlukan, dimana kecukupan energi digunakan untuk mencegah katabolisme jaringan tubuh sedang kecukupan protein digunakan untuk menjaga keseimbangan nitrogen dan mencegah berlebihnya akumulasi sisa metabolisme saat dialisis¹⁰. Kecukupan

energi sangat dibutuhkan karena digunakan untuk menjaga keseimbangan berat badan dan lemak tubuh⁸.

Hasil wawancara mendalam terhadap pasien Jamkesmas, terlihat bahwa asupan energi maupun protein pasien sangat kurang, karena pasien tidak mempunyai uang untuk membeli makanan yang memiliki kandungan nutrisi yang dibutuhkan. Keadaan ini diperberat dengan kondisi pasien karena terjadi perubahan pada indra perasa dan adanya gangguan gastrointestinal akibat proses dialisis⁹. Hampir keseluruhan pasien Jamkesmas yang menjalani dialisis memiliki status gizi kurang, dimana status gizi kurang dapat menjadi prediktor terjadinya mortalitas. Kondisi fisik pasien Jamkesmas terlihat lebih kurus, kulit hitam dan bersisik, sangat jauh berbeda dengan pasien Askes yang nampak lebih sehat. Beberapa pasien askes terlihat kelebihan berat badan baik *overweight* maupun *obese*.

Pasien yang menjalani dialisis membutuhkan biaya yang sangat tinggi, karena biaya tersebut digunakan untuk pemeriksaan laboratorium, bahan habis pakai, tenaga, dokter dan pendaftaran dan biaya tidak langsung seperti biaya listrik, depresiasi, pemeliharaan, kebersihan, pengadaan alat serta biaya linen dan laundry¹¹. Rata-rata pasien yang menjadi responden dalam penelitian ini membutuhkan 2 kali dialisis perminggu, ada pasien yang telah menjalani dialisis diatas 15 tahun. Rata-rata lama pasien menjalani dialisis adalah 33,3 bulan. Jika dalam 1 minggu pasien menjalani dua kali dialisis maka rata-rata pasien menjalani dialisis selama 333 kali. Biaya yang dibutuhkan untuk sekali dialisis sangat bervariasi tergantung dari tipe dan jenis rumah sakit yang melayani. Penelitian yang dilakukan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta terhadap kebutuhan seluruh biaya dialisis adalah Rp912.751,00¹¹.

Berdasarkan data yang diperoleh dari unit dialisis RS Hasan Sadikin rata-rata pasien Jamkesmas hanya mampu bertahan menjalani dialisis selama 3 tahun, sedang pasien Askes mampu bertahan selama 6-8 tahun. Kebutuhan biaya dialisis selama 3 tahun untuk pasien Jamkesmas adalah Rp328.590.360,00 per pasien. Kebutuhan biaya dialisis untuk pasien Askes selama 6-8 tahun berkisar antara Rp657.180.720,00–Rp876.040.960,00 per pasien. Saat ini Pemerintah melalui Kemenkes menetapkan tarif untuk dialisis adalah sekitar Rp600.000,00 sehingga biaya yang dibutuhkan untuk membiayai pasien Jamkesmas adalah Rp216.000.000,00 per pasien. Kebutuhan biaya pasien Askes yang menjalani dialisis berdasar tarif yang ditetapkan oleh Kemenkes adalah

Rp432.000.000,00–Rp576.000.000,00 per pasien. Jika dibandingkan dengan tarif untuk transplantasi ginjal adalah sekitar Rp200.000.000,00 sampai dengan Rp300.000.000,00 maka biaya yang dibutuhkan untuk hemodialisis jauh lebih besar dari pada transplantasi ginjal. Kebutuhan biaya untuk pasien gagal ginjal terminal yang dilakukan terapi dengan peritoneal dialisis lebih murah dari pada dengan hemodialisis.

Pada umumnya kualitas hidup pasien yang menjalani dialisis menurun cukup drastis dibanding ketika masih sehat. Hal ini disebabkan adanya inflamasi yang diakibatkan oleh akumulasi toksin uremia, *under weight*, stres oksidatif, disregulasi metabolik dan nutrisi, disfungsi imun serta terapi farmakologi.^{12,13} Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kualitas hidup pasien yang menjalani dialisis mengalami penurunan, dimana pasien Askes memiliki kualitas hidup yang lebih baik dari pada pasien Jamkesmas. Pasien Askes pada umumnya masih dapat melakukan aktifitas baik di rumah maupun kantor, meskipun tidak seaktif ketika belum terkena PGK. Pasien Jamkesmas karena kebanyakan memiliki status gizi kurang maka aktifitas fisiknya menjadi sangat terbatas. Penelitian yang dilakukan di Lahore Pakistan menunjukkan kesamaan dengan penelitian ini, kualitas hidup pasien yang telah menjalani dialisis selama lebih dari 8 bulan mengalami penurunan, durasi dialisis berbanding terbalik dengan kualitas hidup, selain itu pasien yang memiliki penyakit diabetes kualitas hidupnya lebih jelek dari pada yang tidak memiliki diabetes¹⁴.

Analysis of policy yang diusulkan adalah, pemerintah mendorong kebijakan medik dalam mengatasi permasalahan pasien dialisis baik di pelayanan primer, skunder dan tertier. Pelayanan primer lebih ditujukan untuk pelayanan promotif dan preventif terjadinya PGK. Pelayanan skunder dan tertier ditujukan untuk terapi pasien gagal ginjal kronik.

Kebijakan medik dalam pelayanan primer adalah seluruh fasilitas pelayanan primer melakukan pelayanan secara komprehensif dan reguler pada seluruh pasien hipertensi dan diabetes melitus. Pelayanan yang dilakukan meliputi pemeriksaan fisik, laboratorium, farmakologi maupun pemberian konseling diet untuk asupan nutrisi. Konsekwensi dari kebijakan ini adalah pemerintah menyediakan dan meningkatkan kualitas tenaga kesehatan dalam penatalaksanaan pasien hipertensi dan diabetes melitus secara komprehensif. Selain itu pemerintah harus menyediakan sarana prasarana penunjang, serta menyediakan protap dan standar pelayanan untuk penyakit hipertensi, diabetes mellitus dan penyakit

lainnya yang menjadi penyebab terjadinya PGK. Dampak kebijakan ini adalah adanya pengembangan program *home care* dan SDM harus profesional.

Kebijakan medik dalam pelayanan skunder adalah seluruh pelayanan sekunder mampu melakukan penapisan kepada pasien yang terindikasi PGK. Pelayanan sekunder juga mampu memberikan terapi hemodialisis pada pasien yang terkena gagal ginjal terminal. Konsekwensi kebijakan tersebut adalah pemerintah menyediakan sarana dan prasarana untuk pelayanan dialisis, membuat protap dan standar pelayanan, menyediakan tenaga dokter spesialis penyakit dalam dan subspecialis ginjal, dokter spesialis gizi dan dietisien. Dampak kebijakan ini adalah adanya pelayanan *home care* yang dilakukan oleh tenaga kesehatan rumah sakit, SDM lebih komunikatif dan profesional, beban pekerjaan petugas lebih berat.

Kebijakan dalam pelayanan tertier ada tiga alternatif yang dapat dilakukan oleh pihak rumah sakit yaitu melakukan hemodialisis, peritoneal dialisis dan transplantasi ginjal. Terapi hemodialisis dilakukan pada pasien yang kondisi umumnya sudah kurang baik. Konsekwensi dari kebijakan ini adalah bahwa paket pelayanan hemodialisis meliputi pelayanan dialisis dan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) serta konseling dan edukasi. Selain itu, setiap bulan dilakukan pemeriksaan antropometri dan laboratorik serta pemberian konseling nutrisi. Dampak kebijakan ini adalah penghitungan unit cost INA CBG untuk pasien dialisis harus lebih detail.

Peritoneal dialisis dapat menjadi alternatif dari terapi dialisis. Konsekwensi dari kebijakan ini dibutuhkan dokter dan perawat yang terlatih dan siap menjadi pendamping pasien serta melakukan monitor terhadap kesehatan pasien. Program *home care* sangat dibutuhkan, dimana dokter atau perawat melakukan konseling dan edukasi nutrisi, melakukan monitoring terhadap asupan nutrisi serta status gizi pasien. Pemerintah memberikan PMT pada pasien. Dampak positif dari kebijakan ini adalah terapi dilakukan sendiri oleh pasien baik di rumah maupun di kantor, biaya relatif lebih murah dari pada hemodialisis. Pasien dapat lebih bebas mendapat asupan makanan dan minuman dibanding dengan terapi hemodialisis. Terapi ini juga lebih baik dalam mempertahankan fungsi ginjal sisa, bersifat kontinu, efek toksisitas kepada jantung lebih sedikit serta menghindari komplikasi hemodialisis¹⁵. Dampak negatif dari terapi ini adalah adanya kegagalan teknis dalam pemakaian alat dan komplikasi metabolik.

Transplantasi ginjal dapat menjadi alternatif lain setelah dialisis. Terapi transplantasi sebaiknya

dilakukan pada pasien yang kondisi umumnya masih sangat baik dan masih usia produktif. Pilihan kebijakan untuk transplantasi bukan merupakan pilihan yang mudah. Beberapa konsekuensi yang harus dihitung dengan detail adalah adanya beberapa tahap pemeriksaan sebelum mendapat tindakan transplantasi. Pemeriksaan tersebut meliputi golongan darah resepien harus sama dengan pendonor, tes Human Leucocyte Antigens (HLAs) dan tes uji silang organ untuk mengetahui adanya kesamaan antara resepien dan pendonor. Perlu dipikirkan apakah ginjal berasal dari pendonor yang masih hidup atau pendonor yang baru saja meninggal, untuk itu dibutuhkan *informed consent* dari pihak keluarga pendonor. Dampak positif dari transplantasi ini adalah biaya lebih murah dibanding hemodialisis, kualitas hidup pasien menjadi jauh lebih baik. Dampak negatif dari transplantasi adalah pasien harus minum obat immunosupresan seumur hidup, dimana obat tersebut dapat mengakibatkan efek samping seperti katarak dan lain-lain. Selain itu, kualitas hidup pendonor akan menurun dibanding sebelumnya.

KESIMPULAN DAN SARAN

Rata-rata asupan protein pasien sudah sesuai dengan rekomendasi K/DOQI sedang asupan energi belum sesuai dengan rekomendasi K/DOQI. Namun demikian masih banyak pasien terutama pasien Jamkesmas yang asupan protein dan energinya lebih rendah dari rekomendasi K/DOQI. Asupan protein dan energi sebagian pasien Askes melebihi rekomendasi K/DOQI. Penyebab rendahnya asupan nutrisi disebabkan karena penyakit dasar yang menjadi penyebab PGK, lama dialisis, frekuensi dan jumlah dialisis, efek dialisis, respon tubuh, faktor biaya dan tidak adanya konseling dan edukasi.

Untuk mencegah peningkatan pasien gagal ginjal terminal, pemerintah harus mendorong terwujudnya kebijakan medik di semua tingkat pelayanan kesehatan meliputi pelayanan primer, sekunder dan tertier. Pelayanan primer harus mampu memberikan pelayanan secara komprehensif meliputi pemeriksaan fisik, laboratorium, farmakologi maupun pemberian konseling diet asupan nutrisi yang tepat. Pelayanan sekunder harus mampu melakukan penapisan kepada pasien yang terindikasi PGK serta mampu memberikan pelayanan secara komprehensif pada pasien gagal ginjal terminal. Pelayanan tertier mampu memberikan pelayanan hemodialisis, peritoneal dialisis dan transplantasi ginjal secara komprehensif. Untuk tercapainya kebijakan medik tersebut pemerintah harus menyediakan tenaga yang kompeten, sarana dan prasarana pendukung, stan-

dar dan protap yang dibutuhkan untuk masing-masing level pelayanan.

REFERENSI

1. Widiana IGR. Distribusi geografis penyakit ginjal kronik di Bali: komparasi formula Cockcroft-Gault dan formula modification of diet in renal disease. *J Peny Dalam*. 2007;8(3):198-204.
2. Suhardjono. Penyakit ginjal kronik adalah suatu wabah baru (global epidemic) di seluruh dunia. Annual meeting Perhimpunan Nefrologi Indonesia. 2009;1-9.
3. Joel D. Pathophysiology of protein energy wasting in chronic renal failure. *The Journal of Nutrition*. 1999;129:247S-51S.
4. Creswell JW, editor. *Research Design: Qualitative, quantitative and mixed methods approach*. Third ed. California: SAGE Publications, Inc; 2009.
5. Denzin NK, Lincoln YS. *Qualitative research*. Pustaka Pelajar. 2009.
6. Alwasilah, A.C. *Pokoknya kualitatif, dasar-dasar merancang dan melakukan penelitian kualitatif*. Pustaka Jaya. Bandung. 2002.
7. Buse K, Mays N, Walt G. *Making health policy*. London School of Hygiene and Tropical Medicine. 2005.
8. Cano E, Fiaccadori E, Tesinsky P, Toigo G, Druml W. *ESPEN Guidelines on enteral nutrition: adult renal failure clinical nutrition*. 2006;25:295-310.
9. National Kidney Foundation. *K/DOQI clinical practice guidelines for bone metabolism and disease in chronic kidney disease*. *Am J Kidney Dis* 2003;42(4 suppl 3):S1-201.
10. Kartono SD, Darmi F, RR. Penyusunan diet pada gagal ginjal kronik dengan dialisis. In Sediabutar RP, editor. *Gizi pada gagal ginjal kronik*. Jakarta: Perhimpunan Nefrologi Indonesia. 1992.
11. Primadinta, Marwati T, Solikhah. Analisa cost sharing perhitungan tarif hemodialisis masyarakat miskin di Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Unit 1 Yogyakarta. *Jurnal Kesmas*. 2011; 5(3):162-232.
12. Kusek JW. Cross-sectional study of health-related quality of life in African Americans with chronic renal insufficiency: The African American study of kidney disease and hypertension trial. *Am J Kidney Dis*. 2002;39(3):513-24.
13. Maor Y, King M, Olmer L, Mozes B. A Comparison of three measures: the time trade-off technique, global health-related quality of life

- and the SF-36 in dialysis patients. *J Clin Epidemiol*. 2001;54(6):565-70.
14. Anees M, Hameed F, Mumtaz A, Ibrahim M, Khan M. Dialysis-related factors affecting quality of life in patients on hemodialysis. *Iranian Journal of Kidney Diseases*. 2011;5(1):9-14.
 15. Laporan Khusus Symposium international society of peritoneal dialysis. *CDK-198*. 2012;39(10):788-791.