



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGALAMAN KLIEN HEMODIALISIS TERHADAP
KUALITAS HIDUP DALAM KONTEKS ASUHAN
KEPERAWATAN DI RSUP FATMAWATI
JAKARTA**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh
gelar Magister Ilmu Keperawatan**

**ANNA FARIDA
0806445975**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI PASCA SARJANA ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
DEPOK, JULI 2010**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Anna Farida

NPM : 0806445975

Tanda Tangan :

Tanggal : Juli 2010



HALAMAN PENGESAHAN

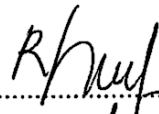
Tesis ini diajukan oleh

Nama : Anna Farida
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Judul Tesis : Pengalaman Klien Hemodialisis Terhadap Kualitas Hidup Dalam Konteks Asuhan Keperawatan Di RSUP Fatmawati Jakarta

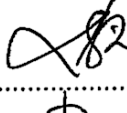
Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan Medikal Bedah pada Program Studi Pasca Sarjana Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

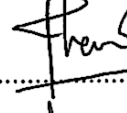
Pembimbing I : Dr. Ratna Sitorus, SKp., M. App. Sc.

()

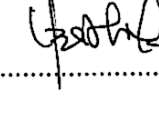
Pembimbing II : Astuti Yuni Nursasi, SKp.,MN

()

Penguji I : Tuti Herawati, SKp.,MN

()

Penguji II : Bertha Farida, SKp., M.Kep

()

Ditetapkan di : Depok
Tanggal : Juli 2010

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT karena atas rahmat dan karuniaNya, peneliti dapat menyelesaikan tesis dengan judul “Pengalaman klien hemodialisis terhadap kualitas hidup dalam konteks asuhan keperawatan di RSUP Fatmawati Jakarta“. Dalam penyusunan tesis ini, peneliti mendapatkan banyak bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak, untuk itu peneliti mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Dewi Irawati, Ph.D. sebagai Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Krisna Yetti, SKp., M.App.Sc. sebagai Ketua Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
3. DR. Ratna Sitorus, SKp.,M.App.Sc sebagai Pembimbing I yang telah banyak memberikan masukan, arahan, dan motivasi kepada peneliti dalam penyusunan tesis ini.
4. Astuti Yuni Nursasi, SKp., MN. Sebagai pembimbing II yang juga telah memberikan masukan, arahan, dan motivasi kepada peneliti dalam penyusunan tesis ini.
5. Dr. Chairul Radjab Nasution, Sp.PD, KGEH, FINASIM, M.Kes, sebagai Direktur Utama RSUP Fatmawati Jakarta
6. Suami tercinta, Budiarto yang terus setia mendampingi dan memberikan motivasi dalam menyelesaikan studi.
7. Anak-anakku tersayang, Audy Kariana Putri dan Aumita Kirana Putri yang terus memberikan semangat dalam menyelesaikan studi.
8. Ibunda tercinta, Asma Firdaus, atas kasih sayang dan sumbangan doa yang tidak ternilai harganya.
9. Kakak – kakak dan adik-adikku tercinta, atas dukungan moril dan doa yang sangat berarti.
10. Rekan-rekan seangkatan dan seperjuangan pada Program Magister Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah angkatan 2008 atas motivasi dan dukungannya.

11. Serta semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang berperan dalam penyusunan tesis ini.

Peneliti menyadari penyusunan tesis ini jauh dari sempurna. Oleh karena itu peneliti mengharapkan masukan berupa saran dan kritik yang membangun demi kesempurnaan tesis ini.

Depok, Juli 2010

Peneliti



**HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR
UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Anna Farida
NPM : 0806445975
Program Studi : Program Magister Ilmu Keperawatan
Kekhususan : Ilmu Keperawatan Medikal Bedah
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneklusif** (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul :

**PENGALAMAN KLIEN HEMODIALISIS TERHADAP KUALITAS
HIDUP DALAM KONTEKS ASUHAN KEPERAWATAN DI RSUP
FATMAWATI JAKARTA**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikianlah pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya

Dibuat di : Depok
Pada tanggal : Juli 2010
Yang menyatakan

(Anna Farida)

ABSTRAK

Nama : Anna Farida
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah
Judul : Pengalaman Klien Hemodialisis Terhadap Kualitas Hidup
Dalam Konteks Asuhan Keperawatan
Di RSUP Fatmawati Jakarta

Hemodialisis merupakan salah satu terapi pengganti ginjal yang paling banyak dipilih di Indonesia. Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran tentang pengalaman hidup klien dengan hemodialisis terhadap kualitas hidup dalam konteks asuhan keperawatan di RSUP Fatmawati. Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Data didapat dengan wawancara mendalam terhadap 6 partisipan yang terdiri dari 3 laki-laki dan 3 perempuan, usia 27 – 60 tahun dengan lamanya menjalani hemodialisis 2 – 10 tahun. Hasil wawancara di analisa dengan menggunakan metode Colaizzi. Hasil penelitian didapatkan 5 tema yaitu: perubahan pemenuhan kebutuhan dasar klien, kualitas spiritual meningkat, kualitas fisik dan psikologis menurun, puas akan pelayanan keperawatan, kebutuhan memperoleh dukungan sosial. Berdasarkan penelitian ini dapat disimpulkan bahwa klien hemodialisis mengalami perubahan terhadap kondisi fisik, psikologis, sosial, ekonomi dan spiritual. Namun sebagian besar klien sudah dapat beradaptasi dengan kondisi yang dihadapi.

Kata kunci : Hemodialisis, kualitas hidup, pengalaman

ABSTRACT

Name : Anna Farida
Study Program : Master program in medical surgical nursing science
Title : The experiences of hemodialysis patients on quality of life in the on nursing care context at Fatmawati Hospital Jakarta.

Hemodialysis is one of the most renal replacement therapy was choose in Indonesia. The purpose of the study was to explore the experiences of hemodialysis patients on quality of life in the on nursing care context at Fatmawati Hospital Jakarta. This study used qualitative research methods with the approach of phenomenology. Data obtained with a dept interviews from 6 participants, they were 3 male and 3 female, participants age ranged between 27 – 60 years. Duration of received maintenance hemodialysis from 2 to 10 years. The result was analyzed used Colaizzi method. The result obtained five themes : the change of basic human needs, the spiritual quality increases, the quality of physical and psychological decreases, satisfied with nursing service , the need for social support, Based on this research concluded that hemodialysis patients experiencing changed in physical, psychological, social, economic and spiritual, but most patients are able to adapted to the their conditions uncountered.

Keywords : Hemodialysis, quality of life, experiences

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vi
ABSTRAK.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR SKEMA.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
BAB 1 : PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	9
1.3 Tujuan Penelitian.....	10
1.4 Manfaat Penelitian.....	11
BAB 2 : TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Penyakit Ginjal Kronik	12
2.2 Hemodialisis.....	16
2.3 Asuhan Keperawatan Klien Hemodialisis.....	27
2.4 Kualitas Hidup Klien Hemodialisis.....	32
2.5 Peran Perawat di Unit Hemodialisis	36
2.6 Dukungan Sosial Bagi Klien Hemodialisis	42
2.7 Pendekatan Fenomenologi Pada Penelitian Kualitatif... ..	45
BAB 3 : METODE PENELITIAN	
3.1 Rancangan Penelitian.....	46
3.2 Partisipan	47
3.3 Tempat dan Waktu Penelitian.....	48
3.4 Etika Penelitian	49
3.5 Alat Pengumpul Data	51
3.6 Prosedur Pengumpulan Data	52
3.7 Analisa Data	54
3.8 Keabsahan Data	55
BAB 4 : HASIL PENELITIAN	
4.1 Gambaran dan Karakteristik Partisipan	57
4.2 Analisis Tematik.....	57
4.2.1. Perubahan Pemenuhan Kebutuhan Dasar Klien... ..	58
4.2.2. Kualitas Spiritual Meningkat	65
4.2.3. Kualitas Fisik dan Psikologis Menurun	67
4.2.4. Puas Akan Pelayanan Keperawatan	69
4.2.5. Kebutuhan Memperoleh Dukungan Sosial	71

BAB 5	: PEMBAHASAN	
5.1	Interpretasi Hasil Penelitian	74
5.2	Keterbatasan Penelitian	95
5.3	Implikasi Dalam Keperawatan	97

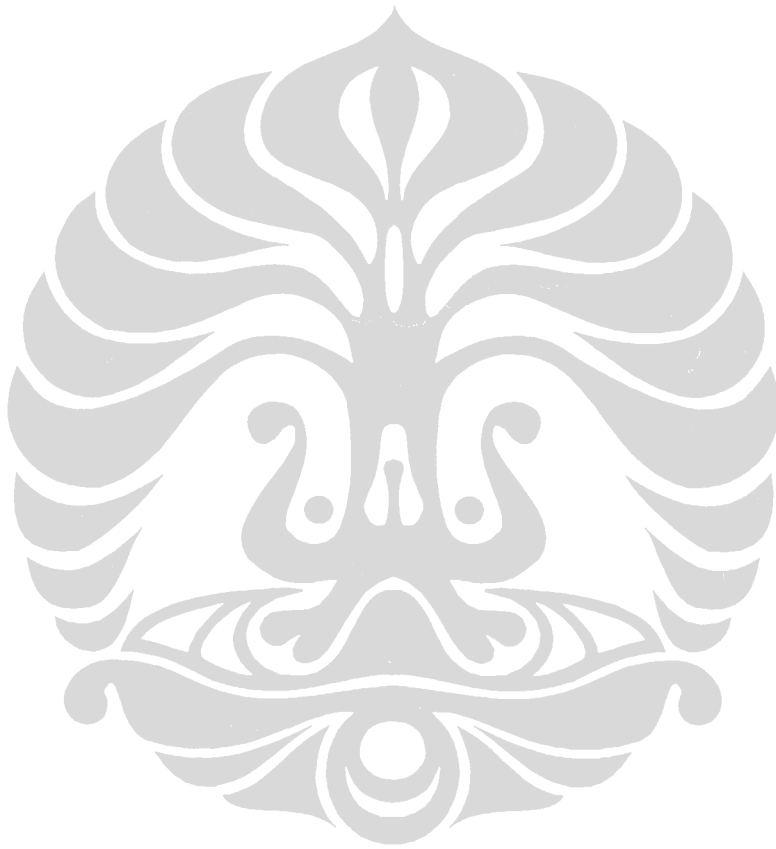
BAB 6	: SIMPULAN DAN SARAN	
6.1	Simpulan	98
6.2	Saran	99

DAFTAR PUSTAKA



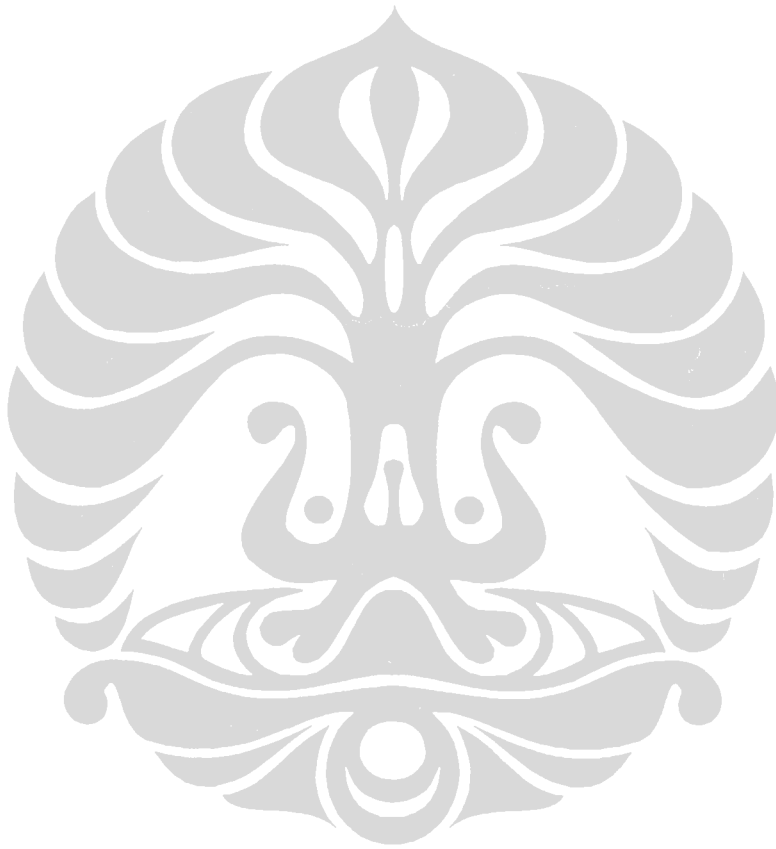
DAFTAR TABEL

1. Tabel 2.1. Penyebab Penyakit Ginjal Kronik..... 13
2. Tabel 2.2. Konsentrasi substansi dalam darah dan dialisat..... 20



DAFTAR SKEMA

1. Skema 2.1 Sistem Hemodialisis..... 22
2. Skema 2.2 Skala Pengukuran Kualitas Hidu 34



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I : Surat Pengantar Partisipan

Lampiran 2 : Lembar persetujuan bersedia sebagai partisipan

Lampiran 3 : Panduan Wawancara

Lampiran 4 : Biodata Partisipan

Lampiran 5 : Field Note

Lampiran 6 : Keterangan Lolos Kaji Etik

Lampiran 7 : Permohonan izin penelitian

Lampiran 8 : Lampiran Analisa Tema

Lampiran 9 : Daftar Riwayat Hidup



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Penyakit Ginjal Kronik (*Cronic Kidney Disease/CKD*) adalah gangguan fungsi ginjal yang progresif, bersifat *irreversible* dan menyebabkan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme serta keseimbangan cairan dan elektrolit sehingga mengakibatkan terjadi uremia (Smeltzer, et al, 2008). Penyakit ginjal kronik terdiri dari beberapa tahap, dimana tahap akhir dari penyakit ginjal kronik disebut dengan Penyakit ginjal tahap akhir (*End State Renal Disease/ESRD*). ESRD ditunjukkan dengan ketidakmampuan ginjal dalam mempertahankan homeostasis tubuh (Ignatavicius & Workman, 2006) dengan nilai laju filtrasi glomerulus kurang dari 15 ml/menit/1,73 m² (Suwitra, 2006).

Berdasarkan data dari *United Stated Renal Data System (USRDS)* tahun 2005 diketahui bahwa lebih dari 300.000 orang Amerika mengalami ESRD (Al-Arabi, 2006). Pada tahun 2008 didapatkan lebih dari 470.000 orang hidup dengan ESRD, dan setiap tahun terus bertambah lebih dari 100.000 orang didiagnosa dengan ESRD (Kring & Crane, 2009). Di Amerika individu dengan ESRD terus bertambah dari 261,3 per 1000 penduduk pada tahun 1994 menjadi 348,6 per 1000 penduduk pada tahun 2004 (Kring & Crane, 2009). Individu dengan ESRD meningkat rata-rata 6,5 % per tahun di Canada (*Canadia Institute for Health Information [CIHI]*, 2005 dalam Harwood, et al, 2009). Kondisi ini juga terjadi di Indonesia. Penderita penyakit ginjal kronik di Indonesia sampai tahun 2007 mencapai 70.000 dan tersebar di seluruh Indonesia (Sinar Harapan, 2008).

Terapi pengganti ginjal menjadi satu-satunya pilihan bagi klien dengan penyakit ginjal tahap akhir untuk mempertahankan fungsi tubuh (Lemone & Burke, 2008). Terapi pengganti ginjal dapat berupa transplantasi atau dialisis, yang terdiri dari dialisis peritoneal dan hemodialisis. Saat ini

hemodialisis merupakan terapi pengganti ginjal yang paling banyak dilakukan dan jumlahnya dari tahun ke tahun terus meningkat. Data dari USRDS menyebutkan bahwa di Amerika Serikat lebih dari 65% klien dengan ESRD mendapatkan terapi hemodialisis (Smeltzer, et al, 2008). Berdasarkan data dari Indonesia Renal Registry, suatu kegiatan registrasi dari Perhimpunan Nefrologi Indonesia, dikatakan bahwa terjadi peningkatan klien HD sebesar 5,2 %, dari 2148 orang pada tahun 2007 menjadi 2260 orang pada tahun 2008 (Soelaiman, 2009).

Hemodialisis merupakan suatu cara untuk mengeluarkan produk sisa metabolisme berupa zat terlarut (solut) dan air yang berada dalam darah melalui membran semipermeabel atau yang disebut *dialyzer* (Thomas, 2004; Price & Wilson, 2005), dimana proses dialisis tergantung pada prinsip fisiologis, yaitu difusi dan ultrafiltrasi. Tujuan utama dari hemodialisis adalah mengendalikan uremia, kelebihan cairan dan ketidakseimbangan elektrolit yang terjadi pada klien penyakit ginjal kronik (Kallenbach, et al, 2005). Hal ini dikarenakan sistem ginjal buatan yang dilakukan oleh *dializer* memungkinkan terjadinya pembuangan sisa metabolisme berupa ureum, kreatinin dan asam urat, pembuangan cairan, mempertahankan sistem buffer tubuh, serta mengembalikan kadar elektrolit tubuh (Lewis, 2000).

Hemodialisis terbukti efektif mengeluarkan cairan, elektrolit dan sisa metabolisme tubuh, dan pada klien penyakit ginjal tahap akhir membantu kelangsungan hidup klien dengan menggantikan fungsi ginjal. Jika tidak dilakukan terapi pengganti ginjal maka klien akan meninggal.

Prosedur hemodialisis sangat bermanfaat bagi klien penyakit ginjal tahap akhir, namun bukan berarti tidak berisiko dan tidak mempunyai efek samping. Berbagai permasalahan dan komplikasi dapat terjadi pada klien yang menjalani hemodialisis. Komplikasi hemodialisis dapat menimbulkan ketidaknyamanan, meningkatkan stress dan mempengaruhi kualitas hidup

klien. Dengan kata lain tindakan hemodialisis secara signifikan berdampak atau mempengaruhi kualitas hidup dari klien diantaranya kesehatan fisik, psikologis, spiritual, status sosial ekonomi dan dinamika keluarga (Charuwanno, 2005).

Klien penyakit ginjal tahap akhir yang menjalani hemodialisis dilaporkan mengalami masalah yang kompleks terkait tindakan hemodialisis atau yang disebabkan oleh penyakit ginjal kronik. Komplikasi yang dapat terjadi selama menjalani prosedur hemodialisis berupa hipotensi, kram, nyeri dada, nyeri pinggang, gatal, demam, menggigil, perdarahan, ketidakseimbangan elektrolit (Ferran & Power, 1993; Holley, et al, 2007; Barkan, et al, 2006). Sedangkan Hudak & Gallo (1999) dan Thomas, (2003) menambahkan komplikasi intradialisis lainnya adalah hipertensi, *dialysis disequilibrium syndrome (DSS)*, aritmia, hemolisis dan emboli paru.

Komplikasi atau dampak HD terhadap fisik menjadikan klien lemah dan lelah dalam menjalani kehidupan sehari-hari teruma setelah hemodialisis (Sullivan, 2009). Kelemahan dan kelelahan pada klien hemodialisis diakibatkan karena anemia yang disebabkan oleh menurunnya produksi eritropoetin akibat kerusakan fungsi ginjal. Anemia pada klien hemodialisis kronik dapat terjadi akibat tertinggalnya darah pada *dialyzer* atau *blood line* meskipun jumlahnya tidak signifikan (Thomas, 2003). Kondisi ini sesuai dengan yang dikatakan oleh Ritman (1993) bahwa beberapa klien setelah menjalani hemodialisis, cenderung akan menghabiskan hari-harinya untuk beristirahat dikarenakan energi mereka terkuras selama menjalani hemodialisis.

Selain kelelahan dan kelemahan, komplikasi yang terjadi saat berlangsungnya hemodialisis yaitu *Dialysis disequilibrium syndrome (DSS)*. DSS dapat terjadi akibat proses pengeluaran cairan dan urea dari dalam darah yang terlalu cepat selama hemodialisis. Tanda dari DSS

berupa sakit kepala tiba-tiba, penglihatan kabur, pusing, mual, muntah, jantung berdebar-debar, disorientasi dan kejang. Ross dan Kearney (2000) mengatakan bahwa DSS dapat berlanjut selama intradialisis, bila tidak terdeteksi dan tidak diatasi maka klien dapat menjadi koma yang berakhir dengan kematian

Klien gagal ginjal tahap akhir selain mengalami komplikasi yang terjadi selama proses hemodialisis juga dapat mengalami komplikasi yang diakibatkan oleh penyakit ginjal kronik. Beberapa komplikasi yang umum terjadi pada klien penyakit ginjal kronik antara lain penyakit jantung, diabetes, gangguan hemodinamik, anemia, mual muntah, malnutrisi, gangguan pada kulit dan gangguan psikologis (Brunner, et al, 2000; Lewis, et al, 2000).

Disfungsi seksual juga dapat terjadi pada klien penyakit ginjal tahap akhir dengan hemodialisis kronis. Pada klien Hhemodialisis kronis umumnya mendapatkan terapi antidepresan, dimana obat ini dapat berefek menurunkan libido dan menunda orgasme pada wanita, menurunkan ereksi dan ejakulasi pada laki-laki (Marques, at al, 2006; Diaz, Ferrer & Cascales, 2006). Selain obat antidepresan faktor lain yang dapat berkontribusi pada disfungsi seksual adalah *body image*, defisiensi Zinc dan gangguan hormonal (Diaz, Ferrer & Cascales, 2006).

Dampak psikologi atau spiritual dari tindakan hemodialisis sangat kompleks dan berhubungan dengan faktor fisiologi. Depresi berhubungan dengan status kesehatan fisik, masalah tidur dan kecemasan. Dampak psikologis dan spiritual ini sangat berpengaruh terhadap kualitas hidup klien. Hal ini didukung oleh studi yang dilakukan oleh Curtin, 200; Mc Cann & Boore, 2000 yang menyimpulkan bahwa klien hemodialisis mempunyai kualitas hidup yang lebih rendah dan menolak strategi koping dibandingkan dengan klien yang dilakukan *Continous Ambulatory Peritonal Dialysis* (CAPD).

Hemodialisis juga berdampak terhadap kehidupan sosial dan ekonomi klien. Hemodialisis umumnya dilakukan dengan frekwensi 2 - 3 kali dalam seminggu selama 4 – 5 jam sepanjang hidupnya (Suwitra, 2006; Smeltzer, 2008). Untuk sekali tindakan hemodialisis memerlukan biaya yang cukup mahal. Menurut USRDS (2008 dalam Kring & Crane, 2009) dikatakan dalam tahun 2006 biaya perawatan yang dibutuhkan untuk klien dengan ESRD melebihi 23 miliar atau 6,4% dari seluruh anggaran biaya kesehatan di Amerika. Dengan demikian hemodialisis sangat berpengaruh terhadap kehidupan sosial dan ekonomi klien dan keluarga karena harus mengeluarkan biaya ekstra yang tidak sedikit untuk memperpanjang kehidupan klien.

Dari uraian yang telah dipaparkan, tampak jelas bahwa tindakan hemodialisis merupakan salah satu tindakan yang sangat diperlukan bagi klien gagal ginjal tahap akhir dalam mempertahankan kelangsungan hidupnya dengan menggantikan fungsi ginjal, namun disisi lain dapat mengakibatkan perubahan hampir diseluruh segi kehidupan klien seperti : aspek fisik dan mental, aspek sosial ekonomi, seksual dan spiritual yang dapat mempengaruhi kualitas hidup klien.

Kualitas hidup menurut WHO adalah konsep multidimensional yang meliputi dimensi fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan yang berhubungan dengan penyakit dan terapi. Cella dan Cherin (2001, dalam Wijaya 2005) mengatakan bahwa kualitas hidup merupakan penilaian dan kepuasan klien terhadap tingkat dan fungsi kehidupan mereka dibandingkan dengan keadaan ideal yang seharusnya bisa dicapai menurut klien. Sementara Marques at al (2006) mengatakan bahwa kualitas hidup adalah suatu konsep baru dalam ilmu kesehatan dan praktik klinik, menggambarkan persepsi seorang individu tentang posisi atau kondisi mereka dalam kehidupan, dalam konteks budaya dan sistem nilai dimana mereka tinggal, dan hubungannya dengan tujuan, harapan, standar dan kepentingan mereka.

Perawat mempunyai peran yang sangat penting dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien hemodialisis dalam rangka meningkatkan kualitas hidup. Menurut Kallenbach et al (2005) menyebutkan bahwa perawat dialisis selain sebagai *clinician* (pemberi asuhan keperawatan), *educator*, *counselor*, *administrator*, *advocate* dan *researcher* juga sebagai *collaborator*. Sementara Andrews (dalam Robinson & Kish, 2001) mengatakan peran perawat spesialis sebagai *educator*, *collaborator*, *researcher*, *leader* dan *expert*. Perawat *expert* adalah perawat spesialis yang memiliki kemampuan pengetahuan dan ketrampilan pada satu area sesuai bidang kekhususan yang dimiliki. Perawat spesialis harus mampu mendiagnosa, mengintervensi, dan membuat keputusan klinik yang bersifat independen maupun kolaboratif yang berhubungan dengan masalah kesehatan dalam area khusus.

Perawat spesialis KMB khususnya perawat di unit hemodialisis dituntut untuk mampu dalam mengelola semua aspek fisik, psikologis, sosial dan lingkungan klien hemodialisis yang sangat kompleks. Perawat spesialis sebagai *clinician* memiliki kemampuan membuat keputusan klinik dan upaya mengembalikan kesehatan emosi, spiritual dan sosial. Selanjutnya Headley & Wall (2000) mengatakan bahwa peran perawat spesialis di unit hemodialisis dalam melakukan praktik keperawatan lanjut pada klien hemodialisis dapat mencegah terjadinya komplikasi. Dengan demikian peran perawat spesialis KMB sangat dibutuhkan dan dapat membantu meningkatkan kualitas hidup klien hemodialisis.

Di Indonesia praktek keperawatan di unit hemodialisis umumnya diberikan oleh perawat dengan tingkat pendidikan diploma baik yang sudah mengikuti pelatihan maupun yang belum mengikuti pelatihan dialisis. *American Nurse Assosiation* menetapkan bahwa praktek keperawatan hemodialisis merupakan praktek keperawatan lanjut yang diberikan oleh perawat dengan tingkat pendidikan sarjana dan memiliki sertifikat

pelatihan dialisis (ANA dalam Headley & Wall, 2001). Dengan demikian maka kualitas hidup klien HD di Indonesia belum tentu sama dengan negara lain, terutama dengan negara Amerika.

Seperti telah diuraikan sebelumnya, tindakan hemodialisis sangat erat hubungannya dengan kualitas hidup klien. Banyak penelitian yang telah dilakukan untuk mengetahui kualitas hidup klien hemodialisis diantaranya penelitian kualitatif yang dilakukan oleh Yu & Petrini (2010) tentang kualitas hidup terhadap 16 orang klien hemodialisis. Hasil penelitian menunjukkan bahwa klien hemodialisis menunjukkan peningkatan kemampuan fisik, namun mengalami ketidakstabilan dalam emosi, tekanan psikologis, beban keuangan, kurang dukungan sosial, kurangnya pengetahuan klien terhadap penyakitnya.

Studi kualitatif tentang pengalaman hidup klien hemodialisis juga dilakukan oleh Krueger (2009) terhadap 7 orang klien hemodialisis berjenis kelamin laki-laki. Hasil studi menunjukkan bahwa kesedihan yang mendalam merupakan tema yang konsisten. Kesedihan berasal dari kelemahan dan kelelahan yang menyebabkan ketidakmampuan untuk berpartisipasi dalam kegiatan, melaksanakan peran dan tanggung jawab. Gejala psikososial berupa ketidakpastian, tidak berharga, putus asa dan ketakutan. Semua partisipan mengatakan sangat membutuhkan obat-obatan dan perawatan yang tepat. Hubungan antara partisipan dengan pelayanan kesehatan baik, partisipan merasa bahwa perawat dan dokter berusaha untuk membantu klien dan keluarga. Satu dari 7 orang partisipan merasa kurang mendapatkan kontak dan perhatian dari dokter.

Penelitian kualitatif lain tentang kualitas hidup klien hemodialisis dilakukan oleh Gibson (1995) dengan judul *the quality of life of adult hemodialysis patients*. Penelitian dilakukan dengan jumlah partisipan sebanyak 20 orang. Hasil studi didapatkan tema-tema seperti : perubahan dalam gaya hidup, keterbatasan dalam aktifitas / mobilitas,

ketidakmampuan melakukan perjalanan, pembatasan makanan, kehilangan kemandirian/ketergantungan dengan orang lain, menurunnya kemampuan dalam menolong orang lain, kehilangan penghasilan, kehilangan energi/kelemahan, tidak nyaman, pasrah terhadap takdir dan kematian.

Penelitian lain yang berhubungan dengan kualitas hidup klien hemodialisis telah dilakukan oleh Limunnoilap (1992) dengan judul faktor-faktor yang mempengaruhi adaptasi klien hemodialisis, didapat hasil bahwa klien hemodialisis yang berusia dibawah 30 tahun mampu beradaptasi lebih baik dibandingkan dengan klien HD yang berusia lebih dari 60 tahun, klien dengan tingkat pendidikan lebih tinggi mampu beradaptasi lebih baik dibandingkan dengan klien yang berpendidikan Sekolah Dasar (SD), dan peneliti juga mengatakan bahwa jenis kelamin, status perkawinan dan lamanya klien mendapatkan HD tidak mempengaruhi kemampuan klien dalam beradaptasi (Charuwanno, 2005).

Wijaya (2005) dalam penelitian kuantitatif mengatakan bahwa kualitas hidup klien hemodialisis dipengaruhi oleh kesehatan fisik seperti hemoglobin, albumin, hematokrit dan faktor kesehatan mental. Lebih lanjut dikatakan bahwa faktor pendidikan, status pekerjaan dan penghasilan berpengaruh terhadap kejadian depresi pada klien hemodialisis. Sementara Warnick (dalam Wijaya 2005) melaporkan depresi berkorelasi terhadap kesehatan secara umum. Rasa kehilangan pekerjaan, peran dalam keluarga dan kehilangan teman serta tingkat pendidikan yang rendah merupakan risiko utama terjadinya depresi. Depresi merupakan satu-satunya faktor yang berpengaruh terhadap kualitas hidup klien (Wijaya, 2005).

Komunikasi personal yang dilakukan oleh peneliti dengan salah seorang klien HD di RSUP Fatmawati menyimpulkan bahwa setelah klien dinyatakan harus menjalani HD, klien mengatakan awalnya takut terhadap tindakan hemodialisis namun lama kelamaan menjadi hal yang biasa, sulit

manahan haus karena harus membatasi minum, badan terasa lemah, tidak dapat melakukan pekerjaan yang berat, sejak menjalani hemodialisis klien dipindahkan kerja dan hanya mampu mengerjakan tugas administrasi ringan.

Berdasar fenomena yang telah dijelaskan dan penelitian yang telah dibahas sebelumnya, dapat disimpulkan bahwa tindakan hemodialisis dapat mempengaruhi kualitas hidup klien yang menjalaninya. Penelitian tentang kualitas hidup klien hemodialisis di Indonesia umumnya dilakukan dengan metode kuantitatif, sehingga perlu dilakukan penelitian secara kualitatif untuk menggali dan mengetahui kualitas hidup klien hemodialisis. Dengan demikian peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan metode kualitatif untuk menggali lebih dalam tentang pengalaman klien hemodialisis terhadap kualitas hidup dalam konteks asuhan keperawatan di RSUP Fatmawati.

1.2. Rumusan Masalah

Angka kejadian klien dengan penyakit ginjal kronik dari tahun ketahun semakin meningkat. Penyakit ginjal kronik terdiri dari beberapa tahap. Tahap akhir dari penyakit ginjal kronik adalah penyakit ginjal tahap akhir. Penatalaksanaan penyakit ginjal tahap akhir adalah terapi pengganti ginjal yang berupa transplantasi ginjal atau terapi pengganti ginjal. Salah satu terapi pengganti ginjal bagi klien penyakit ginjal tahap akhir adalah hemodialisis yang merupakan terapi pengganti ginjal yang banyak dipilih oleh klien dengan penyakit ginjal tahap akhir. Hemodialisis sangat bermanfaat dan digunakan untuk menggantikan fungsi ginjal secara normal dalam mengatur cairan, elektrolit dan asam basa serta mengeluarkan sisa metabolisme berupa ureum dan creatinin. Namun di lain sisi Hemodialisis menyebabkan beberapa komplikasi yang dapat mempengaruhi kualitas hidup. Beberapa hasil penelitian dari luar negeri menggambarkan pengalaman klien hemodialisis dan kualitas hidupnya. Dari hasil penelitian tersebut didapatkan kesimpulan bahwa klien

hemodialisis mengalami perubahan terhadap kualitas hidup dalam kesehatan fisik, psikologis, sosial dan lingkungan.

Penelitian tentang kualitas hidup klien hemodialisis di Indonesia telah banyak dilakukan, namun penelitian-penelitian tersebut menggunakan metode kuantitatif. Dengan permasalahan tersebut, maka peneliti merasa perlu untuk menggali dan memahami fenomena serta mengetahui pengalaman klien hemodialisis terhadap kualitas hidup melalui metode kualitatif. Rumusan masalah dalam studi ini adalah “ bagaimana pengalaman klien hemodialisis terhadap kualitas hidup dalam konteks asuhan keperawatan di RSUP Fatmawati? ”

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan umum

Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh pemahaman yang mendalam tentang pengalaman klien hemodialisis terhadap kualitas hidup dalam konteks asuhan keperawatan dan bagaimana klien memaknai pengalaman tersebut.

1.3.2. Tujuan khusus

- 1.3.2.1. Diperolehnya gambaran tentang perubahan-perubahan yang terjadi dalam kehidupan klien yang menjalani hemodialisis
- 1.3.2.2. Tereksplorasinya gambaran tentang dampak hemodialisis terhadap kualitas hidup.
- 1.3.2.3. Tereksplorasinya gambaran pelayanan keperawatan yang diterima oleh klien hemodialisis.
- 1.3.2.4. Tereksplorasinya kebutuhan klien hemodialisis terhadap pelayanan hemodialisis

1.4. Manfaat Penelitian

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat pada :

1.4.1. Pelayanan keperawatan medikal bedah

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran mengenai pengalaman klien hemodialisis terhadap kualitas hidup dalam konteks asuhan keperawatan, sehingga dapat diidentifikasi kebutuhan akan pelayanan keperawatan yang spesifik dan konkrit, intervensi keperawatan yang optimal yang semestinya diberikan terhadap klien hemodialisis. Hasil penelitian ini juga diharapkan dapat mengidentifikasi gambaran pelayanan keperawatan di unit hemodialisis dan sebagai masukan bagi institusi pelayanan klinik dalam perencanaan dan pelaksanaan pelayanan hemodialisis, sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup klien hemodialisis.

1.4.2. Perkembangan ilmu keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dipakai sebagai bahan masukan bagi pendidikan dalam proses pembelajaran mahasiswa keperawatan, khususnya keperawatan medikal bedah, sehingga dapat diperoleh gambaran yang nyata tentang pengalaman klien penyakit ginjal tahap akhir yang menjalani hemodialisis.

1.4.3. Peneliti selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dipakai sebagai data dasar bagi peneliti selanjutnya terkait topik yang berkaitan / berhubungan dengan pengalaman klien hemodialisis terhadap kualitas hidup.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Penyakit Ginjal Kronik

2.1.1. Pengertian

Penyakit Ginjal Kronik adalah suatu sindrom klinis yang disebabkan oleh penurunan fungsi ginjal yang bersifat menahun, berlangsung progresif dan cukup lanjut (Suyono & Waspadji, 2001). Penyakit ginjal kronik suatu proses patofisiologis dengan etiologi yang beragam, mengakibatkan penurunan fungsi ginjal yang progresif. Selanjutnya penyakit ginjal tahap akhir adalah suatu keadaan klinis yang ditandai dengan penurunan fungsi ginjal yang irreversibel, suatu derajat yang memerlukan terapi pengganti ginjal yang tetap berupa dialisis atau transplantasi (Suwitra, 2006). Sedangkan menurut Black dan Hawks (2005), gagal ginjal kronis adalah penurunan fungsi ginjal secara progresif dimana masa ginjal yang masih ada tidak mampu lagi untuk mempertahankan lingkungan internal tubuh.

2.1.2. Etiologi

Beberapa penyakit yang secara permanen merusak nefron dapat menyebabkan terjadinya gagal ginjal kronik. Etiologi penyakit ginjal kronik sangat bervariasi antara satu negara dengan negara lainnya. Penyebab utama penyakit ginjal kronik paling banyak adalah Diabetes Mellitus, diikuti dengan Hipertensi dan penyakit pembuluh darah besar serta penyebab lainnya.

Tabel 2.1 : Penyebab utama penyakit ginjal kronik di Amerika Serikat 1995 – 1999

Penyebab	Insiden
Diabetes Mellitus	44 %
- Tipe 1 (7 %)	
- Tipe 3 (37 %)	
Hipertensi dan penyakit pembuluh darah besar	27 %
Glomerulonefritis	10 %
Nefritis Interstitials	4 %
Kista dan penyakit bawaan lain	3 %
Penyakit sistemik	2 %
Neoplasma	2 %
Tidak diketahui	4 %
Penyakit lain	4 %

2.1.3. Tanda dan gejala

Tanda dan gejala penyakit ginjal kronik dibagi dalam beberapa sistem :

- 2.1.3.1. Gangguan pada sistem gastrointestinal, dapat terjadi berupa : anoreksia, nausea, vomitus, foetor uremik, gastritis erosif, ulkus peptik dan cegukan (Hiccup).
- 2.1.3.2. Kerusakan pada kulit, dapat berupa : 1) kulit berwarna pucat akibat anemia dan kekuningan akibat penimbunan urokrom; 2) Rasa gatal-gatal akibat toksin dan endapan kalsium di pori-pori; 3) ekimosis akibat gangguan hematologi; 4) *Ure fro*s akibat kristalisasi urea yang ada pada keringat; 5) adanya bekas-bekas garukan dikarenakan adanya rasa gatal
- 2.1.3.3. Sistem Hematologi berupa: 1) anemia yang disebabkan oleh berkurangnya produksi eritropoetin, sehingga rangsangan eritropoesis pada sumsum tulang menurun; 2) hemolisis akibat berkurangnya masa hidup eritrosit dalam suasana uremia toksik; 3) defisiensi zat besi, asam folat, dan lain-lain akibat nafsu makan yang berkurang; 4) perdarahan akibat trombositopenia
- 2.1.3.4. Sistem saraf dan otot berupa *Restless leg syndrome*, rasa pegal pada kaki, *Burning feat syndrome*, rasa seperti kesemutan dan terbakar, terutama di telapak kaki; Ensefalopati metabolik, ditandai dengan : lemah, tidak bisa tidur, gangguan konsentrasi, tremor, mioklonus, kejang, miopati,

kelemahan dan hipotropi otot-otot terutama otot-otot ekstremitas proksimal

2.1.3.5. Sistem Kardiovaskuler berupa : 1) hipertensi akibat penimbunan cairan dan garam atau peningkatan aktivitas sistem renin-angiotensin dan aldosteron; 2) Nyeri dada dan sesak napas akibat perikarditis , efusi perikardial, penyakit jantung koroner akibat aterosklerosis yang timbul dini; 3) gagal jantung akibat penimbunan cairan dan hipertensi; 4) Gagal Jantung Kongestif dan edema akibat kelebihan cairan; 5) gangguan irama jantung akibat ketidakseimbangan elektrolit.

2.1.3.6. Sistem endokrin berupa gangguan seksual : libido, fertilitas dan ereksi menurun pada laki-laki akibat produksi testosteron dan spermatogenesis yang menurun. Pada wanita timbul gangguan menstruasi, gangguan evolusi sampai amenorea. Terjadi gangguan metabolisme glukosa, resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin. Gangguan metabolisme lemak dan vitamin D.

2.1.3.7. Gangguan sistem lain seperti : 1) osteodistrofi renal berupa osteomalasia, osteitis fibrosa, osteosklerosis; 2) Asidosis metabolik akibat penimbunan asam organik sebagai hasil metabolisme; 3) gangguan elektrolit : hiperfosfatemia, hiperkalemia, hipokalsemia.

2.1.4. Patofisiologi

Patofisiologi penyakit ginjal kronik tergantung pada penyakit yang mendasarinya. Pengurangan masa ginjal mengakibatkan hipertropi struktural dan fungsional nefron yang masih tersisa sebagai upaya kompensasi. Ignatavicius dan Workman (2006) menyebutkan bahwa penyakit ginjal kronik terjadi secara progresif dan melalui beberapa tahapan, yaitu : berkurangnya cadangan ginjal, insufisiensi ginjal, penyakit ginjal tahap akhir. Perjalanan penyakit ginjal kronik biasanya diawali dengan pengurangan cadangan ginjal yaitu fungsi ginjal sekitar 3 – 50 %. Berkurangnya fungsi ginjal tanpa akumulasi sampah metabolik dalam darah sebab nefron yang tidak rusak akan mengkompensasi nefron yang rusak. Walaupun tidak ada manifestasi gagal ginjal pada tahap ini, jika

terjadi infeksi atau kelebihan (overload) cairan atau dehidrasi, fungsi renal pada tahap ini dapat terus menurun.

Proses kegagalan ginjal selanjutnya masuk pada tahap insufisiensi ginjal. Sisa akhir metabolisme mulai terakumulasi dalam darah sebab nefron sehat yang tersisa tidak cukup untuk mengkompensasi nefron yang tidak berfungsi. Kadar ureum nitrogen darah, kreatinin serum, asam urea dan fosfor mengalami peningkatan sebanding dengan jumlah nefron yang rusak. Terapi medik diperlukan pada kondisi insufisiensi ginjal (Ignatovicus & Workman, 2006 ; Smeltzer at al, 2008). Apabila penanganan tidak adekuat, proses gagal ginjal berlanjut hingga klien berada pada tahap akhir. Klien penyakit ginjal tahap akhir sekitar 90% nefronnya hancur, dan GFR hanya 10% yang normal sehingga fungsi ginjal normal tidak dapat dipertahankan. Ginjal tidak dapat mempertahankan homeostasis sehingga terjadi peningkatan kadar ureum dan kreatinin dalam darah, terjadi penimbunan cairan tubuh dan ketidakseimbangan elektrolit serta asam basa (Ignatovicus & Workman, 2006). Akibatnya timbul berbagai manifestasi klinik dan komplikasi pada seluruh sistem tubuh. Semakin banyak tertimbun sisa akhir metabolisme, maka gejala akan semakin berat. Klien akan mengalami kesulitan dalam menjalankan aktivitas sehari-hari akibat timbulnya berbagai manifestasi klinik tersebut (Ignatovicus & Workman, 2006; Parmar, 2002)

2.1.5. Penatalaksanaan

Tujuan penatalaksanaan penyakit ginjal kronik adalah untuk mempertahankan fungsi ginjal dan homeostasis. Penatalaksanaan dibagi menjadi dua tahap. Tahap pertama adalah tindakan konservatif untuk memperlambat gangguan fungsi ginjal progresif, pencegahan dan pengobatan kondisi komorbid, penyakit kardiovaskuler dan komplikasi yang terjadi (Suwitra, 2006). Penanganan konservatif meliputi : 1) Pencegahan dan pengobatan terhadap kondisi komorbid antara lain : gangguan keseimbangan cairan, hipertensi, infeksi dan obstruksi traktus

urinarius, obat-obat nefrotoksid; 2) Menghambat perburukan fungsi ginjal / mengurangi hiperfiltrasi glomerulus dengan diet, seperti pembatasan asupan protein, fosfat; 3) Terapi farmakologis dan pencegahan serta pengobatan terhadap komplikasi, bertujuan untuk mengurangi hipertensi intraglomerulus dan memperkecil risiko terhadap penyakit kardiovaskuler seperti pengendalian diabetes, hipertensi, dislipidemia, anemia, hiperfosfatemia, asidosis, neuropati perifer, kelebihan cairan dan keseimbangan elektrolit (Suwitra, 2006; Price & Wilson, 2005).

Tahap kedua dilakukan ketika tindakan konservatif tidak lagi efektif (Lemone & Burke, 2008). Terapi pengganti ginjal dilakukan pada penyakit ginjal tahap akhir, yang bertujuan untuk menghindari komplikasi dan memperpanjang usia pasien (Shahgholian et al, 2008). Ada 2 terapi pengganti ginjal yaitu: 1) dialysis (Hemodialisis dan Peritoneal Dialisis); 2) transplantasi ginjal. Hemodialisis merupakan terapi pengganti ginjal yang paling banyak dilakukan di dunia dan jumlahnya dari tahun ke tahun terus meningkat (Shahgholian, et al, 2008).

2.2. Hemodialisis

2.2.1. Gambaran Pelayanan Hemodialisis

Pelayanan hemodialisis adalah suatu bentuk pelayanan khusus pada klien gagal ginjal tahap akhir yang memerlukan terapi pengganti ginjal, yang dipusatkan pada suatu rumah sakit atau sentral dialisis. Tim pelayanan hemodialisis umumnya terdiri dari nefrologis, ahli bedah vaskuler, perawat ahli ginjal dan ahli gizi. Profesi lain yang juga tidak kalah pentingnya dalam pelayanan hemodialisis adalah rohaniawan, sosial medik (*social walker*) dan teknisi mesin. Menurut Pardede (2010); Headley & Wall (2000) perawat yang bekerja di pelayanan hemodialisis seyogyanya mempunyai sertifikat perawat mahir ginjal dari lembaga yang telah terakreditasi serta mengikuti pendidikan dan pelatihan berkelanjutan.

Pelayanan yang diberikan di Unit Hemodialisis meliputi upaya kesehatan preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif. Pelayanan tersebut terintegrasi didalam pelayanan asuhan keperawatan dan pengelolaan faktor pendukung lainnya. Pelayanan pendukung yang dimaksud adalah pengelolaan operasional unit hemodialisis seperti pelayanan dialisis 24 jam, konsultasi gizi, pelayanan kerohanian. Hal penting yang harus dikelola adalah fasilitas dan sarana hemodialisis seperti : mesin hemodialisis, *watertreatment*, dialiser, dialisat, fistula (Pardede, 2010). Pengelolaan pelayanan hemodialisis ditujukan agar klien mendapatkan segala manfaat yang dapat diberikan oleh terapi pengganti ginjal dengan cara hemodialisis.

2.2.2. Pengertian Hemodialisis

Hemodialisis merupakan suatu cara untuk mengeluarkan produk sisa metabolisme berupa larutan (ureum, creatinin) dan air yang berada dalam pembuluh darah melalui membran semipermeabel atau yang disebut dengan *Dialyzer* (Thomas, 2003). Sedangkan menurut Price & Wilson (2005) Hemodialisis adalah proses dimana terjadi difusi partikel terlarut (solut) dan air secara pasif melalui satu kompartemen cair yaitu darah menuju kompartemen cair lainnya yaitu cairan dialisat melewati membran semipermeabel dalam dialiser.

Tujuan hemodialisis adalah menghilangkan gejala yaitu mengendalikan uremia, kelebihan cairan dan ketidakseimbangan elektrolit yang terjadi pada pasien penyakit ginjal tahap akhir. Hemodialisis efektif mengeluarkan cairan, elektrolit dan sisa metabolisme tubuh, sehingga secara tidak langsung bertujuan untuk memperpanjang umur klien (Kallenbach, et al, 2003)

2.2.3. Indikasi Hemodialisis

Hemodialisis diindikasikan pada klien dalam keadaan akut yang memerlukan terapi dialisis jangka pendek (beberapa hari hingga beberapa minggu) atau klien dengan penyakit ginjal tahap akhir yang membutuhkan

terapi jangka panjang/permanen (Smeltzer et al, 2008). Secara umum indikasi dilakukan hemodialisis pada gagal ginjal kronis adalah: 1) LFG kurang dari 15 ml/menit; 2) hiperkalemia; 3) asidosis; 4) kegagalan terapi konservatif; 5) kadar ureum lebih dari 200 mg/dL dan kreatinin lebih dari 6 mEq/L; 6) kelebihan cairan; 7) anuria berkepanjangan lebih dari 5 hari.

2.2.4. Persiapan Hemodialisis

2.2.4.1. Persiapan Klien

Persiapan penanganan klien HD meliputi bantuan psikologis berupa support sosial yang berkaitan dengan coping. Sebelum menjalani HD klien diberikan pendidikan kesehatan yang dilakukan oleh tim multi disiplin (Kidney Alliance, 2001), sehingga klien mendapat gambaran, memahami dan mampu membuat keputusan untuk dilakukan HD. Klien yang mendapatkan pendidikan kesehatan sebelum dialisis memiliki skor suasana hati yang lebih tinggi, mengalami masalah mobilitas, kecacatan, kecemasan yang lebih rendah, serta mampu membuat keputusan untuk dirinya (Klang et al, 1996).

Selain psikologis klien, hal yang perlu disiapkan adalah akses vaskuler yang merupakan tempat keluarnya darah dari tubuh menuju dialiser dan selanjutnya kembali lagi ke tubuh. Teknis akses vaskuler utama untuk hemodialisis dibedakan menjadi akses internal (Arterio Venous Fistula dan Arterio Venous Graff) dan akses eksternal (Drakbar, 2008).

2.2.4.2. Peralatan Hemodialisis

Peralatan hemodialisis meliputi mesin hemodialisis, Dialiser dan Dialisat.

1) Mesin Hemodialisis

Mesin hemodialisis terdiri dari pompa darah, sistem pengaturan larutan dialisat dan sistem monitoring. Pompa dalam mesin hemodialisis berfungsi untuk mengalirkan darah dari tubuh ke dialiser dan mengembalikan kembali ke dalam tubuh (Thomas,

2003). Selain itu mesin hemodialisis juga dilengkapi detektor udara untuk mendeteksi adanya udara dalam vena (Hudak & Gallo, 1999; Thomas, 2003).

2) Dialiser

Dialiser (Ginjal buatan)

Dialiser adalah tempat dimana proses hemodialisis berlangsung, sehingga terjadi pertukaran zat-zat dan cairan dalam darah dan dialisat. Dialiser merupakan kunci utama proses hemodialisis, karena yang dilakukan oleh dialiser sebagian besar dikerjakan oleh ginjal yang normal. Dialiser terdiri dari 2 kompartemen yaitu dialisat dan darah, yang dipisahkan oleh membran semipermeabel yang mencegah cairan dialisat dan darah bercampur menjadi satu (Le Mone & Burke, 2008).

Luas permukaan membran dan daya saring membran mempengaruhi jumlah zat dan air yang berpindah. Dialiser *high efficiency* adalah dialiser yang mempunyai luas permukaan membran yang besar, sedangkan *high flux* adalah dialiser yang mempunyai pori-pori besar dan dapat melewatkan molekul yang besar, dan mempunyai permeabilitas tinggi terhadap air.

3) Dialisat

Dialisat adalah cairan yang terdiri dari air dan elektrolit utama dari serum normal yang dipompakan melewati dialiser ke darah pasien (Hudak & Gallo, 1999; Thomas & Smith, 2003). Komposisi cairan dialisat diatur sedemikian rupa sehingga mendekati komposisi ion darah normal dan sedikit dimodifikasi agar dapat memperbaiki gangguan cairan dan elektrolit pada penyakit ginjal tahap akhir.

Dialisat dibuat dalam sistem air bersih dengan air kran dan bahan kimia yang disaring dan diolah dengan *water treatment* secara

bertahap. Larutan dialisat harus diatur pada suhu antara 36,7 – 37,5°C sebelum dialirkan ke dialiser. Suhu larutan dialisat yang terlalu rendah atau melebihi suhu tubuh dapat menimbulkan komplikasi (Hudak & Gallo, 1999; Sherman, 2001).

Tabel 2.2 : Konsentrasi substansi dalam darah dan dialisat

Darah	Substansi	Dialisat
133 – 144	Natrium (mmol/L ⁻¹)	132 – 155
3,3 – 5,3	Kalium (mmol/L ⁻¹)	0 – 3,0
2,5 – 6,5	Ureum (mmol/L ⁻¹)	0
60 – 120	Creatinin (mmol/L ⁻¹)	0
2,2, - 2,6	Kalsium (mmol/L ⁻¹)	1,25 - 2,0
0,85	Magnesium (mmol/L ⁻¹)	0,25 – 0,75
4,0 – 6,6	Glukosa (g/L ⁻¹)	0 - 10
22 – 30	Bicarbonat (mmol/L ⁻¹)	30 - 40

Sumber Thomas, 2003

2.2.5. Prinsip Dasar Hemodialisis

Ada tiga prinsip yang mendasari kerja hemodialisis, yaitu difusi, osmosis dan ultrafiltrasi (Smeltzer, et al, 2008). Saat proses difusi sisa akhir metabolisme didalam darah dikeluarkan dengan cara berpindah dari darah yang konsentrasinya tinggi ke dialisat yang mempunyai konsentrasi rendah (Smeltzer et al, 2008). Ureum, kreatinin, asam urat dan fosfat dapat berdifusi dengan mudah dari darah ke cairan dialisat karena unsur-unsur ini tidak terdapat dalam dialisat. Natrium asetat atau bicarbonat yang lebih tinggi konsentrasinya dalam dialisat akan berdifusi kedalam darah. Kecepatan difusi solut tergantung kepada koefisien difusi, luas permukaan membran dialiser dan perbedaan konsentrasi serta perbedaan tekanan hidrostatik diantara membran dialisis (Price & Wilson, 2005)

Air yang berlebihan dikeluarkan dari dalam tubuh melalui proses osmosis. Pengeluaran air dapat dikendalikan dengan menciptakan gradien tekanan; dengan kata lain air bergerak dari daerah dengan tekanan yang lebih tinggi (tubuh klien) ke tekanan yang lebih rendah (dialisat). Gradien ini dapat ditingkatkan melalui penambahan tekanan negatif yang dikenal dengan ultrafiltrasi pada mesin hemodialisis. Tekanan negatif sebagai kekuatan penghisap pada membran dan memfasilitasi pengeluaran air, sehingga tercapai keseimbangan cairan.

2.2.6. Proses Hemodialisis

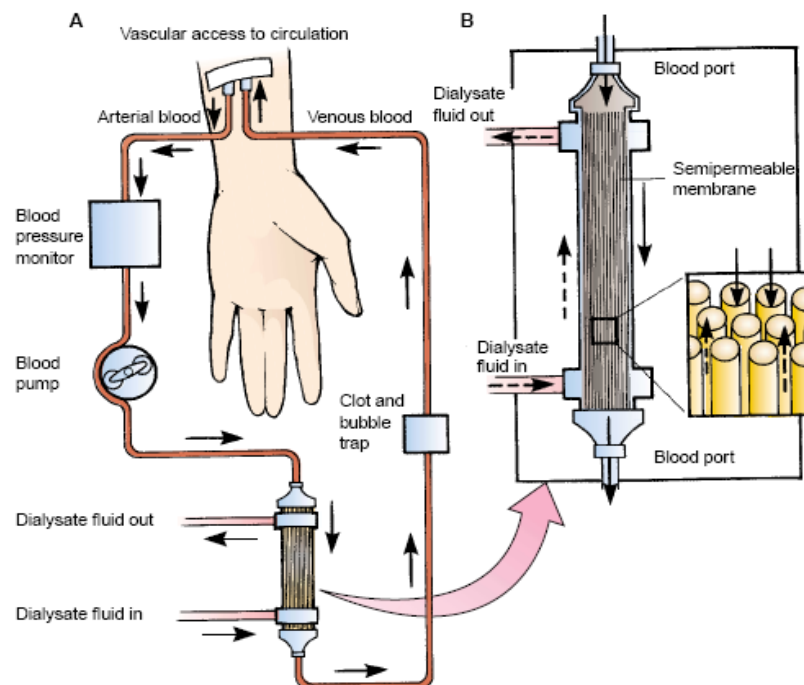
Efektifitas HD tercapai bila dilakukan 2 - 3 kali dalam seminggu selama 4 - 5 jam, atau paling sedikit 10 - 12 jam seminggu (*Australia and New Zealand Dialysis and Transplant Registry, 2005; Black & Hawk, 2005*). Hemodialisis di Indonesia biasanya dilakukan 2 kali seminggu dengan lama hemodialisis 5 jam, atau dilakukan 3 kali dalam seminggu dengan lama hemodialisis 4 jam (Raharjo, Susalit & Suharjono, 2006).

Sebelum HD dilakukan pengkajian pradiagnosis, dilanjutkan dengan menghubungkan klien dengan mesin HD dengan memasang *blood line* dan jarum ke akses vaskuler klien, yaitu akses untuk jalan keluar darah ke dialiser dan akses masuk darah ke dalam tubuh. Arterio Venous (AV) Fistula adalah akses vaskuler yang direkomendasikan karena cenderung lebih aman dan juga nyaman bagi pasien (Thomas, 2003)

Setelah *blood line* dan akses vaskuler terpasang, proses HD dimulai. Saat dialisis darah dialirkan ke luar tubuh dan disaring di dalam dialiser. Darah mulai mengalir dibantu pompa darah. Cairan normal salin diletakkan sebelum pompa darah untuk mengantisipasi adanya hipotensi intradiagnosis. Infus heparin diletakkan sebelum atau sesudah pompa tergantung peralatan yang digunakan (Hudak & Gallo, 1999). Darah mengalir dari tubuh melalui akses arterial menuju ke dialiser sehingga terjadi pertukaran darah

dan zat sisa. Darah harus dapat keluar dan masuk tubuh pasien dengan kecepatan 200–400 ml/menit (Price & Wilson, 2005)

Gambar 2.1. Sistem Hemodialisis



Sumber : Smeltzer & Bare (2003)

Proses selanjutnya darah akan meninggalkan dialiser. Darah yang meninggalkan dialiser akan melewati detektor udara. Darah yang sudah disaring kemudian dialirkan kembali kedalam tubuh melalui akses venosa (Hudak & Gallo, 1999). Dialisis diakhiri dengan menghentikan darah dari pasien, membuka selang normal salin dan membilas selang untuk mengembalikan darah pasien. Pada akhir dialisis, sisa akhir metabolisme dikeluarkan, keseimbangan elektrolit tercapai dan *buffer system* telah diperbaharui (Lewis et al, 2000; Smeltzer et al, 2008).

2.2.7. Komplikasi Klien Hemodialisis

Berbagai komplikasi dapat terjadi pada klien yang menjalani HD. Komplikasi dapat dibagi menjadi 2 (dua) yaitu : komplikasi yang berhubungan dengan prosedur dialisis dan komplikasi yang berhubungan dengan penyakit ginjal kronik (Brunner et al, 2000; Lewis et al, 2000).

2.2.7.1. Komplikasi intradialisis yang berhubungan dengan prosedur dialisis menurut Holley et al, 2007; Barkan et al, 2006; Hudak & Gallo, 1999 ; Thomas, 2003 adalah :

1) Hipotensi

Hipotensi saat hemodialisis (*intradialytic hypotension*) merupakan masalah yang sering terjadi. Hipotensi intradialisis terjadi pada klien yang mengalami gangguan sistem kardiovaskuler, yang disebabkan oleh kelainan struktural jantung dan pembuluh darah. Hipotensi tidak hanya menyebabkan ketidaknyamanan, tetapi juga meningkatkan angka kematian. (Sande et al, 2001). Pencegahan hipotensi intradialisis dengan cara melakukan pengkajian berat kering secara teratur, menghitung UFR secara tepat, mengatur suhu dialisat, menggunakan dialisat bikarbonat, monitoring tekanan darah selama proses hemodialisis (Kallenbach et al, 2005; Thomas, 2003; Daugirdas, Blake & Ing, 2007).

2) Headache (sakit kepala)

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

3) Mual dan muntah

Mual dan muntah saat hemodialisis dapat dipengaruhi oleh beberapa hal yaitu gangguan keseimbangan dialisis akibat ultrafiltrasi yang berlebihan, lamanya waktu hemodialisis, perubahan homeostasis, dan besarnya ultrafiltrasi. (Thomas, 2003; Daugirdas, Blake & Ing, 2007; Holley et al, 2007).

4) Sindrom disequilibrium

Sindrom Disequilibrium merupakan sekelompok gejala yang diduga terjadi karena adanya disfungsi serebral. Kumpulan gejala disfungsi serebral terdiri dari sakit kepala berat, mual, muntah, kejang, penurunan kesadaran sampai dengan koma (Thomas, 2003). Sindrom disequilibrium saat hemodialisis terjadi akibat kondisi yang meningkatkan edema serebral, adanya lesi pusat saraf (stroke/trauma), tingginya kadar ureum pra HD, dan asidosis metabolik berat (Lopezalmaras, 2008)

Proses penarikan ureum yang terlalu cepat pada saat hemodialisis mengakibatkan plasma darah menjadi hipotonik. Akibatnya akan menurunkan tekanan osmotik, mengakibatkan pergeseran air ke dalam sel otak sehingga terjadi edema serebral (Thomas, 2003 : Lopezalmaras, 2008).

5) Demam dan menggigil

Selama prosedur HD perubahan suhu dialisat juga dapat meningkatkan atau menurunkan suhu tubuh. Suhu dialisat yang tinggi lebih dari 37.5°C bisa menyebabkan demam. Sedangkan suhu dialisat yang terlalu dingin kurang dari $34 - 35,5^{\circ}\text{C}$ dapat menyebabkan gangguan kardiovaskuler, vasokonstriksi dan menggigil (Pergola, Habiba & Johnson, 2004).

6) Kram otot

Intradialytic muscle cramping, biasa terjadi pada ekstremitas bawah. Beberapa faktor resiko terjadinya kram diantaranya perubahan osmolaritas, ultrafiltrasi yang terlalu tinggi dan ketidakseimbangan kalium dan kalsium intra atau ekstra sel (Thomas, 2003; Kallenbach et al, 2005).

7) Emboli udara

Udara dapat memasuki sirkulasi melalui selang darah yang rusak, kesalahan menyambung sirkuit, adanya lubang pada kontainer cairan

intravena, kantong darah atau cairan normal salin yang kosong, atau perubahan letak jarum arteri (Kallenbach et al 2005). Gejala yang berhubungan dengan terjadinya emboli udara adalah adanya sesak nafas, nafas pendek dan kemungkinan adanya nyeri dada (Daugirdas, Blake & Ing, 2007)

8) Hemolisis

Hemolisis adalah kerusakan atau pecahnya sel darah merah akibat pelepasan kalium intraselluler (Thomas, 2003). Hemolisis dapat terjadi akibat sumbatan akses selang darah dan sumbatan pada pompa darah, peningkatan tekanan negatif yang berlebihan karena pemakaian jarum yang kecil pada kondisi aliran darah yang tinggi, atau posisi jarum yang tidak tepat. Penyebab lain hemolisis adalah penggunaan dialisat hipotonik (Thomas, 2003 ; Kallenbach et al, 2005). Hemolisis masif akan meningkatkan risiko hiperkalemi, aritmia dan henti jantung (Thomas, 2003).

9) Nyeri dada

Terjadi akibat penurunan hematokrit dan perubahan volume darah karena penarikan cairan (Kallenbach et al, 2005) perubahan volume darah menyebabkan terjadinya penurunan aliran darah ke miokard dan mengakibatkan berkurangnya oksigen miokard. Nyeri dada juga bisa menyertai komplikasi emboli udara dan hemolisis (Thomas, 2003 ; Kallenbach et al, 2005)

2.2.7.1. Komplikasi yang berhubungan dengan penyakit ginjal kronis.

1) Penyakit Jantung

Penyakit jantung merupakan penyebab utama kematian pada pasien yang menjalani hemodialisis. Penyakit jantung disebabkan karena gangguan fungsi dan struktur otot jantung, dan atau gangguan perfusi. Faktor risiko penyakit jantung yaitu : faktor hemodinamik, metabolik seperti kelebihan cairan, garam dan retensi air, anemia, hipertensi,

hipoalbuminemia, ketidakseimbangan kalsium-fosfat, dislipidemia, kerusakan katabolisme asam amino, merokok dan diabetes mellitus (Parfrey & Lameire, 2000).

2) Anemia

Penurunan kadar Hb pada pasien gagal ginjal kronik terjadi akibat proses penyakit akibat menurunnya produksi eritropoetin (EPO) oleh ginjal, tubuh tidak mampu menyerap zat besi, dan kehilangan darah karena sebab lain. Pada pasien hemodialisis, anemia bisa bertambah berat karena hampir tidak mungkin semua darah pasien dapat kembali seluruhnya setelah menjalani hemodialisis. Sebagian sel darah merah tertinggal pada dialiser atau *blood line* meskipun jumlahnya tidak signifikan (Thomas, 2003)

3) Mual dan lelah

Ada beberapa faktor yang menyebabkan klien merasa mual dan kelelahan (letargi) setelah menjalani HD. Beberapa penyebab timbulnya mual dan rasa lelah setelah HD yaitu : Hipotensi, kelebihan asupan cairan diantara dua terapi hemodialisis, problem terkait berat kering, obat hipertensi, anemia, penggunaan asetat pada hemodialisis.

4) Malnutrisi

Malnutrisi terjadi khususnya kekurangan kalori dan protein, hal ini berhubungan dengan mortalitas dan morbiditas pada klien HD kronik. Faktor penyebab terjadinya malnutrisi adalah karena meningkatnya kebutuhan protein dan energi, menurunnya pemasukan protein dan kalori, meningkatnya katabolisme dan menurunnya anabolisme. Juga disebabkan oleh metabolisme yang abnormal akibat hilangnya jaringan ginjal dan fungsi ginjal (Churawanno, 2005)

5) Gangguan kulit

Sebagian besar klien HD mengalami perubahan atau gangguan pada kulit yaitu ; gatal-gatal (pruritus), kulit kering (Xerosis) dan kulit belang (skin discoloration). Penyebab gatal-gatal pada kulit, bisa disebabkan oleh karena kulit yang kering, tingginya kadar kalsium, fosfat, hormon paratiroid dalam darah serta meningkatnya kadar histamin dalam kulit. Kulit belang (skin discoloration) banyak terjadi pada pasien HD. Salah satu penyebabnya adalah pigmen *Urochrome*, dimana pigmen ini pada ginjal sehat dapat dibuang, namun karena adanya kerusakan ginjal maka pigmen tertumpuk pada kulit, akibatnya kulit akan terlihat kuning kelabu (Thomas, 2003). Penyebab kulit belang lainnya adalah *uremic frost* yaitu semacam serbuk putih seperti lapisan garam pada permukaan kulit dimana hal ini merupakan tumpukan ureum yang keluar bersama keringat (Thomas, 2003; Blak & Hawk, 2005).

2.3. Asuhan Keperawatan Klien Hemodialisis

Tujuan penerapan asuhan keperawatan adalah untuk mencegah komplikasi yang mungkin timbul melalui pengkajian dan perencanaan yang komprehensif (Thomas, 2003). Adapun asuhan keperawatan pada klien HD meliputi asuhan keperawatan pada saat berlangsungnya proses HD dan asuhan keperawatan penyakit ginjal tahap akhir.

2.3.1. Pengkajian

Pengkajian yang dilakukan pada klien yang menjalani hemodialisis meliputi pengkajian klien dan perlengkapan hemodialisis. Thomas (2003) dan Kallenbach et al (2005) mengatakan hal yang harus dikaji pada klien yang menjalani hemodialisis adalah : 1) Tanda vital; 2) berat badan; 3) status cairan (JVP, bunyi jantung, pernapasan, edema); 4) warna kulit, temperatur dan integritas; 5) kepatenan akses vaskuler, adanya perdarahan infeksi, kebocoran; 6) memastikan temperatur dialisat; 7) memastikan tidak adanya udara dalam selang darah; 8) memastikan pompa darah berfungsi dengan baik.

Sedangkan pengkajian untuk penyakit ginjal tahap akhir meliputi : 1) Aktifitas / istirahat : adanya kelelahan, kelemahan, malaise, gangguan pola tidur, kelemahan otot, kehilangan tonus, penurunan rentang gerak; 2) Sistem sirkulasi : adanya riwayat hipertensi, palpitasi, nyeri dada, edema/pitting edema pada ekstremitas, disritmia, pucat, perdarahan ; 3) Integritas ego : stress, takut, marah, perubahan kepribadian, perasaan tidak berdaya, tidak ada harapan, tidak ada kekuatan ; 4) Eliminasi : adanya oliguria, anuria, perubahan warna urine (kuning pekat atau coklat), kembung, diare, konstipasi ; 5) Makanan dan cairan : peningkatan/penurunan berat badan, anoreksia, nyeri ulu hati, mual, muntah, bau mulut yang tidak sedap, perubahan turgor kulit, perdarahan gusi / lidah, penurunan lemak sub kutan, distensi abdomen / asites ; 6) Neurosensori : sakit kepala, penglihatan kabur, kram otot /kejang, rasa kesemutan, kehilangan memori sampai dengan penurunan tingkat kesadaran ; 7) Nyeri / kenyamanan : nyeri panggul, sakit kepala, kram otot, nyeri kaki, gelisah ; 8) Pernafasan : nafas pendek, dispnea, pernafasan Kussmaul, takipnea, adanya batuk ; 9) keamanan : gatal pada kulit, infeksi, Pruritus, petekie, ekimosis pada kulit, fraktur tulang, keterbatasan gerak sendi ; 10) Seksualitas : penurunan libido, amenorea, infertilitas ; 11) Interaksi sosial : kesulitan mempertahankan peran dalam keluarga, tidak mampu bekerja, kesulitan menentukan kondisi ; 12) Pembelajaran : riwayat diabetes melitus, penyakit ginjal, penggunaan antibiotik yang bersifat nefrotoksik.

2.3.2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada klien hemodialisis adalah : diagnosa yang berhubungan dengan penyakit ginjal tahap akhir dan diagnosa yang muncul selama prosedur hemodialisis terkait dengan komplikasi saat hemodialisis. Gulanick & Myers (2007) mengidentifikasi beberapa diagnosa keperawatan yang mungkin timbul meliputi : 1). Kelebihan volume cairan; 2). Risiko penurunan Cardiac Output; 3). Risiko ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan; 4). Risiko injuri : Anemia / Trombositopenia; 5). Tidak efektifnya proteksi :

Hipokalsemia berhubungan dengan retensi fosfor; 6). Risiko harga diri rendah; 7). Risiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan edema, neuropati perifer; 8). Risiko tidak efektifnya manajemen regimen terapi ; 9). Gangguan fungsi seksual berhubungan dengan efek uremia.

Sedangkan diagnosa yang muncul selama prosedur hemodialisis terkait dengan komplikasi saat hemodialisis, meliputi : 1). Risiko penurunan kardiak output berhubungan dengan hipotensi intradialisis, aritmia dan nyeri dada.; 2). Resiko perubahan perfusi jaringan (perifer, renal, kardiak, serebral) berhubungan dengan penurunan sirkulasi sekunder terhadap adanya hipotensi dan hipertensi; 3). Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan penurunan perfusi; 4). Risiko terjadi injury (perdarahan) berhubungan dengan prosedur tindakan.

2.3.3. Intervensi keperawatan

Perencanaan asuhan keperawatan disusun sesuai diagnosa keperawatan. Intervensi keperawatan terkait diagnosa pasien penyakit ginjal tahap akhir adalah :

2.3.3.1. Manajemen cairan dan elektrolit

Intervensi untuk mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit yaitu menghitung masukan dan haluaran cairan . Asupan cairan diberikan sesuai dengan penghitungan kebutuhan dalam 24 jam, dan melakukan koreksi elektrolit bila terjadi ketidakseimbangan.

2.3.3.2. Monitoring cairan dan elektrolit

Kegiatan yang dilakukan dalam upaya mengatur keseimbangan cairan, dilakukan kegiatan memonitor penambahan berat badan setiap hari, mencatat asupan dan keluaran cairan secara akurat; memonitor distensi vena leher, bunyi ronkhi pada paru, adanya edema perifer, membatasi dan mengatur asupan cairan dan melakukan dialisis serta pemantauan dan

koreksi keseimbangan elektrolit, seperti : Kalium, Natrium, Calsium, Fosfat.

2.3.3.3.Mempertahankan hemodinamik

Kegiatan yang dilakukan dalam mempertahankan hemodinamik adalah memantau tanda-tanda vital, tekanan darah, nadi perifer, tingkat kesadaran, warna kulit, adanya disritmia, irama jantung, distensi vena jugularis. Juga perlu adanya tindakan kolaborasi pemberian cairan (oral dan parenteral), pemberian obat-obatan golongan inotropik bila ada penurunan curah jantung, pemberian oksigen bila diperlukan dan penanganan disritmia serta mempersiapkan pasien bila diperlukan dialisis.

2.3.3.4.Mencegah terjadinya perdarahan

Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mencegah terjadinya perdarahan yaitu : monitor nilai hemoglobin, hematokrit dan trombosit, monitor adanya tanda-tanda anemia, kelemahan, penurunan aktifitas, anjurkan klien untuk mengkonsumsi zat besi, Asam Folat sesuai program terapi, menghindari konsumsi aspirin, berikan oksigen sesuai program dan pemberian transfusi darah bila diperlukan

2.3.3.5.Support sistem : meningkatkan harga diri, perubahan body image.

Tindakan keperawatan untuk membantu meningkatkan harga diri klien adalah : bantu klien mengidentifikasi yang berhubungan dengan harga diri, bantu klien dalam menghadapi perubahan status kesehatan dalam melakukan aktifitas sehari-hari, kolaborasi dengan petugas sosial bila diperlukan, dan konsultasi psikologi bila diperlukan

2.3.3.6.Perawatan kulit

Tindakan keperawatan yang berhubungan dengan perawatan kulit adalah dengan mempertahankan integritas kulit agar terbebas dari kerusakan, tetap mempertahankan kelembaban agar tidak kering dengan menggunakan lotion. Ajarkan klien tentang faktor-faktor yang penting dalam mempertahankan integritas kulit seperti : nutrisi, kebersihan kulit.

2.3.3.7. Konsultasi seksual

Tindakan keperawatan terkait gangguan fungsi seksual adalah : kaji persepsi klien terhadap perubahan atau gangguan fungsi seksual, kaji efek perubahan gangguan seksual, bantu klien untuk mengungkapkan perasaannya tentang perubahan / gangguan fungsi seksual, konsultasikan dengan medis tentang treatment obat-obatan dan prosedur yang dapat mengurangi gangguan seksual.

2.3.3.8. Meningkatkan kepatuhan dan manajemen regimen terapeutik

Ketidakpatuhan merupakan suatu kondisi dimana seseorang atau kelompok berkeinginan untuk mematuhi saran atau rekomendasi berkaitan dengan kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan profesional, tetapi pada faktor-faktor yang menghalanginya (Carpenito, 1998). Oleh karena itu intervensi perawatan yang dapat dilakukan untuk meningkatkan kepatuhan adalah memberikan pendidikan kesehatan, bersama klien menentukan tujuan, membuat kontrak mengenai perubahan perilaku tertentu, pengajaran proses penyakit yang dapat membantu pasien memahami informasi yang berhubungan dengan proses penyakit.

2.3.3.9. Memberikan edukasi atau pendidikan kesehatan kepada klien, yaitu merencanakan, mengimplementasikan dan mengevaluasi program edukasi yang dirancang untuk kebutuhan khusus klien. Tindakan yang dapat dilakukan adalah meningkatkan tingkat pengetahuan dan pemahaman klien, perhatikan tingkat pendidikan klien, perkuat kesiapan klien untuk belajar tetapkan tujuan yang menguntungkan bagi klien, identifikasi tujuan belajar klien, sesuaikan pengajaran dengan gaya belajar klien, pilih materi pendidikan yang sesuai, sesuaikan isi pembelajaran dengan kemampuan atau ketidakmampuan kognitif, psikomotor dan afektif klien, siapkan lingkungan belajar yang kondusif, evaluasi pencapaian klien terhadap tujuan pembelajaran, berikan penguatan perilaku, perbaiki misinterpretasi

informasi, berikan waktu untuk diskusi, sertakan keluarga atau orang terdekat (Dochterman & Bulechek, 2004).

2.3.3.10. Memberikan intervensi keperawatan selama prosedur hemodialisis : mempertahankan curah jantung dengan melakukan monitoring hemodinamik secara berkala selama prosedur hemodialisis.

2.3.3.11. Mencegah terjadinya komplikasi : perdarahan, mempertahankan kepatenan sirkuit hemodialisis, dan memberikan kenyamanan dengan tindakan meminimalkan nyeri dan support mental.

2.4. Kualitas Hidup Klien Hemodialisis

2.4.1. Pengertian kualitas hidup

Pengertian kualitas hidup masih menjadi suatu permasalahan, belum ada suatu pengertian tepat yang dapat digunakan sebagai acuan untuk mengukur kualitas hidup seseorang. Kualitas hidup merupakan suatu ide yang abstrak yang tidak terikat oleh tempat atau waktu, bersifat situasional dan meliputi berbagai konsep yang saling tumpang tindih (Kinghron & Gamlin, 2004). Sedangkan Farquahar (1995) menjelaskan bahwa kualitas hidup merupakan suatu model konseptual, yang bertujuan untuk menggambarkan perspektif klien dengan berbagai macam istilah. Dengan demikian pengertian kualitas hidup ini akan berbeda bagi orang sakit dan orang sehat.

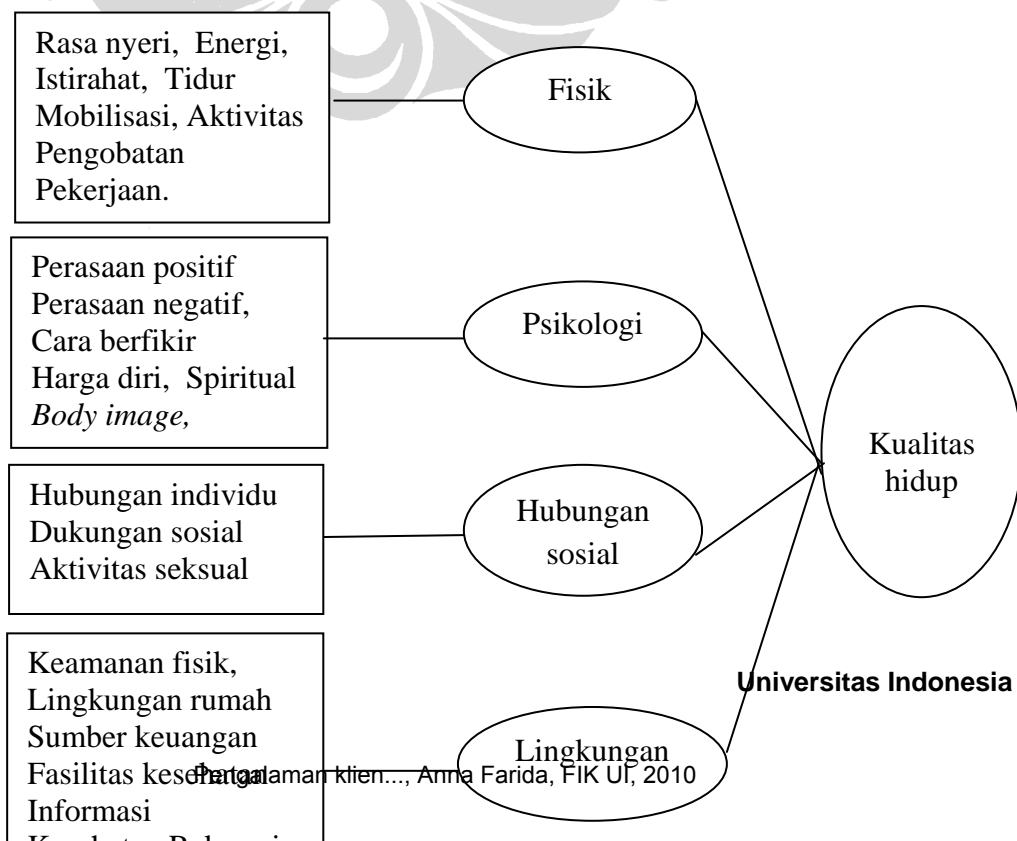
Cella (1992 dalam Kinghron & Gamlin, 2004) menyebutkan bahwa kualitas hidup seseorang tidak dapat didefinisikan dengan pasti, hanya orang tersebut yang dapat mendefinisikannya, karena kualitas hidup merupakan suatu yang bersifat subyektif. Terdapat dua komponen dasar dari kualitas hidup yaitu subyektifitas dan multidimensi. Subyektifitas mengandung arti bahwa kualitas hidup hanya dapat ditentukan dari sudut pandang klien itu sendiri dan ini hanya dapat diketahui dengan bertanya langsung kepada klien. Sedangkan multidimensi bermakna bahwa kualitas hidup dipandang dari seluruh aspek kehidupan seseorang secara holistik

meliputi aspek biologis/ fisik, psikologis, sosial dan lingkungan. Sedangkan Polinsky (2000) mengatakan bahwa untuk mengetahui bagaimana kualitas hidup seseorang maka dapat diukur dengan mempertimbangkan status fisik, psikologis, sosial dan kondisi penyakit.

2.4.2. Model konsep kualitas hidup

Beberapa hal yang perlu diperhatikan saat akan menilai kualitas hidup. Kualitas hidup sangat berhubungan dengan aspek/domain yang akan dinilai yang meliputi : fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungan. Model konsep kualitas hidup dari WHO (*The World Health Organization Quality of Life / WHOQoL*) mulai berkembang sejak tahun 1991. Instrumen ini terdiri dari 26 item pertanyaan yang terdiri dari 4 domain yaitu : 1) Domain kesehatan fisik yang terdiri dari : rasa nyeri, energi, istirahat, tidur, mobilisasi, aktivitas, pengobatan dan pekerjaan; 2) Domain psikologi yang terdiri dari : perasaan positif dan negatif, cara berfikir, harga diri, *body image*, spiritual; 3) Domain hubungan sosial terdiri dari : hubungan individu, dukungan sosial, aktivitas seksual; 4) Domain lingkungan meliputi keamanan fisik, lingkungan rumah, sumber keuangan, fasilitas kesehatan, mudahnya mendapat informasi, kesehatan, rekreasi, transportasi.

Skema 2.1. Skala pengukuran kualitas hidup menurut WHO



Sum

Sumber : WHO Quality of Life-BREF, 1993

2.4.3. Dampak hemodialisis terhadap kualitas hidup

Klien HD mempunyai respon fisik dan psikologis terhadap tindakan hemodialisis. Respon tersebut dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya karakteristik individu, pengalaman sebelumnya dan mekanisme koping. Kelemahan berhubungan dengan gangguan pada kondisi fisik, termasuk malnutrisi, anemia, uremia. Kelemahan fisik dapat menurunkan motivasi. Kelemahan secara signifikan berhubungan dengan timbulnya gejala gangguan masalah tidur, status kesehatan fisik yang menurun dan depresi yang dapat mempengaruhi kualitas hidupnya.

Seperti telah diuraikan sebelumnya, tindakan HD sangat erat hubungannya dengan kualitas hidup klien, dimana kualitas hidup meliputi 4 aspek yaitu aspek fisik, psikologis, sosial dan lingkungan. Banyak penelitian yang telah dilakukan terkait dengan kualitas hidup klien HD diantaranya penelitian yang dilakukan Landreneau at al (2010) menyimpulkan bahwa kualitas hidup klien yang menjalani transplantasi ginjal lebih baik dibandingkan dengan klien yang menjalani hemodialisis. Demikian juga penelitian yang dilakukan oleh Chang, Lee, Kim & Kim (2003) tentang faktor yang mempengaruhi kemampuan dalam melakukan koping pada pasien yang menjalani hemodialisis. Hasil penelitian mengatakan penyebab stres utama adalah yang berhubungan dengan masalah ekonomi, ketidakmampuan untuk mendapatkan uang, dan kelemahan.

Dampak psikologis dan spiritual sangat berpengaruh terhadap kualitas hidup klien. Hal ini didukung oleh studi yang dilakukan oleh Curtin, 2001; Mc Cann & Boore, 2000 yang menyimpulkan bahwa klien HD mempunyai kualitas hidup yang lebih rendah dan menolak strategi koping dibandingkan dengan klien yang dilakukan *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)*.

Penelitian kualitatif dilakukan oleh Mok et al (2004) dan Harwood et al (2005) menilai stres yang dialami sebelum menjalani HD. Hasil penelitian didapatkan tema-tema yaitu fluktuasi mengatasi kekhawatiran, motivasi untuk mengatasi masalah, dan saling ketergantungan antara klien dengan anggota keluarga. Hasil penelitian didapatkan bahwa klien mengalami reaksi emosional seperti tidak berdaya, sedih, marah, takut, merasa bersalah. Ketika pertama kali klien dinyatakan gagal ginjal, klien merasa bingung apa yang harus dilakukan, sering menangis dan merasa terisolasi. Selain itu juga dirasakan adanya stres bagi klien juga berdampak pada anggota keluarga (Harwood, Wilson, Cusolito, Santrop & Spittal, 2009).

Selain masalah fisik dan psikologis, klien HD juga mengalami gangguan sosial berupa disfungsi seksual. Disfungsi seksual terjadi pada klien penyakit ginjal tahap akhir dengan HD kronis. Pada klien HD kronis umumnya mendapatkan terapi antidepresan, dimana obat ini dapat berefek menurunkan libido dan menunda orgasme pada wanita, menurunkan ereksi dan ejakulasi pada laki-laki (Marques, at al, 2006; Diaz, Ferrer & Cascales, 2006). Selain obat antidepresan faktor lain yang dapat berkontribusi pada disfungsi seksual adalah *body image*, defisiensi Zinc dan gangguan hormonal (Diaz, Ferrer & Cascales, 2006).

2.5. Peran Perawat di Unit Hemodialisis

Peran adalah seperangkat tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang, sesuai kedudukannya dalam suatu sistem dan

dipengaruhi oleh keadaan sosial baik dari dalam maupun dari luar profesi keperawatan dan bersifat konstan (Indrawati, 2008). Perawat berperan dalam meningkatkan kesehatan dan pencegahan penyakit, serta memandang klien secara komprehensif. Peran perawat adalah sebagai pemberi perawatan, membuat keputusan klinik, pelindung dan advokat , manejer kasus, rehabilitator, komunikator dan pendidik (Potter & Perry, 2005).

Praktek keperawatan hemodialisis merupakan praktek keperawatan lanjut, yang dilakukan oleh perawat dialisis yang terdiri dari perawat praktisi dan perawat spesialis klinik dan memiliki sertifikat pelatihan dialisis (Headley & Wall, 2000). Sedangkan American Nurses Assosiation telah menetapkan bahwa yang dapat melakukan praktek keperawatan lanjut adalah perawat dengan tingkat pendidikan sarjana keperawatan (ANA dalam Headley & Wall, 2000). Sedangkan di Indonesia praktek keperawatan di unit HD umumnya diberikan oleh perawat dengan tingkat pendidikan diploma baik yang sudah mengikuti pelatihan maupun yang belum mengikuti pelatihan dialisis. dengan demikian peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan mungkin akan berbeda dibandingkan dengan perawat di negara lain, khususnya negara Amerika.

Kallenbach, et al (2005) menyebutkan bahwa perawat dialisis selain sebagai *care provider / clinician* (pemberi asuhan keperawatan), *educator, counselor, administrator, advocate dan researcher* juga sebagai *collaborator*. Praktek keperawatan lanjut di unit hemodialisis lebih ditekankan pada pendekatan kolaborasi tim yang meliputi : Nefrologis, ahli gizi, pekerja sosial, psikolog / psikiater, ahli bedah vaskuler akses, radiologis, perawat dialisis dan perawat spesialis klinik. Peran perawat dialisis di unit hemodialisis dalam melakukan praktek keperawatan lanjut pada klien hemodialisis dapat mencegah terjadinya komplikasi yang berefek pada peningkatan kualitas hidup klien hemodialisis (Headley & Wall, 2000).

Peran perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan, perawat membantu klien mendapatkan kembali kesehatannya melalui proses penyembuhan. Perawat memfokuskan asuhan keperawatan pada kebutuhan kesehatan klien secara holistik, meliputi upaya mengembalikan kesehatan emosi, spiritual dan sosial. Perawat memberikan bantuan kepada klien dan keluarga dalam menetapkan tujuan dan mencapai tujuan tersebut. Perawat hemodialisis diharapkan dapat memberikan masukan yang berharga dalam melakukan pengelolaan klien hemodialisis yang memiliki faktor risiko dan masalah penyakit yang ditemukan pada klien penyakit ginjal tahap akhir, seperti : Diabetes Millitus, hipertensi, penyakit kardiovaskuler, hiperparatiroidisme sekunder dari anemia, hiperlipidemia.

Sebagai pemberi asuhan keperawatan, seorang perawat di unit hemodialisis mampu mengelola semua aspek klinis klien hemodialisis, sehingga seorang perawat dialisis harus memiliki pemikiran kritis, pengetahuan yang maju dan trampil dalam memfasilitasi pelaksanaan pedoman praktek klinis. Mampu melakukan perawatan diagnostik, dapat dilatih untuk melakukan prosedur invasif tertentu, mampu mempertahankan akses vaskuler dan pencegahan infeksi. Perawat di unit dialisis diharapkan mampu memberikan perawatan yang efektif dengan menggunakan keahliannya melalui proses keperawatan dan menetapkan pendekatan terbaik bagi klien (Headley & Wall,2000).

Peran perawat sebagai advokat, dimana perawat membantu mempertahankan lingkungan yang aman bagi klien dan mencegah terjadinya kecelakaan, melindungi klien dari kemungkinan efek yang tidak diinginkan dari suatu tindakan. Pada klien hemodialisis peran perawat sebagai advokat, misalnya melindungi klien agar tidak terjadi infeksi pada akses vaskuler, emboli dan perdarahan.

Peran sebagai manager kasus, dimana perawat mampu berperan mengkoordinasikan anggota tim kesehatan. Pada klien penyakit gagal ginjal tahap akhir dimana yang juga mengalami penyakit penyerta lain atau akibat lanjut dari penyakit ginjal kronis, sehingga penanganan klien dilakukan secara tim, dimana perawat adalah sebagai manajer kasus mampu melakukan koordinasi dengan petugas kesehatan lainnya serta mengatur sumber yang tersedia. Perawat mampu mengkoordinasikan dan mendelegasikan tanggung jawab asuhan dan juga mengawasi tenaga kesehatan lainnya (Headley & Wall,2000).

Peran sebagai komunikator merupakan pusat dari seluruh peran perawat. Dalam memberikan asuhan keperawatan mencakup komunikasi dengan klien, keluarga, antara sesama perawat dan profesi kesehatan lainnya. Kualitas komunikasi merupakan faktor yang penting dalam memenuhi kebutuhan individu, keluarga dan masyarakat (Potter & Perry, 2005). Peran perawat sebagai penyuluh, perawat menjelaskan kepada klien konsep tentang penyakit ginjal tahap akhir terkait dengan prosedur hemodialisis, diet makanan, pengaturan cairan, asupan garam dan elektrolit. Perawat menilai kebutuhan klien dan membantu memenuhi kebutuhan klien dengan melibatkan keluarga. Memberikan edukasi dan dukungan psikologis terhadap klien dan keluarga dalam mengelola klien penyakit gagal ginjal tahap akhir pra dialisis, mempersiapkan terapi pengganti sebaik mungkin. Mengevaluasi apakah klien mengerti dengan penjelasan perawat dan mengevaluasi kemampuan pembelajaran.

Perawat pendidik (*educator*) harus mempunyai latar belakang pengalaman klinis, keahlian klinis dan pengetahuan teoritis. Peran Perawat pendidik dalam praktek keperawatan lanjut di unit hemodialisis mempunyai tanggung jawab terhadap staf dan pendidikan klien HD. Pengetahuan terkait penyakit gagal ginjal tahap akhir merupakan hal yang penting. Banyak klien tidak mendapatkan informasi tentang pemahaman akses dialisis, bagaimana mempertahankan dan perawatan akses vaskuler,

pengobatan dan perubahan pola makan. Sebagai perawat pendidik, juga dapat melakukan diskusi bersama klien dan keluarga tentang transplantasi. Perawat spesialis klinik juga bertanggung jawab terhadap pendidikan staf termasuk dalam mengintegrasikan hasil penelitian klinis dalam praktek klinis, mengevaluasi kesesuaian sumber daya pendidikan yang tersedia bagi klien dan staf merupakan aspek penting dari peran perawat spesialis sebagai pendidik (Berger et al, 1996 dalam Headley & Wall, 2000).

Di unit hemodialisis perawat spesialis klinik terlibat dalam penelitian sebagai peneliti utama. Pemanfaatan hasil penelitian menunjukkan perlunya adanya perubahan kebijakan, prosedur atau peralatan untuk memastikan perbaikan kualitas secara terus menerus. Penelitian harus dilakukan oleh perawat spesialis terutama dalam menunjukkan efektifitas dalam praktek keperawatan hemodialisis (Headley & Wall, 2000).

Perawat sebagai konsultan memberikan dukungan dan bimbingan untuk klien, rekan kerja dan rekan subspecialisasi. Seorang ahli bedah vaskuler dapat melakukan konsultasi kepada perawat spesialis klinik tentang kemampuan klien dalam melakukan perawatan akses vaskuler, menentukan pematangan akses vaskuler dan kemungkinan keberhasilan kanulasi kateter (Headley & Wall, 2000).

Berdasarkan uraian tentang peran perawat hemodialisis dapat disimpulkan bahwa peran perawat harus terintegrasi dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien hemodialisis. Dengan terintegrasinya peran tersebut, maka dapat mencegah terjadinya komplikasi, mengurangi biaya perawatan klien dan dapat membantu klien dalam meningkatkan kualitas hidupnya (Headley & Wall, 2000).

2.6. Dukungan Sosial Bagi Klien Hemodialisis

Menurut Gonollen dan Bloney (As'ari, 2005), dukungan sosial adalah dukungan yang diberikan kepada individu khususnya sewaktu dibutuhkan

oleh orang-orang yang memiliki hubungan emosional yang dekat dengan orang tersebut. Katz dan Kahn (2000) berpendapat dukungan sosial adalah perasaan positif, menyukai, kepercayaan dan perhatian dari orang lain yaitu orang yang berarti dalam kehidupan individu yang bersangkutan, kepercayaan seseorang dan bantuan langsung dalam bentuk tertentu. Dukungan sosial pada umumnya menggambarkan pengaruh yang dapat ditimbulkan oleh orang yang berarti. Berdasarkan teori-teori diatas dapat ditarik kesimpulan bahwa dukungan Sosial bagi klien HD adalah bentuk pertolongan yang dapat berupa materi, emosi, dan informasi yang diberikan oleh orang-orang yang memiliki arti seperti keluarga, sahabat, teman, saudara, rekan kerja, perawat, dokter dan petugas kesehatan lain yang dibutuhkan oleh klien HD dalam membantu mengatasi masalah kesehatannya.

Menurut Saronson (Suhita, 2005) dukungan sosial memegang peranan penting untuk mencegah dari ancaman kesehatan mental. Bila seseorang memperoleh dukungan sosial yang tinggi akan menjadikan individu optimis dalam menghadapi kehidupan saat ini maupun masa yang akan datang, lebih trampil dalam memenuhi kebutuhan psikologi dan memiliki sistem yang lebih tinggi, serta tingkat kecemasan yang lebih rendah, mempertinggi ketrampilan interpersonal, memiliki kemampuan untuk mencapai apa yang diinginkan dan lebih dapat membimbing individu untuk beradaptasi dengan stress. Berdasarkan hasil analisa diatas dapat disimpulkan bahwa dukungan sosial sangat dibutuhkan oleh klien HD, dimana pada klien yang menjalani hemodialisis terjadi dampak terhadap fisik, psikologis, sosial, ekonomi dalam kehidupan klien sehari-hari.

2.6.1. Aspek Dukungan Sosial

Suhita (2005) berpendapat bahwa ada empat dukungan sosial yaitu :

2.6.1.1.Emosional

Aspek ini melibatkan kekuatan jasmani dan keinginan untuk percaya pada orang lain sehingga individu yang bersangkutan menjadi yakin bahwa orang lain tersebut mampu memberikan cinta dan kasih sayang kepadanya. Hemodialisis selain bertujuan untuk mempertahankan kelangsungan hidup juga dapat mengakibatkan masalah psikologis bagi Klien HD. Masalah psikologis pada klien HD dapat berupa perasaan sedih, putus asa, kecewa, depresi, merasa menjadi beban keluarga, adanya gangguan bodi image. Masalah psikologis yang dialami oleh klien HD tersebut diakibatkan oleh kelemahan fisik, komplikasi penyakit gagal ginjal tahap akhir atau komplikasi yang terjadi akibat tindakan hemodialisis. Dengan kondisinya yang berubah maka pada klien HD sangat diperlukan adanya dukungan emosional. Dukungan yang diperlukan adalah dukungan yang bertujuan mengatasi masalah psikologi yang dialami klien HD dan memberikan dukungan agar klien dapat beradaptasi dengan kondisinya saat ini.

2.6.1.2. Dukungan Instrumental

Aspek ini meliputi penyediaan sarana untuk mempermudah atau menolong orang lain seperti peralatan, perlengkapan dan sarana pendukung lain dan termasuk didalamnya memberikan peluang waktu. Pada klien HD yang termasuk dukungan instrumental adalah dukungan peralatan, sarana dan perlengkapan klien menjalani hemodialisis, seperti mesin hemodialisis, ruangan, obat-obatan, alat kesehatan, kenyamanan ruangan, fasilitas pendukung lainnya

2.6.1.3. Dukungan Informasional

Aspek ini berupa pemberian informasi untuk mengatasi masalah pribadi. Aspek informatif terdiri dari pemberian nasehat, pengarahan dan keterangan lain yang dibutuhkan oleh individu yang bersangkutan. Informasi yang dibutuhkan oleh klien HD adalah informasi tentang penyakit ginjal kronik dan prosedur hemodialisis itu sendiri. Bagaimana klien mengatasi masalah yang terjadi pada dirinya, bagaimana mencegah kemungkinan komplikasi yang dapat dihindari, bagaimana dengan

pemenuhan kebutuhan fisiologisnya dan mengatasi gangguan akibat dari komplikasi serta bagaimana meningkatkan kualitas hidupnya.

2.6.1.4. Dukungan Penilaian

Aspek ini terdiri atas dukungan peran sosial yang meliputi umpan balik,, perbandingan sosial dan afirmasi (persetujuan).

2.7. Pendekatan Fenomenologi Pada Penelitian Kualitatif

Pendekatan kualitatif adalah suatu proses penelitian dan pemahaman yang berdasarkan pada metodologi untuk memahami sudut pandang partisipan secara mendalam, dinamis dan menggali berbagai faktor (Creswell, 1994). Pada pendekatan ini peneliti membuat suatu gambaran kompleks, meneliti kata-kata, pernyataan terinci dari pandangan partisipan dan melakukan penelitian pada situasi yang alami. Peneliti adalah instrumen kunci yang harus mampu bertanya, menganalisis dan mengkonstruksi objek yang teliti menjadi lebih jelas, mengetahui makna yang tersembunyi.

Tujuan penelitian kualitatif adalah untuk memahami situasi sosial, peristiwa, peran, kelompok atau interaksi tertentu. Penelitian kualitatif merupakan sebuah proses sosial dengan membedakan, membandingkan, meniru, mengkatalogkan dan mengelompokkan objek studi (Miles and Huberman, 1984 dalam Creswell, 1998). Penelitian kualitatif terdiri dari : *case study*, *fenomenology*, *etnografi*, dan *grounded theory* (Creswell, 1998).

Desain fenomenologi merupakan cara yang paling baik untuk menggambarkan dan memahami pengalaman manusia (Streuber & Carpenter, 2003). Penelitian kualitatif fenomenologi adalah penelitian yang menggali sesuatu yang ingin diketahui melalui cara menginterpretasikan sesuatu untuk mendapatkan gambaran peristiwa yang diteliti. Penelitian fenomenologi menghasilkan interpretasi, membangun

suatu esensi, mengurung dan menginduksi intuisi dalam menganalisis data (Creswell, 1994).

Fenomenologi menggambarkan riwayat hidup seseorang dengan cara menguraikan arti dan makna hidup serta pengalaman suatu peristiwa yang dialaminya. Penelitian ini dilakukan dalam situasi yang alami, sehingga tidak ada batasan dalam memaknai atau memahami fenomena yang diteliti. Menurut Spiegelberg (1975, dalam Streubert & Carpenter, 1999) menguraikan tahapan yang harus dilakukan dalam fenomenologi deskriptif adalah *intuiting, analyzing dan describing*.

Tahap pertama yaitu *intuiting*, Pengumpulan data pada penelitian fenomenologi deskriptif dilakukan dengan mengeksplorasi pengalaman partisipan tentang fenomena yang diteliti (Streubert & Carpenter, 1999). Peneliti menggali lebih dalam mengenai data dengan melibatkan langkah-langkah seperti menetapkan batas-batas penelitian, mengumpulkan informasi melalui pengamatan wawancara, dokumen, dan bahan-bahan visual serta menetapkan aturan untuk mencatat informasi (Locke, Spirduso, & Silverman, 1987 dalam Creswell, 1994). Teknik wawancara yang digunakan dalam penelitian kualitatif adalah wawancara mendalam. Wawancara mendalam (*in-depth interview*) adalah proses memperoleh keterangan untuk tujuan penelitian dengan cara tanya jawab sambil bertatap muka antara pewawancara dengan informan dengan atau tanpa menggunakan pedoman wawancara.

Tahapan kedua yaitu *analyzing*. Peneliti akan mengidentifikasi pengalaman yang akan diteliti. Adapun langkah-langkah dalam melakukan analisis penelitian kualitatif ini dengan menggunakan tahapan dari Colaizzi (1978, dalam Streubert & Carpenter, 1999), adalah sebagai berikut : 1) menggambarkan fenomena yang akan diteliti; 2) mengumpulkan data tentang fenomena dari partisipan; 3) membaca semua gambaran fenomena yang telah dikumpulkan dari partisipan; 4) membaca lagi gambaran fenomena dan memilih kata kunci; 5) mencoba mengidentifikasi arti dari

beberapa kata kunci yang telah teridentifikasi; 6) mengelompokkan beberapa arti yang teridentifikasi kedalam tema; 7) menuliskan pola hubungan antar tema dalam suatu narasi; 8) mengembalikan hasil narasi kepada partisipan untuk melakukan validasi 9) memasukkan data baru dari hasil validasi dan memasukkannya dalam suatu narasi akhir yang menarik.

Tahap ketiga yaitu *describing* merupakan penulisan laporan data yang akan digunakan. Peneliti mengkomunikasikan dan memberikan gambaran tertulis dari elemen kritikal yang didasarkan pada pengklasifikasian dan pengelompokan fenomena (Streubert & Carpenter, 1999). Penulisan ini bertujuan untuk mengkomunikasikan hasil penelitian fenomenologi deskriptif pada pembaca (Creswell, 1998).

Dengan demikian, berdasarkan tujuan penelitian ini maka peneliti menggunakan pendekatan fenomenologi dalam menggali pengalaman klien HD terhadap kualitas hidup dalam konteks asuhan keperawatan.

BAB 3

METODE PENELITIAN

Bab ini menjelaskan tentang metodologi penelitian, cara pemilihan populasi dan sampel penelitian, tempat dan waktu penelitian, etika penelitian, prosedur pengumpulan data, rancangan pengumpulan data dan keabsahan data.

3.1. Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan fenomenologi, yang bertujuan untuk mendapatkan gambaran tentang pengalaman hidup yang dilihat dari sudut pandang orang yang diteliti serta untuk menggali dan memahami pengalaman hidup yang dijalani (Moleong, 2000). Menurut Broccop dan Tolsma (1995), penelitian kualitatif berupaya untuk eksplorasi atau menggali, menggambarkan atau mengembangkan pengetahuan sesuai kenyataan yang dialami seseorang. Dalam penelitian ini pendekatan kualitatif digunakan untuk mengeksplorasi kualitas hidup klien yang menjalani hemodialisis di RSUP Fatmawati sesuai dengan pengalaman klien. Pendekatan ini juga memberikan peluang bagi klien untuk berbagi tentang pengalamannya selama menjalani hemodialisis berdasarkan perspektif individual.

Rancangan fenomenologi ini dilaksanakan dengan berpedoman pada pendapat Spiegelberg (1975, dalam Speziale & Carpenter, 2003) tentang 3 tahapan fenomenologi yaitu tahapan intuitif, analisis dan deskriptif.

Pada tahapan intuitif peneliti mengeksplorasi pengalaman partisipan yang menjalani hemodialisis. Peneliti menghindari sikap kritis dan evaluatif terhadap semua informasi yang diberikan oleh partisipan dengan cara tidak menghakimi dan mengurung (*bracketing*) semua pengetahuan yang diketahui peneliti tentang fenomena tersebut.

Pada tahap analisis, peneliti mengidentifikasi kategori-kategori, sub tema dan tema-tema tentang pengalaman partisipan yang menjalani hemodialisis berdasarkan data dari transkrip wawancara dengan partisipan, guna menjamin keakuratan dan kemurnian hasil penelitian. Berdasarkan dari hasil analisis ini, pada tahap deskriptif peneliti membuat narasi yang luas dan mendalam tentang fenomena yang dialami oleh klien yang menjalani hemodialisis.

3.2. Partisipan

Partisipan pada penelitian ini adalah klien dengan gagal ginjal yang menjalani hemodialisis di Unit Hemodialisa RSUP Fatmawati. Rekrutmen partisipan dilakukan dengan cara *purposive sampling* atau *judgmental sampling*, khususnya pada penelitian ini adalah partisipan yang mengungkapkan pengalamannya menjalani HD (Creswell, 1998). Semua partisipan yang terpilih adalah individu yang memiliki karakteristik sebagai berikut : 1) klien dewasa dengan gagal ginjal tahap akhir yang menjalani hemodialisis di Unit Hemodialisa RSUP Fatmawati; 2) menjalani HD dengan frekuensi 2 kali dalam seminggu selama 4 jam; 3) berusia 20 – 60 tahun; 4) menjalani HD minimal sudah 2 tahun; 5) mampu berkomunikasi secara verbal; 6) dapat berbahasa Indonesia dengan baik.

Rekrutmen partisipan dimulai dengan mengidentifikasi nama-nama partisipan yang didapatkan oleh peneliti melalui dokumen rekam medik atau catatan nama-nama klien yang menjalani HD di Unit Hemodialisa RSUP Fatmawati. Klien yang memenuhi kriteria sebanyak 6 orang ditemui di Unit Hemodialisa. Hal ini sesuai dengan jumlah partisipan yang ditetapkan dalam rencana penelitian yaitu minimal 6, dimana hal ini sesuai dengan pendapat Streubert (1999), saturasi data tercapai jika telah terjadi pengulangan data dan tidak ada lagi tambahan informasi atau tema baru yang diungkapkan partisipan tentang fenomena yang diteliti. Sedangkan

Riemen (1986 dalam Creswell, 1998) mengatakan bahwa jumlah partisipan yang ideal untuk penelitian fenomenologi adalah 6 – 10 orang. Jumlah partisipan sebanyak 6 orang dalam penelitian ini telah terkumpul data yang jenuh atau data yang telah tersaturasi, yaitu informasi yang diberikan oleh partisipan ke enam sudah tidak memberikan tambahan informasi baru tentang fenomena yang diteliti. Semua partisipan dapat berperan serta dari awal pengambilan data sampai selesai penelitian dan tidak ada partisipan yang mengundurkan diri.

Pertemuan dengan partisipan dilakukan secara bertahap : tahap pertama peneliti mendatangi klien di Unit Hemodialisa RSUP Fatmawati dalam rangka perkenalan, kemudian peneliti juga menjelaskan tujuan dari peneliti; kedua bertemu dengan partisipan untuk meminta persetujuan partisipan, partisipan menandatangani *informed consent* dilanjutkan dengan membuat perjanjian untuk wawancara; ketiga melaksanakan wawancara sesuai dengan waktu yang disepakati; keempat menverifikasi dan validasi hasil wawancara.

3.3. Tempat dan waktu penelitian

3.3.1. Tempat

Penelitian ini dilakukan di Unit Hemodialisa RSUP Fatmawati Jakarta terhadap klien yang menjalani hemodialisis dan telah memenuhi kriteria penelitian yang telah ditetapkan. Alasan pemilihan tempat penelitian ini dikarenakan RSUP Fatmawati merupakan rumah sakit tipe A pendidikan, dimana klien yang menjalani hemodialisis memiliki karakteristik yang berbeda. Selain itu RSUP Fatmawati juga telah memberikan pelayanan hemodialisis sejak tahun 1993 dengan jumlah klien yang cukup banyak, sehingga hal ini sangat membantu peneliti dalam mendapatkan partisipan.

3.3.2. Waktu

Penelitian dimulai dari membuat proposal yang dimulai sejak bulan Januari hingga Mei 2010. Seminar proposal dilaksanakan pada minggu keempat bulan Mei 2010. Pengumpulan data dilaksanakan minggu kedua bulan Juni hingga akhir Juni 2010, seminar hasil penelitian bulan Juli 2010.

3.4. Etika penelitian

Penelitian ini telah mendapatkan keterangan lolos kaji etik dari Komite Etik Penelitian Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, sebagai upaya melindungi hak azazi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan.

Penelitian ini telah melibatkan klien yang bersedia menjadi partisipan tanpa paksaan. Partisipan telah diberikan penjelasan tentang penelitian (Informed consent) yang meliputi tujuan penelitian, prosedur penelitian, durasi keterlibatan partisipan, hak-hak partisipan dan bagaimana partisipan diharapkan dapat berpartisipasi dalam penelitian ini. Partisipan diberi surat permohonan menjadi responden, partisipan yang menyatakan setuju untuk menjadi responden dalam penelitian sebanyak 6 orang dan telah menandatangani surat persetujuan menjadi partisipan.

Pada dasarnya penelitian ini tidak menimbulkan resiko bagi partisipan, namun peneliti tetap memperhatikan etika penelitian ketika melakukan penelitian ini. Campbell (2005) menjelaskan bahwa interaksi yang terjadi antara peneliti dengan partisipan selama proses penelitian dapat menyebabkan terjadinya masalah etika. Masalah etika dalam penelitian terjadi akibat bertemunya dua atau lebih kepentingan yang berbeda pada saat yang bersamaan.

Penelitian ini menggunakan prinsip – prinsip etika penelitian, sehingga tidak menimbulkan dampak negatif. Pertimbangan etika dalam penelitian yang dilakukan merujuk kepada Komisi Nasional Etik Penelitian Kesehatan (2006), yang menerapkan tiga prinsip yaitu menghormati harkat derajat manusia dan bebas paksaan (*autonomy*), kemanfaatan (*beneficience*), dan keadilan (*justice*).

Prinsip pertama yaitu menghormati harkat derajat manusia dan bebas paksaan. Partisipan memiliki otonomi dan hak untuk membuat keputusan secara sadar dan dipahami dengan baik, serta bertanggung jawab secara pribadi terhadap keputusan yang diambilnya. Partisipan juga berhak untuk mengetahui apa yang akan dilakukan terhadap dirinya. Untuk memenuhi hak tersebut, sebelum melakukan penelitian, peneliti telah memberikan penjelasan kepada calon partisipan tentang tujuan dan prosedur penelitian. Pada penelitian ini hanya melakukan proses wawancara, dimana waktu dan tempat pelaksanaan sesuai dengan kesepakatan bersama partisipan. Dalam penelitian ini, peneliti memenuhi hak – hak partisipan tersebut dengan memberikan *informed consent* yang memungkinkan peneliti untuk mengevaluasi kesediaan partisipan untuk berpartisipasi terhadap penelitian yang dilakukan (Streubert dan Carpenter, 1999). Sebelum melakukan wawancara peneliti terlebih dahulu menanyakan kesediaan partisipan untuk direkam dengan menggunakan MP4. Partisipan juga mempunyai hak untuk mengundurkan diri sewaktu – waktu tanpa dikenakan sanksi apapun. Hal ini sesuai dengan pernyataan Streubert dan Carpenter (1999) yang mengatakan partisipan mempunyai kebebasan untuk menentukan pilihan dan keikutsertaan dalam penelitian. Peneliti juga menginformasikan kepada partisipan mengenai kebebasan untuk tidak menjawab pertanyaan selama wawancara bila hal itu dapat menimbulkan rasa malu dan tidak ingin diketahui oleh orang lain.

Untuk menjamin kerahasiaan, maka peneliti menyimpan seluruh dokumen hasil pengumpulan data berupa lembar persetujuan mengikuti penelitian, biodata, rekaman dan transkrip wawancara dalam tempat khusus yang hanya bisa dibuka oleh peneliti. Hasil rekaman wawancara di transfer ke dalam komputer dan disimpan dalam file khusus dengan kode partisipan yang sama. Semua bentuk data hanya digunakan untuk keperluan proses analisa data sampai dengan laporan penelitian selesai disusun. Dalam menyusun laporan penelitian, peneliti tidak mengungkapkan identitas partisipan (*anonymous*). *Anonymity* adalah konsep penting yang berhubungan dengan perlindungan partisipan dalam penelitian. Partisipan mempunyai hak untuk tetap anonim (menyembunyikan nama/identitas) sepanjang proses penelitian (Brockop & Tolsma, 1995).

Prinsip kedua yaitu kemanfaatan, dimana peneliti melaksanakan penelitian sesuai dengan prosedur penelitian, agar dapat bermanfaat bagi partisipan. Untuk memenuhi hak tersebut, peneliti menjelaskan manfaat yang diterima oleh partisipan. Peneliti meminimalkan timbulnya dampak yang merugikan bagi partisipan (*nonmaleficience*), dengan cara memberikan jaminan adanya kebebasan dari bahaya.

Prinsip ketiga yaitu keadilan (*justice*), dimana peneliti memperlakukan setiap partisipan secara adil, wajar, jujur, serta memberikan haknya. Hak terhadap penanganan yang adil ini memungkinkan partisipan mendapatkan hak yang sama untuk dipilih atau terlibat dalam penelitian tanpa diskriminasi.

3.5. Alat pengumpul adat

Dalam melakukan pengumpulan data, peneliti merupakan instrumen utama dalam penelitian ini, selain itu peneliti juga menggunakan alat bantu berupa

format pengumpulan data berisi data biografi dan status medis, pertanyaan-pertanyaan tertulis sebagai pedoman untuk wawancara, buku catatan dan alat tulis serta alat perekam untuk merekam wawancara antara peneliti dengan partisipan.

3.6. Prosedur pengumpulan data

Pengumpulan data dari partisipan dilakukan peneliti melalui beberapa tahapan, antara lain :

- 3.6.1. Mengurus surat ijin penelitian di FIK – UI untuk dilanjutkan kepada Direktur Utama RSUP Fatmawati di Jakarta
- 3.6.2. Menemui bagian Diklit RSUP Fatmawati untuk mengurus ijin penelitian.
- 3.6.3. Menghubungi Kepala IP2K dan Ka Ruangan Hemodialisa untuk memulai penelitian.
- 3.6.4. Mengidentifikasi daftar nama klien yang ada di Unit Hemodialisa yang akan dijadikan partisipan.
- 3.6.5. Menghubungi partisipan yang ada di unit hemodialisa dan bertatap muka. Peneliti menjelaskan tujuan peneliti dan memberikan *informed consent* untuk dapat berpartisipasi dalam penelitian ini. Setelah partisipan menyetujui, partisipan dipersilahkan untuk menandatangani surat persetujuan menjadi partisipan.
- 3.6.6. Selanjutnya peneliti melakukan proses pengambilan data dengan wawancara mendalam. Sebelum pengambilan data peneliti melakukan uji coba wawancara. Uji coba wawancara telah dilakukan pada partisipan laki-laki yang menjalani hemodialisis. Berdasarkan pengalaman dari hasil uji coba wawancara tersebut, peneliti dapat mengambil kesimpulan bahwa semua pertanyaan yang ada dalam pedoman wawancara sudah dapat dipahami dengan baik oleh partisipan. Tujuan dilakukan uji coba wawancara adalah untuk mengetahui apakah pertanyaan – pertanyaan yang ada dalam pedoman wawancara dapat dipahami dengan baik oleh partisipan. Uji coba juga dilakukan pada alat perekam wawancara untuk menghindari tidak

berfungsinya alat pada saat digunakan. Hasil rekaman cukup baik, jelas dan suara dapat didengar oleh peneliti.

3.6.7. Setelah uji coba wawancara dan hasilnya sesuai harapan peneliti, maka dilanjutkan dengan pengumpulan data. Data biografi dan riwayat medik dari seluruh partisipan yang terdiri dari nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, agama, pekerjaan, lamanya menjalani hemodialisis, dan pembiayaan.

3.6.8. Wawancara dilakukan bila partisipan telah menyatakan siap, dan wawancara direkam dengan alat perekam. Wawancara pada seluruh partisipan dilakukan di unit hemodialisa RSUP Fatmawati selama partisipan menjalani hemodialisis. Waktu dan tempat wawancara disepakati bersama dengan partisipan, partisipan lebih memilih dilakukan selama proses hemodialisis dikarenakan sambil menunggu proses hemodialisis yang cukup lama. Wawancara dimulai dengan mengajukan pertanyaan terbuka sesuai dengan pedoman wawancara dan dapat berkembang sesuai dengan tujuan penelitian.

Wawancara untuk setiap partisipan dilakukan dalam waktu 30 – 60 menit untuk wawancara pertama, dan 15 – 20 menit untuk wawancara kedua. Wawancara kedua dilakukan dikarenakan pada wawancara pertama data yang diperoleh belum cukup menjawab tujuan khusus penelitian. Kemudian peneliti melakukan pencatatan data partisipan sebagai informasi dasar yang meliputi : nama, umur, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, agama, lamanya menjalani hemodialisis dan cara pembayaran. Setelah mendapatkan data dasar dilanjutkan dengan wawancara.

Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara semi terstruktur dengan pertanyaan terbuka tentang pengalaman partisipan menjalani hemodialisis terhadap kualitas hidupnya. Alasan peneliti menggunakan wawancara semi terstruktur adalah untuk mengembangkan pertanyaan dari setiap pernyataan yang dikemukakan oleh partisipan. Selain wawancara peneliti juga membuat

catatan lapangan, mendokumentasikan kondisi lingkungan dan respon klien selama proses wawancara berlangsung.

3.7. Analisa data

Analisa data penelitian ini menggunakan metode fenomenologi deskriptif dengan metode Colaizzi (1978, dalam Streubert & Carpenter), Adapun langkah-langkah analisis data yang telah dilakukan adalah sebagai berikut :

- 3.7.1. Peneliti menggambarkan fenomena dari pengalaman hidup partisipan yang diteliti, yakni pengalaman klien HD terhadap kualitas hidup.
- 3.7.2. Peneliti mengumpulkan gambaran fenomena partisipan berupa pengalaman klien HD terhadap kualitas.
- 3.7.3. Membuat transkrip untuk mengidentifikasi pernyataan-pernyataan yang bermakna dari partisipan, kemudian mengidentifikasi pernyataan partisipan yang relevan dan menggaris bawahi pernyataan yang bermakna.
- 3.7.4. Membaca transkrip secara keseluruhan dan berulang-ulang hingga ditemukan kata kunci dari pernyataan – pernyataan partisipan.
- 3.7.5. Membuat kategori pernyataan-pernyataan . Peneliti menyusun kategori-kategori dari keenam partisipan dan memasukkan ke dalam tabel analisis.
- 3.7.6. Menentukan kategori tersebut menjadi pernyataan-pernyataan yang bermakna dan saling berhubungan menjadi tema-tema potensial. Peneliti menyusun kategori menjadi sub tema dan tema sehingga menjadi tema.
- 3.7.7. Mengelompokkan tema-tema sejenis menjadi tema akhir, kemudian membandingkan / memeriksa kembali deskripsi asli yang terdapat dalam masing-masing transkrip
- 3.7.8. Kembali kepada partisipan untuk konfirmasi / verifikasi tema-tema tersebut segera setelah proses verbatim dilakukan.
- 3.7.9. Peneliti tidak mendapatkan tambahan data baru selama validasi.

3.8. Keabsahan data

Untuk menjamin kebenaran data maka peneliti akan mengkonfirmasi informasi yang telah ditemukan dengan cara *credibility*, *dipendability*, *confirmability* dan *transferability*.

3.8.1. *Credibility* (kredibilitas) merupakan suatu tujuan untuk menilai kebenaran dari suatu temuan peneliti kualitatif. Kredibilitas ditunjukkan ketika partisipan mengungkapkan bahwa pernyataan yang tertulis pada transkrip penelitian memang benar pernyataan partisipan yang menggambarkan pengalaman dirinya sendiri. Dalam hal ini peneliti memberikan transkrip wawancara untuk dibaca ulang oleh partisipan. Jika partisipan menyatakan bahwa data tersebut sesuai dengan pernyataan partisipan pada saat wawancara, peneliti meminta partisipan untuk memberikan paraf pada transkrip verbatim, sehingga transkrip dianggap telah memiliki kredibilitas. 4 dari 6 partisipan minta peneliti yang membacakan transkrip, peneliti membantu membacakan hasil transkrip verbatim yang telah dibuat oleh peneliti.

3.8.2. *Dependability* (keabsahan data/reliabel). Polit & Hungler (1999) mengatakan bahwa salah satu tehnik untuk mencapai reliabilitas adalah dengan melibatkan seorang auditor eksternal untuk melakukan audit dan menelaah hasil penelitian secara keseluruhan. Auditor eksternal yang dilibatkan dalam penelitian ini adalah para pembimbing selama melakukan penelitian dan menyusun tesis. Selama proses uji coba, penulisan transkrip dan analisa tema, peneliti melakukan beberapa kali konsultasi, baik kepada pembimbing I maupun kepada pembimbing II. Pada tahap awal ujicoba wawancara, peneliti melakukan dua kali proses bimbingan untuk melihat sejauh mana pertanyaan yang diajukan agar dapat menjawab tujuan dari penelitian. Pada tahap proses wawancara, peneliti melakukan tiga kali konsultasi untuk menelaah tema-tema yang dibuat berdasarkan transkrip

verbatim. Selain itu peneliti juga melakukan dua kali pertemuan dengan pembimbing satu untuk menelaah tema-tema yang ditemukan dalam penelitian ini.

3.8.3. *Confirmability* adalah objektivitas atau netralitas data, dimana tercapai persetujuan antara dua orang atau lebih tentang relevansi dan arti data (Polit & Hungler, 1999). Dalam penelitian kualitatif, uji *confirmability* mirip dengan uji *dependability* sehingga pengujiannya dapat dilakukan secara bersamaan. Peneliti melakukan *confirmability* dengan cara menunjukkan hasil pengumpulan data termasuk transkrip verbatim yang sudah ditambahkan catatan lapangan, analisa tema kepada partisipan dan pembimbing sebagai auditor. Kemudian peneliti bersama-sama dengan pembimbing menentukan analisa tematik hasil penelitian.

3.8.4. *Transferability*, sering disebut validitas eksternal dalam penelitian kualitatif. Validitas eksternal menunjukkan derajat ketepatan atau dapat diterapkannya hasil penelitian ke populasi dimana sampel tersebut diambil (Sugiyono, 2009). *Transferability* dilakukan peneliti dengan cara menanyakan tema – tema yang ditemukan dalam penelitian ini kepada 2 orang klien HD yang bukan sebagai partisipan. Dari 2 orang klien HD tersebut menyatakan bahwa tema-tema yang telah diidentifikasi juga dialami oleh klien tersebut. Maka dengan demikian validitas dalam penelitian ini telah tercapai.

BAB 4

HASIL PENELITIAN

Bab ini menjelaskan berbagai pengalaman klien hemodialisis terhadap kualitas hidup dalam konteks asuhan keperawatan di RSUP Fatmawati Jakarta. Penelitian ini menghasilkan 5 tema utama yang memberikan suatu gambaran atau fenomena pengalaman klien yang menjalani hemodialisis. Hasil penelitian ini diuraikan menjadi dua bagian. Bagian pertama menceritakan secara singkat gambaran karakteristik partisipan yang terlibat dalam penelitian ini. Bagian kedua membahas analisis tematik tentang pengalaman klien yang menjalani hemodialisis terhadap kualitas hidup dalam konteks asuhan keperawatan.

4.1. Gambaran Karakteristik Partisipan.

Sebanyak 6 partisipan berpartisipasi dalam penelitian ini, dengan jenis kelamin 3 orang perempuan dan 3 orang laki-laki. Usia dari partisipan sangat bervariasi berkisar antara 27 tahun sampai dengan 60 tahun. Tingkat pendidikan partisipan bervariasi SLTA, Diploma dan Sarjana. Semua partisipan beragama Islam. Partisipan juga mempunyai karakteristik pekerjaan yang bervariasi, dimana 2 orang sebagai guru sekolah pada SLTP, 1 orang sebagai ibu rumah tangga, 1 orang pensiunan pegawai swasta, 1 orang PNS pada Departemen Pertanian, dan 1 orang mantan satpam. Status perkawinan dari 6 orang partisipan masing-masing adalah : 4 orang menikah dan 2 orang janda. Berkaitan dengan lamanya partisipan menjalani hemodialisis sangat bervariasi yaitu antara 2 tahun hingga 10 tahun. Dari sistem pembayaran partisipan 5 orang dijamin oleh Asuransi Kesehatan dan 1 orang dengan prosedur surat keterangan tidak mampu (SKTM).

4.2. Analisis Tematik

Bagian ini secara rinci menjelaskan uraian tema yang teridentifikasi dari hasil wawancara. Tema-tema tersebut adalah : (1) perubahan pemenuhan kebutuhan dasar klien; (2) kualitas spiritual meningkat; (3) kualitas fisik

dan psikologis menurun; (4) puas akan pelayanan keperawatan; (5) kebutuhan memperoleh dukungan sosial.

Tema-tema yang dihasilkan dalam penelitian ini dibahas secara terpisah untuk mengungkapkan makna atau arti dari berbagai pengalaman hidup partisipan yang menjalani hemodialisis terhadap kualitas hidup dalam kehidupan sehari-hari setelah menjalani hemodialisis. Meskipun dibahas secara terpisah, namun tema-tema tersebut saling berhubungan satu sama lain untuk menjelaskan esensi pengalaman para partisipan dalam penelitian ini.

4.2.1. Perubahan pemenuhan kebutuhan dasar klien

Tema ini didapatkan dalam rangka menjawab tujuan khusus pertama yaitu gambaran perubahan-perubahan yang terjadi dalam kehidupan klien HD. Perubahan pemenuhan kebutuhan dasar manusia banyak diungkapkan oleh partisipan dalam penelitian ini. Mereka menyatakan terjadinya perubahan pada pemenuhan kebutuhan fisiologis, ekspresi psikologis, ekspresi spiritual, perubahan pola interaksi sosial, dan terjadinya perubahan status ekonomi.

4.2.1.1. Kebutuhan fisiologis

1). Kelemahan fisik dinyatakan oleh seluruh partisipan sebagai akibat dari penurunan aktifitas, capek dan lemas yang mereka rasakan setelah menjalani tindakan hemodialisis. Hal ini seperti diungkapkan oleh 3 partisipan sebagai berikut :

“ sebelum cuci darah biasa melaksanakan aktifitas dan cukup kuat dan biasa olah raga “ (P1)

“tenaga saya lebih kuat sebelumnya, boleh dikatakan saya pekerja beratlah sebelumnya “ (P5)

“iya, waktu sehat semua bisa dikerjain, apapun,...bisa dikerjakan dengan baik “ (P6)

2) Perubahan pola nutrisi juga dikeluhkan oleh empat partisipan dalam penelitian ini. Mereka mengatakan adanya penurunan nafsu makan dan timbulnya rasa mual, seperti yang diungkapkan oleh partisipan dua dan partisipan enam yaitu :

“ makan tidak nafsu, tidak ada nafsu makan ” (P2).

“ setelah 1 bulan baru terasa mual, muntah-muntah, muntahnya sampe sore, ... sekarang sudah beradaptasi” (P6).

Pengalaman lain diungkapkan oleh partisipan satu, dimana ia mengatakan nafsu makan justru meningkat sehabis tindakan hemodialisis dilakukan, seperti yang diungkapkannya :

“ nafsu makan saya kurang, ... nafsu makan meningkat kalau habis HD saja” (P1).

3) Pola napas. Gangguan pola napas berupa sesak ditemukan pada penelitian. empat partisipan mengatakan bahwa pola napas sebagai perubahan fisiologis yang dialami setelah dinyatakan gagal ginjal dan menjalankan tindakan hemodialisis. Partisipan menyatakan timbulnya keluhan sesak nafas, nafas berbunyi, terasa berat dan mudah lelah. Hal ini seperti diungkapkan oleh dua partisipan yaitu :

“ ...nafas sesak dan,... nafasnya berbunyi ”(P1)

“ berat, nafasnya berat, mudah capek ”(P4)

Perubahan pola nafas yang dirasakan keempat partisipan, diakui mereka disebabkan oleh berbagai hal. Partisipan pertama dan keempat menyatakan sesak nafas yang mereka alami disebabkan karena minum yang terlalu banyak. Sedangkan partisipan kedua menyatakan sesak yang dialaminya disebabkan karena pembengkakan pada perutnya. Ini seperti diungkapkan oleh mereka :

“ ternyata permasalahannya kalau banyak minum nafas sesak ” (P1)

“ gara-gara kebanyakan minum, perasaan gitu udah kaya gimana tau rasanya, ... nafas sesak” (P4)

“ sekarang-sekarang ini bengkaknya diperut ”(P2).

4) Pola istirahat tidur. Perubahan pola istirahat tidur juga dirasakan oleh seluruh partisipan dalam penelitian ini. Seluruh partisipan menyatakan terjadinya gangguan pada saat tidur. Salah seorang partisipan menyatakan tidurnya terganggu apabila mereka banyak minum pada siang harinya. Sedangkan partisipan lainnya menyatakan gangguan tidur yang dialaminya disebabkan karena perasaan gelisah dan suasana panas saat akan tidur hal ini seperti diungkapkan oleh ketiga partisipan :

“ kalo banyak minum... dan engga bisa tidur ” (P1)

“... nah ini saya engga bisa tidur, bener-bener gak bisa tidur, malamnya ga bisa tidur, gerah gitu ” (P5)

“ gelisah waktu tidur” (P4)

Lain halnya yang diceritakan oleh partisipan ketiga yang menyatakan tiap kali akan menjalankan tindakan hemodialisa, maka partisipan akan mengalami gangguan tidur pada malam sebelum tindakan HD dilaksanakan, seperti yang diungkapkannya :

“ ...misalnya cuci darah senin, minggu malam udah engga bisa tidur” (P3)

Tiga partisipan lain mengatakan seringnya mereka terbangun di malam hari saat tidur dan mengeluhkan susahnyanya untuk memulai tidur kembali. Bahkan salah seorang partisipan menyatakan melakukan aktivitas apa saja yang dapat dilakukannya saat terbangun ditengah malam dan tidak dapat tidur kembali. Ini seperti diungkapkan oleh dua patisipan berikut

“ ...ya tengah malam saya kebangun, tapi kalo terbangun, saya buka-buka internet, solat tahajut “ (P5)

“kalau malam saya tidur jam 9, jam 11 terbangun dan susah untuk tidur lagi “ (P1).

5) Gangguan sirkulasi dirasakan oleh seluruh partisipan dalam penelitian ini. Lima orang partisipan menyatakan munculnya keluhan **pusing** paska tindakan hemodialisis dilakukan. Berikut ungkapan partisipan:

“..terutama setelah selesai HD, ada rasa pusing “ (P1)

“..kalau pulang HD pusing, harus ditidurkan dulu” (P2)

Sebagian besar partisipan lainnya bahkan menyatakan penurunan kadar hemoglobin, seperti yang diungkapkan berikut ini :

“ Hb saya pernah merosot menjadi 6, tapi akhirnya Hb saya bisa naik lagi ,... saya diberi zat besi” (P1)

” ... kalo mau suntik hormone Hb harus 7, Hb saya waktu itu kurang dari 7” (P3)

“ kurang darah, darahnya kalo apa namanya Hb, katanya terlalu rendah “ (P4)

Timbulnya bengkak (**edema**) dirasakan oleh 5 partisipan dalam penelitian ini. Sedangkan 3 partisipan lain mengatakan munculnya keluhan **kram** pada kedua kaki mereka. Hal ini seperti diungkapkan dua partisipan dalam penelitian ini :

“ ya kan kalo habis dicuci hilang bengkaknya, kan tadi sebelum dicuci bengkak ”(P2)

“ kalo kram ya selama HD ini aja, kalo kebanyakan ya kram ”(P5)

6) Gangguan eliminasi dinyatakan oleh beberapa partisipan dalam penelitian ini. Mereka menyatakan jumlah urine yang dikeluarkan jauh berkurang seperti saat sebelum mengalami penyakit ini. Hal ini seperti diungkapkan mereka :

“ kalo pipis kaya anyang – anyangan,.. keluar sedikit,.. rutin ya menetes ” (P1)

“ ...udah ga bisa kencing “ (P2)

“ ...kencingnya ga ada sama sekali “ (P3)

7) Gangguan pada kulit berupa keluhan gatal juga dialami oleh sebagian besar partisipan dalam penelitian ini. Perasaan gatal diungkapkan oleh salah seorang partisipan sebagai suatu hal yang paling mengganggu. Sedangkan perubahan warna kulit diakui oleh partisipan lainnya. Dimana partisipan mengatakan bahwa warna kulit menjadi lebih gelap, bahkan kehitaman. Hal ini seperti diungkapkan mereka :

“ di punggung, di pinggang, di tangan, jadi keluhannya sekarang gatal, gatal dimana, ... yang paling mengganggu itu gatal” (P3)

“ ... ya ada dikaki terutama, kan belang-belang tuh, tetapi kalo dibadan saya ya sedikitlah ”(P5).

8) Gangguan fungsi organ dialami oleh partisipan dalam penelitian ini seperti jantung, paru, seperti diungkapkan oleh partisipan berikut :

“..jantungnya bermasalah, katanya (dokter) bocor, disamping membesar juga bocor ” (P1)

“...sampe airnya juga pernah kesini (paru), paru saya terendam, kan diambil setiap bulan 2 gelas aqua ” (P2)

4.2.1.2. Ekspresi psikologis

Ekspresi psikologis juga diakui oleh partisipan saat mereka mengetahui menderita penyakit gagal ginjal dan harus menjalankan tindakan hemodialisis. Ekspresi psikologis yang mereka nyatakan adalah munculnya perasaan sedih, depresi dan perasaan menyesal. Hal ini seperti diungkapkan oleh 3 partisipan dibawah ini :

“ ya sedihlah, pertama itu merasa kok punya penyakit seperti ini “ (P6)

“ ... secara psikologis saya down, banyak pikiran, kenapa kok ke jantung “(P1)

“ ada juga perasaan menyesal, dulu waktu sehat kurang merhatiin kesehatan saya “(P1)

Sedangkan perasaan rendah diri dan gangguan dalam gambaran diri setelah mereka menderita penyakit gagal ginjal dan menjalankan hemodialisis juga menjadi penyebab perubahan psikologis yang mereka alami, seperti ungkapan mereka berikut ini :

“ ...saya engga mau ngaca kecermin, karena kalo ngaca kecermin, saya kan udah jelek “(P2)

“ ...pinginnya dikasih Allah itu perut saya kempes, kalo besar begini saya malu mau kemana-mana, diliatin nenek-nenek kok udah, ... kok hamil ngono “(P2)

“ ya kadang – kadang perasaan itu ada, mereka bisa jalan-jalan kemana-mana, sementara saya engga bisa ikut. Saya menarik diri dari pergaulan teman-teman saya ”(P5).

4.2.1.3. Ekspresi spiritual

Perubahan spiritual dirasakan oleh seluruh partisipan setelah mereka dinyatakan menderita penyakit gagal ginjal dan dinyatakan harus menjalani tindakan hemodialisis. Ekspresi spiritual yang dinyatakan oleh partisipan berbeda-beda diantaranya perasaan bersyukur dan pasrah atas cobaan yang diberikan kepada mereka. Seperti yang diungkapkan oleh 3 partisipan dibawah ini :

“ ...pasti ada sesuatu yang Alloh berikan kepada saya, ... saya syukuri karena saya tidak mati dari dulu, masih dikasih kesempatan untuk bertaubat ” (P5)

“...saya mensyukuri nikmat Alloh, kalo dulu, nikmat lebih besar dari sekarang, tapi saya engga bisa mensyukuri ”(P3)

“ tapi sekarang udah pasrah aja udah, ya memang udah takdirnya cuci darah ”(P4)

Meningkatnya ibadah justru dirasakan oleh semua partisipan selama mereka menjalani penyakit yang mereka derita saat ini . Mereka menyatakan saat ini justru merasa lebih dekat dengan Tuhan dan lebih tekun dalam menjalankan aktifitas beribadah. Hal ini diungkapkan oleh 2 partisipan berikut :

“justru sekarang ini saya malah semakin sering mendekatkan diri ”(P1)

“saya jadi semakin dekat dengan Alloh, kita ngaji, tobat” (P5)

4.2.1.4. Perubahan pola interaksi sosial

Hal ini dirasakan oleh partisipan sebagai akibat dari penyakit yang mereka alami. Terjadinya perubahan aktivitas sosial dinyatakan oleh 4 partisipan dalam penelitian ini, sedangkan perubahan mobilitas diakui oleh seluruh partisipan dalam penelitian ini sebagai suatu hambatan mereka dalam berinteraksi dengan orang lain, Hal ini seperti yang mereka ungkapkan :

“ dulu dituntut kerja, sekarang saya menikmati dirumah sakit (P2)

“ jadi saya sering perginya yang dekat-deket aja, ga nganggu jadwal HD “(P5).

“akhirnya setelah sakit saya engga bisa kemana-mana ”(P1)

Lain halnya dengan pernyataan dua partisipan, dimana mereka menyatakan terjadinya perubahan frekwensi seksual. Perubahan aktifitas seksual yang mereka alami disebabkan berbagai hal diantaranya karena penurunan gairah seksual akibat perasaan lelah dan adanya permasalahan pada jantung mereka, seperti yang diungkapkan oleh partisipan berikut:

“ ... jarang, karena menghindari nyesek doang, jadi gimana ya, kurang gairah gitu ” (P4)

“... buat apa saya memaksakan diri melakukan itu, ... jadi engga masalah ” (P1).

Adanya dukungan sosial juga dirasakan oleh seluruh partisipan dalam penelitian ini. Dukungan yang mereka rasakan selain berasal dari keluarga juga dukungan yang berasal dari lingkungan kerja mereka, seperti diungkapkan oleh 2 orang partisipan dibawah ini :

“ 100% mendukung semua, mulai dari keluarga kecil, sampai keluarga besar “ (P4)

“ teman dikantor saya sudah memaklumi itu, dan banyak yang membantu pekerjaan saya” (P1).

4.2.1.5. Perubahan status ekonomi

Bertambahnya kebutuhan keuangan diakui oleh sebagian besar partisipan sebagai perubahan yang terjadi pada status ekonomi mereka. Beberapa partisipan menyatakan besarnya biaya yang harus mereka keluarkan saat mereka harus menjalani cuci darah dan obat – obatan yang harus mereka beli selama mereka mengalami penyakit tersebut. Seperti ungkapan 2 partisipan dibawah ini :

“ ... karena sekali cuci minimum keluar 500 ribu, waktu saya cuci 3 kali seminggu, dimana 1 kali saya harus bayar” (P1)

“ obat cuci darah itu emang gratis, tapi obat-obatan yang lain ga, harus beli” (P6)

4.2.2. Kualitas Spiritual Meningkat

Tema kedua ini didapatkan berdasarkan tujuan khusus kedua yaitu : Dampak HD terhadap kualitas hidup. Kualitas hidup menurut partisipan adalah terpenuhinya kebutuhan lahir dan bathin. Kebutuhan lahir menurut partisipan adalah kebutuhan didunia, seperti kesehatan fisik, finansial dan pendidikan. Berikut pernyataan partisipan tentang makna kualitas hidup diantaranya :

“...arti kualitas hidup bagi saya yaitu kesehatan yang bagus, ekonomi yang cukup walaupun ga berlebih, ilmu pengetahuan atau pendidikan ...” (3)

Sedang partisipan lain mengungkapkan bahwa kualitas hidup selain fisik yang sehat, juga dapat berguna bagi masyarakat dan taat kepada Allah.

Berikut ungkapan partisipan :

“...kualitas hidup menurut saya itu sebenarnya saya ingin suatu, suatu perasaan yang ingin berguna bagi masyarakat dan taat kepada Allah, taat dan hablumminalloh dan hablumminanas, jadi hubungan kita baik dengan Allah dan baik dengan manusia” (P2).

Berdasarkan ungkapan dari partisipan didapatkan tema bahwa dampak hemodialisis terhadap kualitas hidup menurut partisipan adalah meningkatnya kualitas spiritual. Perwujudan peningkatan kualitas spiritual berupa pandangan hidup yang meningkat terhadap nilai spiritual, hal ini diungkapkan oleh partisipan berikut :

“... kayaknya meningkat, karena kita makin dekat dengan sang pencipta...misalnya kita beribadah sudah meningkat... menurut saya lebih meningkat, itu tolak ukur saya..ternyata walaupun saya sakit, tetapi secara bathiniah naik, insya Allah ” (P1)

“...kalau akhirati saya malah bersyukur, saya jadi lebih dekat sama Allah setelah sakit ini, apalagi setelah saya tahu kalau penyakit saya tidak bisa disembuhkan, jadi secara spiritual itu saya lebih bagus, sekarang lebih bagus dari pada saya sehat dulu” (P5)

Partisipan juga mengatakan bahwa kualitas hidupnya meningkat bila dapat menjalankan aturan agama, hal ini diungkapkan oleh partisipan :

“..secara batiniah tidak berbuat yang tidak-tidak yang secara agama jelas dilarang, sebisa mungkin kita berbuat yang baik-baik “ (P1)

“..artinya spiritual itu ee menjalankan, menjalankan aturan dan menjaga untuk tidak melakukan larangannya “(P3)

Berbuat baik juga dirasakan oleh partisipan dapat meningkatkan kualitas hidupnya, hal ini disampaikan oleh partisipan berikut :

“..kalau saya dapat berbuat baik, ya kualitas hidup saya tentu akan lebih tinggi lagi, karena sayang, Allah sayang sama kita,,” (P5)

“..menurut saya lebih meningkat...itu tolak ukur saya, ternyata walaupun sakit masih ada kualitas. Secara fisik...tapi secara batiniah naik, insya Allah “ (P1)

Ungkapan lain dari partisipan mengatakan bahwa meningkatnya kualitas hidup bila keyakinan dan kesadaran diri meningkat, hal ini diungkapkan oleh partisipan berikut :

“..jadi secara spiritual itu saya lebih bagus sekaranglah... lebih bagus dari pada saya sehat dulu, walaupun saya harus cuci darah 2 kali “ (P5)

“..ya alhamdulillah saya diberi peringatan, supaya saya bertobat, supaya sadar apa yang saya lakukan itu ga bener “ (P5)

Kualitas hidup meningkat bila dapat mencapai kebahagiaan akherat, ungkapan partisipan berikut :

“..karena secara umum bagi saya kualitas hidup itu ingin mencapai kebahagiaan akherat “ (P2)

“..kalau ahirati itu (kualitas), saya malah bersyukur, saya lebih dekat sama Allah..” (P5)

Selain meningkatnya pandangan hidup, kualitas hidup dirasakan meningkat oleh partisipan juga diperlihatkan oleh perilaku beribadah yang meningkat, seperti tetap menjalankan ibadah, rajin beribadah dan berzikir. berikut ungkapan partisipan :

“..akhirnya saya tingkatkan kepada Allah...grafik imannya meningkat ..” (P2)

“..dulu malas, kalau solat ntar dulu ah, kalau sekarang jadi lebih rajin, solatnya tepat waktu..” (P4)

“..dengan demikian saya jadi lebih dekat dengan Allah...saya lebih senang pada situasi sekarang, saya nunggu takdir Allah...”(P5)

“..ya sering berzikir, segala macam saya kerjakan, kalau dulu kan suka solat belang blentong..” (P6)

4.2.3. Kualitas fisik dan Psikologis menurun

Kualitas hidup menurut partisipan selain kualitas spiritual adalah kualitas fisik dan psikologis.

4.2.3.1. Kesehatan fisik

Menurunnya kualitas fisik dan psikologis dirasakan oleh semua partisipan dalam penelitian ini. Partisipan mengatakan fisiknya sekarang ini menurun, banyak hal yang tidak bisa dilakukan. berikut ungkapan partisipan:

“ ...secara fisik itu kelihatan, aktifitas kesana-kemari, sekarang jelas menurun.” (P1)

“...kualitas saya dari fisik udah jauh menurun,, udah kayaknya tidak berkualitas “ (P2)

“...ya secara fisik, keinginan untuk bekerja, bepergian...melakukan aktifitaslah itu udah ga bisa secara fisik” (P5)

“...iya, waktu sehat semua bisa dikerjain, apapun bisa dikerjain dengan baik” (P6)

Selain banyak hal yang tidak bisa dilakukan, partisipan merasa bahwa dengan penurunan kesehatan fisik, membuat partisipan tidak bisa melanjutkan cita-cita, berikut ungkapan partisipan :

“...dari segi fisik mempengaruhi banget, saya ga bisa meneruskan kuliah, kegiatan saya menurun..” (P3)

Menurunnya asupan nutrisi juga mengakibatkan kualitas kesehatan fisik partisipan menurun, hal ini diungkapkan boleh partisipan :

“..makanya badan saya belum pulih, nanti pulih kalau makan saya sudah 1 porsi kali ..” (P1)

Menurunnya kualitas fisik yang dirasakan oleh partisipan dapat disebabkan oleh adanya gangguan pola tidur yang dirasakan oleh partisipan, berikut ungkapan partisipan :

“.. dirumah saya kalau malam ga bisa tidur-tidur, 1 jam terbangun, badan saya lemas “ (P2).

Respon adaptasi yang dilakukan oleh partisipan dalam mengatasi penurunan fisik yaitu dengan membatasi aktifitas dan membatasi asupan cairan. Berikut ungkapan partisipan :

“.. pekerjaan berat sudah saya serahkan keteman saya “ (P1)

“.. semuanya pekerjaan rumah dia yang mengejakan (anaknya), bahkan saya diladeni, makan minum itu diladeni, diambilin “ (P2) “

“.. minumannya harus saya batasi, berapa ya kalau di cc 500 paling, ya paling 500-600” (P3)

4.2.3.2. Kesehatan psikologis

Selain kesehatan fisik yang menurun, partisipan mengalami penurunan kesehatan psikologis. Menurunnya kesehatan psikologis yang dialami oleh partisipan berupa perasaan putus asa, Berikut ungkapan partisipan

“...Jadi kualitas hidup saya yang pokok, nomor satu, betapa bahagiannya jadi orang sehat, sehat bisa berbuat segalanya. (P2).

“...ya semuanya menurun, mau ngapain aja susah, pergi jauh udah susah ..”(P4)

“ kalau duniawi saya ya, sudah, terus terang, saya ya udah ga ada harapan lagi..”(P5)

Partisipan juga merasa putus asa karena cita-citanya tidak tercapai, berikut ungkapan partisipan :

“...sebelum sakit sih banyak angan-angan, belum kesampean, pas sesudah sakit hilang semuanya..” (P4)

“...banyak sebenarnya cita-cita saya, rencana saya yang ingin saya lakukan, tetapi ternyata tidak bisa saya lakukan” (P5)

Menurunnya kualitas psikologis yang dialami partisipan berupa perasaan bersalah. Partisipan merasa bersalah karena telah membebani keluarga, orang tua, anak. Berikut ungkapan partisipan :

“..ya membebani juga, adek saya juga udah berkeluarga, jadi semua terbebani jadinya “ (P4)

“.. iya jelas dong, saya kan sudah ga punya suami lagi, jadi anak-anak yang nanggung, merekakan ga mau biarin saya mati “ (P6).

Respon adaptasi yang dilakukan oleh partisipan dalam mengatasi kualitas psikologis yang menurun berupa sabar, iklas dan menerima keadaan, berikut ungkapan partisipan :

“..jadi lebih sabar gitu ya, ada dikasih cobaan, ada dikasih cobaan, jadi taat ibadahnya “ (P4)

“..kalau saya mati dari dulu mungkin dosa saya masih banyak sekali, ini mencuci dosa saya “ (P5).

“.. sekarang saya happy banget..ga saya pikirin sekarang...saya senang aja menjalaninya,” (P2).

4.2.4. Puas akan pelayanan keperawatan

Tema keempat pada penelitian ini menjawab tujuan khusus ketiga, yaitu Gambaran pelayanan keperawatan yang diterima oleh klien HD. Dalam penelitian ini partisipan mengungkapkan bahwa pelayanan keperawatan yang diterima oleh partisipan sudah memuaskan. Pelayanan keperawatan yang memuaskan ini dinilai oleh partisipan berdasarkan atas ketrampilan perawat yang ditunjukkan dengan perawat kompeten, sikap perawat yang sudah baik serta perawat dapat memberikan informasi dan motivasi.

4.2.4.1. Perawat Kompeten

Pada penelitian ini didapatkan bahwa perawat kompeten. Adapun ungkapan dari partisipan mengatakan bahwa pelayanan keperawatan yang diberikan oleh perawat sudah baik, perawat yang bekerja di Unit Hemodialisa memiliki sertifikat, perawat bekerja maksimal dan tidak ada komplain terhadap pelayanan keperawatan. Berikut ungkapan partisipan

“ ..sudah bagus sekarang ini... lebih baik, mungkin ada pendidikan baru..(P1) “

“..kalau tenaga perawatnya perawatnya udah sertifikasi kan ya, jadi saya rasa itu sudah cukup, ...” (P5)

“ ...bagus semua sudah, ga ada yang dikomplain, perawat bekerja udah bagus” (P4)

4.2.4.2.Sikap perawat baik

Selain perawat kompeten, rasa puas partisipan terhadap pelayanan keperawatan ditunjukkan oleh sikap perawat yang baik. Ungkapan partisipan mengenai sikap perawat yang sudah baik dinyatakan oleh partisipan bahwa perawat tanggap, selalu membantu partisipan, perhatian, perawat ramah dan kesadaran diri perawat tinggi. Berikut ungkapan partisipan :

“ ... mereka (perawat) bekerja cukup baik kok, cukup baik, cepat tanggap, udah baik kan ?(P6).”

“ ..mereka selalu membantu kok kalau kita bertanya, mereka ramah, baik-baik...mereka mengerti apa yang kita rasakan “ (P6).”

“...Perawat bilang” kenapa kok tambah berat badannya banyak, makan apa ibu kemarin” perhatian kok perawatnya (P3).”

“ ..menyadari bahwa perawat adalah pelayan orang sakit (P1).”

4.2.4.3.Peran perawat

Kepuasan partisipan terhadap pelayanan keperawatan juga dirasakan dikarenakan peran perawat dalam memberikan edukasi dan memberikan motivasi kepada partisipan. Berikut ungkapan partisipan yang menyatakan mendapatkan informasi dari perawat :

“ ..perawat mengatakan : pisang itu kaliumnya tinggi jangan dimakan, Pier tinggi kaliumnya(P1).”

“ bu pake bola dibelah dua (kata perawat), begini,,malah pake contoh...itu juga dari perawat ..(P2).”

“ oh ya jangan ditindih, jangan mengangkat berat (kata perawat) ..(P3).”

Selain memberikan informasi, partisipan juga merasakan mendapat motivasi dari perawat, agar jangan putus asa dan tetap bersemangat, berikut ungkapan partisipan :

“ ..udah solat bu, berdoa kepada Alloh, mudah-mudahan ibu ada keajaiban (kata perawat) “ (P2).

“..banyak yang cuci darahnya sampe lama, jangan merasa dunia udah habis terus meninggal, banyak yang cuci darah jadi panjang umur ..(kata perawat) “ (P2).

“..jadi tambah semangat saya .”(P3).

4.2.5. Kebutuhan memperoleh dukungan sosial

Berdasarkan tujuan khusus penelitian keempat yaitu : kebutuhan klien HD terhadap pelayanan hemodialisis, terungkap bahwa partisipan membutuhkan dukungan sosial. Dukungan sosial yang dibutuhkan oleh klien HD adalah dukungan emosional, dukungan instrumental dan dukungan informasional. Dukungan emosional yang dibutuhkan oleh partisipan adalah bimbingan petugas rohani yang dapat membuat partisipan bertambah taqwa dan sabar serta dapat membangkitkan semangat. Ungkapan partisipan yang menyatakan perlunya **dukungan emosional**, sebagai berikut :

“ ...ya petugas rohani, dengan bimbingan rohani menambah ketaqwaan dan kesabaran “ (P1)

“ ...kan itu masih ada pasien-pasien yang belum menerima keadaannya, yang masih suka memikirkan penyakitnya...”(P3)

“...kalau bayarannya ga mahal, siapa sih ga perlu bimbingan (petugas rohani)..” (P6).

Selain perlunya petugas bimbingan rohani, partisipan juga membutuhkan adanya konsultasi psikologi dan merasakan bahwa jumlah perawat dalam memberikan asuhan keperawatan di Unit Hemodialisa masih kurang. Berikut ungkapan partisipan :

“ ya perlu itu (konsultasi psikologi), harapan saya untuk jangka panjang kedepan bisa difasilitasi oleh bapak ibu disini ..” (P2)

“ kayaknya Cuma dari personilnya (perawat) harus ditambah gitu, biar ga wira-wiri kesana kesini, misalnya di ruangan ini berapa, diruangan sana...(P3)”.

“ Cuma yang belum ada, mungkin karena perawatnya kurang ...(P5)”.

Dukungan sosial lainnya yang dibutuhkan oleh partisipan adalah **dukungan instrumental**, berupa alat yang baik, adanya snack tambahan, materi edukasi yang berisi tentang makanan bagi pasien hemodialisis, berikut ungkapan partisipan :

“...disediakan meja berisi jus, roti, makanan, jadi setelah HD bisa langsung makan “ (P1)

“...alat-alatnya rasanya udah jelek, masak error...saya minta fasilitas yang lumayan...” (P2)

“..kita dikasih kek selebar kertas...sebaiknya menunya ini, ini ga ada kan kita ngawur “ (P2).

Partisipan juga mengatakan bahwa lamanya prosedur hemodialisis tidak sama dengan rumah sakit lain, dan partisipan juga mengatakan bahwa prosedur mengurus jaminan Asuransi Kesehatan merepotkan, berikut ungkapan partisipan :

“ ...4 jam itu kurang, HD minimal harus 5 jam kalau 2 kali seminggu, seperti di Cipto, kenapa kok di Cipto 5 jam, disini 4 jam” (P5)

“...semua membutuhkan Askes, jadi agak ribet...” (P6)

Dukungan informasi secara terstruktur dibutuhkan oleh partisipan dalam penelitian ini. Adapun informasi yang dibutuhkan oleh partisipan berupa materi pendidikan kesehatan, seperti kasus penyakit, dan bagaimana mengatasi masalah yang dihadapi oleh klien hemodialisis, berikut ungkapan partisipan:

“... ya butuh informasi, Cuma ya didapatnya secara ketemu aja, kalau secara khusus ga ada,kalau minum dikit aja, seteguk, nyampeinnya begitu” (P4)

“...perlu bukan saya saja, maksudnya yang lain juga, tentang kasus yang ada” (P2).

“...saya sih sudah terpenuhi, bagi temen-temen lain mungkin perlu, karena mereka kan ga tau bagaimana cara mengatasi masalah mereka” (P5)

Disisi lain partisipan juga berusaha untuk memperoleh informasi. Beberapa partisipan berusaha mencari informasi terkait penyakitnya dengan cara membaca buku, belajar dari pengalaman teman. Berikut ungkapan partisipan :

“...saya cari informasi bagaimana sehat dari buku-buku, ternyata kalau ureum >200 atau creatinin >20 atau >10 pengobatan harus cuci darah atau cangkok ginjal...” (P1)

“...saya ambil pelajaran dari situ (teman)...ternyata kalau habis makan ceri, darah saya jadi normal” (P2)

Selain itu partisipan juga berusaha untuk mendapatkan informasi tentang penyakitnya dengan mencari di internet, akhirnya partisipan mendapatkan pengalaman sendiri dalam mengatasi masalah yang dihadapinya. Hal ini diungkapkan oleh partisipan 5 sebagai berikut :

“ saya baca di internet, reslesness sindrom, itu saya cari berbagai macam informasi, gimana cara mengatasinya....” (P5)

“ kalau kaki saya kram, ya saya jalan aja, bangkit dari tempat tidur, ya saya jalan, alhamdulillah hilang “ (P5).

BAB 5

PEMBAHASAN

Pada bagian ini peneliti akan menjelaskan tentang interpretasi hasil penelitian, keterbatasan penelitian ini dan implikasinya bagi keperawatan. Interpretasi hasil penelitian dilakukan dengan membandingkan berbagai temuan dalam hasil penelitian dengan hasil – hasil penelitian sebelumnya. Selain itu berbagai konsep dan teori yang terkait dengan hasil-hasil penelitian ini juga melengkapi pembahasan interpretasi hasil penelitian ini. Keterbatasan penelitian ini akan dibahas dengan membandingkan proses penelitian yang telah dilalui dengan kondisi ideal yang seharusnya dicapai. Implikasi penelitian ini akan diuraikan sesuai konteks yang dihasilkan dari hasil atau temuan penelitian dan di implikasikan terhadap pelayanan, pendidikan dan penelitian keperawatan.

5.1. Interpretasi Hasil Penelitian

Peneliti telah mengidentifikasi 5 tema yang merupakan hasil penelitian ini. Tema-tema tersebut diidentifikasi berdasarkan tujuan penelitian. Gambaran perubahan-perubahan yang terjadi dalam kehidupan klien yang menjalani hemodialisis teridentifikasi pada tema pertama yaitu perubahan pemenuhan kebutuhan dasar klien; Gambaran dampak hemodialisis terhadap kualitas hidup klien hemodialisis teridentifikasi pada tema kedua dan ketiga, yaitu kualitas spiritual meningkat dan kualitas fisik dan psikologis menurun; Gambaran pelayanan keperawatan yang diterima oleh klien hemodialisis teridentifikasi pada tema keempat yaitu puas akan pelayanan keperawatan; gambaran kebutuhan klien HD terhadap pelayanan hemodialisis teridentifikasi pada tema kelima yaitu kebutuhan memperoleh dukungan sosial.

5.1.1. Perubahan Pemenuhan Kebutuhan Dasar klien

Abraham Maslow (1970) membagi kebutuhan dasar manusia dalam tingkatan / hirarki, yaitu : 1) kebutuhan fisiologis: 2) kebutuhan keamanan

dan keselamatan; 3) kebutuhan sosial; 4) kebutuhan akan penghargaan; 5) kebutuhan aktualisasi diri (Roger dalam Schult, 1991). Dalam penelitian ini didapatkan tema adanya perubahan pemenuhan kebutuhan dasar klien berupa kebutuhan fisiologis, ekspresi psikologis, ekspresi spiritual dan perubahan pola interaksi sosial serta perubahan status ekonomi.

5.1.1.1. Kebutuhan fisiologis

Perubahan kebutuhan fisiologis yang dialami partisipan selama yang menjalani hemodialisis berupa kelemahan fisik, hal ini sesuai dengan apa yang diungkapkan oleh semua partisipan. Kelemahan fisik pada klien yang menjalani hemodialisis dapat terjadi akibat adanya anemia, yang disebabkan oleh menurunnya produksi eritropoetin akibat kerusakan fungsi ginjal. Anemia merupakan suatu keadaan dimana sel darah merah didalam tubuh kurang dari normal. Anemia yang secara tipikal mencakup gejala-gejala letih dan lesu (Widodo, 2008). Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Kring & Crane (2009) yaitu bahwa lebih dari 91% dari klien HD mengalami kelelahan. Hasil penelitian lain yang menyatakan dampak hemodialisis terhadap fisik yaitu menjadikan klien lemah dan lelah terutama setelah menjalani hemodialisis (Sullivan, 2009), dan sesuai dengan yang dikatakan oleh Ritman et al (1993) beberapa klien setelah menjalani hemodialisis cenderung akan beristirahat sepanjang hari dikarenakan energi mereka terkuras selama menjalani proses hemodialisis.

Penelitian kualitatif terkait dengan kelemahan fisik, dilakukan oleh Lee (2005) dengan tujuan mengeksplorasi pengalaman partisipan hemodialysis di Taiwan. Hasil penelitian mendapatkan bahwa kelelahan fisik merupakan domain utama yang terdiri dari 4 tema, yaitu kelelahan secara umum, kelelahan karena uremia, kelelahan akibat gangguan tidur dan energi fisik tidak cukup.

Perubahan pemenuhan kebutuhan fisiologis lainnya berupa pemenuhan pola nutrisi dimana terjadi penurunan nafsu makan sampai dengan tidak ada nafsu makan (anorexia). Partisipan mengalami penurunan nafsu makan dapat disebabkan karena adanya mual. Anorexia dapat disebabkan karena adanya uremic, yaitu peningkatan kadar ureum dalam darah yang disebabkan oleh kerusakan fungsi ginjal. Akibat lanjut dari anorexia bila tidak ditangani maka akan berlanjut menjadi malnutrisi dan cachexia, yang juga merupakan efek dari terapi dialysis. Dari hasil penelitian menunjukkan kejadian cachexia pada klien penyakit ginjal kronis sekitar (20 – 60%) (Axelsson et al, 2007). Mual dan muntah juga dialami oleh partisipan pada penelitian ini. Mekanisme mual dan muntah terjadi karena sel enterocromaffin pada mukosa gastrointestinal melepaskan serotonin. Stimulasi akibat pelepasan serotonin akan merangsang *chemoreseptor trigger zone* (CTZ) sebagai pusat muntah (Corwin, 2008).

Beberapa partisipan berdasarkan pernyataannya dapat diidentifikasi mengalami gangguan pola napas berupa sesak. Sesak yang diungkapkan dan dialami partisipan disebabkan oleh kelebihan asupan cairan dan adanya acites. Sesak juga dapat terjadi akibat adanya komplikasi dari penyakit ginjal kronik berupa penyakit jantung yang merupakan penyebab utama kematian pada klien yang menjalani HD (Purcell et al, 2004). Faktor risiko penyakit jantung pada klien penyakit ginjal kronik dikarenakan kelebihan cairan, garam dan retensi air, anemia, hipertensi (Parfrey & Lameire, 2000). Hal ini dialami oleh partisipan 1, 2, 4.

Perubahan pemenuhan kebutuhan pola istirahat tidur dialami oleh partisipan dalam penelitian ini. Partisipan mengatakan tidak bisa tidur dengan alasan yang tidak jelas dan adapula yang disebabkan oleh adanya rasa gatal. Gangguan pola tidur (*Sleep pattern disturbance / SPD*) pada klien yang menjalani hemodialisis dapat disebabkan oleh beberapa faktor diantaranya kecemasan, kesedihan, nyeri tulang, usia lebih dari 60 tahun dan jenis kelamin (laki-laki) juga dilaporkan berkontribusi terhadap

masalah tidur (Holley et al, 1992; Kimmel, Miller & Mendelson, 1989, Walker et al, 1995 dalam Cusolito et al, 2001). Pada penelitian ini ditemukan 1 orang partisipan mengalami sulit tidur terutama pada malam hari sebelum dilakukan tindakan hemodialisis, hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Charuwanno (2005) mengatakan bahwa klien mengalami gangguan tidur pada malam hari sebelum dilakukan tindakan hemodialisis.

Dari penelitian ini, peneliti mendapatkan 1 partisipan dapat mengatasi masalah gangguan tidur berdasarkan pengalamannya sendiri. Penelitian yang berhubungan dengan gangguan pola tidur pada klien hemodialisis dilakukan oleh Cusolito (2001) didapatkan 35% klien yang menjalani hemodialisis mengalami masalah gangguan tidur pada malam hari.

Keluhan lainnya yang berhubungan dengan kebutuhan fisiologis adalah gangguan sirkulasi yang berupa pusing, anemia, edema dan kram. Pusing yang dialami partisipan dalam penelitian ini terjadi terutama setelah tindakan hemodialisis atau bila terjadi Hipotensi. Pusing yang dirasakan oleh partisipan biasanya terjadi setelah dilakukan hemodialysis, hal ini dapat terjadi akibat penarikan cairan dan elektrolit yang besar, lamanya dialisis, tidak efektifnya dialisis dan tingginya ultrafiltrasi (Incekara, Kutluhan, Demir, Sezer, 2008). Hipotensi terjadi karena dilatasi arteri pada dasar vaskuler, kehilangan volume darah atau cairan dalam jumlah besar atau kegagalan otot jantung memompa secara adekuat (Potter & Perry, 2000).

Keluhan Anemia ditemukan pada penelitian ini. Anemia merupakan komplikasi umum dari penyakit ginjal kronik yang disebabkan terutama karena ketidakmampuan ginjal dalam mensekresi eritropoetin untuk menstimulasi hematopoesis secara adekuat. Wijaya (2005) mengatakan dengan memperbaiki anemia dengan eritropoetin dilaporkan dapat meningkatkan keterbatasan fungsional dan rasa sejahtera pada klien yang

menjalani HD kronik. Faktor penyebab atau yang berkontribusi terhadap terjadinya anemia pada klien penyakit ginjal kronik adalah defisiensi zat besi, hiperparatiroid, kondisi radang akut dan kronik, defisiensi asam folat, umur sel darah merah dan hemoglobinopati (NAAC, 2010).

Beberapa partisipan dalam penelitian ini mengatakan bahwa mereka mengalami edema di kaki, bengkak di perut dan cairan merembes ke paru-paru. Edema merupakan peningkatan volume dalam beberapa ruang tubuh termasuk pembuluh darah (peningkatan volume darah), paru-paru (interstitium paru dan alveoli) kaki (edema perifer), serta rongga dalam perut dan paru (efusi pleura dan asites). Edema perifer dapat terjadi akibat proteinuria berat atau penurunan fungsi ginjal, sedangkan edema paru pada klien penyakit ginjal kronik terjadi akibat kelebihan penambahan berat badan diantara 2 waktu dialisis, tidak akuratnya dalam menentukan berat kering (Bickley, Hoekelman, & Bates, 1999 dalam Headley & Wall, 2007). Dengan demikian sangatlah penting dalam menentukan asupan cairan pada klien dengan penyakit ginjal kronik.

Keluhan kram ditemukan pada penelitian ini. Kram dapat terjadi pada saat dialisis (*Intradialytic muscle cramping*) dan biasa terjadi pada ekstremitas bawah (CAHS, 2008). Frekwensi kram saat hemodialisis 5-20% dari keseluruhan prosedur hemodialisis (Holley, Bern & Post, 2007; Daugirdas, Blake & Ing, 2007). Penyebab kram selama hemodialisis tidak diketahui dengan pasti, namun beberapa faktor resiko diantaranya adalah berkurang volume cairan intravaskuler akibat penarikan cairan dalam jumlah yang banyak selama dialisis, perubahan osmolaritas, ultrafiltrasi tinggi dan perubahan keseimbangan kalium dan kalsium intra atau ekstrasel (Thomas, 2003; Kallenbach et al, 2003; CAHS, 2008). Garam yang berlebihan didalam darah juga bisa menjadi faktor yang berhubungan dengan terjadinya kram saat hemodialisis (CAHS, 2008).

Gangguan eliminasi urine merupakan masalah yang terjadi pada klien dengan gagal ginjal kronik. Gangguan eliminasi berupa anuria, dimana anuria arti sesungguhnya adalah suatu keadaan tidak ada produksi urine, namun dalam penggunaan klinis diartikan sebagai suatu keadaan dimana produksi urine dalam 24 jam kurang dari 100 ml. (Rahardjo, 1992). Sebagai akibat terjadinya anuria maka akan timbul gangguan keseimbangan didalam tubuh yaitu berupa penumpukan cairan, elektrolit, dan sisa-sisa metabolisme tubuh yang seharusnya keluar bersama-sama urine. Gangguan eliminasi anurine ditemukan pada penelitian ini.

Perubahan pemenuhan kebutuhan dasar lain yang didapatkan pada klien hemodialisis yaitu adanya rasa tidak nyaman berupa gangguan pada kulit. Gangguan pada kulit seperti adanya rasa gatal (*pruritus*), kulit kering (*Xerosis*) serta kulit belang (*skin discoloration*). Gangguan pada kulit ditemukan pada penelitian ini. Penyebab gatal pada kulit dikarenakan kulit kering, tingginya kadar kalsium dan fosfat serta meningkatnya kadar histamin. Kulit belang pada klien hemodialisis disebabkan oleh pigmen *urochrome* yang mana pigmen ini pada ginjal yang sehat dapat dibuang, namun karena adanya kerusakan ginjal menyebabkan pigmen ini tertumpuk pada kulit sehingga kulit terlihat kelabu/ agak kehitaman (Thomas, 2003). Penyebab kulit belang lain adalah *uremic frost* yaitu lapisan garam pada permukaan kulit yang merupakan tumpukan ureum yang keluar bersama keringat (Thomas, 2003; Blak & Hawk, 2005). Prevalensi Pruritus 58% - 90% pada klien hemodialisis, dimana kejadian pruritus dan xerosis dilaporkan sebagai gangguan kulit yang paling umum (Silverberg, Singh, & Laude, 2001 dalam Headley & Wall. 2002).

Perubahan lain yang terjadi pada klien yang mengalami hemodialisis adanya komplikasi terhadap organ tubuh . Komplikasi yang dialami partisipan dalam penelitian ini berupa gagal jantung, hipertensi, hipotensi, edema paru dan efusi pleura. Hasil penelitian ini sesuai dengan pernyataan Walker et al (2004) dimana prevalensi hipertensi pada klien HD bervariasi

antara 50 – 90%. Penelitian yang mendukung terjadinya hipertensi pada klien hemodialisis adalah penelitian yang dilakukan oleh Foley et al (1996) terhadap 433 klien yang menjalani hemodialisis dan dilakukan diobservasi selama 41 bulan, dari hasil penelitian didapatkan peningkatan mean arterial pressure (MAP) sebesar 10 mmHg dan 48% berisiko terjadinya *left ventricular hypertrophy* (LVH) (Walker et al, 2004).

5.1.1.2. Ekspresi psikologis

Ekspresi psikologis yang terjadi pada klien hemodialisis dapat berupa sedih, depresi, perasaan menyesal, gangguan gambaran diri dan rendah diri. Perasaan sedih yang dialami oleh partisipan terutama saat pertama kali klien dinyatakan gagal ginjal dan harus menjalani hemodialisis sepanjang hidupnya atau memerlukan transplantasi ginjal. Partisipan merasa sedih ketika dinyatakan harus cuci darah dan ditambah lagi dengan adanya komplikasi pada jantung. Perasaan sedih yang dialami oleh partisipan lain dikarenakan sebelumnya partisipan menderita Diabetes Mellitus, dimana partisipan mempunyai anak yang masih balita. Kesedihan yang dialami oleh partisipan sesuai dengan hasil penelitian kualitatif yang dilakukan oleh Krueger (2009) terhadap 7 orang klien HD, dimana kesedihan yang mendalam merupakan tema yang konsisten. Kesedihan berasal dari kelemahan, ketidakmampuan untuk berpartisipasi dalam kegiatan, melaksanakan peran dan tanggung jawab. Hal ini berdampak terhadap pelayanan keperawatan yang diberikan, dengan demikian perlu diperhatikan dan diatasi masalah psikologis pada klien hemodialisis.

Perasaan depresi juga dialami oleh partisipan, terutama partisipan 2 dan 4. Depresi merupakan masalah psikologis yang sering terjadi pada klien gagal ginjal tahap akhir yang menjalani hemodialisis. Paul Kimmel (dalam Wijaya, 2005) melaporkan bahwa prevalensi depresi pada klien dengan penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis sebesar 6-34% dengan menggunakan *Beck Depression Inventory* (BDI). Depresi pada klien

hemodialisis dapat disebabkan oleh faktor psikososial seperti rasa kehilangan, beban hidup, ketergantungan biaya atau kesulitan hidup, perasaan negatif seperti perasaan bersalah, pesimis, malu, cemas, putus asa (Wijaya, 2005). Dikatakan oleh Sanjeev (dalam Wijaya, 2005) bahwa kualitas hidup klien dengan penyakit ginjal kronik yang mengalami depresi empat kali lebih buruk bila dibandingkan dengan populasi yang sama tanpa depresi.

Gangguan gambaran diri juga ditemukan pada penelitian ini, gangguan gambaran diri berupa kulit kering, perubahan warna kulit menjadi lebih gelap dan kehitaman. Selain itu penyebab gangguan gambaran diri pada penelitian ini adalah didapatkannya partisipan yang mengalami acites. Perubahan warna kulit pada klien yang menjalani hemodialisis dapat terjadi karena tertimbunnya pigmen *urochrome* dan *uremic frost*. Sedangkan acites merupakan komplikasi akibat overload cairan pada klien penyakit ginjal kronik dengan hipertensi (Pace, 2007).

Gambaran diri adalah gambaran terhadap diri sendiri atau pikiran kita tentang pandangan orang lain terhadap diri kita. Perasaan rendah diri dialami oleh partisipan pada penelitian ini berupa perasaan minder, menarik diri. Kondisi ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Risidi & Rustam (2009) didapatkan bahwa ada hubungan positif yang sangat signifikan antara body image dengan pembentukan identitas diri. Semakin tinggi nilai body image maka semakin tinggi identitas diri. Dengan demikian body image menjadi masalah psikologis pada klien hemodialisis.

Hasil penelitian ini dilakukan oleh Beer (1995 dalam Tanyi, 2002) suatu studi tentang persepsi tubuh terhadap 12 orang klien yang menjalani hemodialisis, peritoneal dialisis atau transplantasi. Hasil penelitian mengatakan bahwa klien tidak menarik secara seksual akibat dari kerusakan citra tubuh, yang diakibatkan oleh akses dialysis. Sedangkan

pada penelitian yang dilakukan oleh peneliti, partisipan mengalami gangguan body image diakibatkan oleh gangguan pada kulit.

Gambaran ekspresi psikologis dialami oleh semua partisipan dalam penelitian ini, terutama diawal klien dinyatakan gagal ginjal dan harus menjalani cuci darah. Melihat dari lamanya klien menjalani hemodialisis, ekspresi psikologis dari masing-masing partisipan sangat bervariasi, tergantung mekanisme coping yang dilakukan. Namun berdasarkan hasil wawancara, peneliti menyimpulkan bahwa ekspresi psikologis sangat dirasakan pada tahun pertama menjalani hemodialisis, walaupun ada partisipan mengatakan sampai tahun ke tiga. Hal ini sesuai dengan pendapat Kagan (1979 dalam Gibson, 1995) dimana dikatakan fase “honeymoon” terjadi pada tahun pertama klien menjalani dialisis. Respon atau ekspresi psikologis terjadi akibat adanya rasa kehilangan. Partisipan merasakan kehilangan akan kesehatannya dan tergantung pada terapi hemodialisis sepanjang hidupnya.

Perasaan menolak, putus asa, depresi dan gangguan gambaran diri merupakan respon berduka pada tahap *denial* menurut Kubbler-Ross (1969 dalam Kozier, 2000). Respon psikologis ini normal terjadi pada fase awal menjalani hemodialisis. Setelah mengalami tahap *denial*, partisipan menunjukkan tahap *bargaining* / tawar-menawar dengan cara melihat keadaan klien lain yang juga menjalani hemodialisis. Dengan melihat kondisi klien lain yang lebih dulu menjalani hemodialisis mendorong partisipan memasuki tahap menerima / *acceptance*, tahap ini ditunjukkan dengan sikap partisipan yang pasrah dan menyerahkan semua kepada Tuhan. Penyakit dianggap sebagai teguran, peringatan dari Tuhan, dan mengurangi dosa di dunia.

Marah yang ada pada tahapan berduka dari Kubbler-Ross tidak ditemukan dan tidak terungkap saat wawancara. Hasil penelitian ini berbeda dengan yang dilakukan oleh Charuwanno (2005). Hasil penelitian kualitatif

terhadap 19 orang klien yang menjalani hemodialisis didapatkan sebagian besar partisipan mengalami marah saat mereka dinyatakan gagal ginjal dan menjalani terapi hemodialisis. Hal ini dimungkinkan karena terlalu lamanya jarak antara proses berduka yang dialami partisipan dengan waktu pelaksanaan wawancara, sehingga partisipan sulit untuk mengingatnya kembali. Lama partisipan menjalani hemodialisis berkisar antara 2 – 10 tahun.

5.1.1.3. Ekspresi spiritual

Ekspresi spiritual yang terjadi pada klien hemodialisis berupa kategori bersyukur, pasrah, meningkatkan ibadah. Ekspresi ini dialami oleh seluruh partisipan. Pada saat wawancara partisipan mengatakan bersyukur karena dengan sakit merasa masih bisa menjalankan ibadah, ada yang menganggap ini suatu anugerah karena dengan kondisi saat ini partisipan merasa grafik imannya meningkat, dan dengan sakit ada juga partisipan yang menganggap bahwa sakit dapat mengurangi dosa-dosa. Partisipan lain mengatakan bahwa ada sesuatu yang Allah berikan kepada mereka, karena mereka tidak meninggal dari dulu, dengan demikian partisipan bersyukur diberikan kesempatan untuk bertobat. Partisipan juga mengatakan bahwa dulu Allah memberikan nikmat lebih besar dari sekarang, namun partisipan tidak bisa mensyukurinya.

Ekspresi spiritual lainnya berupa rasa pasrah. Partisipan pasrah dan ihlas menerima kondisi apa adanya. Partisipan juga mengatakan sudah takdirnya cuci darah dan ihlas menjalani karena sudah nasib partisipan. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Gibson (1995) terhadap 20 orang klien yang menjalani hemodialisis, dimana ditemukan kategori yang sama yaitu pasrah kepada Tuhan.

Ungkapan lain dari partisipan terkait dengan ekspresi spiritual adalah partisipan mengatakan kondisi klien membuat klien menjadi lebih

meningkat dalam menjalankan ibadah. Dengan kondisi yang dihadapi, partisipan merasa lebih meningkat dalam hal kualitas ibadah.

5.1.1.4. Perubahan pola interaksi sosial

Klien yang menjalani hemodialisis mengalami perubahan dalam interaksi sosial. Sebelum menjalani hemodialisis, klien aktif melakukan aktifitas, seperti bekerja diluar rumah, namun setelah menjalani hemodialisis aktifitas klien menjadi terbatas, klien lebih banyak dirumah. Sehingga pola interaksi sosial juga berubah. Klien lebih banyak bersosialisasi dengan lingkungan sekitar rumah. Untuk melakukan interaksi sosial yang jauh menjadi terbatas, namun menurut pengakuan partisipan mereka dapat bersosialisasi di lingkungan yang baru, seperti melakukan sosialisasi di mesjid dengan solat berjamaah, interaksi sosial dengan tetangga yang selama ini hampir tidak bisa dilakukan karena kesibukan sehari-hari, sekarang dapat dilakukan. Partisipan juga mengatakan dengan menjalani hemodialisis merasa memiliki interaksi sosial yang baru yaitu sesama klien yang menjalani hemodialisis.

Salah satu dari partisipan mengatakan dengan kondisi sekarang ini merasa lebih baik dalam melakukan aktifitas sosial, dimana partisipan masih bisa pergi belanja kepasar, memasak di rumah, hal ini sebelumnya tidak dilakukan karena dituntut dengan beban pekerjaan ditempat kerja yang membuat harus pergi pagi dan pulang sore sampai malam hari.

Gangguan fungsi seksual merupakan masalah yang lazim terjadi pada klien dengan keadaan uremic. Pada penelitian ini ditemukan adanya gangguan fungsi seksual. 2 dari 6 partisipan didapatkan mengalami gangguan fungsi seksual. 4 partisipan lain tidak ditemukan adanya gangguan fungsi seksual dikarenakan 2 orang partisipan berstatus janda sehingga tidak didapatkan data, 1 orang tidak bermasalah dalam melakukan hubungan seksual, 1 partisipan merasa sudah tidak merasa membutuhkan karena sudah merasa lanjut usia. Dari 2 partisipan yang

mengalami gangguan fungsi seksual mengatakan, bahwa sejak jantungnya dinyatakan bermasalah oleh dokter maka partisipan merasa sudah tidak mampu lagi melakukan hubungan seksual, keinginan masih ada namun itu bukan merupakan hal yang pokok. 1 orang partisipan mengatakan bahwa kurang bergairah dalam melakukan hubungan seksual. Menurut partisipan selain kurang bergairah dalam melakukan hubungan seksual, partisipan merasa capek dan lelah.

Hasil penelitian terkait tentang gangguan fungsi seksual adalah hasil penelitian yang dilakukan oleh Cascales et al (2006) terhadap 103 klien laki-laki yang menjalani hemodialisis. Hasil penelitian didapatkan 40% fungsi ereksi baik, 34,5% mengalami sedikit gangguan fungsi ereksi, 16,4% moderate, 9,1% kerusakan parah dari fungsi ereksi. Sehingga disimpulkan bahwa menurunnya aktifitas sexual bukan merupakan masalah yang serius bagi klien hemodialisis, dikarenakan kondisi fisik yang menurun dan bila dilakukan dapat menyebabkan masalah terhadap kondisi fisik.

Gangguan mobilitas / bepergian didapatkan pada penelitian ini. Semua partisipan pada penelitian ini menjalani hemodialisis 2 kali dalam seminggu, sehingga partisipan tidak mampu bepergian lebih dari 3-4 hari. Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Charuwanno (2005) dan Gibson (1995). Partisipan pada penelitian ini mengatakan bila bepergian maka harus kembali pada saat cuci darah, bila bepergian juga yang dekat-dekat saja sehingga tidak mengganggu jadwal hemodialisis. Ada pula partisipan yang mengatakan takut bepergian karena takut terjadi sesak saat di perjalanan, sementara penanganan yang dibutuhkan adalah cuci darah. 1 orang partisipan mengatakan bila bepergian tidak dengan rombongan dan harus bawa kendaraan sendiri sehingga bila terjadi sesuatu yang buruk atas dirinya dapat segera mencari pertolongan tanpa tergantung pada rombongan.

Dukungan sosial pada klien yang menjalani hemodialisis sangat dirasakan oleh semua partisipan. Dukungan didapatkan oleh partisipan dari keluarga, lingkungan kerja, teman dekat. Partisipan mengatakan bahwa dengan kondisi saat ini keluarga sangat memaklumi, dan seluruh anggota keluarga memberikan dukungan. Menurut Friedman (1998), dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan. Dukungan yang paling banyak didapatkan oleh partisipan adalah dukungan dari keluarga terdekat, hal ini dimaklumi mengingat keluarga dituntut untuk memberikan dukungan yang lebih besar dibandingkan dengan dukungan dari kelompok lainnya (Lubis, 2006). Selain itu partisipan juga mendapatkan dukungan dari teman sekantor, teman dekat, dimana teman-teman sangat memperhatikan, membantu dan memaklumi kondisi partisipan serta memberikan semangat.

5.1.1.5. Perubahan Status Ekonomi

Perubahan status ekonomi juga dirasakan oleh partisipan. Partisipan merasakan kebutuhan keuangan bertambah dengan menjalani hemodialisis. Dari 6 partisipan yang menjalani hemodialisis, didapatkan 5 partisipan menggunakan fasilitas Askes, 1 orang partisipan menggunakan fasilitas SKTM. Partisipan mengatakan walaupun biaya hemodialisis tidak bayar, namun partisipan mengatakan ada biaya tambahan yang harus dikeluarkan setiap bulan, seperti obat-obatan yang tidak ada di Askes, pemeriksaan laboratorium, atau biaya transportasi dari rumah ke rumah sakit yang cukup besar. Partisipan juga mengatakan bahwa tanpa bantuan dari Askes merasa tidak sanggup mengeluarkan biaya untuk menjalani hemodialisis. Salah seorang partisipan mengatakan dengan kondisi saat ini partisipan kehilangan pekerjaannya, sehingga berdampak terhadap kehidupan biaya sehari-hari. Dengan demikian tindakan hemodialisis sangat berpengaruh terhadap status ekonomi. Klien atau keluarga harus mengeluarkan biaya yang tidak sedikit untuk memperpanjang

kehidupannya. Kring & Crane (2009) mengatakan dalam tahun 2006 biaya yang dibutuhkan untuk klien dengan penyakit ginjal kronik. melebihi 23 miliar atau 6,4 % dari seluruh anggaran biaya kesehatan di Amerika.

Dalam menanggulangi masalah ekonomi akibat biaya yang dikeluarkan untuk hemodialisis, beberapa partisipan merasa bahwa dengan menjalani hemodialisis seperti saat ini, banyak dukungan yang diterima oleh partisipan. Dukungan yang diterima berasal dari pasangan, anak atau keluarga terdekat, sehingga tidak terlalu memberatkan dan dapat diatasi. Sementara partisipan lain mengatakan bahwa dengan kondisinya saat ini, partisipan berusaha mengurangi kebutuhannya, sehingga masalah ekonomi dapat teratasi.

5.1.2. Kualitas Spiritual Meningkat.

Hasil penelitian ini menemukan makna baru yang dirasakan oleh partisipan setelah di diagnosis gagal ginjal tahap akhir dan harus menjalani hemodialisis yaitu merasa kualitas spiritual meningkat. Taylor, Lilis & Lemone (1997) mengatakan spiritualitas adalah segala sesuatu yang menyinggung tentang hubungan manusia dengan sumber kekuatan hidup atau yang maha memiliki kekuatan; Spiritualitas adalah proses menjadi tahu, cinta dan melayani Tuhan; spiritualitas adalah suatu proses yang melewati batas tubuh atau fisik dan pengalaman energy universal, dimana agama bisa merupakan bagian dari spiritualitas.

Sedangkan Craven & Hirnle (2007) mengatakan spiritualitas adalah kualitas atau kehadiran dari proses meresapi atau memaknai, integritas dan proses yang melebihi kebutuhan biopsikososial, sementara menurut Murray & Zentner (1993 dalam Craven & Hirnle, 2007) inti dari spiritual adalah kualitas dari suatu proses menjadi lebih religius, berusaha mendapatkan inspirasi, penghormatan, perasaan kagum, memberi makna dan tujuan yang dilakukan oleh individu yang percaya maupun yang tidak percaya kepada Tuhan.

Pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa semua partisipan mengatakan lebih mendekatkan diri kepada Tuhan dibandingkan sebelum mengalami gagal ginjal dan hemodialisa. Mendekatkan diri kepada Tuhan dilakukan oleh partisipan dengan menjalankan aturan agama dan tidak berbuat hal yang dilarang oleh agama yang diyakininya. Partisipan mengungkapkan dengan kondisinya saat ini merasa bahwa lebih sering beribadah, dimana sebelumnya partisipan kadang sering meninggalkan solat, namun dengan kondisi saat ini partisipan mengatakan bahwa selalu solat tepat waktu dan tidak pernah meninggalkan solatnya. Selain menjalankan solat partisipan juga meningkat kegiatan spiritual dengan terus memuja Tuhan dengan berzikir, mengikuti kegiatan keagamaan di mesjid, yang mana sebelum dinyatakan gagal ginjal hal ini tidak pernah dilakukan. Partisipan juga mengungkapkan bahwa sekarang ini lebih memikirkan kehidupan untuk bekal akhirat dan berusaha untuk berbuat baik sesama manusia.

Partisipan lain mengatakan bahwa setelah dinyatakan gagal ginjal dan menjalani hemodialisis, partisipan merasakan lebih bersyukur, karena dengan kondisi saat ini membuat partisipan lebih dekat dengan sang pencipta, merasa Tuhan sayang padanya, karena masih diberi kesempatan untuk beribadah dan bertobat. Partisipan mengatakan kalau seandainya tidak sakit seperti ini, partisipan tidak tahu berapa banyak dosanya, karena saat sehat betapa banyak nikmat yang diberikan oleh Tuhan kepadanya tapi partisipan tidak mensyukurinya. Dengan kondisi saat ini partisipan menyadarinya dan bersyukur atas nikmat yang diberikan oleh Tuhan kepadanya, rasa syukur itu diwujudkan oleh partisipan dengan lebih mendekatkan diri kepada Tuhan.

Potter & Perry (2005) mengatakan bahwa seseorang akan memperoleh manfaat yang besar ketika seseorang menggunakan kepercayaannya sebagai kekuatan yang dapat memberikan dukungan pada kesehatannya. Hal ini sesuai dengan apa yang diungkapkan oleh salah seorang partisipan, dimana partisipan mengatakan bahwa dengan lebih mendekatkan diri

kepada Tuhan yaitu dengan menjalankan solat tahajut ditengah malam, partisipan merasakan bahwa keluhan fisik (acites) akibat dari penyakitnya menjadi berkurang, sehingga partisipan merasa bahwa semakin dekat dengan Tuhan membuat dirinya semakin yakin bahwa Tuhan sayang padanya.

Partisipan mengatakan bahwa kualitas hidup secara spiritual dirasakan lebih meningkat dengan cara mendekatkan diri kepada Tuhan dan berbuat baik. Meningkatnya kualitas spiritual dalam hal ini ketaatan partisipan dalam menjalankan ibadah sangat berpengaruh terhadap mekanisme coping dari partisipan, sehingga partisipan lebih mudah beradaptasi dan menerima penyakitnya. Hal ini didukung oleh hasil penelitian yang dilakukan oleh Yeh et al (2009), dimana dari hasil penelitian dikatakan bahwa klien yang dirawat di rumah sakit berbasis agama memiliki mekanisme coping lebih baik dibandingkan dengan pasien yang dirawat di rumah sakit tentara.

5.1.3. Kualitas Fisik dan Psikologis Menurun

Partisipan dalam penelitian ini mengatakan bahwa kualitas hidupnya secara fisik menurun setelah mengalami gagal ginjal dan harus menjalani hemodialisis. Partisipan mengatakan bahwa aktifitasnya menjadi terbatas dikarenakan kelemahan, respon fisik dirasakan menurun, partisipan merasa mudah capek, dan keterbatasan dalam asupan cairan dan nutrisi, dan partisipan juga merasakan kurang tidur. Hal ini semua mempengaruhi kesehatan fisik partisipan, sehingga partisipan tidak dapat melakukan banyak hal seperti saat sebelum menjalani hemodialisis. Hasil penelitian yang mendukung tentang menurunnya kesehatan fisik dilakukan oleh Kring & Crane (2009) yang berjudul faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pada klien hemodialisis. Hasil penelitian mengatakan bahwa lebih dari 91% klien hemodialisis mengalami kelemahan dan kelelahan. Sedangkan penelitian lain melaporkan bahwa prevalensi kelemahan dilaporkan antara 77% - 90% (Curtin et al, 2002)

Adaptasi yang dilakukan oleh partisipan dalam mengatasi kesehatan fisik yang menurun berupa membatasi aktifitas fisik seperti tidak melakukan pekerjaan yang berat, membatasi pemasukan cairan dan nutrisi sesuai dengan yang dianjurkan berdasarkan kesehatannya.

Kualitas psikologis partisipan dirasakan menurun, partisipan merasa putus asa, malu, merasa bersalah, hal ini dapat menyebabkan depresi pada partisipan. Hasil penelitian yang mengatakan bahwa kualitas hidup juga dipengaruhi oleh faktor psikologis, seperti adanya cemas. William et al (2007 dalam Kring dan Crane, 2009) melaporkan bahwa cemas dialami oleh klien hemodialisis sampai 36%, sedangkan prevalensi depresi sekitar 28%. William et al (2007) menyatakan bahwa cemas dan depresi memiliki korelasi negatif terhadap kualitas hidup, artinya semakin tinggi kejadian cemas dan depresi maka kualitas hidup semakin rendah. Sementara Warnick (dalam Wijaya 2005) melaporkan bahwa depresi berkorelasi terhadap kesehatan secara umum. Rasa kehilangan pekerjaan, peran dalam keluarga dan kehilangan teman serta tingkat pendidikan yang rendah merupakan risiko utama terjadinya depresi. Depresi merupakan satu-satunya faktor yang berpengaruh terhadap kualitas hidup klien (Wijaya, 2005).

Bila dilihat berdasarkan domain kualitas hidup menurut WHO, dimana terbagi atas 4 domain, yaitu fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungan. Berdasarkan uraian tersebut diatas dapat disimpulkan bahwa kualitas hidup klien hemodialisis secara fisik dan psikologis menurun, namun secara spiritual meningkat. Adaptasi psikologis yang dilakukan oleh partisipan dalam penelitian ini adalah menjadi lebih sabar, menerima keadaan, iklas dan sabar.

5.1.4. Puas akan pelayanan keperawatan

Pada penelitian ini teridentifikasi bahwa partisipan merasa puas terhadap pelayanan keperawatan yang diberikan di unit hemodialisa. Kualitas

pelayanan keperawatan adalah sikap profesional perawat yang memberikan perasaan nyaman, terlindungi pada diri setiap partisipan yang sedang menjalani proses penyembuhan. Sedangkan menurut DepKes RI (dalam Onny, 1985) menetapkan bahwa pelayanan keperawatan dikatakan berkualitas baik apabila perawat dalam memberikan pelayanan kepada klien sesuai dengan aspek-aspek dasar perawatan. Adapun aspek dasar keperawatan adalah:

- 1) Aspek menerima meliputi sikap perawat yang selalu ramah, periang, tersenyum, tidak membedakan klien dari golongan, pangkat, latar belakang, sosial ekonomi.
- 2) Aspek perhatian, meliputi sikap dalam memberikan pelayanan keperawatan : sabar, murah hati, memberikan bantuan dan pertolongan kepada klien, sensitif dan peka terhadap setiap perubahan pada klien, mengerti kecemasan dan ketakutan klien.
- 3) Aspek komunikasi, meliputi sikap perawat yang mampu melakukan komunikasi yang baik dengan klien dan keluarga.
- 4) Aspek kerjasama, meliputi sikap perawat yang mampu melakukan kerjasama yang baik dengan klien dan keluarga
- 5) Aspek tanggung jawab, meliputi sikap perawat yang jujur, tekun dalam tugas, mampu mencurahkan waktu dan perhatian, sportif dalam tugas, konsisten serta tepat dalam bertindak.

Parasuraman (dalam Tjiptono, 1997) mengatakan bahwa aspek mutu dan kualitas pelayanan adalah ; 1) Keandalan / reliability; 2) Ketanggapan / Responsiveness; 3) Jaminan / assurance; 4) Kepedulian / empathy; 5) Bukti langsung berwujud / tangibles.

Sikap yang ditunjukkan oleh perawat dalam penelitian ini merujuk pada sikap dalam memberikan pelayanan keperawatan yang berkualitas. Dimana partisipan mengatakan bahwa pelayanan sudah baik, perawat bekerja sudah maksimal, perawat tanggap, membantu partisipan, perawat ramah, dan perawat memberikan informasi dan memberikan motivasi yang diperlukan. Dari partisipan juga terungkap bahwa pelayanan yang

memuaskan selain sikap perawat juga ditentukan oleh kualitas kerja perawat yang bekerja di Unit Hemodialisa, dimana perawat yang bekerja di unit hemodialisis sudah memiliki sertifikat pelatihan mahir ginjal. Hal ini sesuai dengan yang dikatakan oleh Pardede (2010) dan Headley & Wall (2000) bahwa perawat yang bekerja di pelayanan hemodialisis seyogyanya mempunyai sertifikat perawat mahir ginjal dari lembaga yang telah terakreditasi serta mengikuti pendidikan dan pelatihan berkelanjutan. Ketrampilan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan di unit hemodialisis berhubungan dengan kompetensi yang harus dimiliki oleh seorang perawat di unit hemodialisis.

Penelitian tentang kepuasan terhadap pelayanan keperawatan dilakukan di rumah sakit Brebes. Populasi dalam penelitian adalah 100 pasien di bangsal rawat inap. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dilihat dari dimensi tangibility sebagian besar responden mengatakan puas (62,5%), dimensi reliability responden mengatakan puas (55 %), dimensi responsiveness responden mengatakan sangat puas (78,8%), dimensi assurance responden mengatakan sangat puas (91,3%), dimensi empathy responden mengatakan sangat puas (90%). Sebagian besar responden mengatakan puas terhadap pelayanan keperawatan yang diterimanya.

Seorang perawat dalam memberikan asuhan keperawatan harus bersikap profesional. Sikap baik yang diungkapkan oleh partisipan merupakan bagian dari sikap *caring* yang harus ditunjukkan oleh seorang perawat. Salah seorang partisipan mengatakan bahwa sikap perawat membuat dirinya tenang, dimana klien mengeluh tidak bisa tidur di rumah, tapi selama menjalani hemodialisis bisa tidur, karena merasa tenang ada perawat yang akan menunggunya. Dengan demikian sikap perawat yang baik akan pengaruhi pikiran dan kesehatan klien. Hal ini didukung oleh pendapat Linton (2000) yang mengemukakan bahwa, sikap, kepercayaan, percaya diri dan perasaan perawat merupakan bagian dari lingkungan terapeutik klien. Untuk menciptakan hubungan terapeutik antara perawat

klien, perawat harus menyadari dirinya sendiri sikap, perilaku, perasaan dan hal-hal yang mempengaruhi sikapnya.

5.1.5. Kebutuhan Memperoleh Dukungan Sosial.

Dukungan sosial merupakan kebutuhan dari partisipan dalam penelitian ini. Dukungan sosial adalah ketersediaan sumber daya yang memberikan kenyamanan fisik dan psikologis yang didapat lewat pengetahuan bahwa individu tersebut dicintai, diperhatikan, dihargai oleh orang lain dan ia juga merupakan anggota dalam suatu kelompok yang berdasarkan kepentingan bersama (Sheridan dan Radmacher 1992).

Menurut Sheridan dan Radmacher (1992) membagi dukungan sosial kedalam 5 bentuk, yaitu: 1) dukungan instrumental; 2) dukungan informasional; 3) dukungan emosional; 4) dukungan pada harga diri / penghargaan; 5) dukungan dari kelompok sosial.

Dukungan sosial yang diperlukan oleh partisipan dalam penelitian ini adalah dukungan emosional, dukungan informasional dan dukungan instrumental. Dukungan emosional berupa perlunya petugas bimbingan rohani terutama disaat awal partisipan dinyatakan harus menjalani cuci darah. Partisipan mengatakan bahwa dengan adanya petugas bimbingan rohani bisa membuat partisipan bersemangat. Selain itu menurut partisipan petugas bimbingan rohani diperlukan dikarenakan masih ada dari klien yang belum bisa menerima keadaannya dan masih terus memikirkan penyakitnya.

Bentuk dukungan emosional lain yang dibutuhkan oleh partisipan dalam penelitian ini adalah ketersediaan konsultasi psikologis. Hal ini dirasa sangat perlu, dimana pada klien hemodialisa kadang mengalami masalah psikologi terkait dengan kondisi dan penyakit yang dideritanya. Selain itu klien juga memerlukan bantuan dalam mengatasi masalah psikologi untuk dapat beradaptasi dan menerima kondisinya. Hal ini sangat membantu mengatasi masalah psikologi klien.

Dukungan emosional lain yang dirasakan bagi partisipan adalah kurangnya jumlah perawat dalam memberikan asuhan keperawatan di unit hemodialisa. Hal ini dikatakan oleh 3 orang partisipan.

Dukungan instrumental juga merupakan kebutuhan partisipan dalam penelitian ini. Ungkapan partisipan yang mengungkapkannya butuhnya dukungan instrumental berupa waktu pelaksanaan hemodialisis belum sesuai, dimana hemodialisis seharusnya 5 jam bila dilakukan 2 kali dalam seminggu, namun pelaksanaannya di RSUP Fatmawati hanya 4 jam. Hal ini terkait dengan jumlah SDM yang masih kurang. Hal lain yang dibutuhkan oleh partisipan adalah perlunya peningkatan fasilitas selama klien menjalani hemodialisis seperti adanya makanan tambahan bagi klien.

Dukungan informasional juga merupakan kebutuhan dari partisipan dalam penelitian ini. Partisipan merasakan mendapatkan informasi dari perawat maupun petugas kesehatan lainnya namun belum secara jelas. Partisipan lain merasa tidak begitu butuh informasi bagi dirinya karena sudah berusaha sendiri mencari apa yang dibutuhkan, namun dirasakan perlu untuk partisipan lain.

Dalam penelitian ini partisipan berusaha untuk mendapatkan informasi terkait dengan kesehatannya. Respon psikospiritual lainnya adalah motivasi dari partisipan dalam mengatasi masalahnya. Motivasi dapat diartikan sebagai faktor pendorong yang berasal dari dalam diri manusia, yang akan mempengaruhi cara bertindak seseorang. Menurut Herzberg (1966 dalam Sudrajat 2008). Ada 2 jenis faktor pendorong seseorang untuk berusaha mencapai kepuasan dan menjauhkan diri dari ketidakpuasan yaitu faktor higiene (faktor ekstrinsik) dan faktor motivator (faktor intrinsik).

Dalam usaha untuk memenuhi kebutuhan akan informasi, dalam hal ini adalah untuk meningkatkan kesehatan, partisipan berusaha mencari informasi baik dari buku maupun internet. Selain itu juga partisipan mencari informasi dengan membagi pengalaman sesama klien HD. Salah seorang partisipan mengatakan bahwa merasa butuh pengetahuan sebanyak mungkin mengenai penyakitnya, sehingga partisipan sering mengikuti seminar dan menjadi anggota IKCP (Indonesian Kidney Care Preventive)

Dari hasil penelitian ini didapatkan bahwa partisipan menerima dukungan sosial belum sesuai dengan harapan partisipan. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Lubis (2006) yang mengatakan bahwa rata-rata dukungan sosial yang dibutuhkan pasien HD adalah 4,06, sementara dukungan sosial yang diterima pasien HD adalah 3,57. Dapat disimpulkan bahwa kebutuhan dukungan sosial yang dibutuhkan oleh klien HD lebih tinggi dari yang diterima.

5.2. Keterbatasan Penelitian

Berdasarkan proses penelitian yang dilalui, beberapa keterbatasan yang teridentifikasi antara lain :

- 5.2.1. Keterbatasan kemampuan peneliti sebagai instrumen utama. Penelitian ini merupakan pengalaman pertama bagi peneliti dalam melakukan penelitian kualitatif. Dalam penelitian kualitatif peneliti merupakan instrumen utama dalam pengumpulan data, maka pengalaman dan kemampuan peneliti dalam wawancara banyak mempengaruhi hasil yang didapat. Kemungkinan banyak data yang bisa didapat atau tergali bila peneliti dapat meningkatkan kemampuan mengembangkan pertanyaan saat dilakukan wawancara mendalam. Peneliti pada awalnya merasa kesulitan untuk mengembangkan pertanyaan pada partisipan. Untuk mengatasi hal tersebut, peneliti membuat catatan-catatan kecil mengenai inti dari setiap pernyataan partisipan, agar dapat ditanyakan kembali kepada partisipan sehingga dapat diperoleh gambaran fenomena secara mendalam.

5.2.2. Situasi dan kondisi saat wawancara dirasakan kurang mendukung. Kegiatan wawancara dilakukan di ruang hemodialisis pada saat partisipan menjalani hemodialisis. Ini dirasakan oleh peneliti kurang nyaman, karena suasana ruangan ramai, terdengar suara petugas, suara alarm mesin dan suara pasien lain yang juga mengganggu konsentrasi peneliti. Hal ini diantisipasi oleh peneliti dengan melakukan wawancara pada saat suasana tidak terlalu ramai. Peneliti berusaha mendekatkan jarak antara peneliti dengan partisipan dan mendekatkan alat perekam ke partisipan.

5.3. Implikasi Keperawatan

Temuan dalam penelitian ini memiliki beberapa implikasi bagi lahan praktek, pendidikan dan penelitian keperawatan.

5.3.1. Bagi praktek keperawatan

Penelitian ini memberikan gambaran mendalam mengenai pengalaman hidup klien dan bagaimana klien menjalani hemodialisis sepanjang hidupnya. Dari hasil penelitian didapatkan adanya perubahan terhadap pemenuhan kebutuhan dasar klien yang meliputi kebutuhan fisiologis, ekspresi psikologis, ekspresi spiritual, perubahan pola interaksi sosial dan perubahan status ekonomi. Hal ini bermanfaat untuk menyusun pedoman pemberian informasi terkait gagal ginjal dan rencana hemodialisis. Pedoman ini menjadi penting agar dapat mempersiapkan klien secara psikologis untuk menghadapi hemodialisis.

Hasil temuan dari penelitian ini juga menggambarkan sikap perawat yang sudah baik dalam memberikan pelayanan keperawatan. Temuan ini memberikan masukan bagi perawat bahwa sikap profesional akan memberikan kepuasan dan ketenangan bagi klien, sehingga sudah seharusnya perawat menunjukkan sikap profesional kepada klien dalam memberikan asuhan keperawatan. Jika klien puas terhadap pelayanan keperawatan yang diberikan, maka kualitas hidup klien akan menjadi lebih baik.

Hasil temuan lain dari penelitian ini adalah bahwa klien membutuhkan dukungan sosial dari unit pelayanan hemodialisis berupa dukungan emosional, dukungan instrumental dan dukungan informasional. Hal ini sangat berguna bagi pelayanan unit hemodialisis untuk membuat suatu kebijakan dan menyusun perencanaan dalam rangka pengembangan pelayanan dan memenuhi kebutuhan klien.

5.3.2. Bagi pendidikan keperawatan

Penelitian ini juga memiliki implikasi bagi pendidikan keperawatan untuk lebih menggali seluruh aspek yang dibutuhkan baik oleh partisipan, bukan hanya dari aspek fisik, tetapi aspek psikososial dan spiritual juga harus menjadi perhatian. Perlu dipertegas kembali pemahaman mengenai konsep holistic dalam pemberian asuhan keperawatan. Ungkapan partisipan dalam penelitian ini adalah bahwa perawat dalam memberikan edukasi masih belum terstruktur, edukasi diberikan hanya pada saat partisipan menjalani prosedur hemodialisis. Partisipan berharap edukasi dapat diberikan secara khusus dengan tujuan dan media yang jelas.

5.3.3. Bagi penelitian keperawatan

Pada penelitian ini didapatkan bahwa kualitas hidup klien HD secara fisik dan psikologis menurun. Fenomena ini perlu ditindak lanjuti dengan melakukan penelitian lanjutan dengan metode kuantitatif : “ faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas fisik dan psikologis klien setelah menjalani hemodialisis atau dampak HD terhadap kesejahteraan keluarga “. Hasil penelitian lanjutan akan dapat digunakan sebagai dasar atau panduan dalam memberikan intervensi keperawatan yang berkualitas.

BAB 6

SIMPULAN DAN SARAN

Bab ini menjelaskan tentang simpulan yang menjawab permasalahan yang telah dirumuskan. Kemudian akan disampaikan saran praktis yang berhubungan dengan masalah penelitian

6.1. Simpulan

Berdasarkan temuan-temuan dari penelitian ini dapat diperoleh simpulan sebagai berikut :

- 6.1.1. Gambaran perubahan yang terjadi pada kehidupan klien yang menjalani hemodialisis didapatkan adanya perubahan dalam pemenuhan kebutuhan dasar klien yang terdiri dari : 1)kebutuhan fisiologis meliputi penurunan aktifitas, pola nutrisi, pola napas, pola istirahat tidur, gangguan sirkulasi, gangguan eliminasi, gangguan pada kulit dan gangguan fungsi organ; 2) ekspresi psikologis seperti : sedih, marah, perasaan takut, depresi, perasaan menyesal, gambaran gambaran diri; 3) ekspresi spiritual menjadikan partisipasi bersukur, pasrah dan meningkatkan ibadah; 4) perubahan interaksi sosial berupa perubahan aktifitas sosial, gangguan fungsi seksual dan mobilitas serta dukungan sosial; 5) perubahan status ekonomi.
- 6.1.2. Dampak hemodialisis terhadap kualitas hidup dalam penelitian ini didapatkan bahwa kualitas spiritual klien HD meningkat , dinyatakan dengan pandangan hidup positif dan meningkatnya perilaku beribadah. Sedangkan kualitas fisik dan psikologis dirasakan menurun. Kondisi secara fisik membuat klien terbatas dalam melakukan aktifitas dan secara psikologis akan berdampak terhadap kesehatan fisik. namun disisi lain beberapa partisipan telah mampu beradaptasi dengan kondisi fisiknya
- 6.1.3. Dari hasil penelitian ditemukan bahwa gambaran pelayanan keperawatan di unit hemodialisis dirasakan oleh partisipan memuaskan. Hal ini ditunjukkan dengan kompetensi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan dan sikap profesional dari perawat yang mengandung aspek

dasar keperawatan, seperti menerima, perhatian, komunikasi, kerjasama dan tanggung jawab.

- 6.1.4. Harapan klien terhadap pelayanan hemodialisis yaitu kebutuhan memperoleh dukungan sosial berupa : 1) dukungan instrumental berupa makanan tambahan selama proses hemodialisis; 2) dukungan emosional berupa adanya petugas bimbingan rohani; 3) dan dukungan informasi berupa leaflet tentang nutrisi bagi klien hemodialisis dan prosedur hemodialisis yang belum sesuai.

6.2. Saran

6.2.1. Bagi Pelayanan Keperawatan Medikal Bedah

Diperlukan pelayanan yang lebih baik, terutama dalam hal pemberian informasi secara terstruktur kepada klien kaitannya dengan peningkatan kualitas hidup. Dalam rangka membantu mengatasi psikologis klien HD perlu adanya konsultasi, konseling bagi klien HD terutama di awal menjalani hemodialisis, sehingga asuhan keperawatan yang diberikan bukan hanya dari aspek fisik, namun secara holistik dengan mempertimbang aspek psikososio dan spiritual.

6.2.2. Bagi Institusi Pendidikan Keperawatan

Meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan peserta didik dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dari segi psikologis, dan memberikan edukasi bagi klien hemodialisis dan dapat mengembangkan kurikulum untuk pendidikan berkelanjutan tentang kekhususan keperawatan nefrologi.

6.2.3. Bagi peneliti selanjutnya

Pada penelitian ini didapatkan bahwa kualitas fisik dan psikologis klien HD menurun, sehingga perlu dilakukan penelitian lanjut tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas fisik dan psikologis dengan metode lain.

DAFTAR PUSTAKA

- Afifuddin, H & Saebani, B.A. (2009). *Metodologi penelitian kualitatif*. Bandung : Penerbit CV. Pustaka Setia.
- Al-Arabi, S. (2006). *Quality of life : Subjective descriptions of challenges to patient with end stage renal disease*. *Nephrology Nursing Journal*, 33, 285–294.
- Anonymous (2008). *Dukungan sosial*. [Http://creasoft.wordpress.com/2008/04/15](http://creasoft.wordpress.com/2008/04/15), diunduh pada tanggal 2 Juli 2010.
- Antara. (2009). *Sebanyak 36 juta warga dunia meninggal karena gagal ginjal*. <http://www.antarasumut.com/berita-sumut/kesehatan/36-juta-warga-dunia-meninggal-gagal-ginjal/>. diunduh tanggal 5 Januari 2010.
- Antonoazzi, A.L., Bigar, M.E., Bordini, C.H., Tepper, S.J., Speciali, J.G (2003) . *Headache and hemodialysis : A prospective study*, <http://www3.interscience.wiley.com/journal/118830714/abstrac>. diunduh tanggal 26 Januari 2010.
- Arisnawati. (2000). *Tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan di bangsal rawat inap RSUD kabupaten Brebes*. Semarang : Universitas Diponegoro
- Barkan, R., Mirimsky, A., Katzir, Z., & Ghicavii, V. (2006). *Prevention of hipotension and stabilization of blood pressure in hemodialysis patients*. <http://www.preshpatents.com/dt20090115ptan2009001.php?type=description>. diunduh tanggal 3 Februari 2010.
- Black, J.M., & Hawk, J.H. (2005). *Medical surgical nursing; clinical management for positive outcome*. 7th edition. Philadelphia : W.B. Saunders Company.
- Broccop, D.Y., & Tolsma, M.T.H. (1995). *Fundamentals of nursing research*. Boston : Jones & Bartlett Publishers, Inc.
- Brunner, L.S., Suddarth, D.S., Smeltzer, S.C., Bare, B.G. (2000). *Textbook of medical surgical nursing*. 9th edition. Philadelphia : Lippincott.
- CAHS St Joeseph's Hospital (2008). *Muscle cramp and dialysis*, <http://stjoes.ca/media/patientED/K-O/PD%206335%20muscle%20cramps%20dialysis.pdf>, diunduh pada tanggal 2 Juli 2010.
- Chang, S.O., Lee, S.J., Kim, J.S., & Kim, S.S.(2003) *Coping of patient undergoing hemodialysis*. *Asean Journal of Nursing studies*. 6, 40–50.

- Charuwanno, R (2005) *Meaning of quality of life Among Thai ESRD patients on maintenance hemodialysis..* Washington, D.C : The Catholic University of Amerika.
- Craven, R.F & Hirnle, C.J. (2007). *Fundamentals of nursing: Human health and function Sixth edition.* Philadelphia. Lippincott William & Wilkins.
- Creswell, J.W (1998). *Quality inquiry and research design choosing among.* 5th edition. Thousand Oaks : Sage Pub. Inc
- Curtin, R.B., Mapes, D.L., & Hawkins, C.T (2001). *Health care management strategic of long term dialysis survivors.* Nephrology Nursing Journal, 28, 385–394.
- Cusolito, H.L., Huyge, L., & Strangio, D. (2001). *Sleep pattern disturbance in hemodialysis and peritoneal dialysis patients.* Nephrology Nursing Journal, 28, 40–45.
- Darmawan (2008). Anjuran diet untuk pasien dialysis. http://ygdi.org/patientinfo.php?view=pedoman_detail?id, diunduh pada tanggal 2 Juli 2010.
- Daugirdas, J.T., Blake, P.B., & Ing, T.S. (2007). *Handbook of dialysis.* 4th edition. Philadelphia : Lipincott William & Wilkins.
- Diaz, F.M., Ferrer, A.R., & Cascales, R.F. (2006). *Sexual functional and quality of life male patient on hemodialysis,* Nefrologia Journal, 26, 453–458.
- Dochterman, J.M., Bulechek, G.M. (2004). *Nursing intervention classification.* Philadelphia: Mosby.
- Doenges, M.E., Moorhouse, M.F., & Geissler, A.C (2000). *Rencana asuhan keperawatan : Pedoman untuk perencanaan dan pendokumentasian perawatan pasien,* alih bahasa oleh Kariasa, I.M., Sumarwati, N.M, edisi 3. Jakarta : EGC.
- Drakar,. (2008). *Hemodialisis.* <http://drakbar.wordpress.com>. diunduh tanggal 10 Februari 2008.
- Farquahar, M. (1995). *Elderly people definition of quality of life, social science and medicine,* 41, 1436–1446.
- Ferrans, C.E., & Power. M.J. (1993). *Quality of life of hemodialysis patient.* American Nephrology Nurses Association Journal. 20, 575–581.
- Flynn., (2004). *Factors contributing to hipotension during hemodialysis.* Geriatric Nephrology and Urology Journal. 6, 99–104.

- Gibson, M.H (1995). *The quality of life of adult hemodialysis patients*. Austin : The University of Texas.
- Gulanick, M., & Myers, J. (2007). *Nursing care plans : Nursing diagnosis and intervention*, 6th edition, Mosby : Elsevier.
- Harwood, L., Wilson, B., Cusolito, H.L., Sontrop, J., & Spittal, J. (2009). *Stessors and coping in individuals with chronic kidney disease*. *Nephrology Nursing Journal*, 36, 265–279.
- Headley, C.M & Wall, B (2000) *Advanced practice nurses : Role in the hemodialysis unit*. *Nephrology Nursing Journal*, 27. 177-187.
- Headley, C.M & Wall, B.M. (2007). *Flash pulmonary edema in patients with chronic kidney disease and stage renal disease*, <http://findarticles.com/p/articles/mi.0ICF/is.1.34/ai.27172531>, diunduh pada tanggal 2 Juli 2010
- Holley, J.F., Berns, J.S., & Post, T.W. (2007). *Acute complicatoins during hemodialysis*. <http://www.uptodate.com/patient/contens/topic.do?topicKey-G/p55S8w8sQDwqG>. diunduh tanggal 25 Januari 2010.
- Ignatavicius, D.D., & Workman, M.L. (2006). *Medical surgical nursing: critical thinking for collaborative care*. 5th edition. St Louis: Elsevier Saunders.
- Incekara, F., Kutluhan, S., Demir, M., Sezer, T. (2008). *Dialysis headache : A case report*. <http://edergi.sdu.edu.tr/index.php/sdutfd/article/viewFile/1255/1374> diunduh tanggal 28 Januari 2010.
- Kallenbac, J.Z., Gutch, C.F., Martha, S.H., & Corca, A.L. (2005). *Review of hemodialysis for nurses anf dialysis personal*. 7th edition. St Louis : Elsevier Mosby.
- Kring, D.L., & Crane, P.B. (2009). *Factors affecting quality of life in persons on hemodialysis*. *Nephrology Nursing Journal*, 36, 15 – 24.
- Landreneau, K., Lee, K., Landreneau, M.D. (2010). *Quality of life in patients undergoing hemodialysis and renal transplantation*. *Nephrology Nursing Journal*. 37, 37 – 45.
- Lee, B.C., Lin, C.C., Chaboyer, W.C., Hung, C.C (2005). *The fatigue experience of hemodialysis patient in Taiwan*. Taiwan : Kaohsing Medical University.
- Le Mone, P., & Burke, K.M. (2008). *Medical surgical nursing : critical thinking in clien care*, 6th edition, New Jersey : Prentice Hall Health.

- Lewis, S.M., Heitkemper, M.M., & Dirksen, S.R. (2000). *Medical surgical nursing assessment and management of clinical problem*. 5th edition. St Louis : Mosby Company.
- Limunnoilap, S (1992). *Factors related to adaptation ability of maintenance hemodialysis patients*. *Nephrology Nursing Journal*. 28, 40-44.
- Lopezalmaras, E. (2008). *Dialysis disequilibrium syndrome ; Research on dialysis disequilibrium syndrome detailed*.
<http://proquest.umi.com/pqdweb?index=0&did-1535958081&SrchMode=2&sid=11&Fmt=3Vinst=PROD&VType>. diunduh tanggal 4 Februari 2010.
- Lubis. (2006). *Dukungan sosial pada pasien gagal ginjal terminal yang melakukan terapi hemodialisis*. Medan : FK Universitas Sumatera Utara.
- Marques, F.Z., Wagner, M.B., Figueiredo, CE.P & Avila, D.O. (2006) *Quality of life and sexuality in chronic dialysis female patients*. *International Journal of Impotence Research*. 18, 539 – 543.
- Mc Cann, K & Boore, J.R.P (2000). *Fatigue in person with renal failure who require maintenance hemodialysis*. *Jornal of Advance Nursing*. 32, 1132–1142 .
- NAAC. (2000). *Monograph : Anemia & cronic kidney disease*, <http://anemia.org/proffessionals/monograph/cronickidneydisease>, diunduh pada tanggal 2 Juli 2010.
- Pace, R.C. (2007). *Fluid manajement in patient on hemodialysis*, *Nephrology Nursing Journal*.
- Parfrey, P.S., & Lameire, M. (2000). *Cardiac disease in hemodialysis and peritoneal dialysis patients*. *Ameican Journal*. 21, 269 – 290.
- Parmar, S.M. (2002). *Cronic renal disease (CKD)*.
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlrender=1123635>. diunduh tanggal 25 Januari 2010.
- Pergola, P.E., Habiba, N.M., & Johnson, J.M. (2004). *Body temperature regulation during hemodialysis in long term patients : is it time to change dialysate temperature prescription*,
<http://cast.inist.fr/?amodele=afficheN&cpsidt=1591> diunduh tanggal 4 Februari 2010.
- Pollit, D.F., & Hungler, B.P. (2005). *Nursing research: Principles and methods*. 6th edition. Philidelphia : Lippincott William & Wilkins.

- Potter, P.A., & Perry, A.G. (2005). *Fundamental of nursing concept, process and practice*. 4th edition. St Louis: Mosby Company.
- Price, S.A., & Wilson, L.M.C. (2005). *Patofisiologi : Konsep klinis proses – proses penyakit*. edisi 6, vol 2. Alih bahasa oleh Brahm U. Pendit. Jakarta : EGC.
- Rahardjo, (1992). *Anuria*. Journal Cermin Dunia Kedokteran, vol 28, hal 18
- Rahardjo, P., Susalit, E., Suhardjono. (2006). *Hemodialisis*, dalam Sudoyo, A.W., Sutiyahadi, B., Alwi, I., Simadibrata, M., & Setiati, S. *Buku ajar Ilmu Penyakit Dalam* . Jakarta : Departemen Ilmu Penyakit Dalam FK UI.
- Ritman, M., Northsea, C., Hasusuer, N., Green, C., & Swanson, L. (1993). *Living with renal failure*. American Nephrology Nurses Association Journal. 20, 327-331
- Rosidi., Rustam. (2009). *Hubungan antara self body image dengan pembentukan identitas diri pada remaja*. Surakarta : Universitas Muhamadiyah Surakarta.
- Ross, A.F & Kearney (2000). *Dialysis disequilibrium syndrome*. American Journal of Nursing. 100, 53-54.
- Sande, F.M., Kooman, J.P., Kuijk, W.H.M., Leunissen, K.M.L., (2001). *Management of hypotension in dialysis patients : Role of dialysate temperature control*. Saudi Journal of Kidney Disease and Transplantation. 12, 382 – 386.
- Seica,A., Segall, L., Verzan, C., Vaduva,N., Madincea, M., Rusoiu,S.,& Cristea, S et al (2008). *Factors affecting the quality of life of hemodialysis patients from Romania : A multicentric study*. Nephrol Dial Transplant. 24, 626-629.
- Shahgholian, N., Ghafourifard, M., Rafieian,M., & Mortazavi, M. (2008). *Impact of two types of sodium and ultrafiltration profiles on intradialytic hypotension in hemodialysis patients*. IJNMR Autumn. 13, 135-136.
- Sherman, R.A. (2001). *Modifying the dialysis prescription to reduce IDH* . <http://www.hdcn.com>. diunduh tanggal 25 Januari 2010.
- Smeltzer, S.C., Bare, B.G., Hinkle, J.L. & Cheever, K.H. (2008). *Texbook of medical surgical nursing*. 12th edition. Philidelphia : Lippincott William & Wilkins.
- Streubert, H.J., & Carpenter, D.J. (1999). *Qualitatif research in nursing advascing the humanistic imperative*. 2th edition. Philadelphia : Lippincott.

- Sullivan, D & McCarthy, G. (2009). *Exploring the symptom of fatigue in patients with end stage renal disease*. Nephrology Nursing Journal. 36, 38-40.
- Suwitra, K.(2006). *Penyakit Ginjal Kronik*, dalam Sudoyo, A.W., Sutiyahadi, B., Alwi, I., Simadibrata, M., & Setiati, S. *Buku ajar Ilmu Penyakit Dalam* (581) Jakarta : Departemen Ilmu Penyakit Dalam FK UI.
- Tanyi, R.A (2000). *Sexual unattractiveness : A patient's story*. Medikal Surgical Nursing
- Thomas, N. (2003). *Renal nursing*. 2th edition. Philadelphia : Elsevier Science.
- Wasserfalen, J.B., Halabi, G., Saudan, P., Perneger, T., Feldman, H.I., Martin, P.Y., and Wauters, J.P. (2004). *Quality of life on cronic dialysis : comparison between hemodialysis and peritoneal dialysis*. Nephrol Dial Transplant. 19, 1594 – 1599.
- Weil, C.M. (2000). *Exploring hope in patients with end state renal disease on cronic dialysis* Nephrology Nursing Journal. 27, 221 – 224.
- Widodo. (2000). *Zat besi dan peranannya pada pasien penyakit ginjal kronik*. <http://ika.or.id/print.php?id=325>, diunduh tanggal 2 Juli 2010.
- Wijaya, A. (2005). *Kualitas hidup pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis dan mengalami depresi*. Jakarta : Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Wulandari, D.C., Widiana, I.G.R., Sudhana, I.W., Suwitra, K (2007). *Hubungan antara produk kalsium x fospat dengan penyakit arteri perifer pada pasien hemodialisis reguler di RSUP Sanglah. Denpasar*, Journal Penyakit Dalam. Vol 8
- Yu, H.D & Petrini, M.A (2010). *The HRQoL of Chinese patients undergoing haemodialysis*, Journal of Clinical Nursing. 19, 658 – 663.

Lampiran 1

SURAT PENGANTAR PARTISIPAN

Dengan hormat,
Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Anna Farida
Mahasiswa : Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan
Universita Indonesia
NPM : 0806445975
Alamat / HP : Jln. H Usman No 4A. RT.01/06 Gandul. Depok. HP 081513855248

Dengan ini memohon kepada bapak/ibu/saudara untuk berpartisipasi dalam penelitian saya yang berjudul “pengalaman pasien hemodialisis terhadap kualitas hidup dalam konteks asuhan keperawatan di RSUP Fatmawati Jakarta”. Partisipasi ini sepenuhnya bersifat sukarela. Bpak/ibu/saudara boleh memutuskan untuk berpartisipasi atau menolak kapanpun bapak/ibu/saudara kehendaki tanpa ada konsekwensi atau dampak tertentu.

Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat untuk meningkatkan pelayanan keperawatan pada pasien hemodialisis. Kami sangat mengharapkan informasi yang mendalam dari bapak/ibu/saudara. Penelitian ini tidak menimbulkan resiko apapun bagi bapak/ibu/saudara. Jika bapak/ibu/saudara merasa tidak nyaman selama proses wawancara, bapak/ibu/saudara dapat memilih untuk tidak menjawab pertanyaan yang diajukan peneliti atau mengundurkan diri dari penelitian ini. Waktu dan tempat penelitian dapat diatur dan disesuaikan dengan keinginan bapak/ibu/saudara.

Peneliti berjanji akan menghargai dan menjunjung tinggi kehormatan bapak/ibu/saudara dengan cara menjamin kerahasiaan identitas dan data yang diperoleh, baik dalam proses pengumpulan data, pengolahan data, maupun dalam penyelesaian laporan penelitian. Semua hasil catatan atau data yang didapatkan, akan dimusnahkan segera setelah penelitian ini selesai dilaksanakan.

Peneliti akan menghargai kesediaan bapak/ibu/saudara menjadi partisipan dalam penelitian ini. Untuk itu, saya mohon kesediaan bapak/ibu/saudara untuk menandatangani lembar persetujuan menjadi partisipan. atas perhatian, kerjasama, dan kesediaan bapak/ibu/saudara untuk menjadi partisipan, saya ucapkan terima kasih.

Peneliti

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI PARTISIPAN

(Informed Consent)

Setelah membaca dan memahami surat dari saudara Anna Farida, NPM : 0806445975 mahasiswi program pascasarjana kekhususan keperawatan medikal bedah Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, serta mendapatkan penjelasan tujuan penelitiannya, maka saya bersedia menjadi partisipan dalam penelitian yang akan dilakukan dengan judul “pengalaman pasien hemodialisis terhadap kualitas hidup dalam konteks asuhan keperawatan di RSUP Fatmawati”.

Demikian persetujuan ini saya tandatangani dengan sukarela tanpa paksaan dari siapapun.

Jakarta,

2010.

Partisipan

Peneliti

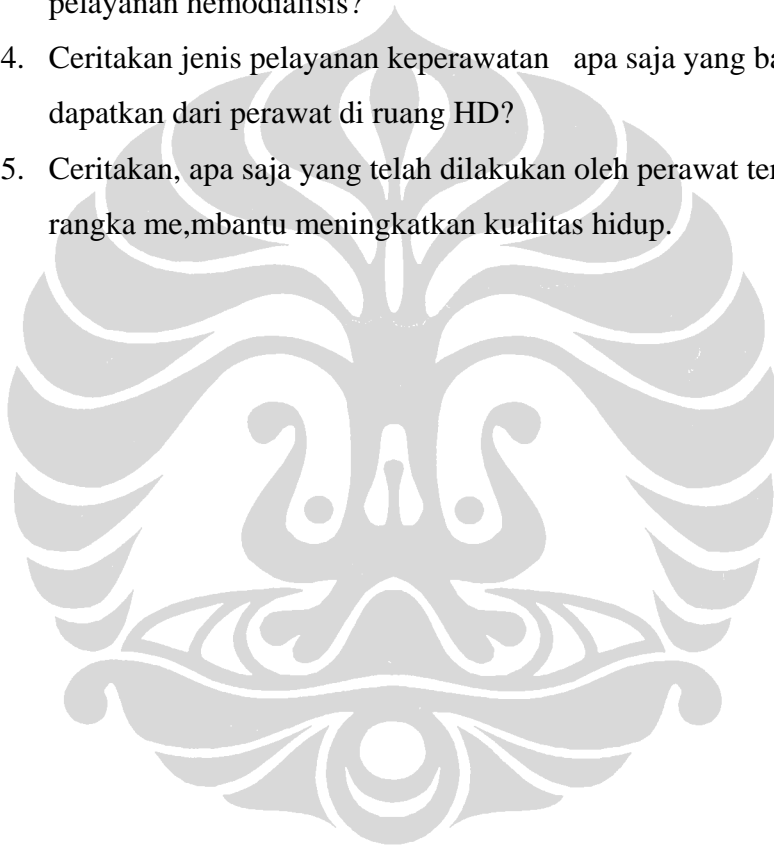
(.....)

(Anna Farida)

PANDUAN WAWANCARA

Pertanyaan yang akan diajukan pada saat wawancara mendalam adalah

1. Ceritakan perubahan – perubahan apa yang bapak/ibu/saudara rasakan setelah menjalani hemodialisis?
2. Ceritakan sejauh mana dampak hemodialisis terhadap aspek fisik, psikologis, sosial dan lingkungan yang bapak/ibu/saudara rasakan?.
3. Sebutkan apa saja yang bapak/ ibu/ saudara butuhkan atau harapkan terhadap pelayanan hemodialisis?
4. Ceritakan jenis pelayanan keperawatan apa saja yang bapak/ ibu/ saudara dapatkan dari perawat di ruang HD?
5. Ceritakan, apa saja yang telah dilakukan oleh perawat terhadap bapak/ibu dalam rangka me,mbantu meningkatkan kualitas hidup.



Lampiran 4

BIODATA PARTISIPAN

Kode Partisipan :

Diagnosis :

Umur :

Jenis kelamin :

Status perkawinan :

Pendidikan :

Pekerjaan :

Agama :

Lamanya menjalankan Hemodialisis :



Lampiran 5

FIELD NOTE

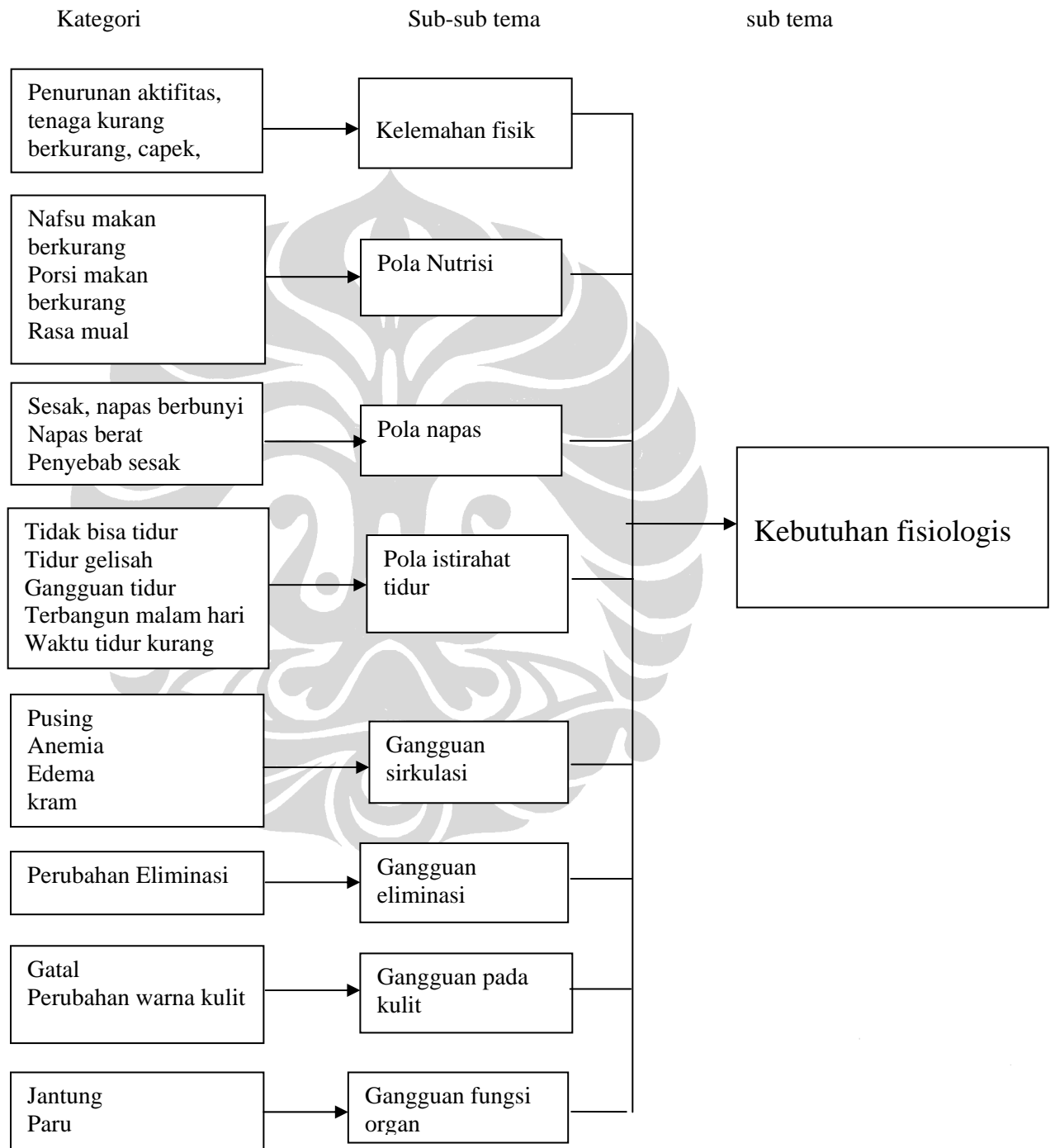
Nama partisipan :	Kode partisipan :
Tempat wawancara :	Waktu wawancara :
Suasana tempat saat akan dilakukan wawancara :	
Gambaran partisipan saat dilakukan wawancara : a. Posisi : b. Non verbal :	
Gambaran respon partisipan selama wawancara berlangsung :	
Gambaran suasana tempat selama wawancara berlangsung :	

Respon partisipan saat terminasi :

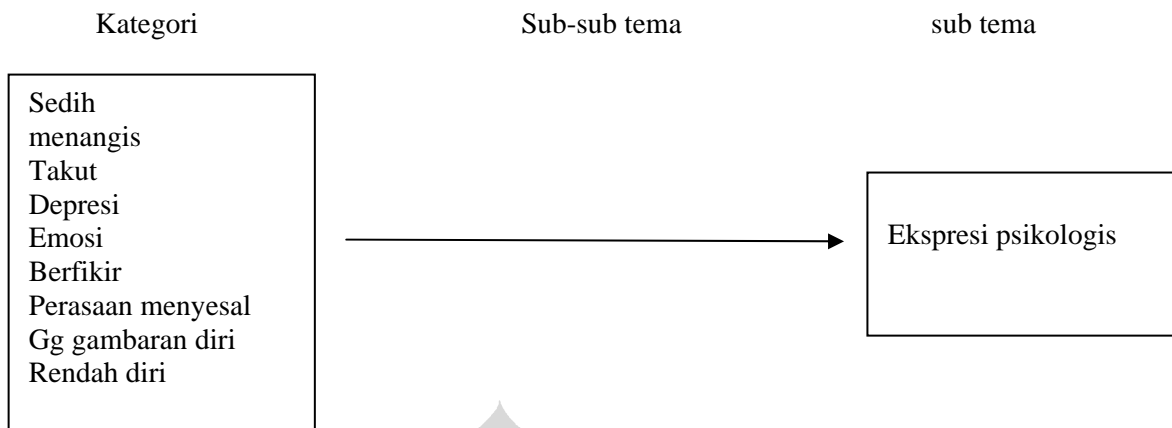


Sub Tema tema 1. **Kebutuhan fisiologis**

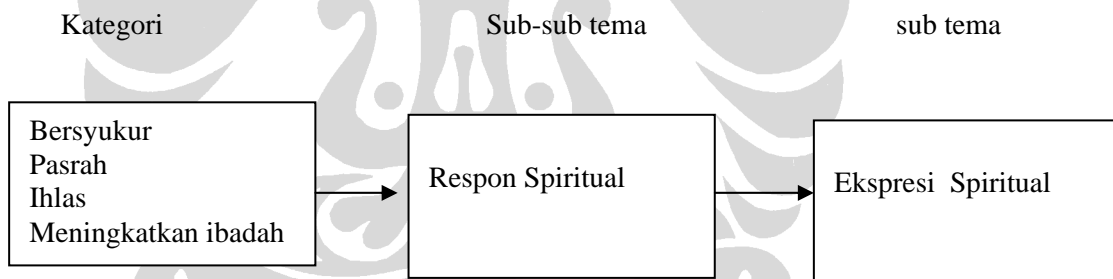
Tujuan 1. Perubahan – perubahan yang terjadi pada dalam kehidupan klien hemodialisis



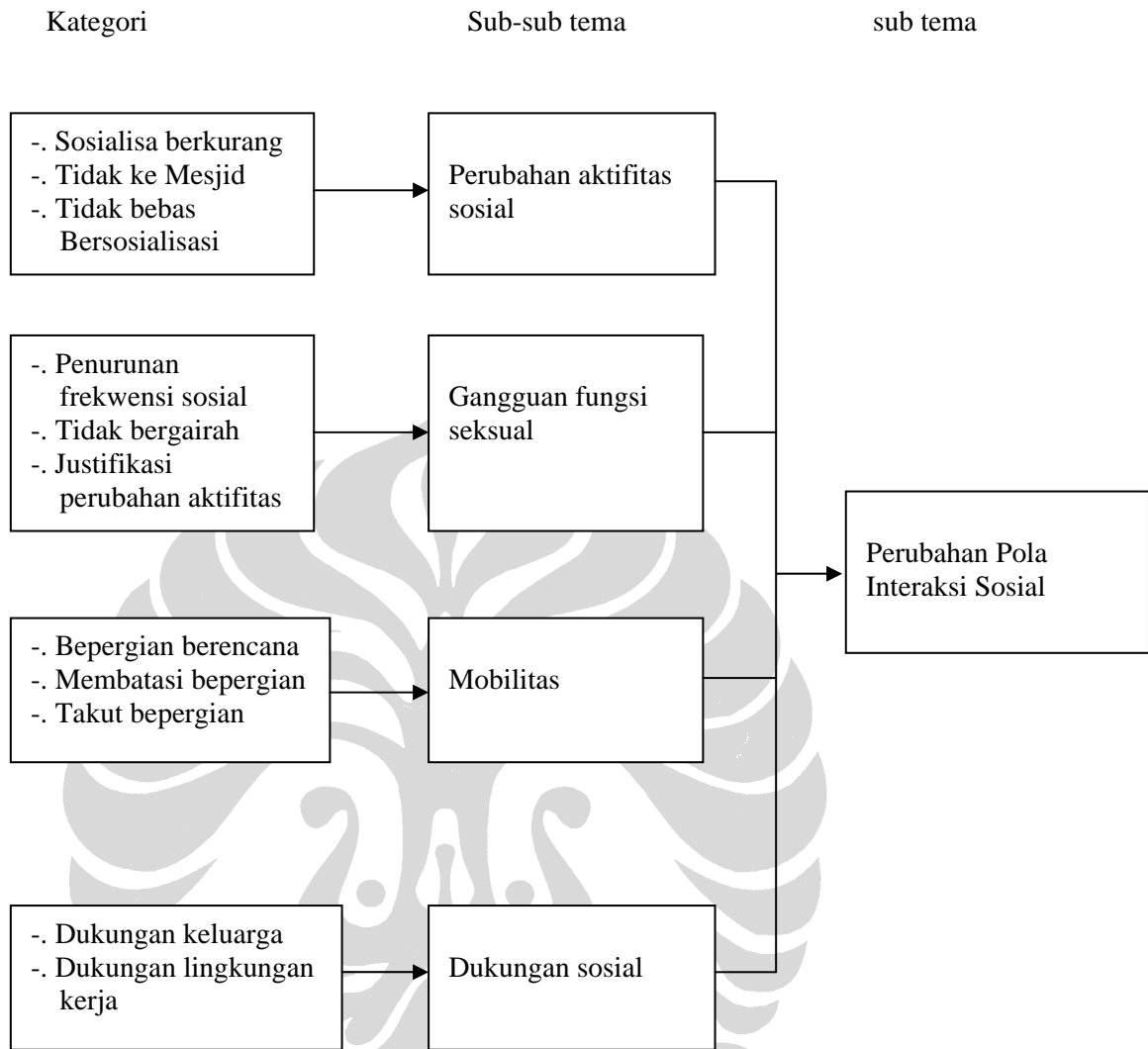
Sub Tema tema 2. Ekspresi Psikologis



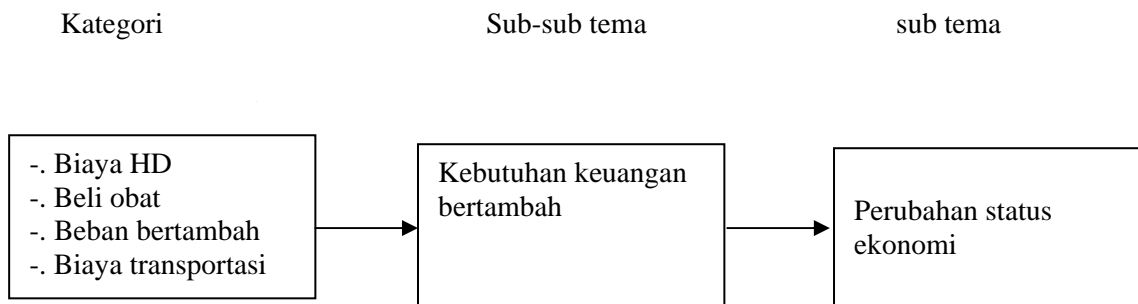
Sub Tema tema 3. Ekspresi Spiritual



Sub Tema tema 4. Perubahan Pola Interaksi Sosial



Sub Tema tema 5. Perubahan status ekonomi

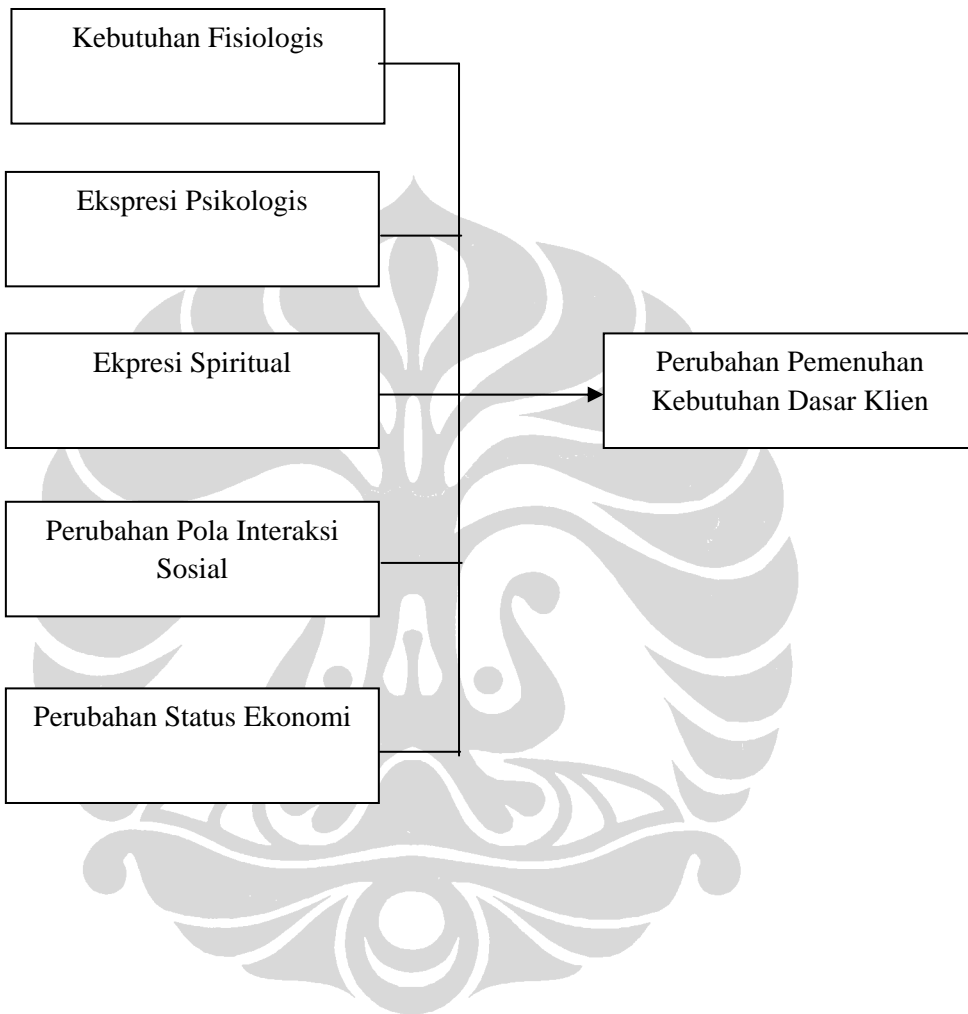


Skema tema 1 : **Perubahan Pemenuhan Kebutuhan Dasar Klien**

Tujuan : Perubahan-perubahan yang terjadi dalam kehidupan klien HD

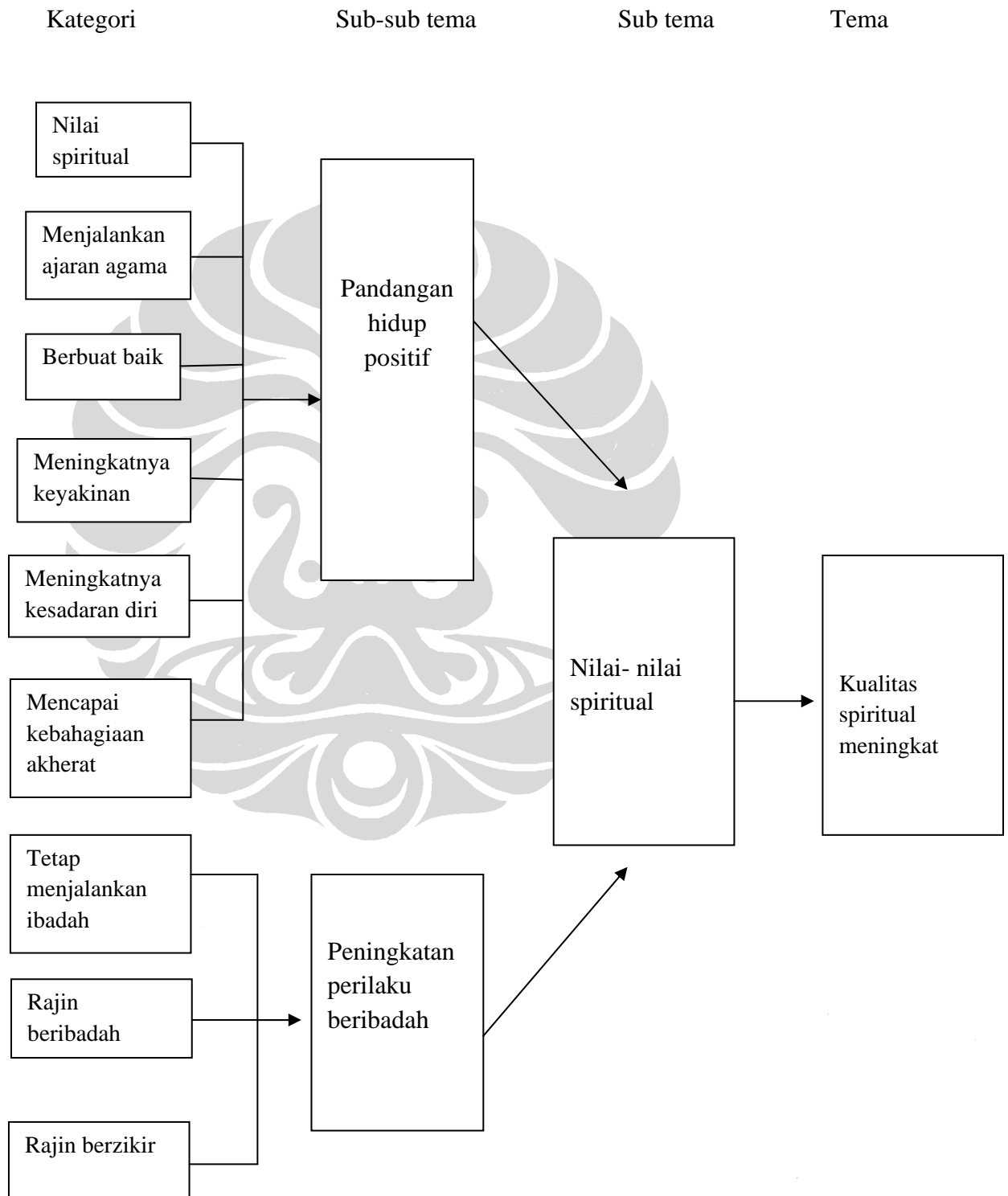
Sub-sub tema

Sub tema



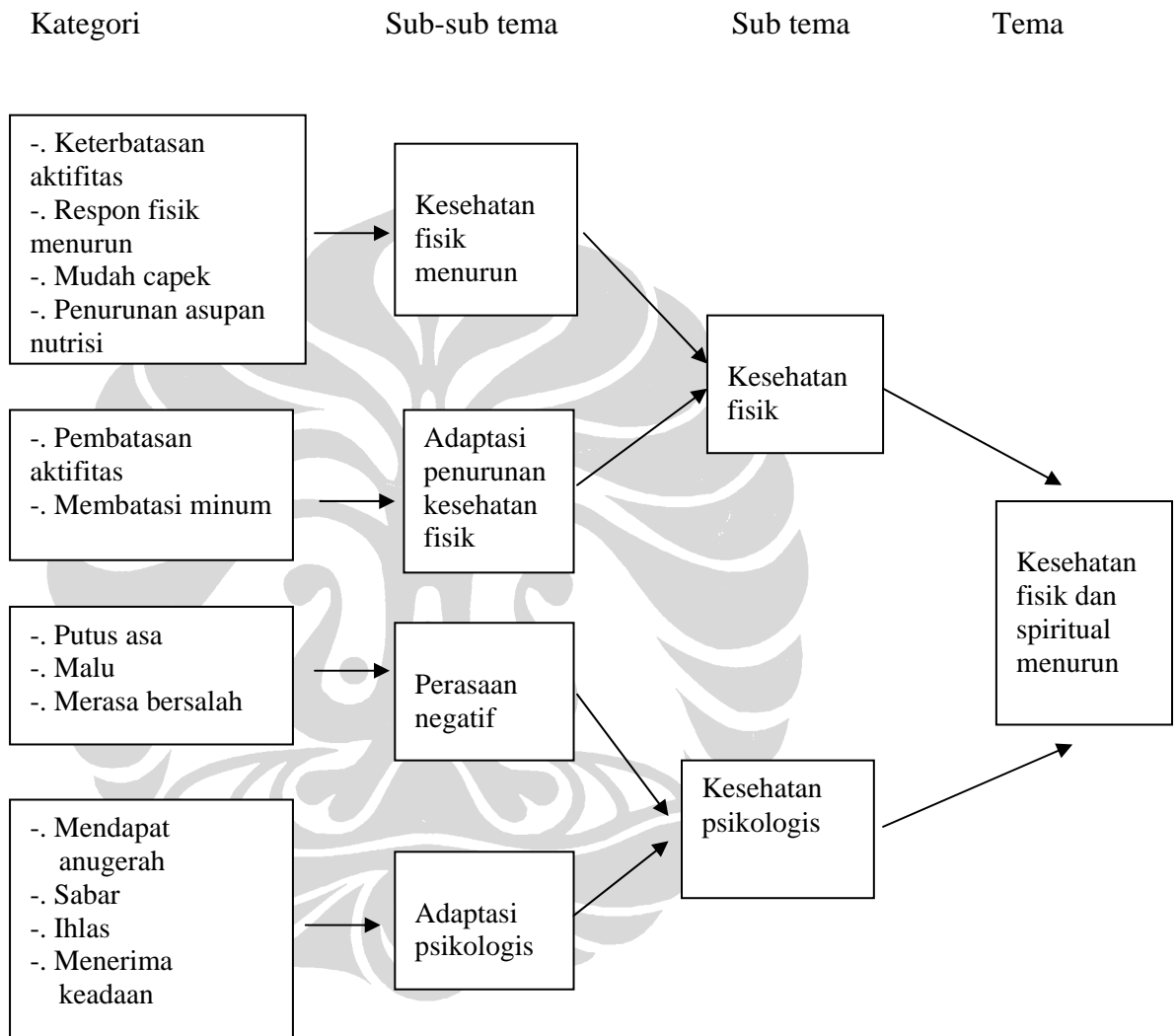
Skema tema 2 : **Kualitas spiritual meningkat**

Tujuan : Dampak hemodialisis terhadap kualitas hidup



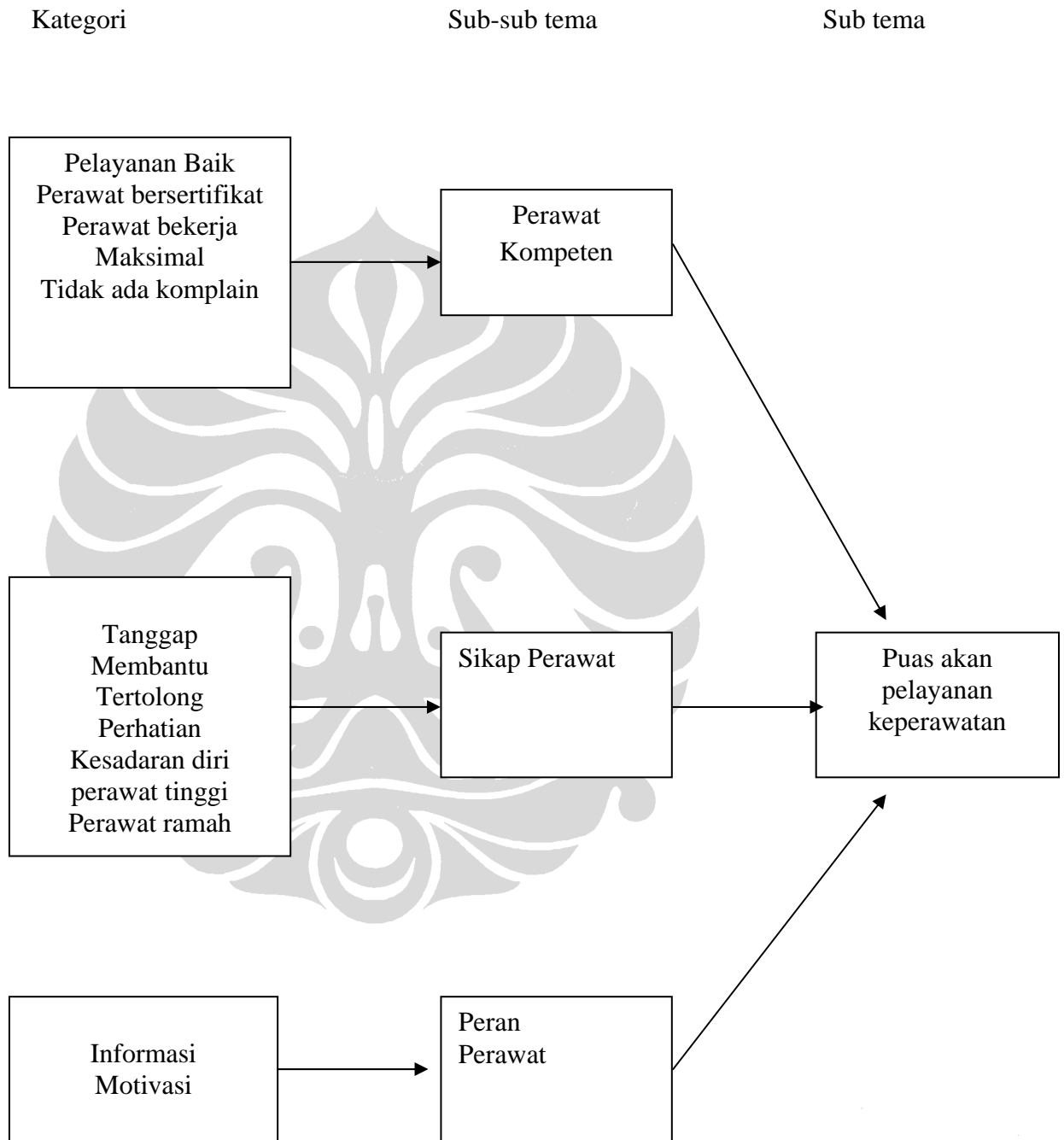
Skema tema 3 : **Kualitas fisik dan psikologis menurun**

Tujuan : Dampak hemodialisis terhadap kualitas hidup



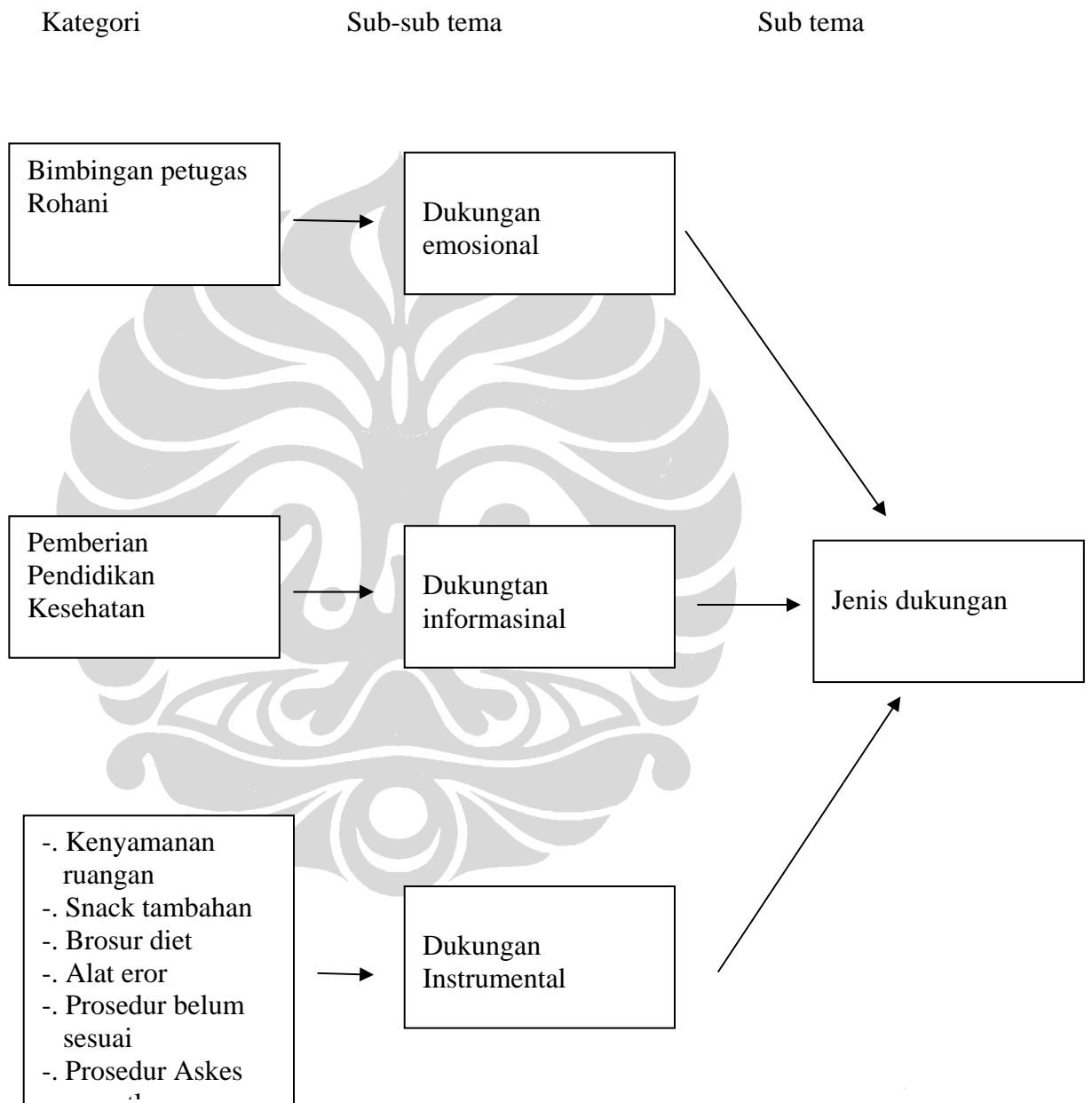
Skema tema 4 : **Puas akan pelayanan keperawatan**

Tujuan : gambaran pelayanan keperawatan yang diterima oleh klien hemodialisis



Skema tema 5 : **Kebutuhan Memperoleh Dukungan Sosial**

Tujuan : Kebutuhan dan harapan klien hemodialisis terhadap pelayanan hemodialisis



ANALISA DATA PENELITIAN
 PENGALAMAN KLIEN HEMODIALISIS TERHADAP KUALITAS HIDUP DALAM KONTEKS ASUHAN KEPERAWATAN
 DI RSUP FATMAWATI - JAKARTA

Tujuan Khusus	Tema	Sub tema	Sub sub tema	Kategori	Kata kunci	P1	P2	P3	P4	P5	P6
Perubahan-perubahan yang terjadi dalam kehidupan klien HD	1. Perubahan pemenuhan kebutuhan dasar manusia	kebutuhan fisiologis	Kelemahan fisik	penurunan aktifitas	sebelum cuci darah bisa melaksanakan aktifitas dan cukup kuat dan bisa olah raga.	V					
					...aktifitas saya menurun	V					
					waktu sehat kan fisiknya masih ada kekuatan, masih bisa jalan cepat			V			
				tenaga berkurang	....tenaga terasa tidak ada tenaga...		V			
					..tenaga saya lebih kuat sebelumnya,....boleh dikatakan saya pekerja beratlah					V	
					..karena saya merasa ya lemah lah, tenaga kurang begitu					V	
				capek	...jalan ± 300 meter capek, harus istirahat dulu	V					
					....mudah capek					
					.... Ga kuat jalan gitu		V			
				lemas	perubahan fisik lemas..... Mudah capek				V		
					Habis HD, saya tidur saya tidur, badan lemas						
					lemes..kalau disini tidur, sampe rumah tidur lagi sampe sore, baru besok paginya seger lagi					V	
				Pola nutrisi	nafsu makan berkurang	nafsu makan saya kurang....nafsu makan meningkat kalau habis cuci saja	V				
			tidak nafsu makan			makan tidak nafsu, tidak ada nafsu makan		V			
			berkurangnya porsi makan		...sore atau paginya sudah ½ porsi, besoknya juga ½ porsi.	V					
					makan terasa tak enak	makan dah ga enak semua		V			
			rasa mual		Mual, apa saja makanan ingin dimuntahkan		V				
					...jadi udah ga enak semua, mual kalau makan		V				
					cara makan berubah...ada mual				V		
				setelah 1 bulan baru terasa mual, muntah-muntah..muntahnya sampe sore...sekarang sudah							
				Pengalaman klien..., Arif Rahardjo, SIK UI, 2010						V	

Pola napas	sesak	...napas sesak dan...	V						
	napas berbunyi	...napasnya berbunyi	V						
		... Kan nyesek terus sekarang ...		V					
	napas berat	berat, napasnya berat, mudah capek...				V			
	penyebab	...ternyata permasalahannyakalau banyak minum napas sesak	V						
		sekarang-sekarang ini bengkaknya di perut		V					
		...kan saya ga boleh makan buah nih, kalau makan sesak....				V			
		gara-gara kebanyakan minum, perasaan gitu udah kaya gimana tau rasanya...sesak napas					V		
	pola istirahat tidur	tidak bisa tidur	selama dirawat 2 bulan itu saya tidak bisa tidur sama sekali	V					
		dirumah saya ga bisa tidur ...disini saya 4 jam itu tidur		V				
....misalnya cuci darah senin, minggu malam udah ga bisa tidur						V			
...nah itu saya engga bisa tidur, bener-bener ga bisa tidur, malamnya ga bisa tidur, gerah gitu								V	
Tidur gelisah		gelisah waktu tidur				V			
gangguan tidur		...kalau banyak minum....dan ga bisa tidur	V						
Terbangun malam hari		..ya tengah malam saya kebangun, tapi kalau terbangun saya buka-buka internet, solat, tahajud						V	
waktu tidur kurang		...saya tidur 2 jam sudah terbangun dan susah tidur lagi	V						
		kalau malam saya tidur jam 9, jam 11 terbangun dan susah untuk tidur lagi	V						
		..kadang-kadang 1½ jam bangun saya tidurnya Cuma 5 jam			V				
gangguan sirkulasi	pusing	... terutama setelah selesai HD, ada rasa pusing	V						
		...kalau pulang HD pusing, harus ditidurkan dulu		V					
		....kalau pusing sering, karena tensinya suka ngedrop				V		
		pusing setelah HD					V		
		ya jelas dong, habis HD ini pasti pusing							V

Anemia		Hb saya pernah merosot menjadi 6 tapi akhirnya Hb saya bisa naik lagi.... Saya diberi zat besi.	V					
		.... Waktu itukan Hb saya 3...		V				
		..kalau mau suntik hormon Hb harus 7, Hb saya waktu itu kurang dari 7			V			
		kurang darah, darahnya kalau apa namanya Hb katanya terlalu rendah				V		
edema		dulu bengkak...tidak diperut aja, tapi di seluruh tubuh (di kaki)		V				
		Ya kan kalau habis dicuci hilang bengkaknya, kan tadi sebelum dicuci bengkak (kaki)		V				
		.... Ga bisa ngontrol... suka bengkak (di kaki)			V			
		...ya bengkak (di kaki) ...				V		
		..dulu pernah waktu pertama kali (bengkak di kaki) itu kadang-kadang saya bengkak (di kaki)					V	V
kram di kaki		udah mau kram, kebanyakan diambil kali tadi		V				
		kram				V		
		kalo kram ya selama HD ini aja, kalo kebanyakan ya kram					V	
gangguan eliminasi	perubahan urinasi	kalau pipis kayak anyang-anyangan ..keluar sedikit ....rutinnya menetes	V					
	pipisnya kurang	sehari paling kira-kira 1 botol kecil...ya ± 10 cc	V					
	ga bisa kencing	...pipisnya bermasalah, kecil sekali mengalirnya	V					
	kencing ga ada	...udah ga bisa kencing		V				
Gangguan pada kulit	gatal	kencingnya.... ga ada sama sekali			V			
		di punggung, di pinggang, di tangan, jadi keluhannya sekarang gatal, gatal dimata..... Yang paling mengganggu itu gatal			V			
		...gatal-gatal perubahannya				V		
		kalo gatal ya kadang-kadang, gatalnya ...gatal sekali sekarang kegatalan nih, gatalnya kuat banget..uh ga tertahan deh					V	V
perubahan warna kulit		jadi agak hitam, kehitaman				V		

		...ya ada, di kaki terutama, kan belang-belang tuh, tetapi kalau di badan saya sedikitlah						V	
		...nanti warnanya agak gelap, kulitnya agak gelap							V
gangguan fungsi organ	jantung	... Jantungnya bermasalah....katanya (dokter) bocor, disamping membesar juga bocor.	V						
		.... Darahnya cenderung naik		V					
		...tapi tekanan darah tinggi terus.		V					
			...biasanya habis cuci darah tensinya turun...kalau kualitas tidur saya kurang			V			
			jantung juga jadi dug-dug-dug, cepatlah pergerakannya				V		
	paru	...ada yang bilang paru-parunya kerendam	V						
			...sampe airnya juga pernah kesini (paru), paru saya terendam...kan diambil setiap bulan 2 gelas aqua		V				
		...selalu batuk terus...ngeluarin darah, paru-parunya kerendem				V			
ekspresi psikologis	sedih	....Saya merasa sedih, apalagi setelah ada masalah dengan jantung saya	V						
		ya sedihlah...pertama itu merasa kok punya penyakit seperti ini							V
	menangis	...nangis setiap hari, setiap hari nangis saya		V					
		...nangis terus saya, anak saya waktu itu kan masih TK			V				
		dulu saya kerja apa namanya satpam.. Jadi pas sakit begini diberhentiin dari perusahaan				V			
	perasaan takut	awalnya saya cuci 1 kali seminggu...kondisi saya buruk, saya cuci tiga kali seminggu, ada perasaan menderita, takut,	V						
		ya.. Kalau aku pergi sekarang, kasian anak-anak gitu							V
	depresi (down)	.... semenjak itu saya down....	V						
		.... secara psikologis saya down, banyak pikiran...kenapa kok ke jantung	V						
		...lama-lama saya, jadi putus asa		V					
		...jadi waktu pertama kali, waktu pendapatan berkurang, makin emosi aja, saya alami sendiri						V	

		berfikir keras	saya aja yang kepikiran, jadi beban seumur hidup gitu				V		
			..mikir, pokoknya ga pernah berhenti berfikir		V				
		perasaan menyesal	ada juga perasaan menyesal...dulu waktu sehat kurang memperhatikan kesehatan saya,	V					
			..dulu pertama kali di vonis ya bener-bener.... (menyesal)			V			
			...dulu mungkin salah, saya kegemukan dulu...jadi setiap orang ngasih tahu minum pelangsing...itu semua saya beli			V			
			mungkin dulu iya, sekarang ya sudah, terima apa adanya					V	
		gangguan gambaran diri	... Saya lihat tangan udah berkerut...		V				
			..saya ga mau ngaca ke cermin, karena kalau ngaca ke cermin saya kan sudah jelek		V				
			..mukanya jadi berkerut tua...mata berkerut...jadi terlihat tua		V				
			..karena warna kulit itu kan kita jadi jelek, berkaca kok muka saya kok hitam-itam,...						V
			...pinginnya dikasih Allah itu perut saya kempes, kalau besar itu saya merasa malu mau kemana-mana, diliatin nenek-nenek kok udah ...kok hamil ngono		V				
		rendah diri	ya itu jadinya.. Kayaknya bergaul minder				V		
			perasaan kalau bergaul dijauhin gitu				V		
			ya, kadang-kadang perasaan itu ada, mereka bisa jalan-jalan kemana, sementara saya ga bisa ikut. Saya menarik diri dari pergaulan teman-teman saya, ...					V	
			ya, kalau mukanya jelek, siapa sih ga malu						V
			ga, enak juga sih berada ditengah-tengah orang sehat						V
ekspresi spiritual	respon spiritual	bersyukur	alhamdulillah ...masih sakit aja saya masih bisa menjalankan ibadah	V					
			..sakit katanya bisa mengurangi dosa-dosa kita	V					
			saya anggap saja ini suatu anugerah	V					
			Pengalaman klien..., Ar na nganda in k u n t a t . t a d i n y a b o r o - b o r o ...		V				

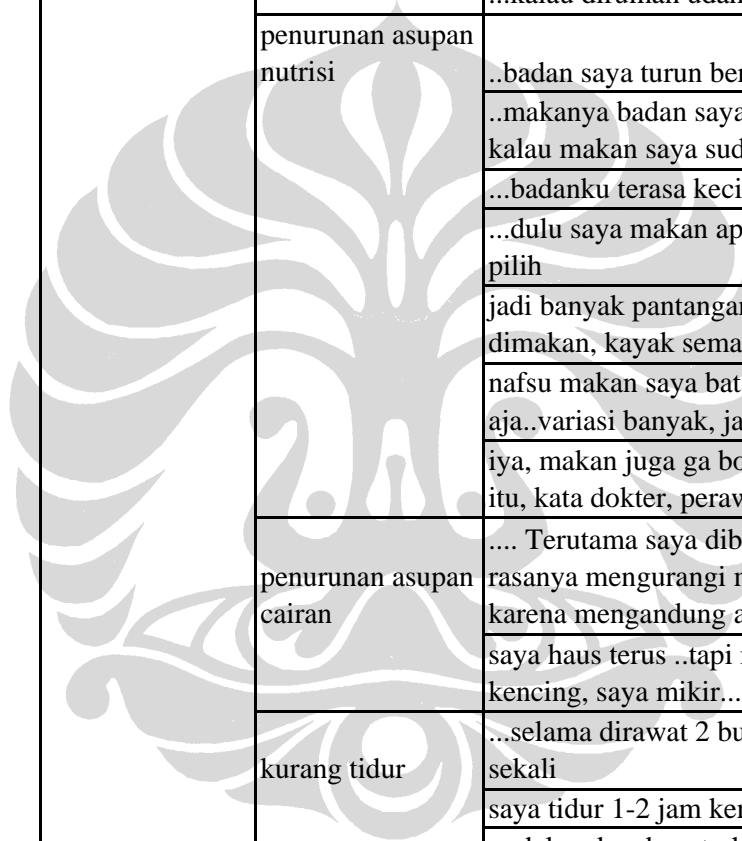
			bersyukur juga				V		
			...pasti ada sesuatu yang Alloh berikan kepada saya.....saya syukuri karena saya tidak mati dari dulu....masih dikasih kesempatan untuk bertobat						V
			..lebih mensyukuri nikmat Alloh, kalau dulu .. nikmat lebih besar dari sekarang, tapi saya ga bisa mensyukuri						V
		pasrah	....saya menerima apa adanya, saya pasrah	V					
			....pasrah....		V				
			sekarang ya udah biasa aja, memang udah takdirnya cuci darah			V			
			..tapi sekarang udah pasrah aja udah....ya memang udah takdirnya dapet cuci darah				V		
			.. ya, karena saya sudah ihlas apa yang terjadi					V	
			..perasaan seperti itu ada...saya ga mau melit-melit mikir gitu, saya jalani aja udah nasib..						V
		meningkatkan ibadah	...justru sekarang ini saya malah semakin sering mendekati diri	V					
			....bisa lebih banyak waktu ke mesjid	V					
			dalam tahun-tahun pertama...berzikir saja		V				
			...saya tahajud ...ada pengaruh...perut saya jadi kempes, dulu saya boro-boro ...		V				
			malah justru ini banget, lebih dekat, secara kualitas malah lebih			V			
			...tekun beribadah, dulu Cuma sekali-sekali, sekarang full 5 waktu, pokoknya kalau bisa setiap saat ibadah				V		
			jadi sering beribadah jadinya..kayak gitu				V		
			saya jadi lebih dekat dengan Alloh, kita mengaji, tobat					V	
			ga ada yang berubah, saya mau zikir setiap kali						V
perubahan pola interaksi sosial	perubahan aktifitas sosial	penurunan frekwensi bersosialisasi	.... ikut perkumpulan atau arisan keluarga dan pengajian ..walau kadang absen	V					
		tidak kemasjid	...saya ga bisa solat di mesjid lagi....				V		

	tidak bebas bersosialisasi	ada sih, pada zaman dulu kan mana kenal lelah, apa-apa dikerjain, mau pengajian..mau ini namanya juga pergaulan...								V
		Ya sekarang ini udah ga bisa jalan jauh, ya itukan menghalangi semua, kadang saya datang juga, kalau ada yang nuntun								V
		...saya bilang, kalau ngumpul-ngumpul bareng saya ga bisanya lewat Facebook aja udah lumayan							V	
gangguan fungsi seksual	penurunan frekwensi seksual	oh itu (seksual) menurun bu...sejak jantung saya dinyatakan bermasalah	V							
	tidak bergairah	..jarang, karena menghindari capek doang, jadi gimana ya, kurang gairah gitu					V			
	justifikasi perubahan aktifitas seksual	...umur juga berpengaruh....otomatis kegiatan itu jadi menurun.	V							
		.... Buat apa saya memaksakan diri melakukan itu...jadi ga masalah.	V							
mobilitas	perencanaan bepergian	..mau pergi harus punya ancang-ancang,	V							
		..waktunya cuci darah harus sudah sampai disini...	V							
	membatasi bepergian	akhirnya setelah sakit saya ga bisa kemana-mana	V							
		..jadi saya sering perginya yang dekat-dekat, ga mengganggu jadwal HD							V	
		....yang jauh-jauh perginya paling ke RS		V						
		... Pulang kampung sudah ga bisa		V						
		...kalau pulang kampung kamis habis cuci, nanti minggu udah pulang					V			
		..kan saya ga ikut rombongan, bawa kendaraan sendiri, jadi kalau ada apa-apa bisa duluan					V			
	takut untuk bepergian	..takut aja, takutnya kecapekan, terus nyesek gitu, takutnya begitu, kebates lah						V		
		...obatnya harus cuci darah, ngerinya begitu kalau pergi jauh, terus nyesek....						V		

			...kalau lama-lama agak berat, sayakan cepat pusing, tapi untuk tertawa sejenak bisa. Kalau jauh ga, sekarang ga, tahun ini apalagi sakit.							V
	dukungan sosial	dukungan keluarga	keluarga sendiri memaklumi, bahkan saya disuruh berenti kerja	V						
			...oh keluarga selalu membesarkan hati ...		V					
			..ya semuanya membantu, kakak saya, adek saya				V			
			100% mendukung semuanya, membantu mulai dari keluarga kecil, sampai keluarga besar					V		
			...ya, adik saya banyak mendukung..						V	
		dukungan lingkungan kerja	teman di kantor saya sudah memaklumi itu, dan banyak yang membantu pekerjaan saya	V						
			....sekarang karena saya ga kuat kerja, ga ada yang ngiri		V					
			...selain itu juga membantu saya, kemana-mana					V		
			...kadang dianter jemput oleh OB dari sekolah					V		
			.... Temen saya banyak sekali yang memberi semua, temen-temen terdekat semuanya begitu, ngasih semangat terus						V	
	mendukung sekali ya...ya memperhatikan sekali..temen-temen juga								V	
		teman..rata-rata semualah, mereka kan baik-baik							V	
perubahan status ekonomi	kebutuhan keuangan bertambah	biaya HD	...karena sekali cuci pasti keluar minimal 500 ribu....waktu saya cuci 3 kali seminggu, dimana 1 kali saya harus bayar	V						
			beli obat	....kalau ga ada obat-obat yang ga ada di Askes, kita beli sendiri				V		
		obat cuci darah itu memang gratis, tapi obat-obatan yang lain ga, harus beli							V	V
		beban bertambah	ya, susah semuanya (ekonomi), cara bayar ini juga sudah ditanggung SKTM					V		
			..Sekarang malah beban bertambah (keuangan)		V					
		biaya transportasi	1 bulan. ....ongkos taksi kesini 150 ribu sekali berangkat, bolak balik 300							V

Dampak HD terhadap kualitas hidup	2 Kualitas spiritual meningkat	kualitas spiritual	pandangan hidup positif	nilai spiritual	kayaknya meningkat, karena kita makin dekat sang pencipta..misalnya kita beribadah sudah meningkat	V						
					kalaupun ahirati, saya malah bersyukur, saya jadi lebih dekat sama Allah setelah sakit ini, apalagi setelah saya tahu kalau penyakit ini tidak bisa disembuhkan						V	
				menjalankan aturan agama	.. Secara batiniah ...tidak berbuat yang tidak-tidak yang secara dilarang agama jelas, sebisa mungkin kita berbuat yang baik-baik	V						
					...artinya spiritual itu e.e. menjalankanlah, menjalankan aturan dan menjaga untuk tidak melakukan larangan.					V		
				berbuat baik	Iya , kalau saya bisa berbuat baik ya tentu kualitas hidup tentu akan lebih tinggi lagi karena sayang, Allah sayang sama kita.							V
					ya kalau sehat saya bisa merasakan kebahagiaan secara religius bisa menjalankan tugas saya kepada Allah, kepada manusia saya bisa mengajarkan dengan baik					V		
				meningkatnya keyakinan	menurut saya lebih meningkat...itu tolok ukur saya, ternyata walaupun sakit masih ada kualitas...secara fisik...tapi secara batiniah naik, insya Allah	V						
					... jadi secara spiritual itu saya lebih bagus sekaranglah..lebih bagus dari pada saya sehat dulu..walaupun saya harus cuci darah 2 kali						V	
				meningkatnya kesadaran diri	ya alhamdulillah saya diberi peringatan, supaya saya bertobat, supaya sadar apa yang saya lakukan itu ga bener.						V	
				mencapai kebahagiaan akherat	Karena secara umum bagi saya kualitas hidup itu ingin mencapai kebahagiaan akhirat,					V		
					Kalau ahirati itu (kualitas), saya malah bersyukur, saya jadi lebih dekat sama Allah						V	

		peningkatan perilaku beribadah	tetap menjalankan ibadah	alhamdulillah, masih bisa menjalankan ibadah	V						
			rajin beribadah	ini kesempatan saya untuk menjalankan ibadah	V						
				..semakin lebih sering mendekati diri		V					
				...akhirnya saya tingkatkan kepada Allah ...grafik imannya meningkat		V					
				..dulu malas, kalau solat ntar dulu ah,.kalau sekarang jadi lebih rajin, solatnya tepat waktu				V			
				dengan begitu saya jadi lebih dekat sama Allah...saya lebih senang pada situasi sekarang, saya menunggu takdir Allah						V	
			rajin berzikir	ya, sering zikir, segala macam saya kerjakan, kalau dulu kan suka solat belang blenteng..							V
3. kualitas fisik dan psikologis menurun	kesehatan fisik	kesehatan fisik menurun	keterbatas aktifitas	...secara fisik itu kelihatan, terus aktifitas kesana kemari, sekarang udah jelas menurun	V						
				..waktu sehat banyak yang bisa saya lakukan, tapi sekarang saya sakit, saya hanya bisa ...		V					
				kualitas saya dari fisik udah jauh menurun...udah kayaknya tidak berkualitas		V					
				dari segi fisik mempengaruhi banget..saya ga bisa meneruskan kuliah, kegiatan saya menurun,				V			
				Ya secara fisik .. keinginan untuk bekerja .. bepergian ... melakukan aktifitaslah itu udah ga bisa secara fisik.							V
				iya, waktu sehat semua bisa dikerjain, apapun...bisa dikerjain dengan baik							V
			respon fisik menurun	...dulu kalau apa-apa saya cepet, sekarang megang apa-apa jatuh....tidak bisa seenerjik dulu		V					
				... Ya terhadap fisik...udah ga kuat kaya dulu			V				
			mudah capek	...solat juga dirumah ga pernah ke mesjid. Pernah nyoba sekali, sampe mesjid ngos-ngosan, jadi capek gitu..						V	
				...mudah capek, mudah lelah					V		

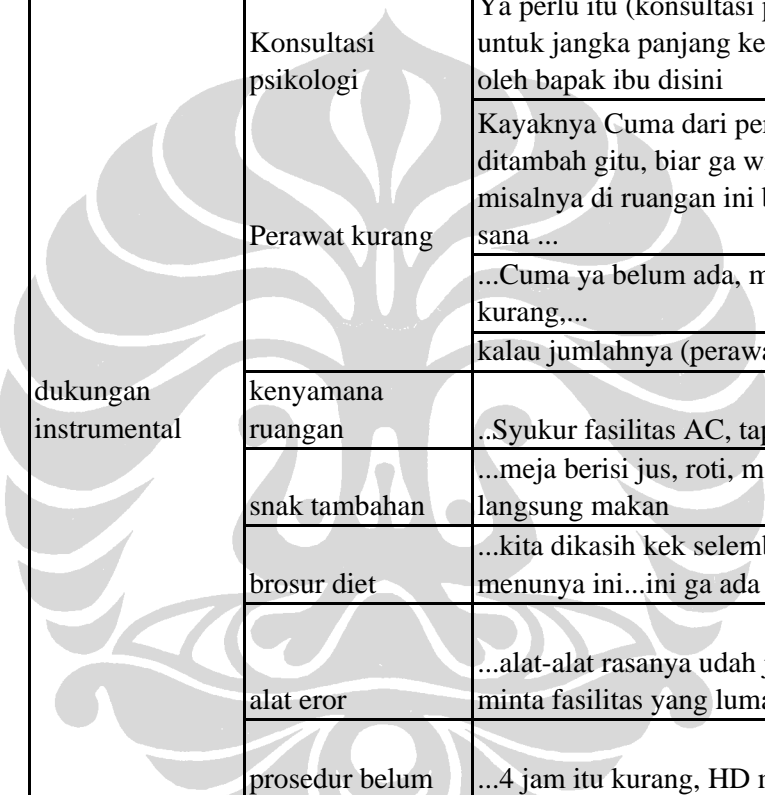


		..kalo sekarang dengan menurunnya berat badan, otomatis kondisi badan saya jadi lemes ya...kalo jalan kan cuma deket aja udah capek					V	
		..sayanya ga kuat bekerja, saya ga kuat, saya nyapu udah kelelahan						V
		solat mulai susah, jalan berat, napas sesak	V					
		...kalau dirumah udah cape, geletakan pake oksigen		V				
penurunan asupan nutrisi		..badan saya turun beratnya, dulu 62 sekarang ...	V					
		..makanya badan saya belum pulih ....nanti pulih kalau makan saya sudah 1 porsi kali	V					
		...badanku terasa kecil ....(kurus)		V				
		...dulu saya makan apa-apa aja..sekarang kan pilih-pilih		V				
		jadi banyak pantangan ya, jadi banyak yang ga boleh dimakan, kayak semangka, melon...				V		
		nafsu makan saya batasi, jadi saya makan sedikit aja..variasi banyak, jadi jumlahnya sedikit					V	
		iya, makan juga ga boleh makan ini, ga boleh makan itu, kata dokter, perawat.						V
		.... Terutama saya dibatasi kalau minum, sulit rasanya mengurangi minum, makan buah dibatasi karena mengandung air	V					
penurunan asupan cairan		saya haus terus ..tapi mengingat saya ga bisa kencing, saya mikir...minumnya 500 cc		V				
	kurang tidur	...selama dirawat 2 bulan saya tidak bisa tidur sama sekali	V					
saya tidur 1-2 jam kemudian terbangun		V						
....dalam keadaan terhuyung saya duduk dan tiduran di kursi.		V						
.. Setelah jam 3 pagi saya sudah ga bisa tidur		V						
...di rumah saya kalau malam ga bisa tidur-tidur, 1jam bangun...			V					
..susah tidur (tidak tau penyebab)					V			
saya pernah mengalami gangguan tidur						V		
adaptasi aktivitas	pembatasan aktivitas	pekerjaan berat sudah saya serahkan keteman saya	V					
penurunan fisik								

kesehatan psikologis	munculnya perasaan negatif	putus asa	semuanya pekerjaan rumah dia yang ngerjain (anaknya), bahkan saya diladenin. Makan minum itu diladeni, diambilin.		V						
			jalan pelan	....sekarang jalannya jadi lambat			V				
			membatasi minum	saya melatih mengukur minum....berapa yang saya minum	V						
				minumnya harus dibatasi...berapa ya kalau di cc 500 paling, ya 500 - 600			V				
				Minum dibatesin, seukuran keluaranya air, apa namanya air kencing ya				V			
				minum saya batasi, saya nyetak ini, satu sendok kecil es tuh saya bikin jadi es, seharian saya minum 270 cc....						V	
			Malu	merasa bersalah	jadi kualitas hidup saya yang pokok nomor satu, betapa bahagiannya jadi orang sehat, sehat bisa berbuat segalanya		V				
					..sebelum sakit sih banyak angan-angan belum kesampean, pas sesudah sakit hilang semuanya				V		
					karena sakit ya kualitas hidup saya jadi menurun...ya semuanya menurun, mau ngapangapain aja susahh, pergi-pergi jauh udah susah				V		
					kalau duniawi saya ya sudah terus terang, saya ya udah ga ada harapan lagi...						V
					..banyak sebenarnya cita-cita saya, rencana saya yang ingin saya lakukan, tetapi ternyata tidak bisa saya lakukan						V
					Saya merasa malu perut saya besar, mau kemana mana malu		V				
					Ya beban juga, buat saya juga, keluarga juga				V		
			Malu	merasa bersalah	ya bebani juga, adek saya juga udah berkeluarga jadi semua terbebani jadinya				V		
					...kayak beban bagi orang tua				V		
					iya jelas dong....saya kan sudah ga punya suami lagi, jadi anak-anak yang nanggung...mereka kan ga mau bjarin saya mati						V

			adaptasi psikologi	Mendapat anugerah	... ini sebagai suatu anugerah...	V					
				sabar	..jadi lebih sadar gitu ya, ada dikasih cobaan, jadi taat ibadahnya				V		
					..jadi kita harus sabar....	V					
				ihlas	...kalo saya mati dari dulu mungkin dosa saya masih banyak sekali...ini mencuci dosa saya					V	
				menerima keadaan	...merasa senang....4 jam kalau bisa tidur ya tidur	V					
					...sekarang saya happy banget...		V				
					....saya ga pikirin sekarang...		V				
					saya senang aja menjalaninya, kalau rumah saya kedua rumah sakit.		V				
					..itu satu tahun pertama, setelah itu ya udah enjoy aja					V	
Gambaran pelayanan keperawatan yang diterima oleh klien HD	4. Puas akan pelayanan keperawatan	Perawat kompeten		pelayanan baik	sudah bagus sekarang ini	V					
					sekarang ini lebih baik, mungkin ada pendidikan baru	V					
					Ya, umumnya sih pelayanan baik, yang pertama jelas kita dapat pelayanan cuci darah			V			
				perawat bersertikat	kalau tenaga perawatnya udah sertifikat kan ya, jadi saya rasa itu sudah cukup, cuma mungkin jumlahnya kurang						V
				perawat bekerja maksimal	...kalau susternya sudah bekerja maksimal...		V				
				tidak ada komplain	bagus semua sudah,...ga ada yang di komplain, perawat bekerja udah bagus...				V		
		Sikap perawat baik		tanggap	mereka bekerja cukup baik kok, cukup baik...cepat tanggap, udah baik kan...						V
				membantu	mereka selalu membantu kok kalau kita bertanya, mereka ramah baik-baik...mereka mengerti apa yang kita rasakan						V
				perawat long term	pengalaman klien..., Arna saya tertolong sekali dengan bantuan suster	V					

				perhatian	perawat bilang "kenapa kok tambahnya banyak, makan apa ibu kemarin " perhatian kok perawatnya			V					
				kesadaran diri	...menyadari bahwa perawat adalah pelayan orang sakit.	V							
				perawat tinggi									
				perawat ramah	saya merasa diorangi sama suster disini....	V							
				Memberi informasi	perawat mengajarkan harus begini, begitu	V							
					..bu pake bola dibelah dua, begini..malah pake contoh itu juga dari perawat			V					
					..perawat mengatakan pisang itu kaliumnya tinggi jangan dimakan, pier tinggi kaliumnya	V							
					..oh ya jangan ditindih, jangan mengangkat berat			V					
					..jangan terlalu banyak sama minumannya, minumannya sekeluar air kencing kata ahli gizinya, begitu juga kata susternya					V			
					ada...dari suster...siap-siap oksigen aja di rumah kata suster, kalau di rumah sesak					V			
					Kalau dia (perawat) menyarankan obat, minum obat ini bu adalat oros....kalau pas darah tinggi saya minum obat ..			V					
					Motovasi	ya, kayaknya selalu deh, hampir semua perawat disini setiap hari memberikan penjelasan pada pasien-pasiennya, bu jangan makan ini, selanjutnya harus begini				V			
				..banyak berdoa bu....sabar...				V					
				...udah solat bu, berdoa kepada Alloh, mudah-mudahan ibu ada keajaiban (kata perawat)				V					
				.... Banyak yang cuci darahnya sampe lama, jangan merasa dunia udah habis terus meninggal, banyak yang cuci darah jadi panjang umur...(kata perawat)				V					
					.... Jadi tambah semangat aja saya...			V					
kebutuhan klien HD terhadap pelayanan HD	5. kebutuhan memperoleh dukungan sosial	Jenis dukungan	dukungan emosional	bimbingan petugas rohani	..petugas rohani, dengan bimbingan rohani menambah ketakwaan dan kesabaran	V							



		..petugas rohani...saya kira itu membangkitkan semangat kita		V				
		..kan masih ada pasien-pasien yang belum menerima keadaannya, yang masih suka memikirkan penya,kitnya			V			
		kalau bayarannya ga malah, siapa sih ga perlu bimbingan...						V
	Konsultasi psikologi	Ya perlu itu (konsultasi psikologi), harapan saya untuk jangka panjang kedepannya bisa difasilitasi oleh bapak ibu disini		V				
	Perawat kurang	Kayaknya Cuma dari personilnya (perawat) harus ditambah gitu, biar ga wira-wiri kesana kesini, misalnya di ruangan ini berapa orang, diruangan sana ...			V			
		...Cuma ya belum ada, mungkin karena perawatnya kurang,...					V	
		kalau jumlahnya (perawat) mungkin ya kurang						V
dukungan instrumental	kenyamanan ruangan	..Syukur fasilitas AC, tapi sudah diperhatikan	V					
	snak tambahan	...meja berisi jus, roti, makanan, jadi setelah HD bisa langsung makan	V					
	brosur diet	...kita dikasih kek selemba kertas..sebaiknya menunya ini...ini ga ada kan kita ngawur		V				
	alat eror	...alat-alat rasanya udah jelek...masak eror...saya minta fasilitas yang lumayan dari Askes		V				
dukungan informasi	prosedur belum sesuai	...4 jam itu kurang, HD minimal harus 5 jam, seperti di Cipto. Kenapa kok di Cipto 5 jam disini 4 jam					V	
	prosedur Askes merepotkan	..semua membutuhkan Askes, jadi agak ribet kadang-kadang..						V
	pemberian penkes	...perlu..bukan saya saja...maksudnya yang lain juga...tentang kasus yang ada		V				
		...ga pernah ngejelasin lebih dalam				V		
ya butuh, cuma ya didapatnya secara ketemu aja, kalau secara khusus ga ada.					V			
	..kalau minum dikit aja, seteguk, nyampeinnya begini				V			

			..saya sih sudah terpenuhi, bagi temen-temen lain mungkin perlu, karena mereka kan ga tahu bagaimana cara mengatasi masalah mereka						V		
			Kalau bisa sih bisa dijelasin lebih dalem, tapi memang kayak tadi aja, tekan aja begini...					V			
	adaptasi untuk mendapatkan informasi	membaca buku	...saya cari informasi bagaimana sehat dari buku-buku...ternyata kalau ureum >200 atau creatinin > 20 atau 10..pengobatan harus cuci darah atau cangkok ginjal, ....saya harus cuci darah	V							
		belajar dari teman	.... Ambil pelajaran dari situ... kalau habis makan ceri, darah saya jadi normal		V						
		belajar dari perawat	...pengalaman banyak dari suster dan temen-temen dalam mengatasi masalah		V						
		dari internet	saya baca di Internet...reslesnes sindrom, itu saya cari berbagai macam informasi, gimana cara mengatasinya							V	
			IKCP, nah saya banyak belajar dari situ, diskusi sama anggota-anggota lewat internet, sama dokter, jadi langsung gitu kan							V	
		pengalaman pribadi	..akhirnya saya mendapatkan cara sendiri yang tidak ada di internet, caranya ya saya mandi aja							V	
			...kalo saya naik sepeda keliling-keliling begitu, nanti sampe dirumah seger lagi							V	
			kalo kaki saya kram, ya saya jalan aja, bangkit dari tempat tidur, ya saya jalan, alhamdulillah hilang								V
			saya pelajari dulu, saya amati, kemudian saya sampai pada kesimpulan							V	