



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**STUDI FENOMENOLOGI: PENGALAMAN DISFUNGSI  
SEKSUAL PASIEN PENYAKIT GINJAL KRONIK TAHAP  
AKHIR YANG MENJALANI HEMODIALISA DI RUMAH  
SAKIT ISLAM JAKARTA**

**TESIS**

**DIANA IRAWATI  
0906504676**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
DEPOK  
JULI 2011**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**STUDI FENOMENOLOGI: PENGALAMAN DISFUNGSI  
SEKSUAL PASIEN PENYAKIT GINJAL KRONIK TAHAP  
AKHIR YANG MENJALANI HEMODIALISA DI RUMAH  
SAKIT ISLAM JAKARTA**

**TESIS**

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

**DIANA IRAWATI  
0906504676**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH  
DEPOK  
JULI 2011**

## **PERNYATAAN ORISINALITAS**

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

Nama : Diana Irawati

NPM : 0906504676

Tanda Tangan : 

Tanggal : 18 Juli 2011

## HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Diana Irawati

NPM : 0906504676

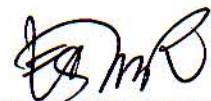
Program Studi : Pasca Sarjana Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Judul Tesis : Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Pasien Penyakit Ginjal Kronik Tahap Akhir Yang Menjalani Hemodialisa di Rumah Sakit Islam Jakarta

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

## DEWAN PENGUJI

Pembimbing I : Prof. Dra. Elly Nurachmah, DNSc, RN



Pembimbing II : Enie Novieastari, S.Kp, MSN



Penguji : Debie Dahlia, S.Kp. MHSM, ETN



Penguji : Ns Umi Aisyah, M.Kep, Sp.KMB



Ditetapkan di Depok tanggal : 18 Juli 2011

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah memberikan berkah dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis yang berjudul **“Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Pasien Penyakit Ginjal Kronik Tahap Akhir yang Menjalani Hemodialisa di Rumah Sakit Islam Jakarta”**. Hasil penelitian ini disusun sebagai syarat untuk memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Medikal Bedah pada Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Penyusunan tesis ini tidak lepas dari bantuan dan bimbingan serta arahan dari berbagai pihak, untuk itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. Dewi Irawaty, M.A, Ph.D, selaku dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Astuti Yuni Nursasi, S.Kp, MN selaku Ketua Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
3. Prof. Dra. Elly Nurachmah, DNSc, RN, selaku Pembimbing I yang telah menyediakan waktu dan arahan selama membimbing dalam proses pembuatan proposal ini.
4. Enie Novieastari, MSN, selaku Pembimbing II yang telah menyediakan waktu, *sharing* dan saran untuk kesempurnaan proposal ini.
5. Direktur Rumah Sakit Islam Jakarta yang telah memberikan izin dan fasilitasnya untuk melakukan penelitian.
6. Rektor Universitas Muhammadiyah Jakarta yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengembangkan ilmu di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
7. Dr. Pudji Rahardjo, Sp.PD, KGH selaku penanggung jawab unit hemodialisa RS Islam Jakarta
8. Yulia Suparto, MN untuk *sharing* dan inspirasi dalam proses penulisan tesis ini.

9. Muhammad Hadi, M.Kep., selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menuntut ilmu di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
10. Orang tua dan suami tercinta yang telah memberikan dukungan dengan penuh cinta, kesabaran, perhatian dan senantiasa mendoakan selama penulis menjalani pendidikan.
11. Rekan-rekan dosen Program Keperawatan FKK UMJ, teman-teman seangkatan dan pihak lain yang telah membantu penyusunan tesis ini.

Besar harapan penulis, semoga tesis ini dapat bermanfaat bagi profesi keperawatan khususnya dan masyarakat pada umumnya. Penulis menyadari sepenuhnya bahwa tesis ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu penulis mengharapkan saran dan kritik yang bersifat membangun.

Depok, Juli 2011

Penulis

## ABSTRAK

Nama : Diana Irawati

Program Studi : Program Paska Sarjana Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu  
Keperawatan Khusus Keperawatan Medikal Bedah

Judul : Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Pasien  
Penyakit Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa di RS Islam  
Jakarta

Disfungsi seksual merupakan masalah yang umum dialami oleh pasien hemodialisa (Hd). Studi kualitatif ini dilakukan untuk menggali pengalaman disfungsi seksual pasien penyakit ginjal kronik tahap akhir (PGK) yang menjalani Hd dengan jumlah partisipan 6 laki-laki dan 6 perempuan. Terdapat lima tema yang diperoleh dalam penelitian ini yaitu perubahan akibat PGK, aktivitas seksual pasien Hd, jenis disfungsi seksual pasien, penyebab timbulnya masalah seksual serta dukungan yang diperlukan pasien dalam mengatasi masalah seksualnya. Kemampuan perawat melakukan kerjasama dengan tim kesehatan lain untuk mengatasi masalah seksual pasien, pada akhirnya akan meningkatkan kualitas hidup pasien.

Kata Kunci : Penyakit Ginjal Kronik Tahap Akhir, aktivitas seksual, disfungsi seksual, dukungan, perawat.

## ABSTRACT

Name : Diana Irawati

Program Study : Program in Nursing, Faculty of Nursing Majority of  
Medical Surgical Nursing Universitas Indonesia

Title : Phenomenological Study: Experience on sexual  
dysfunction of patients with End Stage Renal Disease and  
Hemodialysis at Jakarta Islamic Hospital.

Sexual dysfunction is a common problem experienced by patients on hemodialysis. This qualitative study explored the sexual dysfunction experience of patients with end stage renal disease (ESRD) and hemodialysis. Six female and 6 male participated as respondents on this study. There are five themes identified on this study, including changes caused by ESRD, sexual activity of patients on hemodialysis, type of sexual dysfunction, the cause of sexual dysfunction and supports needed by the patients to cope with their sexual problems. Nurse ability to cooperate with other health professionals is needed to overcome the patients' sexual problem, and increasing the patients' life quality as the final impact.

Key word : ESRD, Sexual activity, sexual dysfunction, support, nurse.



## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	ii
<b>LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS</b> .....	iii
<b>LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN</b> .....	iii
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	iv
<b>ABSTRAK</b> .....	vi
<b>ABSTRACT</b> .....	vii
<b>DAFTAR ISI</b> .....	viii
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	x
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	xi
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xii
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b> .....	1
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	8
1.3 Tujuan Penelitian .....	9
1.4 Manfaat Penelitian .....	10
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	11
2.1 Penyakit Ginjal Kronik .....	11
2.1.1 Definisi.....	11
2.1.2 Etiologi.....	11
2.1.3 Tahapapan.....	12
2.1.4 Patofisiologi .....	12
2.1.5 Manifestasi Klinis .....	14
2.1.6 Penatalaksanaan Medis .....	14
2.2 Hemodialisa .....	17
2.2.1 Proses Hemodialisa .....	17
2.2.2 Prinsip Hemodialisa.....	18
2.2.3 Komplikasi Hemodialisa.....	19
2.3 Asuhan Keperawatan Penyakit Ginjal Kronik.....	20
2.3.1 Pengkajian.....	20
2.3.2 Diagnosa Keperawatan .....	22
2.3.3 Intervensi Keperawatan .....	24
2.4 Konsep Seksualitas .....	24
2.4.1 Definisi.....	24
2.4.2 Respon Fisiologis Seksual laki-laki dan Perempuan ..	25
2.4.3 Masalah-Masalah Seksualitas .....	27
2.4.4 Faktor yang Mempengaruhi Seksualitas.....	30
2.4.5 Seksualitas Pasien Hemodialisa.....	34
2.5 Peran Perawat.....	37
2.6 Kerangka Teori .....	40
<b>BAB 3 METODOLOGI PENELITIAN</b> .....	41
3.1 Rancangan Penelitian.....	41
3.2 Partisipan.....	42
3.3 Tempat dan Waktu Penelitian.....	45
3.4 Etika Penelitian .....	45

3.5 Alat dan Metode Pengumpulan Data .....	47
3.6 Prosedur Pengumpulan Data.....	49
3.7 Proses Analisa Data .....	51
3.8 Keabsahan data .....	53
<b>BAB 4 HASIL PENELITIAN .....</b>	<b>56</b>
4.1 Karakteristik Partisipan.....	56
4.2 Analisis Tema .....	59
<b>BAB 5 PEMBAHASAN .....</b>	<b>92</b>
5.1 Interpretasi Hasil dan Diskusi Hasil .....	92
5.2 Keterbatasan Penelitian.....	110
5.3 Implikasi Keperawatan.....	111
<b>BAB 6 SIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>113</b>
6.1 Simpulan .....	113
6.2 Saran .....	114

**DAFTAR PUSTAKA**  
**LAMPIRAN**



## DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Jumlah PGK di RS Islam Jakarta dan RS Haji .....	3
Tabel 2.1	Tahapan Penyakit Ginjal Kronik.....	12
Tabel 2.2	Manifestasi Klinis Penyakit Ginjal Kronik.....	14
Tabel 2.3	Rencana Tatalaksana Penyakit Ginjal Kronik sesuai stadium.....	17
Tabel 2.4	Pengkajian masalah seksual .....	21
Tabel 2.5	Intervensi keperawatan masalah disfungsi seksual pasien..	24
Tabel 2.6	Perubahan fisiologis terkait siklus respon seksual pada perempuan.....	26
Tabel 2.7	Perbedaan dalam seksualitas berdasarkan jenis kelamin.....	27
Tabel 2.8	Terapi Pengobatan yang dapat mempengaruhi seksualitas.....	36
Tabel 3.1	Algoritme penilaian IIEF.....	43
Tabel 3.2	Interpretasi klinik untuk IIEF pada masing-masing domain.....	44
Tabel 3.3	Sistem penilaian FSFI.....	44
Tabel 4.1	Data sosiodemografi partisipan.....	56
Tabel 4.2	Karakteristik aktivitas hubungan seksual dan riwayat hemodialisa	57
Tabel 4.3	Hasil <i>screening</i> fungsi seksual partisipan laki-laki.....	58
Tabel 4.4	Hasil <i>screening</i> fungsi seksual partisipan perempuan.....	59

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 4.1 Skema perubahan akibat penyakit ginjal kronik .....	60
Gambar 4.2 Skema aktivitas seksual pasien hemodialisa .....	67
Gambar 4.3 Skema faktor yang mempengaruhi motivasi hubungan seksual	70
Gambar 4.4 Skema perilaku mengatasi masalah akibat perubahan seksual	77
Gambar 4.5 Skema jenis disfungsi seksual pasien hemodialisa .....	80
Gambar 4.6 Skema penyebab timbulnya masalah seksual.....	84
Gambar 4.7 Skema <i>support system</i> yang diperlukan pasien hemodialisa...	86
Gambar 4.8 Skema harapan pada pelayanan kesehatan.....	89



## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Surat persetujuan etik
- Lampiran 2 Surat ijin penelitian
- Lampiran 3 Penjelasan penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Pasien Penyakit Ginjal Kronik Tahap Akhir yang Menjalani Hemodialisa Di RS Islam Jakarta
- Lampiran 4 Lembar persetujuan menjadi partisipan pada penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Pasien Penyakit Ginjal Kronik Tahap Akhir yang Menjalani Hemodialisa Di RS Islam Jakarta
- Lampiran 5 Lembar Catatan Lapangan (*Field Notes*) Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Pasien Penyakit Ginjal Kronik Tahap Akhir yang Menjalani Hemodialisa Di RS Islam Jakarta
- Lampiran 6 Lembar data demografi dan Status kesehatan partisipan pada penelitian Studi Fenomenologi : Pengalaman Disfungsi Seksual Pasien Penyakit Ginjal Kronik Tahap Akhir yang Menjalani Hemodialisa Di RS Islam Jakarta
- Lampiran 7 Pedoman wawancara mendalam pada penelitian Studi Fenomenologi : Pengalaman Disfungsi Seksual Pasien Penyakit Ginjal Kronik Tahap Akhir yang Menjalani Hemodialisa Di RS Islam Jakarta
- Lampiran 8 Lembar format *Screening* disfungsi seksual pasien laki-laki pada penelitian Studi Fenomenologi : Pengalaman Disfungsi Seksual Pasien Penyakit Ginjal Kronik Tahap Akhir yang Menjalani Hemodialisa Di RS Islam Jakarta
- Lampiran 9 Lembar format *Screening* disfungsi seksual pasien perempuan pada penelitian Studi Fenomenologi : Pengalaman Disfungsi Seksual Pasien Penyakit Ginjal Kronik Tahap Akhir yang Menjalani Hemodialisa Di RS Islam Jakarta
- Lampiran 10 Analisis tema

# **BAB 1 PENDAHULUAN**

## **1.1 Latar Belakang**

Kesehatan seksual merupakan bagian dari hak asasi dasar manusia, karena seksualitas mempengaruhi pemikiran, perasaan, perilaku dan interaksi yang pada akhirnya mempengaruhi kesehatan mental dan fisik manusia. WHO mendefinisikan kesehatan seksual sebagai hak asasi manusia yang terintegrasi antara aspek fisik, emosional, intelektual, dan sosial dalam cara menilai diri secara positif, meningkatkan personalitas, komunikasi dan cinta. Kesehatan seksual juga mencakup kemampuan seseorang untuk menikmati dan mengendalikan perilaku seksual sesuai etika sosial dan personal. Selain itu, mencakup juga kebebasan dari rasa takut, malu, bersalah, dan faktor psikologis lainnya yang menghambat respon seksual dan menurunkan hubungan seksual (WHO, 1975; Langfeldt & Porter, 1986 dalam Kozier, Erb, Berman, & Snyder, 2004).

Secara umum dapat disimpulkan bahwa seksualitas merupakan bagian yang mendasar dan penting dalam kehidupan manusia, yang apabila terjadi perubahan akan mempengaruhi perkembangan identitas individu, kesehatan dan sebagai penyebab terjadinya disfungsi seksual.

Definisi disfungsi seksual ini cukup sulit didefinisikan, karena sangat subjektif dan dipengaruhi oleh latar belakang budaya, nilai, keyakinan dan pemahaman individu terhadap seksualitas itu sendiri. Pada masyarakat tradisional yang terikat kuat dengan nilai dan norma agama serta moralitas budaya, cenderung memandang seks sebagai suatu perilaku yang bersifat rahasia dan tabu untuk dibicarakan secara terbuka. Hal sebaliknya terjadi pada masyarakat modern yang tinggal dipertanian yang cenderung bersikap konservatif terhadap seksualitas dimana aktivitas seksual dipandang sebagai hal yang alami (Masmeka, 2010). Oleh karena itu, persepsi disfungsi

seksual seseorang akan sangat dipengaruhi oleh latar belakang budaya, nilai dan norma yang dianutnya. Secara umum Laumann, Paik dan Rosen (1999) mendefinisikan disfungsi seksual sebagai gangguan keinginan seksual secara fisiologis dan psikologis yang perubahannya dihubungkan dengan respon seksual yang muncul pada laki-laki dan perempuan. Sedangkan WHO (1992) dalam Feldhaus dan Dahir (2009) mendefinisikan disfungsi seksual sebagai ketidakmampuan seorang individu melakukan hubungan seksual dengan pasangannya.

Disfungsi seksual ini dapat dialami oleh perempuan dan laki-laki. Laumann, Paik dan Rosen (1999) menjelaskan disfungsi seksual pada perempuan sebagai perubahan seksual yang terdiri dari gangguan keinginan seksual, gangguan orgasme, nyeri dan dapat berhubungan dengan perubahan psikologis individu. Gangguan keinginan seksual, disfungsi ereksi dan ejakulasi dini merupakan disfungsi seksual yang terjadi pada laki-laki. Sebuah survey yang dilakukan di Amerika Serikat terhadap masalah seksual dengan jumlah responden perempuan sebanyak 1749 dan 1410 pada responden laki-laki. Dilaporkan responden yang mengalami masalah seksual sebanyak 43% pada wanita dan 31% terjadi pada laki-laki, dengan permasalahan seksual yang terjadi pada wanita diantaranya 22% mengalami penurunan keinginan berhubungan seksual, 14% mengatakan sulit untuk memulai keinginan hubungan seksual dan 7% mengalami nyeri saat berhubungan seksual. Pada responden laki-laki ditemukan 21% mengalami ejakulasi dini, sebanyak 5% mengalami disfungsi ereksi dan 5% mengalami penurunan keinginan seksual (McKay, 1998). Berbagai perubahan seksual ini dapat disebabkan oleh beberapa faktor. Secara umum faktor yang menyebabkan perubahan seksual diantaranya faktor biologi, psikologi, hubungan interpersonal dan sosial budaya.

Salah satu faktor biologi yang menyebabkan perubahan seksual adalah penyakit kronis. Krozy (2004) menyatakan perubahan seksualitas dapat dialami oleh pasien yang menderita penyakit kronik dan menjalani terapi seumur hidup yang terkait dengan penyakitnya. Penyakit Ginjal Kronik

adalah salah satu penyakit kronik yang dianggap dapat menyebabkan perubahan identitas seksual baik secara fisik maupun psikososial, disamping penyakit kronik lainnya seperti Kanker Prostat dan Payudara, Hipertensi, Diabetes Melitus Krozy (2004) dalam Stewart (2010).

Penyakit Ginjal Kronik saat ini dikenal sebagai masalah kesehatan utama di Amerika Serikat dan United Kingdom (UK). Hasil studi yang dilakukan di Amerika Serikat mengatakan bahwa prevalensi Penyakit Ginjal Kronik pada negara tersebut mencapai 11% ( 19,2 juta ) dari sekitar 15.625 pasien gagal ginjal dewasa berusia 20 tahun keatas (Thomas, 2008). Adapun studi yang dilakukan oleh John di Inggris, menunjukkan bahwa kejadian Penyakit Ginjal Kronik sekitar 5.554 per satu juta penduduk pada populasi di *East Kent*, yang dikenal sebagai pusat pelayanan ginjal. John (2004) dalam Thomas (2008).

Di Indonesia, Penyakit Ginjal Kronik menempati urutan keenam dalam sepuluh penyakit utama penyebab kematian di rumah sakit di Indonesia pada tahun 2007 (Ditjen Yanmedik Depkes RI). Berdasarkan Data dari *Indonesian Renal Registry* dari Perhimpunan Nefrologi Indonesia (PERNEFRI), menyebutkan bahwa total insiden pasien baru di tahun 2009 adalah 7181 orang dan jumlah pasien yang dilakukan hemodialisa rutin sebanyak 319.846 orang. Pada dua rumah sakit di Jakarta seperti Rumah Sakit Islam Jakarta dan Rumah Sakit Haji Jakarta, angka kejadian Penyakit Ginjal Kronik ini menunjukkan pasien yang menjalani hemodialisa menunjukkan angka yang cukup tinggi selama bulan Januari dan Februari 2011. Secara lebih jelas, dapat dilihat pada tabel 1.1

Tabel 1.1 Jumlah Penderita PGK dan Hemodialisa Di RS Haji dan RS Islam Jakarta Periode Januari-Februari 2011.

Rumah sakit	Jumlah Pasien PGK	Jumlah Pasien Hemodialisa	Rasio pasien PGK yang menjalani Hemodialisa	Jenis Kelamin	
				Laki-Laki	Perempuan
RS Haji	401	366	91%	267	134
RSI	285	364	86%	196	168

Sumber : *Medical Record* Di RS Haji Jakarta dan RS Islam Jakarta.



Perubahan yang terjadi akibat Penyakit Ginjal Kronik yang dialami pasien dapat menyebabkan terjadinya disfungsi seksual. Hal ini terjadi karena adanya gangguan spermatogenesis. Pezeshki dan Ghazizadeh (2008) menjelaskan perubahan yang terjadi pada pasien Penyakit Ginjal Kronik gambaran hasil analisa semen menunjukkan penurunan volume semen saat ejakulasi, terjadi *oligozoospermia* bahkan *azoospermia*. Secara histologis, perubahan testis akan menunjukkan penurunan aktivitas spermatogenik serta spermatosit tidak mengalami pematangan secara sempurna. Perubahan ini terjadi akibat terjadinya uremia yang mempengaruhi *steroidogenesis* kelenjar gonad, sehingga konsentrasi testosteron bebas dalam darah menurun dan konsentrasi *luteinizing hormone* meningkat. Perubahan ini akan menyebabkan terjadinya infertilitas pada pasien.

Pada pasien wanita, terjadinya uremia ini juga menyebabkan prolaktin dalam serum meningkat sehingga terjadi hiperprolaktinemia, hal ini akan mempengaruhi kesuburan dan mempengaruhi hasrat seksual pasien. Penurunan hubungan seksual pada perempuan ini dipengaruhi oleh terjadinya dispareunia karena vagina menjadi lebih kering yang akhirnya menimbulkan masalah seksual (Arslan & Ege, 2009). Menurut Thomas (2008), menjelaskan bahwa penurunan fungsi seksual pada perempuan dapat menyebabkan infertilitas akibat dari terjadinya *amenorrhoea* dan menstruasi yang tidak normal. Hal ini juga dapat didukung dengan penurunan libido yang terjadi. Jika terjadi kehamilan, akan beresiko terjadinya abortus akibat uremia yang dialami pasien. Penatalaksanaan utama yang dilakukan akibat uremia yang terjadi dilakukan dengan transplantasi atau dialisa salah satunya adalah hemodialisa.

Hemodialisa merupakan suatu terapi yang bertujuan untuk mengeluarkan sisa metabolisme dan cairan yang berlebih didalam tubuh, jadi hanya menggantikan fungsi ginjal sebagian saja. Proses dialisa ini akan dilakukan seumur hidup pasien (Suwitra dalam Sudoyo, Setyohadi, Alwi, Simadibrata, Setiati, 2009). Perubahan yang akan ditimbulkan pada pasien yang menjalani

hemodialisa diantaranya perubahan fisik, psikososial dan perubahan financial (Arslan & Ege, 2009). Perubahan fisik yang timbul akibat Penyakit Ginjal Kronik diantaranya penyakit jantung, vaskuler, tulang, dan penyakit endokrin. Perubahan lain yang juga dialami pasien adalah gangguan tidur, perubahan nafsu makan dan berat badan, *xerostomia*, konstipasi dan penurunan keinginan seksual. Perubahan psikososial diantaranya terjadi stress fisiologis dan psikologis juga dapat berkontribusi menimbulkan penurunan fungsi seksual pasien yang mengalami Penyakit Ginjal Kronik (Pezeshki & Ghazizadeh, 2008).

Pada pasien perempuan yang menjalani hemodialisa, berdasarkan penelitian yang dilakukan di Turki oleh Arslan dan Ege (2009) ditemukan bahwa 7 dari 10 perempuan mengalami masalah dalam berhubungan seksual dan rata-rata jumlah pasien yang mengkonsultasikan masalah ini masih sangat rendah. Hasil wawancara partisipan yang dilakukan oleh Arslan dan Ege (2009) pada perempuan Turki seorang ibu rumah tangga, usia 30 tahun yang menjalani hemodialisa selama 2 tahun mengatakan :

*“ Saya mulai dilakukan terapi dialisa setelah saya menikah. Saya harus menunggu lama untuk mendapatkan keturunan (anak), dan saya belum pernah hamil. Sampai saat ini, saya ingin tetap memiliki anak. Selama “berhubungan” dengan suami, saya merasakan vagina saya kering, enggan untuk melakukan hubungan seks dan saya merasa mudah lelah. Saya tidak yakin, tetapi masalah saya mungkin disebabkan oleh perubahan psikososial saya juga. Saya selalu melakukan hubungan seks dengan suami saat dia membutuhkan saja, tapi saya tidak merasa menikmatinya. Salah satu alasan penting saya melakukan hubungan seks dengan suami, karena saya ingin memiliki anak. Saat ini saya tidak menggunakan kontrasepsi apapun”.*

Berdasarkan penelitian lain yang dilakukan oleh Toorians dalam Basok, Atsu, Rifaioğlu, Kantarci, Yildirim, dan Tokue (2009) mengatakan bahwa disfungsi seksual yang umum dialami oleh perempuan yang mengalami Penyakit Ginjal Kronik, angka kejadian rata-ratanya adalah 9% terjadi sebelum dialysis dilakukan, 60-70% perempuan dengan kronik dialysis dan lebih dari 50% perempuan yang menjalani dialisa mengatakan mengalami penurunan

libido serta berkurangnya kemampuan untuk orgasme dan frekuensi koitus. Perubahan seksual juga terjadi pada pasien dengan Penyakit Ginjal Kronik yang dilakukan peritoneal dialisa dan transplantasi ginjal, tetapi perubahan seksual lebih banyak terjadi pada pasien yang menjalani hemodialisa.

Perubahan seksual ini juga dialami oleh pasien laki-laki dimana sebuah studi yang dilakukan oleh Neto, Rodrigues, Fittipaldi, dan Moreira (2002) di Brazil dengan jumlah sampel 118 orang, ditemukan bahwa pasien yang mengalami ejakulasi dini ringan sebanyak 24,6%, ejakulasi sedang sebanyak 35,4% dan ejakulasi berat sebanyak 24,6%. Pada rentang usia, pasien berusia < 50 tahun mengalami ejakulasi sedang sampai berat sebanyak 52,6% dan pasien usia > 50 tahun sebanyak 70,5%. Penelitian di Mesir tentang disfungsi ereksi yang dilakukan oleh Ali, Hafez, Mahran, Mohamed, Shazly, Gadallah, dan Abbas (2005) yang bertujuan untuk membandingkan kejadian disfungsi ereksi pada 75 pasien hemodialisa dan 948 dari kelompok kontrol ditemukan bahwa sebanyak 62 orang (82,5%) mengalami disfungsi ereksi sedangkan pada kelompok kontrol disfungsi ereksi ditemukan sebanyak 284 orang (30%) juga mengalami disfungsi ereksi. Rasio yang cukup tinggi tersebut menunjukkan bahwa persoalan penurunan seksualitas pada pasien perlu mendapatkan perhatian yang dari perawat sebagai tenaga professional kesehatan yang paling banyak berinteraksi dengan pasien hemodialisa. Seperti pada petikan pernyataan salah satu perawat di salah satu rumah sakit, pada tanggal 25 Februari 2011 menyatakan:

*“Sebenarnya banyak bu Diana, pasien yang mengeluhkan seksualnya bermasalah, katanya sejak HD jadi lebih cepat lelah, males, kan mesti 2 kali seminggu ke Rumah Sakit, itu udah cukup capek kata pasiennya bu. kalau melayani, yaa sekedar meruntuhkan kewajiban saja bu. Kadang-kadang kita cuma ndengerin aja, abis bingung gimana jawabnya, atau saya suka bilang, sabar ya bu..mudah-mudahan ibu bisa ikhlas”*

Suatu studi yang dilakukan pada 100 pasien dialisa hanya 33 % pasien yang mendapatkan perhatian terhadap masalah seksualnya Milde dan Fearing (1994) dalam Aslan dan Ege (2009). Sedangkan Onluoglu dalam Arslan dan Ege (2009) turut menguatkan pernyataan ini bahwa, pasien yang mengalami

permasalahan seksual, didapatkan rata-rata pasien yang mengkonsultasikan permasalahan ini masih sangat rendah. Hal ini kemungkinan terjadi karena pasien merasa tabu untuk menceritakan permasalahan yang dihadapi atau pemberi pelayanan yang belum pernah mengkajinya. Sebuah studi investigasi menyebutkan bahwa perawat dan dokter merasa tidak nyaman untuk menggali masalah seksual pasien (Thomas, 2008).

Berdasarkan hasil penelitian sebelumnya dan petikan wawancara dengan salah satu perawat di ruang hemodialisa, fenomena ini menunjukkan pasien yang menjalani hemodialisa yang memiliki masalah dalam pemenuhan kebutuhan seksualnya, belum mendapatkan perhatian yang tepat. Hal ini disebabkan karena pasien tidak mengungkapkan permasalahan yang dialami serta perawat dan tenaga kesehatan lain belum menggali masalah tersebut dan memberikan perhatian secara optimal terhadap perubahan seksual pasien. Permasalahan seksual yang terjadi baru akan mendapatkan intervensi, apabila pasien mengungkapkan keluhan tersebut kepada dokter yang merawat.

Intervensi masalah psikososial yang belum banyak dilakukan perawat dapat disebabkan karena kurangnya pemahaman dalam mengenali perubahan seksual yang dialami pasien hemodialisa. Sebagai perawat medikal bedah yang bekerja di unit hemodialisa serta penyedia layanan yang berfokus pada pelayanan secara holistik seharusnya memiliki kemampuan untuk mengenali respon yang ditimbulkan pasien dalam pengkajian yang dilakukan serta memiliki tanggung jawab untuk memberikan perawatan kesehatan seksual yang efektif bagi pasien. Sampai saat ini, belum ada penelitian di Indonesia yang mengkaji tentang perubahan psikososial khususnya perubahan seksual pasien yang menjalani hemodialisa. Oleh karena itu melalui penelitian ini diharapkan dapat membantu perawat dalam mengidentifikasi masalah perubahan seksual yang terjadi pada pasien penyakit ginjal tahap akhir yang menjalani hemodialisa.

## 1.2 Rumusan Masalah

Penyakit ginjal kronik merupakan penyakit kronik yang menyebabkan perubahan fungsi ginjal secara progresif dan *irreversible* yang akan mempengaruhi homeostasis seorang individu, sehingga memerlukan hemodialisa sebagai salah satu terapinya. Akibat yang ditimbulkan karena penurunan fungsi ginjal dan hemodialisa yang dilakukan pasien, akan mempengaruhi seksualitas pasien. Salah satu penyakit kronik yang dapat menyebabkan perubahan seksual adalah Penyakit Ginjal Kronik.

Seksualitas merupakan bagian yang mendasar dan penting dalam kehidupan manusia, yang apabila terjadi perubahan akan mempengaruhi perkembangan identitas individu, kesehatan dan sebagai penyebab terjadinya disfungsi seksual. Sebuah *survey* yang dilakukan di Amerika Serikat tentang terjadinya disfungsi seksual dengan jumlah responden perempuan sebanyak 1749 dan 1410 pada responden laki-laki. Dilaporkan responden yang mengalami masalah seksual sebanyak 43% pada wanita dan 31% terjadi pada laki-laki, dengan permasalahan seksual yang terjadi pada wanita diantaranya 22% mengalami penurunan keinginan berhubungan seksual, 14% mengatakan sulit untuk memulai keinginan hubungan seksual dan 7% mengalami nyeri saat berhubungan seksual. Pada responden laki-laki ditemukan 21% mengalami ejakulasi dini, sebanyak 5% mengalami disfungsi ereksi dan 5% mengalami penurunan keinginan seksual (McKay, 1998). Perubahan seksual yang terjadi, salah satu penyebabnya adalah terjadinya uremia yang dialami pasien penyakit ginjal kronik yang akhirnya akan menyebabkan terjadinya infertilitas.

Adanya penyakit kronik yang dialami pasien serta intervensi hemodialisa yang dilakukan seumur hidup, merupakan *stressor* yang akan mempengaruhi seluruh aspek kehidupan pasien termasuk kebutuhan seksualitas. Di Indonesia masih sedikit eksplorasi terkait perubahan seksual pasien, khususnya pasien penyakit ginjal kronik tahap akhir yang menjalani hemodialisa. Adanya perasaan tabu dan tidak nyaman saat pengkajian

perubahan seksual membuat perawat dan tenaga kesehatan lain enggan untuk menggali lebih dalam. Adanya perbedaan persepsi, keyakinan dan nilai yang dianut pasien juga turut mempengaruhi proses pengkajian masalah seksual ini. Masalah seksual dalam keperawatan masih belum mendapat perhatian memadai dari para pemberi pelayanan serta belum banyaknya kajian tentang ini. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk mencari jawaban atas pertanyaan sebagai berikut: “Bagaimanakah pengalaman disfungsi seksual pasien penyakit ginjal kronik tahap akhir yang menjalani hemodialisa di RS Islam Jakarta “

### **1.3 Tujuan Penelitian**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Teridentifikasinya gambaran pengalaman disfungsi seksual yang dialami pasien penyakit ginjal kronik tahap akhir yang menjalani hemodialisa.

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

- a. Teridentifikasinya gambaran kehidupan seksual pasien penyakit ginjal kronik tahap akhir yang menjalani hemodialisa.
- b. Didapatkannya gambaran persepsi tentang berbagai permasalahan seksual yang dialami pasien penyakit ginjal kronik tahap akhir yang menjalani hemodialisa.
- c. Didapatkannya gambaran persepsi tentang penyebab timbulnya perubahan seksual pasien penyakit ginjal kronik tahap akhir yang menjalani hemodialisa.
- d. Teridentifikasinya faktor yang dipersepsikan mempengaruhi perubahan seksual pasien penyakit ginjal kronik tahap akhir yang menjalani hemodialisa.
- e. Teridentifikasinya dukungan yang diperlukan pasien penyakit ginjal kronik tahap akhir yang menjalani hemodialisa yang mengalami disfungsi seksual.
- f. Teridentifikasinya kebutuhan pelayanan kesehatan yang diinginkan pasien penyakit ginjal kronik tahap akhir yang menjalani hemodialisa yang mengalami disfungsi seksual

## 1.4 Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian meliputi :

### 1.4.1 Bagi institusi pelayanan

Dengan hasil penelitian ini diharapkan, institusi pelayanan kesehatan mampu menjawab kebutuhan pasien terhadap pelayanan kesehatan terkait masalah seksualitas. Mendorong kemampuan perawat untuk menggunakan dan meningkatkan keterampilan dalam mengkaji permasalahan seksual pada pasien hemodialisa, mengenali permasalahan yang muncul serta mengintegrasikan masalah seksual sebagai bagian dari intervensi keperawatan secara mandiri maupun kolaborasi, berfokus dalam pencegahan, terapeutik dan memberikan pendidikan kesehatan terkait perubahan seksual sehingga tercapai keseimbangan kesehatan seksual pasien.

### 1.4.2 Bagi institusi pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah data dan kepustakaan dalam mengembangkan perencanaan kurikulum berdasarkan kebutuhan dasar manusia. Peserta didik mampu memberikan pendidikan kesehatan pasien dengan masalah seksualitas serta meningkatkan *awareness* perawat terhadap masalah seksualitas akibat hemodialisa.

### 1.4.3 Bagi pengembangan ilmu keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi *evidence* pengembangan ilmu keperawatan. Selanjutnya dapat dilakukan penelitian terhadap penerapan konsep model keperawatan yang paling tepat bagi pasien dengan gangguan kebutuhan seksual.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Bab ini menggambarkan konsep-konsep yang terkait dengan Penyakit Ginjal Kronik, konsep hemodialisa, konsep seksualitas, perubahan seksual dan kepuasan seksual pasien yang menjalani hemodialisa.

#### **2.1 Penyakit Ginjal Kronik**

##### **2.1.1 Definisi Penyakit Ginjal Kronik**

Penyakit Ginjal Kronik adalah kerusakan ginjal yang progresif dan *irreversibel* dimana fungsi ginjal sudah tidak dapat diperbaiki. Ketika fungsi ini sudah sangat minimal, pasien akan jatuh pada kondisi gagal ginjal stadium akhir atau *end stage renal disease* (ESRD) yang ditandai dengan adanya azotemia, uremia dan *uremic syndrome* (Ignatavicius & Workman, 2006).

Kondisi kronik atau *irreversibel* dimana jaringan ginjal mengalami penurunan fungsi secara progresif sehingga tidak mampu menjaga keseimbangan dalam tubuh (Black & Hawk, 2009).

##### **2.1.2 Etiologi Penyakit Ginjal Kronik**

Etiologi Penyakit Ginjal Kronik sangat bervariasi antara negara yang satu dengan negara lain. Di Amerika Serikat, Diabetes Mellitus menjadi penyebab paling banyak terjadinya Penyakit Ginjal Kronik yaitu sekitar 44%, kemudian diikuti oleh Hipertensi sebanyak 27% dan Glomerulonefritis sebanyak 10%. Penyebab lain dengan frekuensi yang lebih kecil yaitu, Nefritis Lupus, Nefropati urat, intoksikasi obat, Penyakit Ginjal Bawaan, Tumor Ginjal dan lain-lain ( Suwitra dalam Sudoyo et al., 2009 ). Di Indonesia, penyebab Penyakit Ginjal Kronik berdasarkan data *Indonesian Renal registry* dari perhimpunan nefrologi indonesia (PERNEFRI), menyatakan penyebab Penyakit Ginjal Kronik pada pasien yang baru dilakukan hemodialisa di tahun 2009 adalah akibat Penyakit Ginjal Hipertensi sebanyak 29%, selanjutnya 23% pada Nefropati Diabetika, 17% pada penyakit Glomerulopati Primer, Pielonefritis kronik sebanyak 9%, Ginjal



Polikistik sebanyak 2%, Nefropati asam urat dan Nefropati obstruksi masing-masing 1% dan 12%, Ginjal Polikistik sebanyak 2%, serta 5% diperoleh dari faktor lain.

### 2.1.3 Tahapan Penyakit Ginjal Kronik

Berdasarkan *National Kidney Foundation-Kidney Disease Outcomes Quality Initiative* (NKF-K/DOQI) mengklasifikasikan stadium Penyakit Ginjal Kronik menjadi lima stadium, secara lebih lengkap, dapat dilihat pada tabel 2.1 dibawah ini:

Tabel 2.1 Tahapan Penyakit Ginjal Kronik

Stadium	Nilai GFR (ml/mn/1.73m <sup>2</sup> )
1	normal + <i>persistent proteinuria</i> Fungsi ginjal masih normal, tapi telah terjadi abnormalitas pada komposisi urin
2	60-89 + <i>persistent proteinuria</i> Fungsi ginjal sudah ada penurunan yang ringan dan abnormalitas komposisi urin
3	30-59 Sudah terjadi perubahan pada komponen darah
4	15-29 Sudah terjadi penurunan fungsi ginjal yang berat, persiapan untuk dilakukan terapi pengganti ginjal
5 (ESRD)	<15 membutuhkan terapi pengganti ginjal (dialisa /transplantasi)

Sumber: Thomas (2008)

### 2.1.4 Patofisiologi

Ginjal merupakan salah satu organ ekskretori yang berfungsi untuk mengeluarkan sisa metabolisme didalam tubuh diantaranya ureum, kreatinin dan asam urat ehingga tercapai suatu keseimbangan dalam tubuh. Patofisiologi Penyakit Ginjal Kronik diawali dengan kerusakan dan penurunan fungsi nefron secara progresif akibat adanya pengurangan masa ginjal. Pengurangan masa ginjal menimbulkan mekanisme kompensasi yang mengakibatkan terjadinya hipertropi struktural dan fungsional nefron yang masih tersisa. Perubahan ini menyebabkan hiperfiltrasi yang diikuti oleh peningkatan tekanan kapiler dan aliran darah glomerulus. Selanjutnya penurunan fungsi ini akan disertai dengan penurunan laju filtrasi glomerulus (GFR) dan peningkatan sisa metabolisme dalam tubuh.

Menurut Suwitra dalam Sudoyo et al. (2009) menyatakan bahwa pada stadium paling dini Penyakit Ginjal Kronik, penurunan fungsi yang progresif akan

ditandai dengan peningkatan kadar ureum dan kreatinin serum. Pasien dengan GFR 60%, belum merasakan keluhan, tetapi sudah ada peningkatan kadar ureum dan kreatinin. Sampai pada GFR 30%, keluhan seperti nokturia, badan lemas, mual, nafsu makan kurang dan penurunan berat badan mulai terjadi. Ignatavicius dan Workman (2006) menyebutkan perubahan lain yang ditimbulkan akibat penurunan GFR adalah: a) gangguan keseimbangan air, elektrolit dan asam basa, b) penumpukan sisa metabolisme, c) gangguan produksi dan metabolisme hormon seperti eritropoetin serta aktivasi vitamin D. Disfungsi glomerulus akan menyebabkan retensi air dan sisa metabolisme (ureum, kreatinin, asam urat) dalam tubuh, sehingga kadarnya meningkat didalam darah. Adanya retensi air akan menyebabkan hipertensi, edema dan kesulitan bernafas.

Kondisi ini juga disertai dengan perubahan permeabilitas glomerulus yang mengakibatkan protein keluar ke dalam urin. Ketika fungsi GFR sudah kurang dari 10-20 ml/mnt, efek toksin uremia dan gangguan homeostasis tubuh semakin jelas. Uremia akan menyebabkan gangguan keseimbangan hipotalamus dan kelenjar pituitary pada laki-laki, menyebabkan terjadinya supresi pada kelenjar gonad. Perubahan ini menyebabkan konsentrasi testosteron dalam darah menurun serta terjadi peningkatan konsentrasi *luteinizing hormone* (LH) dan *Follicle stimulating hormone* (FSH). Ayub dan Fletcher (2000) menjelaskan bahwa perubahan ini menyebabkan produksi sel sertoli terganggu yang akan menimbulkan kerusakan pada tubulus seminiferus, perubahan ini juga disertai dengan terjadinya hiperprolaktinemia yang akan menyebabkan impotensi, *hipogonadism*, dan penurunan keinginan seksual. Gejala yang nyata mulai dirasakan saat GFR sudah dibawah 30%, pasien akan memperlihatkan gejala uremia yang nyata seperti anemia, terjadinya anemia dapat menyebabkan gangguan pada kelenjar pituitary yang memproduksi gonad, sehingga produksi FSH meningkat yang mempengaruhi produksi testostosterone, peningkatan tekanan darah, gangguan metabolisme fosfor dan kalsium, gatal, mual, muntah, dan perubahan elektrolit. Perubahan kondisi seperti ini jika tidak segera diatasi dengan terapi pengganti ginjal seperti dialisa atau transplantasi akan menyebabkan kematian pada pasien (Terrill, 2002).

### 2.1.5 Manifestasi Klinis

Perubahan yang terjadi pada fungsi ginjal, dapat menimbulkan perubahan sistem tubuh yang lain. Manifestasi klinis tersebut diantaranya, dapat dilihat pada tabel 2.2:

Tabel 2.2 Manifestasi klinis Penyakit Ginjal Kronik

Sistem	Manifestasi Klinis
Integumen	Terjadi hiperpigmentasi, ekimosis, pruritus, lesi pada kulit
Kardiovaskuler	Terjadi hipertensi, aterosklerosis, iskemia pada otot jantung, hipertrofi ventrikel kiri, gagal jantung, gangguan irama jantung dan perikarditis uremia.
Persyarafan	Stroke, ensefalopaty, kejang dan neuropaty otonom dan perifer
Pencernaan	Tidak nafsu makan, mual dan muntah, fetor uremik, perdarahan saluran cerna
Hematologi	Anemia, disfungsi platelet, disfungsi sistem imun dan leukosit
Muskuloskeletal	Osteodistrofi renal, gangguan pertumbuhan pada anak, kelemahan otot
Endokrin	Disfungsi seksual, Infertilitas pada perempuan, hiperlipidemia, intoleransi glukosa

Sumber: Thomas (2008).

Berbagai sistem tubuh diantaranya sistem integumen, kardiovaskuler, syaraf, gastrointestinal, hematologi, muskuloskeletal dan endokrin akan mengalami perubahan akibat Penyakit Ginjal Kronik yang terjadi (Obrador dalam Lerma, Berns, Nissenson, 2009).

### 2.1.6 Penatalaksanaan Medis

Menurut Suwitra dalam Sudoyo et al. (2009) penatalaksanaan pasien Penyakit Ginjal Kronik meliputi: a) terapi spesifik penyakit yang mendasarinya, artinya jika penyebab Penyakit Ginjal pasien adalah Hipertensi dan Diabetes Melitus, maka pengobatan terhadap Hipertensi dan Diabetes Melitus tersebut tidak boleh diabaikan. Kontrol gula darah dan tekanan darah tetap harus dilakukan, b) memperlambat perburukan fungsi ginjal, penurunan fungsi ini dapat diperlambat dengan melakukan terapi konservatif seperti pengaturan diet dan cairan yang tepat dan pemberian terapi pada semua stadium Penyakit Ginjal Kronik, c) pencegahan dan terapi terhadap penyakit kardiovaskuler, d) pencegahan dan terapi terhadap komplikasi, e) terapi pengganti ginjal (seperti peritoneal dialisa/hemodialisa dan transplantasi).

Thomas (2008) menjelaskan beberapa pencegahan yang dilakukan untuk mempertahankan fungsi ginjal diantaranya adalah pentingnya kontrol hipertensi

yang sudah terjadi pada pasien, pengaturan diit rendah protein dan *intake* kalori yang cukup, kontrol bikarbonat sampai normal, kontrol penyakit kardiovaskuler yang ada, manajemen penyakit tulang, kontrol anemia, asam basa, elektrolit, gangguan sistem saraf, cerna dan integumen, fungsi seksual dan edukasi pasien sebelum hemodialisa dilakukan.

Beberapa pencegahan yang dapat dilakukan untuk mencegah perburukan fungsi ginjal menurut Thomas (2008) diantaranya:

a. Kontrol hipertensi

Hipertensi yang terjadi pada pasien Penyakit Ginjal Kronik, dapat menyebabkan perubahan pada *cardiac output* karena terjadinya retensi sodium, *overload* cairan serta terjadinya komplikasi lanjut anemia. Manajemen yang dilakukan adalah memberikan medikasi untuk mengontrol tekanan darah 140/90 mmHg menjadi 130/80 mmHg dan 125/75 mmHg jika ditemukan adanya proteinuria, memberikan terapi ACE inhibitor atau *angiotensin receptor blocker* jika ditemukan adanya mikroalbuminuria, proteinuria dan gagal jantung.

b. Manajemen nutrisi

Pembatasan nutrisi dilakukan khususnya dengan membatasi asupan protein. Pembatasan asupan protein dimulai pada saat laju filtrasi glomerulus  $\leq 60$  ml/mnt, diatas nilai tersebut, pembatasan asupan protein tidak selalu dianjurkan. Pembatasan protein perlu menjadi perhatian pasien, karena asupan protein yang terlalu banyak akan meningkatkan uremia yang terjadi. Seperti yang diungkapkan Suwitra dalam Sudoyo et al. (2009) menyatakan diit protein diberikan 0,6-0,8/kg.bb/hari dengan 0,35-0,50 gram diantaranya merupakan protein dengan nilai biologi tinggi. Jumlah kalori yang diberikan sebesar 30-35 kkal/kgBB/hari.

c. Kontrol penyakit kardiovaskuler

Pada pasien dengan Penyakit Ginjal Kronik, sering ditemukan adanya Gagal Jantung Kiri akibat terjadinya anemia kronik, Hipertensi, Hiperkolesterol dan kelebihan cairan. Komplikasi ini dapat dicegah dengan pembatasan asupan air

dan garam, diet rendah lemak dan pemberian medikasi untuk memperbaiki kontraktilitas otot jantung (Thomas, 2008).

d. Manajemen penyakit tulang

Kerusakan pada tulang, defisiensi kalsium dan nyeri tulang yang ditimbulkan, terjadi akibat penurunan fungsi ginjal yang mempengaruhi metabolisme vitamin D. Perawatan dilakukan bertujuan untuk mengontrol kalsium dan fosfat dalam batas normal dan mencegah terjadinya hiperparatiroid. Kelainan yang dialami biasanya osteoporosis, osteodistrofi tulang, kekakuan sendi serta permasalahan gangguan sistem muskuloskeletal lain. Seperti yang diungkapkan oleh Suwitra dalam Sudoyo et al. (2009) pemberian kalsitriol dapat digunakan untuk mengatasi osteodistrofi renal, tetapi pemakaiannya tidak begitu luas karena dapat meningkatkan absorpsi fosfat dan kalsium disaluran cerna, sehingga dikhawatirkan mengakibatkan penumpukkan garam kalsium karbonat di jaringan.

e. Kontrol anemia

Anemia yang terjadi pada Penyakit Ginjal Kronik biasanya normositik normokrom. Hal ini terjadi karena terganggunya produksi eritropoetin akibat fungsi ginjal yang menurun. Toksin ureum juga turut merangsang proses eritropoiesis dan hemolisis. Beberapa perubahan seperti perubahan eritrosit akan menyebabkan anemia, perubahan leukosit akan menyebabkan penurunan sistem imun dan perubahan platelet menyebabkan perdarahan. Secara umum, target nilai hemoglobin pasien penyakit ginjal kronik adalah  $>11$  g/dL. Manajemen anemia yang dapat dilakukan diantaranya dengan memberikan *new erythropoiesis stimulating agents* (ESAs), tranfusi darah dapat pula dilakukan untuk mengatasi masalah ini, tetapi yang harus diperhatikan adalah pemberian tranfusi secara tidak cermat, dapat menyebabkan kelebihan cairan tubuh, hiperkalemia dan perburukan fungsi ginjal (Suwitra dalam Sudoyo et al., 2009).

f. Manajemen penyakit gastrointestinal

Mual, muntah, penurunan nafsu makan, *hiccups* merupakan masalah gangguan pencernaan yang umum terjadi pada pasien Penyakit Ginjal Kronik, hal ini

dapat dicegah dengan membatasi asupan protein dan mencegah uremia, serta memberikan suplemen oral.

g. Manajemen cairan dan elektrolit

Tujuan pembatasan dilakukan adalah untuk mencegah terjadinya edema dan komplikasi kardiovaskuler. Konsumsi air yang dianjurkan adalah sesuai dengan jumlah urin dan *insensible water loss* (IWL), jika diasumsikan IWL seseorang 500-800 ml/hari, maka jumlah air yang dikonsumsi pasien sesuai dengan jumlah IWL 500-800 ml ditambah dengan jumlah urin yang keluar (Suwitra dalam Sudoyo et al., 2009). Elektrolit yang harus dipantau asupannya adalah natrium dan kalium, peningkatan kalium akan memicu terjadinya aritmia dan peningkatan natrium akan menyebabkan timbulnya edema. Pembatasan kadar kalium yang dianjurkan 3,5-5,5 mEq/lt.

h. Terapi pengganti ginjal

Terapi pengganti ginjal dilakukan pada Penyakit Ginjal Kronik tahap akhir/stadium 5. Terapi pengganti ini dapat berupa dialisa (Hemodialisa atau peritoneal dialisa) dan transplantasi ginjal.

Tabel 2.3 Rencana tatalaksana Penyakit Ginjal Kronik sesuai dengan stadiumnya

Derajat	LFG (ml/mnt/1,73m <sup>2</sup> )	Rencana Tatalaksana
1	≥ 90	Terapi penyakit dasar, kondisi komorbid, evaluasi perburukan fungsi ginjal, memperkecil resiko kardiovaskuler
2	60 - 89	Menghambat perburukan fungsi ginjal
3	30 - 59	Evaluasi dan terapi komplikasi
4	15 - 29	Persiapan untuk terapi pengganti ginjal
5	< 15 ( ESRD )	Terapi pengganti ginjal ( dialisa atau transplantasi )

Sumber : Suwitra dalam Sudoyo et al. (2009).

## 2.2 Hemodialisa

### 2.2.1 Proses Hemodialisa

Proses dialisa menyebabkan pengeluaran cairan dan sisa metabolisme dalam tubuh serta menjaga keseimbangan elektrolit dan produk kimiawi dalam tubuh (Ignatavicius & Workman, 2006). Sedangkan menurut Rahardjo dalam Sudoyo et al. (2009) menyatakan hemodialisa dilakukan dengan mengalirkan darah pasien ke dalam tabung dialiser yang memiliki dua kompartemen semipermeabel. Kompartemen ini akan dialirkan oleh cairan dialisis yang bebas pirogen, berisi larutan dengan komposisi elektrolit mirip serum normal dan tidak mengandung

sisanya metabolisme nitrogen. Pada proses dialisis, terjadi perpindahan cairan dari kompartemen darah ke kompartemen cairan dialisis dengan cara menaikkan tekanan hidrostatik negatif pada kompartemen cairan dialisis.

### 2.2.2 Prinsip Hemodialisa

Prinsip Hemodialisa terdiri atas difusi, konveksi dan ultrafiltrasi. Difusi merupakan proses perpindahan molekul dari konsentrasi tekanan tinggi ke konsentrasi tekanan rendah. Molekul dengan berat molekul lebih besar akan berdifusi lebih lambat dibanding molekul dengan berat molekul rendah. Kecepatan perpindahan zat terlarut tersebut, makin tinggi bila: a) perbedaan konsentrasi di kedua kompartemen makin besar, b) diberi tekanan hidrolik pada kompartemen darah dan c) tekanan osmotik di kompartemen cairan dialisis lebih tinggi (Rahardjo dalam Sudoyo et al., 2009).

Konveksi merupakan proses perpindahan zat terlarut dalam cairan. Cairan akan bergerak keluar melewati membran semipermeabel buatan (dialiser) selama proses dialisis terjadi. Tekanan hidrostatik terjadi pada proses ultrafiltrasi, dimana cairan akan bergerak melewati membran semipermeabel. Pada proses dialisis ini pasien akan terpajan dengan cairan dialisis sebanyak 120-150 liter/dialisis. Kandungan zat terlarut didalam cairan dialisis juga perlu diperhatikan sesuai dengan batas yang dapat ditoleransi, karena zat-zat dengan berat molekul ringan akan dengan mudah berdifusi kedalam darah pasien selama proses dialisis (Rahardjo dalam Sudoyo et al., 2009). Terdapat 2 jenis cairan dialisis yang sering digunakan yaitu cairan asetat dan bikarbonat. Asetat yang digunakan dapat mengakibatkan timbulnya suasana asam didalam darah yang akan menimbulkan vasodilatasi sehingga mempengaruhi vasokonstriksi pembuluh darah untuk memperbaiki hemodinamik. Proses pengeluaran darah dari tubuh ke dalam dialiser memerlukan heparin, karena proses tersebut dapat menimbulkan aktivasi koagulasi darah dan menimbulkan terbentuknya bekuan darah.

### 2.2.3 Komplikasi Hemodialisa

Hipotensi, kram otot, mual dan muntah, sakit kepala, sakit dada, sakit punggung, gatal, demam dan menggigil merupakan komplikasi akut yang muncul pada pasien hemodialisa (Rahardjo dalam Sudoyo et al., 2009).

Beberapa komplikasi lain yang terjadi akibat hemodialisa menurut Challinor dalam Thomas (2008) terdiri dari: a) hipotensi, komplikasi ini terjadi sebanyak 15-25% pada pasien yang menjalani dialisa, b) mual dan muntah, terjadi sekitar 10% dari proses dialisis yang dilakukan, c) kram dapat timbul selama proses dialisis dilakukan, hal ini dapat disebabkan karena adanya hipotensi, sodium dalam cairan dialisat yang rendah atau ultrafiltrasi yang terlalu tinggi, d) gangguan keseimbangan elektrolit, e) hemolisis dapat terjadi karena dialisat terlalu panas. Pompa yang terdapat pada dialiser tekanan vena yang terlalu tinggi dapat menyebabkan kerusakan sel darah dan menyebabkan nyeri dada, *dyspnoe*, dan kolaps pasien, f) emboli udara dapat terjadi karena udara memasuki aliran sirkulasi via dialiser saat pertama kali proses dialiser dilakukan, g) Adanya *desquilibrium* dapat terjadi karena terjadinya penurunan volume cairan secara cepat serta nilai BUN yang terlalu tinggi. Perubahan urea juga dapat menyebabkan edema serebral, peningkatan tekanan intra kranial serta komplikasi sistem saraf seperti nyeri kepala, mual muntah, lemas, penurunan kesadaran sampai koma, h) Adanya bekuan darah akibat proses heparinisasi yang tidak adekuat serta prosedur pencucian alat dialiser (*priming*) yang salah.

Penatalaksanaan hemodialisa yang dilakukan seumur hidup pasien akan mempengaruhi berbagai aspek kehidupan individu termasuk aspek psikososial. Seperti yang diungkapkan oleh Kallenbach (2005) bahwa dialisis dapat mengakibatkan perubahan psikososial pasien, diantaranya penurunan kualitas hidup, akibat adanya depresi yang terjadi dan kemungkinan resiko bunuh diri juga meningkat.



## 2.3 Asuhan keperawatan pada pasien dengan Penyakit Ginjal Kronik dan Hemodialisa

### 2.3.1 Pengkajian

Pengkajian diawali dengan adanya riwayat keluarga dengan penyakit ginjal yang mungkin menjadi indikasi penyakit ginjal herediter, riwayat Hipertensi, Diabetes Mellitus, riwayat adanya infeksi dan Batu Ginjal. faktor usia, jenis kelamin serta adanya perubahan pada berat badan.

Tanyakan adanya peningkatan berat badan yang mungkin menjadi indikasi adanya retensi cairan akibat penurunan fungsi ginjal. Kaji adanya perubahan dalam berkemih seperti oliguri (produksi urin kurang dari 100/24 jam), urin yang tertahan (*retensio urine*) dan tidak adanya urin (anuria). Kaji kemampuan pasien dalam mengontrol saat berkemih.

#### 2.3.1.1 Pemeriksaan Fisik

Pada pemeriksaan fisik pasien dengan Penyakit Ginjal Kronik, akan ditemukan beberapa kelainan sesuai dengan sistem tubuh yang terganggu. Doenges, Moorhouse, Geissler (2000) menjelaskan beberapa kelainan sesuai dengan sistem tubuh diantaranya :

- a. Sistem Saraf: Kaji adanya kelemahan, disorientasi, *tremor*, perubahan pada perilaku, gangguan konsentrasi sampai dengan penurunan kesadaran yang terjadi akibat *encephalopathy uremic*.
- b. Sistem Kardiovaskuler: Kaji adanya *syndrome uremic* serta retensi cairan dan natrium menyebabkan hipertensi, gagal jantung, periorbital edema, *nocturnal dyspnea* dan uremik perikarditis. Perubahan irama jantung (aritmia) akibat retensi kalium. Pembesaran vena jugularis mungkin dapat ditemukan bila terjadi gagal jantung.
- c. Sistem Hematologi: Kaji adanya anemia, trombositopenia dan perdaraha, selanjutnya kaji adanya kelemahan, *lethargy*, kelelahan dan *dizziness*. Observasi adanya *petechiae*, *purpura*, perdarahan pada membran mukosa, dan hidung, serta pada vagina dan intestinal (melena).

- d. Sistem Respirasi: Kaji keluhan bau nafas seperti urin (*uremic fetor* atau *uremic halitosis*), *tachypnea*, *hypernea*. Apabila terjadi asidosis metabolik akan terjadi hiperventilasi (*kussmaul respiration*). Sindrom uremik juga dapat menimbulkan *pneumonitis*, batuk disertai sputum, *fever*, *friction rub* dan *crackles* pada auskultasi suara paru. Perubahan ini disebabkan adanya edema paru.
- e. Sistem Gastrointestinal: Kaji adanya ulserasi dan inflamasi pada daerah mukosa mulut seperti stomatitis. Adanya nyeri abdomen, mual dan muntah.
- f. Sistem Perkemihan: Kaji adanya penurunan jumlah urin, perubahan komposisi urin seperti proteinuria atau hematuria.
- g. Sistem Integumen: Kaji adanya uremia, kulit pucat, kulit menjadi kering serta terjadi penurunan turgor kulit yang akan menimbulkan rasa gatal (*pruritus*). Pada tahap lanjut, uremia akan menyebabkan endapan pigmen urokrom dibawah kulit, sehingga Anemia yang terjadi menyebabkan kulit menjadi pucat.
- h. Sistem Muskuloskeletal: Kaji adanya kram otot, penurunan kekuatan otot, *osteodistrophy*, nyeri tulang fraktur dan *foot drop*.
- i. Seksualitas: Kaji adanya penurunan libido, terjadinya *infertile* serta *amenorhea*. Kaji persepsi motivasi seksual individu tersebut, frekuensi hubungan seksual, pengobatan yang sedang dilakukan (Heiman & Meston dalam Rowland & Incrucci, 2008).

Tabel 2.4 Pengkajian masalah seksual

KRITERIA	PERTANYAAN
Tingkat stress	<p>Apa gejala yang pasien rasakan?</p> <p>Apa saja yang telah pasien lakukan sebelumnya?</p>
Permulaan masalah	<p>Apakah pemasalahan terjadi sejak awal atau saat ini saja?</p> <p>Jika baru didapatkan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apa yang pasien yakini sebagai penyebab?</li> <li>- Bagaimana perkembangan masalah tersebut sejak awal?</li> </ul>
Konteks masalah	<p>Apakah masalahnya bersifat situasional atau umum?</p> <p>Bagaimana saat dengan pasangannya?</p> <p>Bagaimana saat pasien sendirian?</p> <p>Apakah masalah ini pasien hadapi saat kondisi spesifik atau sepanjang waktu?</p>
Frekuensi	<p>Dari 10 kali hubungan seksual, seberapa sering pasien mengalami masalah ini?</p> <p>Apakah ada perubahan seiring waktu?</p>
Masalah seksual lainnya	<p>Apakah ada masalah seksual lainnya?</p> <p>Apakah pasangannya mengalami disfungsi seksual?</p>
Faktor non-seksual	<p>Faktor kognitif dan emosional apa yang terlibat?</p> <p>Apa respon perempuan maupun pasangannya terhadap masalah ini?</p>

	Apa pendapat pasangan mengenai faktor penyebab masalah ini?
Penanganan sebelumnya	Apakah ada upaya penanganan masalah yang telah dilakukan? Jika ada, apa hasilnya?
Pertanyaan seputar rangsangan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mental excitement saat ia sendiri (misal membaca kisah erotis) versus saat ia merangsang pasangan versus saat ia dirangsang oleh pasangan</li> <li>- Apakah ia merasakan sensasi genital</li> <li>- Apakah pelumasan genitalnya benar2 tidak muncul, kurang, atau menghilang?</li> </ul>
Pertanyaan seputar orgasme	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apakah tidak ada orgasme, tertunda, atau berkurang intensitasnya?</li> <li>- Seberapa sering ia melakukan masturbasi?</li> <li>- Seberapa sering mengalami fantasi seksual?</li> </ul>

Sumber: Rowland & Incrocci (2008)

### 2.3.1.2 Pengkajian Psikososial

Penatalaksanaan Penyakit Ginjal Kronik akan mempengaruhi hidup pasien, sehingga perlu adanya support dari perawat dan keluarga pada saat pertama kali pasien dianjurkan untuk melakukan terapi dialisa atau transplantasi (Thomas, 2008).

Kaji tingkat pemahaman pasien terhadap program pengobatan yang akan dilakukan seperti diit, obat-obatan dan dialisa itu sendiri. Kaji adanya kecemasan pasien dan mekanisme coping yang digunakan oleh pasien dan keluarga serta adanya perubahan psikososial terhadap keluarga, lingkungan, *body image*, aktifitas sex dan hubungan sosial pasien (Doenges, Moorhouse, Geissler, 2000). Stewart (2010) mengatakan program hemodialisa yang dilakukan pasien membutuhkan waktu khusus dan mempengaruhi gaya hidup pasien (hemodialisa yang dilakukan seminggu 2 kali, menyebabkan pasien harus menyediakan waktu tertentu) dan perubahan peran dalam lingkungan sosial dan keluarga juga akan terjadi.

### 2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Beberapa diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus Penyakit Ginjal Kronik dan perubahan seksualitas yang dialami menurut Doenges, Moorhouse, Geissler (2000) adalah:

- a. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan retensi air dan natrium, penurunan *urine output*, penurunan laju filtrasi glomerulus.

- b. Resiko infeksi berhubungan dengan tidak adekuatnya sistem pertahanan tubuh, penyakit kronik, malnutrisi.
- c. Intoleran aktivitas berhubungan dengan kelemahan, retensi sisa metabolisme ( ureum, kreatinin ), prosedur dialisa.
- d. Cemas berhubungan dengan perubahan status kesehatan, ekonomi, hubungan sosial dan intim, *body image*, prosedur pengobatan.

Sedangkan beberapa diagnosa keperawatan terkait seksualitas menurut Herdman (2010) antara lain:

- a. Resiko perubahan harga diri berhubungan dengan merasa tidak berharga; kehilangan kendali fungsi akibat penyakit kronik.
- b. Ketidakberdayaan berhubungan dengan perubahan interaksi interpersonal; perubahan gaya hidup.
- c. Disfungsi seksual berhubungan dengan perubahan sistem tubuh karena penyakit kronis (Penyakit Ginjal Kronik); perubahan psikologis; kurangnya informasi dan perubahan fungsi peran
- d. Harga diri rendah kronik berhubungan dengan ketidakefektifan proses adaptasi; merasa kurang dihargai oleh orang lain.
- e. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan aktual pada fungsi tubuh akibat penyakit kronik.
- f. Tidak efektifnya pola seksualitas berhubungan dengan kesulitan berhubungan dengan orang terdekat; ketidakefektifan fungsi peran.
- g. Tidak efektifnya fungsi peran berhubungan dengan perubahan gambaran diri; depresi; harga diri rendah; penyakit fisik; konflik dengan lingkungan; ketidakadekuatan sistem pendukung; kurangnya penghargaan.
- h. Cemas berhubungan dengan perubahan dalam fungsi peran, krisis situasional, stres terhadap kondisi sakit, ancaman pada status dan fungsi peran serta konsep diri.

### 2.3.3 Intervensi Keperawatan

Berikut ini adalah salah satu contoh intervensi keperawatan untuk mengatasi masalah disfungsi seksual pasien.

Tabel 2.5 Intervensi Keperawatan Untuk Masalah Disfungsi Seksual Pasien

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Disfungsi seksual berhubungan dengan perubahan fungsi tubuh karena penyakit kronik (PGK): perubahan biopsikososial seksualitas, defisiensi pengetahuan atau pengaruh perubahan fungsi peran	<p>Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan kebutuhan seksual pasien optimal</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak ada keluhan dalam berhubungan seksual</li> <li>2. Tidak ada perubahan peran</li> <li>3. Harga diri pasien meningkat</li> <li>4. Support orang terdekat adekuat</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ciptakan hubungan yang terapeutik berdasarkan hubungan saling percaya</li> <li>2. Ciptakan proses diskusi dan konseling dalam waktu yang berkelanjutan</li> <li>3. Jaga kerahasiaan dan privacy pasien</li> <li>4. Informasikan penyebab perubahan seksual yang terjadi</li> <li>5. Informasikan pada pasien bahwa perawat dapat menjawab pertanyaan masalah perubahan seksual yang dialami</li> <li>6. Mulai dengan topik yang umum kemudian dilanjutkan pada topic yang lebih spesifik</li> <li>7. Informasikan efek pengobatan terhadap perubahan seksual pasien</li> <li>8. Dorong pasien untuk mengungkapkan perubahan seksual yang terjadi</li> <li>9. Kaji pengetahuan pasien terhadap masalah seksual secara umum</li> <li>10. Bantu pasien mengekspresikan rasa sedih dan marah akibat masalah seksual yang dialami</li> <li>11. Libatkan orang terdekat saat intervensi dilakukan</li> <li>12. Kolaborasi dengan tim kesehatan lain seperti dokter dan seks terapi</li> </ol>

Sumber: Dochterman & Bulechek (2004).

## 2.4 Konsep Seksualitas

### 2.4.1 Definisi Seksualitas

Seksualitas merupakan penampilan, perasaan, keinginan dan ekspresi yang dihubungkan dengan persepsi individu terhadap fungsi seksual, identitas diri, peran sosial dan keluarga serta hubungan dengan orang terdekat (Stewart, 2010). Sedangkan menurut Andrews (2005) dalam Potter dan Perry (2009) mengatakan bahwa seksualitas tidak hanya aktifitas fisik saja, tetapi dapat meliputi perasaan

perempuan dan laki-laki secara biologis, sosiologis, psikologis, spiritual serta budaya setiap individu.

Dari beberapa pernyataan diatas dapat disimpulkan bahwa seksualitas merupakan penilaian seseorang terhadap diri mereka dan bagaimana mereka mengkomunikasikan perasaan tersebut kepada orang lain melalui tindakan yang dilakukannya seperti sentuhan, pelukan, ataupun perilaku yang lebih halus seperti isyarat gerak tubuh, cara berpakaian, dan perbendaharaan kata, termasuk pikiran, pengalaman, nilai, fantasi, emosi. Perubahan yang terjadi akan menyebabkan terganggunya kesehatan seksual individu.

Kozier (2004) menyatakan bahwa terdapat 4 komponen kesehatan seksual yaitu: a) konsep diri, konsep diri secara seksual merupakan suatu proses individu menilai diri sendiri sebagai makhluk yang dapat menentukan dengan siapa individu tersebut melakukan hubungan seksual, tertarik dengan lawan jenis dan bagaimana individu tersebut mengekspresikan seksualitasnya, b) citra tubuh/*body image* merupakan perubahan penampilan seorang individu akibat trauma, penyakit, penuaan dan kehamilan, dapat mempengaruhi *body image* individu tersebut, c) identitas gender, merupakan gambaran diri seseorang sebagai perempuan atau laki-laki, lebih dari sekedar komponen biologis, juga mencakup norma sosial dan budaya dan e) orientasi seksual. Orientasi seksual adalah ketertarikan emosional, somatik, seksual atau rasa sayang yang bertahan lama terhadap orang lain.

#### 2.4.2 Respon Fisiologi seksual pada Laki-laki dan perempuan.

Perubahan secara fisiologis siklus respon seksual pada laki-laki dan perempuan terdiri dari 4 fase yaitu, *excitement*/terangsang, *plateau*, *orgasme* dan *resolusi*. Secara lebih jelas, dapat dilihat pada tabel 2.6 dibawah ini:

Tabel 2.6 Perubahan Fisiologis Terkait Siklus Respon Seksual Pada Perempuan

Fase / Siklus	Perubahan yang terjadi pada Laki-laki	Perubahan yang terjadi Pada Perempuan
<i>Excitement/</i> Terangsang	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ereksi penis</li> <li>2. Penebalan dan elevasi skrotum</li> <li>3. Elevasi dan pembesaran moderat testis</li> <li>4. Peningkatan ukuran glans penis</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketegangan otot meningkat saat individu semakin terangsang</li> <li>2. Terjadi ereksi puting dan klitoris lubrikasi vagina</li> </ol>
Plateau	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peningkatan intensitas warna glans</li> <li>2. Elevasi &amp; peningkatan 50% ukuran testis</li> <li>3. Peningkatan tegangan otot dan pernafasan.</li> <li>4. Peningkatan frekuensi denyut jantung, TD, RR</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terjadi peningkatan ukuran labia 2-3 kali lipat, payudara membesar</li> <li>2. 2/3 bagian dalam vagina membesar dan memanjang</li> <li>3. 1/3 bagian luar membengkak dan menyempit.</li> </ol>
Orgasme	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penutupan spinter urinarius interna</li> <li>2. Sensasi ejakulasi yg tidak tertahankan</li> <li>3. Kontraksi duktus deferens vesikek seminalis proksimal dan duktus ejakulatoris.</li> <li>4. Memuncaknya frekuensi denyut jantung, TD, RR dan ejakulasi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Respirasi meningkat sampai 40 kali/menit</li> <li>2. Terjadi spasme involunter kelompok otot diseluruh tubuh, kesadaran sensori hilang</li> <li>3. Uterus elevasi</li> <li>4. Kontraksi otot dasar panggul dan uterus</li> <li>5. Pola orgasme yang bervariasi</li> </ol>
Resolusi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kehilangan ereksi penis</li> <li>2. Periode refraktori ketika dilanjutkan stimulasi menjadi tidak enak</li> <li>3. Reaksi berkeringat</li> <li>4. Penurunan testis.</li> <li>5. Secara bertahap frekuensi jantung TD, RR kembali normal.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengembalian vasokongesti dalam 10-30 menit</li> <li>2. Menghilangnya semua tanda miotonia dalam 5 menit</li> <li>3. Payudara kembali ke status awal.</li> </ol>

Sumber : Kozier et al. (2004).

Levine (2003) dalam Rowland dan Incrocci (2008) mengungkapkan bahwa, kecenderungan atau motivasi yang membuat seseorang ingin melakukan hubungan seksual ditentukan oleh :

- Drive*, merupakan komponen biologi yang mempengaruhi keinginan seseorang dalam berhubungan seksual, dimana laki-laki berfokus pada orgasme dan coitus dan pada perempuan lebih berfokus pada keintiman. Secara lebih jelas, dapat dilihat pada tabel 2.7.
- Motive*, merupakan kedekatan hubungan antara seseorang dengan pasangannya sehingga membuat individu tersebut merasa nyaman untuk melakukan hubungan seksual.
- Wish*, merupakan harapan atau penilaian seseorang untuk melakukan hubungan seksual dimana komponen ini sangat dipengaruhi oleh budaya individu yang bersangkutan.

Tabel 2.7 Perbedaan dalam seksualitas berdasarkan jenis kelamin

Laki - Laki	Perempuan
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berfokus pada area genital</li> <li>2. Berorientasi pada penampilan</li> <li>3. Orgasme menjadi sesuatu yang wajib</li> <li>4. Mudah terstimulus secara visual</li> <li>5. Sering dikacaukan oleh taktil stimulus</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berfokus pada keintiman</li> <li>2. Sex sebagai konteks yang luas</li> <li>3. Orgasme tidak terlalu prioritas</li> <li>4. Sering dikacaukan stimulus visual</li> <li>5. Taktil stimulus tidak selalu pada area genital</li> </ol>

Sumber : Rowland & Incrocci (2008)

### 2.4.3 Masalah-masalah seksualitas

Lankveld dalam Rowland dan Incrocci (2008) menyatakan bahwa suatu kondisi dimana menurunnya atau tidak adanya fantasi seksual dan hasrat atau keinginan melakukan aktivitas seksual yang dapat mempengaruhi hubungan interpersonal individu merupakan *hipoactive sexual desire disorder* (HSDD).

Rowland dan Incrocci (2008) menyatakan beberapa faktor yang dapat mempengaruhi *hipoactive sexual desire disorder* (HSDD), pada laki-laki dan perempuan diantaranya; a) defisiensi androgen, b) hiperprolaktinemia, c) cemas, d) depresi, e) penyakit kardiovaskuler, f) terapi antidepresan, g) epilepsi, h) gagal ginjal, i) penyakit koroner, j) usia lanjut, k) HIV.

#### 2.4.3.1 Permasalahan Seksual pada Perempuan

Menurut *American Foundation of Urologic Diseases* (AFUD) dalam Indarti (2004), beberapa gangguan seksual yang umum dirasakan perempuan diantaranya:

##### a. Tidak senang bersenggama (*sexual aversion disorder*)

Perempuan dengan masalah *sexual aversion disorder* menghindari hubungan intim dan merasa tidak senang bersenggama. Bahkan, pada tahap tertentu tidak melakukan hubungan intim sama sekali sepanjang hidupnya. Gangguan ini terjadi karena trauma yang sangat mendalam. Biasanya karena penganiayaan seksual atau fisik yang berlangsung lama.

Gangguan ini dapat terjadi sepanjang hidupnya. Oleh karena itu, perempuan dengan *sexual aversion disorder* tidak pernah ingin berhubungan intim lagi.



b. Lubrikasi vagina berkurang (*sexual arousal disorder*)

Masalah *Sexual arousal disorder*, terjadi bila lubrikasi pada vagina semakin sulit dan berkurang. Biasanya ditandai dengan kesulitan memasuki tahap *arousal*. Penyebab gangguan ini dapat terjadi karena masalah fisik berupa gangguan hormonal atau masalah psikis seperti perasaan kecewa, trauma, dan stres.

c. Tidak bergairah (*hypoactive sexual desire disorder*)

Hilangnya libido saat bersenggama dapat terjadi karena berbagai masalah, diantaranya, karena gangguan fisik berupa ketidakseimbangan hormon atau gangguan akibat suatu penyakit. Beberapa penyakit kronik, seperti Penyakit Jantung, Penyakit Ginjal Kronik, dan hati juga dapat menurunkan gairah seksual.

Jika gangguan terjadi karena masalah psikis, perlu dilakukan diskusi dengan pasangan agar hubungan intim dapat lebih menyenangkan.

d. Sakit, nyeri bersenggama (*sexual pain disorder*)

Rasa sakit bersenggama dapat dirasakan oleh semua perempuan. *Sexual pain disorder* dibagi menjadi:

a) *Dyspareunia*

Merupakan rasa sakit yang timbul pada alat kelamin sebelum, selama, atau sesudah bersenggama. Keadaan ini sangat mengganggu dan dapat menurunkan gairah seks. Kondisi ini terjadi karena gangguan fisik, seperti masalah hormonal, kurang cairan vagina, *vaginitis* (radang vagina), dan gangguan vagina lain. Faktor lain yang dapat menyebabkan *dyspareunia* adalah pengaruh orang tua, pengalaman seksual dimasa lalu, terminasi kehamilan, pengalaman melahirkan, penyakit ginekolog sebelumnya ketakutan terhadap kanker, sering sakit dan perasaan tidak adekuat sebagai pasangan. Kozier (2004) menjelaskan bahwa *dyspareunia* ini terjadi karena lubrikasi tidak adekuat, luka parut, infeksi vagina dan ketidakseimbangan hormon. Adanya spasme otot involunter di sepertiga bagian bawah vagina, membuat insersi penis sangat nyeri atau penis tidak dapat insersi. Umumnya, *dyspareunia* lebih

sering terjadi pada perempuan dengan gangguan hormonal, perempuan *premenopause* atau *menopause*.

b) Vaginismus

Merupakan rasa sakit yang muncul karena menegangnya otot-otot disekitar vagina ketika bersenggama. Hal ini terjadi akibat rasa takut, penis yang masuk ke dalam vagina akan menyakitkan. Hal ini sering dialami perempuan yang pertama kali melakukan hubungan intim atau sebelumnya pernah merasakan trauma.

c) Sulit mencapai orgasme (*orgasmic disorder*)

Orgasme merupakan puncak kenikmatan seksual, khususnya dialami pada akhir senggama. Pada aktivitas seksual yang sehat menghasilkan orgasme, namun pada beberapa perempuan mengalami orgasme tertunda atau tidak mengalami orgasme setelah tahap *arousal*. Kondisi ini dapat terjadi karena perempuan kurang berpengalaman, kurang berpengetahuan atau akibat faktor psikis, seperti cemas dan trauma akibat pengalaman bersenggama yang tidak menyenangkan.

Masalah-masalah seksual tersebut juga dialami oleh pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisa. Seperti diungkapkan oleh Soykan, Boztas, Kutlay, Ince, Nergizouglu, dan Dilekoz (2005) dalam penelitian yang dilakukan untuk menilai fungsi seksual pasien perempuan yang menjalani hemodialisa di Turki, dengan jumlah partisipan sebanyak 18 orang, menyatakan bahwa masalah seksual yang dialami oleh pasien perempuan yang menjalani hemodialisa diantaranya adalah: perubahan keinginan, gangguan lubrikasi, gangguan orgasme dan gangguan kepuasan. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Basok et al. (2009) pada penelitian yang bertujuan untuk mengkaji fungsi seksual dan kualitas hidup pasien perempuan yang menjalani hemodialisa dengan jumlah partisipan sebanyak 45 orang, didapatkan masalah seksual yang terjadi antara lain: perubahan keinginan, perubahan kemampuan lubrikasi, gangguan orgasme dan kepuasan serta adanya nyeri saat melakukan hubungan seksual.

#### 2.4.3.2 Masalah seksual pada laki-laki

Menurut Masters dan Johnson (1970) dalam Newton (1999) menjelaskan disfungsi seksual pada laki-laki terdiri dari:

##### a. Impotensi (primer dan sekunder)

Impotensi primer, merupakan perubahan yang terjadi ketika seorang laki-laki tidak mampu mempertahankan ereksi sampai dengan terjadinya penetrasi. Perubahan ini dipengaruhi oleh rasa tidak percaya diri, merasa tidak mampu mencintai dan rasa cemas yang berlebihan. Impotensi sekunder, merupakan perubahan yang terjadi ketika seorang laki-laki mampu melakukan ereksi secara adekuat tetap tidak mampu bertahan lama.

##### b. Ejakulasi dini

Terjadi ketika laki-laki tidak mampu mempertahankan proses ejakulasi sampai menimbulkan orgasme pada perempuan.

##### c. Ejakulasi inkompeten

Merupakan kondisi yang berhubungan dengan ketidakmampuan laki-laki melakukan ejakulasi intravaginal.

#### 2.4.4 Faktor-faktor yang mempengaruhi seksualitas

Menurut Rowland dan Incrocci (2008) membagi faktor yang mempengaruhi seksualitas terdiri dari faktor fisiologis dan psikologis:

##### 2.4.4.1 Faktor fisiologis

Faktor fisiologis merupakan faktor hormonal yang timbul sebagai respon tubuh akibat adanya perubahan. Faktor fisiologis terdiri dari hormon testosteron dan androgen dan hormon prolaktin.

##### a. Perubahan hormon testosteron dan androgen

Perubahan testosteron ini didukung dengan penelitian yang terbatas, namun defisit androgen diduga sebagai salah satu penyebab rendahnya hasrat seksual pada perempuan dan laki-laki. Androgen pada perempuan diproduksi oleh ovarium dan kelenjar adrenal. Seperti disampaikan oleh Gooren (1987) dalam Rowland dan Incrocci (2008) bahwa androgen dapat dilihat dengan menggunakan parameter seperti adanya fantasi seksual, adanya hasrat dan keinginan seksual, terjadinya ereksi spontan saat tidur atau dipagi hari,

terjadinya ejakulasi, hubungan seksual dengan atau tanpa pasangan serta masturbasi. Testosteron bebas dalam aliran darah dan dihidrotestosteron (DHT) dibentuk dalam testosteron dalam jaringan perifer setelah *5 alpha reduktase* adalah androgen yang aktif secara biologis, karena hanya androgen ini yang bisa mengikat menjadi reseptor androgen pada jaringan target seperti otak, gonad dan jaringan tulang. Androgen merupakan komponen utama dalam regulasi mekanisme biologi pada timbulnya hasrat pada laki-laki. Produksi androgen ini pada perempuan menurun seiring dengan penurunan usia, penurunan ini tidak ada hubungannya dengan *menopause* dimana terjadi penurunan produksi estrogen secara tajam. Kenyataannya pada tahap transisi dan *menopause* produksi androgen ini dapat meningkat. Penggunaan kontrasepsi oral juga dapat meningkatkan ikatan globin dan hormon seks yang akan menurunkan nilai testosteron.

b. Perubahan hormon prolaktin

Prolaktin merupakan hormon peptida yang diproduksi oleh *lactotrops* di posterolateral anterior kelenjar pituitary. Penelitian yang dilakukan pada binatang dan sejumlah kecil manusia diungkapkan bahwa peningkatan prolaktin pada aliran darah, dapat menghalangi selera dan aktivitas seksualnya. Rowland dan Incrocci (2008) mengatakan bahwa, pasien dengan peningkatan ureum baik laki-laki dan perempuan yang sedang menjalani hemodialisa, banyak mengalami disfungsi seksual khususnya hasrat yang rendah serta aktivitas seksual yang rendah. Pasien tersebut, memiliki serum prolaktin lebih tinggi dibandingkan dengan seseorang yang memiliki hasrat seksual normal.

#### 2.4.4.2 Faktor psikologis

Faktor psikologis yang mempengaruhi seksualitas seseorang antara lain, hubungan dengan pasangan dan faktor kognitif dan afektif. Seperti diuraikan pada penjelasan dibawah ini:

a. Hubungan dengan pasangan

Tingginya kemampuan orgasme dan tingkat rangsangan telah dihubungkan dengan kepuasan dalam pernikahan dan sebaliknya masalah dalam rangsangan dan orgasme dianggap menjadi salah satu masalah dalam pernikahan dan

ketidakpuasan dalam hubungan. Pasangan yang melaporkan memiliki masalah seksual memiliki tingkat kepuasan hubungan yang lebih rendah, meningkatnya ketidaksepakatan dalam menyelesaikan masalah, adanya masalah komunikasi seksual, termasuk ketidaknyamanan dalam mendiskusikan persoalan seksual yang mereka alami. Dalam interaksi diantara pasangan yang tidak spontan dan berkurangnya keceriaan, kurang intim, dan kurangnya ikatan cinta. Lebih banyak pemikiran dan perasaan yang bersifat negatif terkait hubungan mereka. Kehangatan, perhatian dan afeksi dalam hubungan juga berhubungan dengan peningkatan rangsangan seksual. Sebaliknya konflik dan pertengkaran berhubungan dengan menurunnya rangsangan seksual. Namun pada perempuan, kepuasan dalam hubungan lebih terkait dengan kedekatan dengan pasangan ketimbang jumlah orgasme dan rangsangan seksual.

b. Faktor kognitif dan afektif

Faktor kognitif dan afektif yang akan mempengaruhi seksualitas seseorang yaitu adanya depresi dan kecemasan, gangguan kognitif dan konsentrasi, karakteristik personal, kekerasan seksual, faktor sosial budaya serta faktor usia.

a) Depresi dan kecemasan

Ada hubungan yang kuat antara depresi dan melemahnya rangsangan seksual serta orgasme. Tingkat kecemasan yang tinggi ditemukan pada laki-laki dan perempuan dengan disfungsi seksual. Sebuah studi yang dilakukan oleh Rosen et al., 1997; Spector, Carey & Steinberg (1996) dalam Rowland dan Incrocci (2008) menunjukkan penurunan hasrat seksual dialami sebanyak 70% pasien depresi. Berdasarkan survey internet kepada perempuan yang setidaknya memiliki satu kriteria untuk *Problem Sexual Arousal Disorder* (PSAD), stress dan kecemasan adalah pencetus paling umum untuk munculnya symptom PSAD, sekitar 34% diantaranya. Lebih jauh lagi, sekitar 62% mengaku sebagai orang yang selalu cemas, 68% mengaku membawa beban stress yang berat dalam tubuh mereka, dan 31% mengaku mengalami kecemasan dan panik.

b) Gangguan kognitif dan konsentrasi

Barlows dalam Rowland dan Incrocci (2008) menemukan bahwa gangguan kognitif dapat mengakibatkan gangguan seksual karena terjadi pergeseran dari stimulus erotis pada stimulus negatif berupa pemikiran negatif atas evaluasi diri. Nampaknya, cara perempuan menilai tubuhnya dan gambaran dirinya adalah faktor penting untuk memahami rangsangan seksual pada perempuan.

Perempuan mengalami berbagai perhatian selama aktifitas seksual, termasuk kekhawatiran atas memuaskan pasangan, kemampuan untuk meraih orgasme, kehamilan, dan sebagainya. Perempuan yang mengalami masalah disfungsi seksual cenderung mengalami kekhawatiran terkait hubungan seksual.

c) Karakteristik personal

Perempuan dengan disfungsi seksual cenderung lebih memperhatikan perasaan atau pemikiran orang lain ketimbang dirinya sendiri, dan cenderung mengalami tingkat kecemasan yang tinggi. Tingkat kecemasan yang tinggi dianggap berhubungan dengan rendahnya kepuasan seksual pada perempuan. Dibandingkan dengan perempuan yang tidak memiliki masalah kepribadian, perempuan dengan masalah psikologis menunjukkan terjadinya disfungsi orgasme. Sebaliknya, sikap terbuka dan mencari sensasi cenderung meningkatkan fungsi seksual dan rangsangan.

d) Kekerasan seksual

Pengalaman kekerasan seksual baik yang dialami saat masa kecil maupun dewasa pada perempuan memberi pengaruh mengurangi perasaan saat menjalani aktifitas seksual. Pada perempuan yang sehat secara seksual, terjadi peningkatan rangsangan seksual secara psikologis saat dilakukan aktivasi saraf pusat. Sebaliknya pada perempuan yang pernah mengalami kekerasan seksual aktivasi saraf pusat tidak meningkatkan rangsangan seksual psikologis, bahkan melemahkan rangsangan seksual. Hal ini terkait dengan disrupsi fungsi endokrin pada perempuan yang pernah mengalami kekerasan seksual.

e) Faktor sosial budaya

Penelitian menunjukkan ada perbedaan dalam hal seksualitas terkait latar belakang budaya pada perempuan. Pada perempuan berlatar belakang budaya Jepang, China, dan Hispanik dilaporkan lebih rendah dalam jumlah pencapaian

kenikmatan seksual dibanding kaukasian. Dan semua kelompok etnik termasuk afro-amerika dilaporkan mengalami rangsangan seksual yang lebih rendah dibanding dengan kaukasian. Kozier et al. (2004) mengatakan bahwa, perubahan seksual yang terjadi, dapat dipengaruhi oleh: a) budaya, keanekaragaman budaya turut mempengaruhi seksualitas individu dengan cara berpakaian berdasarkan jenis kelamin, aturan perkawinan, harapan terhadap peran yang dilakukan dan tanggung jawab sosial, b) nilai keagamaan dapat mempengaruhi ekspresi seksual, dimana agama memberikan pedoman untuk mengatur perilaku seksual yang dianjurkan dan dilarang serta adanya konsekuensi atas pelanggaran yang dilakukan, c) etika personal, merupakan kebebasan seseorang untuk mengekspresikan seksualitas dalam berbagai bentuk, d) status kesehatan serta obat-obatan.

f) Faktor usia

Sejumlah besar riset telah membuktikan bahwa terjadi penurunan fungsi seksual pada perempuan seiring pertambahan usia, termasuk penurunan kemampuan orgasme. Perubahan ini juga terjadi pada laki-laki dimana perubahan ini mempengaruhi fungsi fisiologis dengan terjadinya perubahan pada testosteron. Meski penurunan ini terkait dengan pre dan *perimenopause*, perempuan usia 42 dan 52 tidak berbeda dalam hal kesenangan seksual dan rangsangan, yang berarti bahwa ada faktor lain yang terlibat, seperti penurunan komunikasi secara seksual terkait dengan penambahan usia.

#### 2.4.5 Seksualitas pada pasien yang menjalani hemodialisa

Seksualitas merupakan dasar dan bagian penting dalam kehidupan seorang individu. Ketika terjadi perubahan pada salah satu sistem tubuh, akan menyebabkan terjadinya perubahan disfungsi seksual. Salah satu kondisi yang dapat menyebabkan perubahan seksual tersebut adalah pasien dengan Penyakit Ginjal Kronik yang menjalani hemodialisa. Hemodialisa dapat mempengaruhi seksual seorang individu dari berbagai aspek.

Thomas (2008) menjelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi seksualitas pasien yang menjalani hemodialisa terdiri dari faktor fisik dan psikologis.

- a. Faktor fisik diantaranya adalah adanya ketidakseimbangan hormonal, anemia, pengaruh obat-obatan seperti antihipertensi dan gangguan sirkulasi darah seperti pada pasien Penyakit Ginjal Kronik yang dapat menurunkan stimulus seksual. Perubahan hormonal yang terjadi akan semakin meningkat pada pasien dengan usia lanjut.

Sebuah studi yang menguatkan pendapat ini adalah studi yang dilakukan oleh Abrams (1975) dalam Newton (1999) menyatakan bahwa, pasien usia lanjut yang menjalani hemodialisa mengalami disfungsi seksual lebih besar dibandingkan dengan pasien usia lebih muda. Anemia yang terjadi pada pasien akan menyebabkan terjadinya penurunan perfusi jaringan yang akan menyebabkan pasien merasa mudah lelah, sehingga akan mempengaruhi keinginan pasien dalam berhubungan seksual.

Seperti hasil penelitian yang dilakukan oleh Di Paolo et al. dalam Harkness (2000) mengatakan adanya perubahan eritropoetin, hematokrit dan perubahan hormonal akan mempengaruhi terjadinya perubahan seksual pada laki-laki dan perempuan. Sherman menemukan bahwa adanya perubahan pada kecepatan konduksi saraf sensorik akibat peningkatan ureum serta terjadinya penurunan reflek bulbocavernosus menyebabkan impotensi pada laki-laki.

Pasien hemodialisa, biasanya akan diikuti dengan terjadinya hipertensi dan edema sebagai bentuk komplikasi yang muncul, intervensi yang dilakukan adalah dengan memberikan antihipertensi dan diuretik. Studi deskriptif yang dilakukan oleh Rickus dalam Harkness (2000) terkait dengan efek samping obat terhadap seksualitas menunjukkan bahwa, 35% perempuan meyakini adanya efek samping obat-obatan yang diberikan dapat mempengaruhi aktivitas seksual mereka. Dikatakan juga bahwa obat-obatan tersebut menyebabkan perubahan lubrikasi pada vagina sehingga mereka merasa kesulitan untuk mencapai orgasme. Penggunaan obat seumur hidup ini ternyata



memiliki efek samping yang akan mempengaruhi seksualitas individu. Beberapa terapi yang dapat mempengaruhi seksualitas individu diantaranya dapat dilihat pada tabel 2.8:

Tabel 2.8 Terapi Pengobatan yang dapat mempengaruhi seksualitas

Jenis Obat	Kemungkinan efek
Alkohol	Jika dikonsumsi dalam jumlah sedang akan meningkatkan fungsi seksual, penggunaan dalam jangka panjang akan menurunkan hasrat seksual, disfungsi orgasme dan impotensi.
Penyekat beta	Ketidakmampuan ejakulasi
Amfetamin	Peningkatan dorongan seksual, orgasme lambat
Amil nitrat	Laporan peningkatan orgasm, vasodilatasi
Steroid anabolik	Penurunan dorongan seksual
Agents antiansietas	Penurunan dorongan seksual, orgasme lambat, disfungsi orgasme pada perempuan
Antikonvulstan	Penurunan dorongan seksual, penurunan gairah seksual
Antihistamin	Menurunkan cairan pelumas pada vagina dan menurunkan gairah seksual
Antihipertensi	Penurunan hasrat seksual

Sumber: Kozier et al. (2004).

- b. Faktor psikologis pasien antara lain depresi, perubahan *body image*, dan perubahan peran. Depresi terjadi karena pasien merasa tidak siap dengan perubahan kondisi yang terjadi dan tidak siap dengan kematian. Sebuah studi yang dilakukan pada 21 orang pasien laki-laki yang menjalani hemodialisa yang sudah menikah, 33% mengalami depresi yang dapat mempengaruhi fungsi seksualnya (Newton, 1999).

Perubahan *body image* dapat disebabkan karena terjadinya uremia menyebabkan terjadinya perubahan pada sistem integumen, diantaranya gatal-gatal, kulit menjadi lebih kering dan rapuh yang akan mempengaruhi *body image* pasien. Thomas (2009) menjelaskan bahwa intervensi dialisa dan transplantasi akan mempengaruhi *body image*, membuat pasien merasa berbeda, merasa tidak menarik karena sakit yang dideritanya. *Issue* yang paling utama mempengaruhi *body image* perempuan adalah terjadinya penurunan kesuburan, hal ini terjadi karena proses ovulasi dan menstruasi yang tidak teratur atau tidak terjadi (Thomas, 2008). Penelitian lain yang dilakukan oleh Mastrogiacomo et al. dalam Harkness (2000) menunjukkan adanya perubahan penurunan libido, frekuensi hubungan seksual dan kemampuan mencapai orgasme sebelum dan sesudah diagnosis Penyakit Ginjal Kronik ditegakkan.

Frekuensi hemodialisa yang dilakukan 2-3 kali dalam seminggu dapat mempengaruhi pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Perubahan tersebut akan meningkatkan ketergantungan pasien pada orang lain, perasaan bersalah terhadap pasangan serta kurangnya rasa percaya diri pasien terhadap identitas seksualnya. Perubahan peran pasien hemodialisa dalam lingkungan keluarga dan sosial merupakan faktor sosial yang dapat mempengaruhi terjadinya perubahan seksual pasien. Sebuah studi yang cukup menarik ditemukan bahwa, pasien hemodialisa yang tidak memiliki gangguan seksual dapat menjalankan perannya secara dominan dalam keluarga dibandingkan dengan pasien yang mengalami perubahan seksual (Newton, 1999).

## 2.5 Peran perawat

Perawat sebagai pemberi layanan kepada pasien, memberikan kontribusi dalam proses perawatan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien. Henderson (2004) menjelaskan bahwa, terdapat 4 kategori peran perawat dalam keperawatan medikal bedah. Peran tersebut dikenal dengan *Advanced practice registered nurses* (APRNs) yang terdiri dari: (1) *nurse practitioner* (NP)/perawat pelaksana, (2) *clinical nurse specialist* (CNS), (3) *certified nurse midwife* (CNM), (4) *certified registered nurse anesthetist* (CRNA).

Perawat spesialis merupakan perawat yang memiliki keahlian yang berfokus pada peningkatan asuhan keperawatan (Henderson, 2004). Definisi perawat spesialis menurut *American Nurses Assosiation* (ANA) dalam Henderson (2004) menyatakan bahwa perawat spesialis merupakan tenaga ahli dalam praktek keperawatan dan melindungi pasien didalam praktek pelayanan keperawatan secara umum dan khusus. Pendidikan magister merupakan tahap awal dalam proses menjadi perawat spesialis. Peran-peran tersebut diantaranya memberikan pendidikan, memberikan asuhan keperawatan, sebagai peneliti, sebagai konsultan dan administrasi.

### 2.5.1 Peran perawat di unit hemodialisa

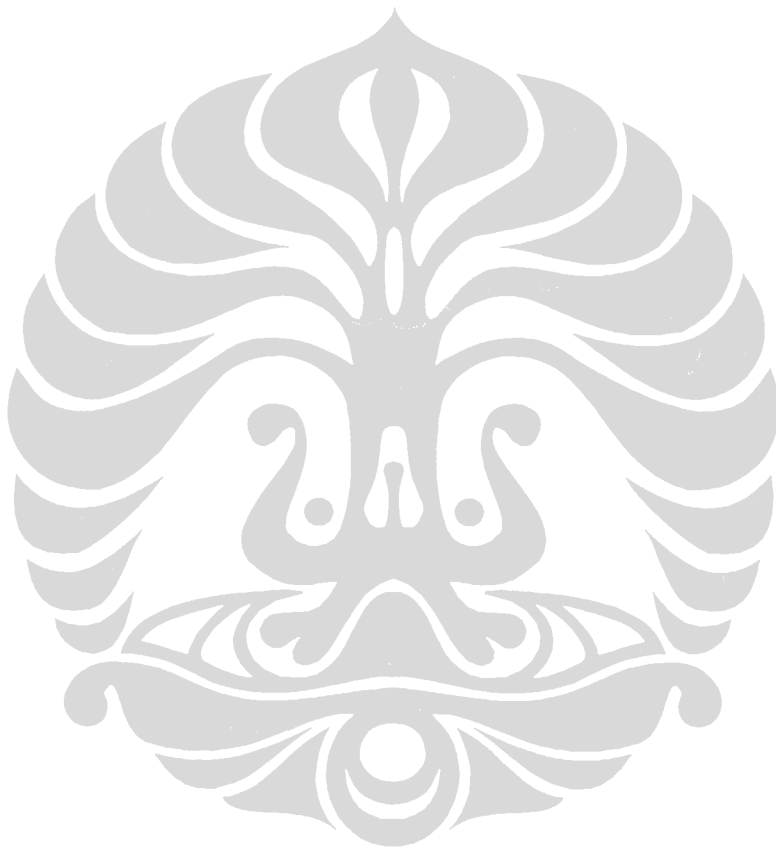
Peran perawat sebagai pendidik, memiliki tugas mengembangkan, mengimplementasikan dan mengevaluasi pengetahuan pasien dan keluarga.

Henderson (2004) menyatakan bahwa perawat spesialis dalam praktek keperawatan medikal bedah adalah mengajarkan praktek asuhan secara langsung pada perawat primer dan perawat pelaksana. Praktek keperawatan tersebut adalah mengumpulkan informasi dan menentukan prioritas perawatan. Mengaplikasikan metode perawatan terbaru dan melakukan terapi modalitas serta mengevaluasi perencanaan asuhan pada pasien.

Seksualitas merupakan masalah yang sangat sensitif bagi individu, sehingga terkadang mendiskusikan seksualitas dapat menimbulkan ketidaknyamanan pasien. Hal ini penting diperhatikan oleh perawat saat harus melakukan kajian terhadap masalah seksual pasien, karena itu kemampuan pemahaman perawat terhadap masalah pasien dapat menimbulkan rasa nyaman pasien. Pasien hemodialisa yang mengalami perubahan psikososial, identitas diri, peran dalam lingkungan sosial dan keluarga serta hubungan dengan orang terdekat dapat mengalami kesulitan dalam beradaptasi dengan masalah yang dihadapi.

Perawat diharapkan dapat mengidentifikasi intervensi keperawatan yang sesuai dengan permasalahan seksual pasien dan mengevaluasi pemanfaatan intervensi tersebut, sehingga perawatan yang diberikan tidak terbatas pada pengkajian yang dilakukan tetapi sampai dengan intervensi dan kemampuan pasien untuk beradaptasi dengan perubahan yang ada. Setelah masalah seksual dapat teridentifikasi, perawat dapat menentukan intervensi yang sesuai dengan permasalahan pasien. Intervensi dapat berupa *support* dari perawat dan orang terdekat, kolaborasi untuk mengatasi permasalahan seksual dengan dokter *nefrology* sampai dengan merujuk pasien apakah pasien memerlukan konseling khusus untuk masalah seksualnya serta perubahan psikologis yang dialami. Kemampuan untuk melakukan hal tersebut diatas diharapkan dapat meningkatkan *awareness* perawat terhadap permasalahan seksual pasien. Beberapa area keahlian yang harus dikuasai perawat untuk dapat meningkatkan kesehatan seksual yaitu: a) Pengetahuan mengenali masalah Seksualitas termasuk aspek sosiokultural terkait hubungan perkawinan dan masyarakat, b) Kemampuan dalam melakukan penilaian dan mediasi, c) Kesadaran atas

keragaman nilai-nilai, kepercayaan, dan perilaku, d) Kesadaran akan bagaimana kepercayaan, perilaku, dan nilai-nilai itu pada prakteknya akan mempengaruhi persepsi pasien terhadap seksualitas (Henderson, 2004).





## **BAB 3**

### **METODE PENELITIAN**

Pada bab ini akan dibahas tentang rancangan penelitian, partisipan, tempat dan waktu penelitian, etika penelitian, metode pengumpulan data, prosedur pengumpulan data, proses analisa data dan keabsahan data.

#### **3.1 Rancangan Penelitian**

Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Rancangan penelitian kualitatif merupakan penelitian yang dilakukan untuk memperoleh jawaban atau informasi yang mendalam tentang pendapat dan perasaan seseorang yang memungkinkan mendapatkan penilaian tentang sikap, kepercayaan, motivasi dan perilaku keluarga yang akan mempengaruhi persepsi pasien terhadap perubahan seksual pasien hemodialisa (Pollit, Beck & Hungler, 2001). Sedangkan menurut Speziale dan Carpenter (2003), pendekatan fenomenologi merupakan suatu metode penelitian yang kritis dan bertujuan untuk menggali fenomena yang ada secara sistematis. Pendekatan yang digunakan dalam fenomenologi adalah dengan mengembangkan arti pengalaman hidup dari suatu fenomena untuk mencari kesatuan makna dengan mengidentifikasi inti fenomena dan memberikan gambaran secara akurat di dalam pengalaman sehari-hari Rose, Beeby dan Parker (1995) dalam Speziale dan Carpenter (2003). Pada penelitian ini, peneliti berusaha mempelajari fenomena pengalaman perubahan seksual pasien yang menjalani hemodialisa dalam situasi alamiah dan menginterpretasikan fenomena tersebut berdasarkan perspektif partisipan. Oleh karena itu, pendekatan fenomenologi deskriptif merupakan pendekatan yang paling sesuai untuk penelitian ini.

Fenomenologi deskriptif merupakan proses penelitian yang bertujuan untuk mengeksplorasi persepsi tentang pengalaman kehidupan sehari-hari dengan menekankan pada aspek kekayaan, keluasan, dan kedalaman dari pengalaman tersebut. Penelitian fenomenologi deskriptif meliputi eksplorasi langsung, analisis, dan deskripsi terhadap fenomena tertentu, yang terbebas dari keinginan untuk menguji dugaan sebelumnya Spiegelberg (1975) dalam Speziale dan

Carpenter (2003). Terdapat tiga langkah proses dalam fenomenologi deskriptif menurut Spiegelberg (1965) dalam Speziale & Carpenter (2003), yaitu *intuiting*, *analyzing* dan *describing*.

*Intuiting* merupakan proses dimana peneliti memahami fenomena yang diteliti yaitu pengalaman disfungsi seksual pasien hemodialisa. Fenomena yang terjadi adalah pada pasien yang menjalani hemodialisa kronik akan terjadi perubahan seksual dengan berbagai macam masalah seksual. Dalam penelitian ini, peneliti menggali fenomena yang ingin diketahui dari partisipan mengenai persepsi perubahan seksual pasien yang menjalani hemodialisa. Tahap selanjutnya adalah *analyzing*, pada tahap ini peneliti mengidentifikasi arti dari fenomena yang telah digali dan mengeksplorasi hubungan serta keterkaitan antara data dengan fenomena yang ada. *Describing* merupakan tahap ketiga dimana peneliti mengkomunikasikan dan memberikan gambaran secara tertulis berdasarkan pengklasifikasian dan pengelompokan fenomena. Pada penelitian ini didapatkan persepsi mendalam tentang fenomena pengalaman perubahan seksual pasien yang menjalani hemodialisa. Dengan menggali respon perubahan seksual secara fisik dan psikososial setelah pasien menjalani hemodialisa dan hubungan dengan pasangan serta orang disekitarnya, sehingga teridentifikasi perubahan seksual yang dialami pasien yang menjalani hemodialisa sesuai dengan persepsi partisipan.

### **3.2 Partisipan**

Partisipan yang terlibat dalam penelitian ini adalah pasien laki-laki dan perempuan yang sudah menjalani hemodialisa di RS Islam Jakarta. Partisipan ini diperoleh dari unit hemodialisa di RS Islam Jakarta. Partisipan tersebut dipilih dengan tehnik *purposive sampling*. *Purposive sampling* merupakan tehnik pemilihan sampel dengan pertimbangan tertentu yaitu partisipan dipilih berdasarkan kriteria dan tujuan penelitian (Moleong, 2007; Speziale & Carpenter 2003).

Kriteria partisipan pada penelitian ini adalah: a) mampu berbahasa Indonesia dengan baik dan berkomunikasi dengan jelas. Justifikasi pada kriteria ini adalah kemampuan partisipan dalam berbahasa Indonesia dan berkomunikasi dengan baik, akan memudahkan peneliti memahami maksud yang disampaikan oleh partisipan, b) memiliki kondisi klinis yang stabil, artinya tidak sedang dirawat atau mengalami penyakit akut selama 3 bulan terakhir. Tujuan kriteria ini adalah dengan kondisi klinis yang stabil partisipan dapat berpartisipasi dalam penelitian ini secara optimal, c) sudah menjalani hemodialisa minimal 1 tahun, hal ini didasarkan pada sudah terbentuknya pola program hemodialisa yang dilakukan serta sudah adanya perubahan seksualitas pada partisipan. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan Ali et al. (2005) di Mesir bahwa pasien hemodialisa yang mengalami disfungsi ereksi memiliki riwayat hemodialisa kurang dari satu tahun sebanyak 6,7%, 1-5 tahun sebanyak 72% dan 21,3% lebih dari 5 tahun, d) Menikah dan memiliki pasangan, alasan pada kriteria ini adalah peneliti ingin mengetahui pengalaman seksual yang dialami pasien hemodialisa pada pasien yang sudah menikah dan memiliki pasangan.

Proses pemilihan partisipan laki-laki dan perempuan yang mengalami disfungsi seksual dilakukan dengan *screening* menggunakan *International Index of Erectile Function* (IIEF) untuk partisipan laki-laki dan *Female Sexual Function Index* (FSFI) untuk perempuan. Quesioner untuk digunakan menentukan adanya disfungsi seksual. IIEF ini terdiri dari 15 pertanyaan yang secara komprehensif digunakan untuk mengkaji fungsi seksual yang terdiri dari: a) fungsi ereksi; b) kepuasan berhubungan seksual (*intercourse*); c) fungsi orgasme; d) hasrat seksual; dan e) kepuasan seksual secara umum. Rentang nilai masing-masing pertanyaan adalah 0-5 (nilai minimal 0 dan maksimal 5). Distribusi soal dan algoritme penilaian untuk IIEF dapat dilihat pada tabel 3.1 berikut:

Tabel 3.1 Distribusi Soal dan Algoritme Penilaian untuk IIEF

Domain	Item	Rentang Nilai	Nilai maksimal
Fungsi ereksi	1, 2, 3, 4, 5, 15	0-5	30
Fungsi orgasme	9, 10	0-5	10
Hasrat seksual	11, 12	0-5	10
Kepuasan <i>intercourse</i>	6, 7, 8	0-5	15
Kepuasan secara umum	13, 14	0-5	10

Sumber: Rosen et al. (1997).



Nilai dan interpretasi dari masing-masing domain dapat dilihat pada tabel 3.2 berikut ini:

Tabel 3.2 Interpretasi Klinik untuk IIEF pada masing-masing domain

Interpretasi \ Domain	Fungsi Ereksi	Fungsi Orgasme	Hasrat Seksual	Kepuasan <i>Intercourse</i>	Kepuasan Umum
Disfungsi berat	0-6	0-2	0-2	0-3	0-2
Disfungsi sedang	7-12	3-4	3-4	4-6	3-4
Disfungsi ringan ke sedang	13-18	5-6	5-6	7-9	5-6
Disfungsi ringan	19-24	7-8	7-8	10-12	7-8
Tidak terjadi disfungsi	25-30	9-10	9-10	13-15	9-10

Sumber: Rosen et al. (1997)

Pada partisipan perempuan, penilaian hasil FSFI secara lebih jelas dapat dilihat pada tabel 3.11 dibawah ini. Pada jawaban yang bernilai 0, menunjukkan tidak adanya aktivitas seksual yang terjadi.

Tabel 3.3 Sistem Penilaian pada FSFI

Domain	Pertanyaan	Score rata-rata	Faktor	Minimum Score	Maksimum Score
Hasrat	1,2	1-5	0.6	1.2	6.0
Rangsangan	3,4,5,6	0-5	0.3	0	6.0
Lubrikasi	7,8,9,10	0-5	0.3	0	6.0
Orgasme	11,12,13	0-5	0.4	0	6.0
Kepuasan	14,15,16	0/1-5	0.4	0	6.0
Nyeri	17,18,19	0-5	0.4	0	6.0
Jumlah Total				2.0	36.0

Sumber: Rosen et al. (2000)

Setelah partisipan dinyatakan mengalami perubahan seksual, berdasarkan penilaian yang ada, maka dilanjutkan dengan wawancara mendalam terkait dengan perubahan seksual yang dialami.

Partisipan yang terlibat dalam penelitian ini berjumlah 12 orang partisipan yang menjalani hemodialisa di Rumah Sakit Islam Jakarta yang terdiri atas 6 orang partisipan perempuan dan 6 orang partisipan laki-laki. Penetapan jumlah partisipan tersebut, ditetapkan berdasarkan sudah tercapainya saturasi data dalam penelitian ini. Penetapan jumlah tersebut berdasarkan pada rekomendasi dari Dukes (1984) dalam Cresswell (2002) bahwa dalam penelitian fenomenologi dilakukan wawancara mendalam terhadap sedikit partisipan yaitu antara 3-10 partisipan.

### 3.3 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan sejak penulisan proposal penelitian yaitu pada bulan Februari sampai dengan Juli 2011. Adapun tempat penelitian yang digunakan adalah ruang hemodialisa RS Islam Jakarta. Alasan pemilihan tempat ini adalah sesuai dengan kesepakatan partisipan dan partisipan merasa tidak memiliki kendala apabila wawancara dilakukan saat hemodialisa berlangsung.

Proses penelitian dilakukan sesuai dengan kesepakatan partisipan yaitu di ruang hemodialisa RS Islam Jakarta. Ruangan tersebut dirasakan cukup menjaga *privacy* partisipan serta partisipan tidak merasakan ada kendala apabila dilakukan wawancara terkait dengan perubahan seksual yang dialaminya. Pada saat sebelum wawancara dilakukan, peneliti terlebih dahulu menawarkan pada partisipan untuk menggunakan penutup untuk membatasi jarak antar partisipan. Seluruh partisipan menyatakan merasa nyaman dan tidak perlu menggunakan penutup tersebut.

### 3.4 Etika Penelitian

Peneliti menggunakan berbagai pertimbangan etik dalam proses penelitian. Pertimbangan etik digunakan untuk mencegah munculnya masalah etik selama penelitian. Pertimbangan etik yang digunakan akan mengatasi resiko atau dampak yang muncul pada penelitian ini, adalah: *self determination*, *privacy*, *confidentiality*, dan *protection from discomfort* (Speziale & Carpenter, 2003). Berdasarkan *Human Right Guidelines for Nurses in Clinical and Other Research* (1985) yang dikeluarkan oleh *American Nurses Association* menyatakan bahwa perawat memiliki tanggung jawab terhadap praktik, pendidikan dan penelitian untuk melindungi hak partisipan dalam penelitian. Terdapat 3 hak dasar yang harus diperhatikan oleh peneliti, yaitu: a) hak untuk bebas dari ketidaknyamanan emosi, b) hak privasi dan martabat, c) hak anonimitas yaitu merahasiakan identitas partisipan yang terlibat dalam penelitian ini.

Pada penelitian ini partisipan diberi kebebasan untuk menolak atau mengundurkan diri dari partisipasinya dalam penelitian (*self determination*). Setelah sebelumnya diberikan penjelasan tentang maksud, tujuan penelitian serta proses penelitian. Setelah diberi penjelasan, apabila seluruh calon partisipan pada penelitian ini

setuju menjadi partisipan, kemudian partisipan menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*).

Pada saat penelitian dilakukan, untuk menjaga *privacy* partisipan, kegiatan pengumpulan data, proses wawancara dilakukan tepat disamping tempat tidur partisipan. Saat proses wawancara dilakukan, peneliti berusaha untuk melindungi *privacy* partisipan dengan berbicara dalam batas volume suara yang normal, menghentikan wawancara jika partisipan merasa tidak nyaman ketika menjawab pertanyaan tertentu atau saat ada orang lain yang mendekat. Pada umumnya partisipan merasa bahwa perubahan seksual umumnya dialami oleh semua pasien yang menjalani hemodialisa, sehingga partisipan merasa tidak kesulitan jika menceritakan perubahan seksual yang dialami saat ini. Selain itu sebelum wawancara dilakukan, saat partisipan akan menandatangani surat persetujuan penelitian, peneliti menyampaikan penggunaan alat perekam (*tape recorder*) terlebih dahulu disampaikan pada partisipan tentang tujuan dan diminta persetujuannya.

Untuk menjaga kerahasiaan (*confidentiality*), peneliti meyakinkan partisipan bahwa informasi yang diberikan hanya untuk kepentingan penelitian. Hal ini dilakukan oleh peneliti dengan menyampaikan proses pengumpulan data yang hanya dilakukan oleh peneliti, sehingga yang mengetahui hasil rekaman tersebut adalah peneliti. Selanjutnya peneliti menyampaikan bahwa hasil transkrip tidak berisi nama partisipan, tetapi kode yang hanya difahami oleh peneliti. Hal ini dilakukan peneliti dengan menunjukkan pada partisipan kolom kode identitas partisipan. Kaset yang berisi rekaman partisipan disimpan ditempat yang aman yaitu didalam lemari yang terkunci dirumah peneliti dan akan dimusnahkan setelah penelitian ini selesai. Sedangkan transkrip verbatim hanya dipergunakan untuk kepentingan penelitian dan tidak akan dipublikasikan untuk kepentingan yang lain. Hasil penelitian ini hanya digandakan dan disebarluaskan untuk kepentingan akademik, yaitu untuk kegiatan pembelajaran dan untuk pengembangan ilmu keperawatan. Informasi tersebut oleh peneliti disampaikan pada partisipan sebelum persetujuan penelitian ditandatangani.

Untuk melindungi partisipan dari rasa ketidaknyamanan (*protection from discomfort*), peneliti melakukan wawancara berdasarkan waktu dan tempat yang dikehendaki partisipan. Tempat yang dirasakan nyaman oleh partisipan adalah diruang hemodialisa tersebut, dimana partisipan sedang dilakukan hemodialisa. Hal ini dilakukan dengan pertimbangan bahwa partisipan merasa kondisinya stabil jika hemodialisa sedang berlangsung dan keluhan-keluhan fisik baru akan terasa setelah hemodialisa selesai dilakukan. Atas pertimbangan ini, maka partisipan merasa nyaman untuk dilakukan wawancara. Selain itu lamanya dalam melakukan wawancara akan disepakati dengan partisipan. Sebagai pertimbangan kemampuan seseorang berkonsentrasi terhadap sesuatu, Creswell dan Brown (1992) dalam Creswell (2002), menyarankan bahwa waktu yang dibutuhkan dalam sekali wawancara mendalam sekitar 45 menit sampai dengan 1 jam. Pada penelitian ini, selama proses wawancara. Peneliti mengobservasi tanda vital partisipan dan mengevaluasi adanya keluhan pusing selama wawancara dilakukan. Peneliti juga menyampaikan pada partisipan bahwa jika partisipan merasa kondisinya tidak memungkinkan, maka partisipan dapat menghentikan wawancara tersebut untuk dilanjutkan pada pertemuan berikutnya.

Pada saat wawancara dilakukan, dari seluruh jumlah partisipan, terdapat 1 partisipan yang mengeluh pusing sebelum wawancara selesai dilakukan, yaitu pada partisipan perempuan (A5), saat dilakukan pemeriksaan tanda vital/pengukuran tekanan darah oleh peneliti, didapatkan tekanan darah partisipan saat itu 90/60 mmHg. Melihat kondisi tersebut, maka peneliti menghentikan proses wawancara dan membuat kontrak pertemuan selanjutnya dengan partisipan.

### **3.5 Alat dan Metode Pengumpulan Data**

Adapun alat pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah: a) peneliti sendiri sebagai pemandu wawancara, b) pedoman wawancara tidak terstruktur yang berisikan pertanyaan-pertanyaan terbuka untuk menggali data sesuai tujuan penelitian, c) catatan lapangan yang dipergunakan untuk mencatat pengamatan peneliti selama proses wawancara dan d) alat perekam suara (*tape*

*recorder*) yang dipergunakan untuk mempermudah pendokumentasian ungkapan partisipan, e) instrumen penilaian fungsi seksual.

Instrumen utama yang digunakan dalam penelitian ini adalah peneliti sendiri. Alasan peneliti sebagai alat pengumpulan data adalah, bahwa peneliti merupakan manusia yang mempunyai ciri-ciri responsif, mampu menyesuaikan diri, menekankan keutuhan, mendasarkan diri atas pengetahuan, memproses data secepatnya, dan mampu menggunakan kesempatan untuk mengklarifikasikan kembali (Moleong, 2006). Sebelum digunakan untuk mengumpulkan data, pedoman wawancara diuji coba terlebih dahulu terhadap kemampuan peneliti menggali permasalahan seksual yang dialami pasien hemodialisa serta peneliti mampu bertanya tentang item-item yang akan ditanyakan kepada partisipan. Proses Uji coba dilakukan pada 1 orang pasien perempuan yang melakukan hemodialisa yang diambil dari RS Islam Jakarta. Setelah dirasakan instrumen tersebut dapat difahami oleh partisipan, maka penelitian dilanjutkan dengan instrumen yang sama.

Metode pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode wawancara mendalam (*indepth interview*) didukung dengan pembuatan catatan lapangan (*field note*). Pemilihan metode wawancara mendalam pada penelitian ini adalah untuk mengeksplorasi secara mendalam mengenai persepsi partisipan terhadap pengalaman seksual selama partisipan menjalani hemodialisa. Strategi pengumpulan data akan digunakan pada penelitian ini adalah wawancara tidak terstruktur menggunakan pertanyaan terbuka/*open ended question*, observasi dan pembuatan catatan lapangan terhadap respon non verbal partisipan selama wawancara dilakukan. Sedangkan Robinson (2000) menyatakan bahwa, *open ended question* merupakan cara yang utama pada riset kualitatif, karena akan memberikan kesempatan pada responden untuk menjelaskan sepenuhnya pengalaman yang dialami sesuai dengan fenomena yang diteliti. Wawancara tidak terstruktur akan memberikan kesempatan pada partisipan dalam menjawab pertanyaan peneliti (Speziale & Carpenter, 2003).

Pedoman wawancara pada penelitian ini digunakan sesuai dengan kebutuhan saja, karena pedoman ini bertujuan supaya pertanyaan yang diajukan peneliti kepada

partisipan dapat lebih terarah sesuai dengan tujuan penelitian. Pedoman ini juga dapat digunakan untuk mengingatkan peneliti terhadap pokok masalah yang dibahas (Speziale & Carpenter, 2003). Pada penelitian ini, peneliti mengalami sedikit kendala pada satu partisipan perempuan dengan tingkat pendidikan (SD), dimana partisipan sulit memahami pertanyaan peneliti, sehingga peneliti mencoba menyederhanakan pertanyaan tersebut dengan pertanyaan tertutup.

Respon non verbal yang muncul saat wawancara dilakukan, keterangan lain yang terdiri dari tanggal wawancara, deskripsi proses wawancara, tempat dan situasi saat wawancara, akan didokumentasikan pada catatan lapangan. Catatan lapangan masing-masing partisipan telah didokumentasikan oleh peneliti, sehingga memudahkan peneliti memahami maksud pernyataan partisipan saat pembuatan koding dilakukan.

### **3.6 Prosedur Pengumpulan Data**

Prosedur pengumpulan data dilakukan dengan beberapa tahapan yaitu: Tahap persiapan penelitian, tahap pelaksanaan dan tahap terminasi.

#### **3.6.1 Tahap Persiapan**

Tahap persiapan dilaksanakan setelah peneliti mendapatkan ijin atau uji etik dari Komite Etik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan ijin melakukan penelitian dari Direktur RS Islam Jakarta. Setelah ijin diperoleh, peneliti melakukan pertemuan dengan perawat hemodialisa untuk menjelaskan maksud dan tujuan serta lama proses penelitian. Tahap selanjutnya peneliti bersama dengan kepala ruangan hemodialisa mengidentifikasi partisipan yang sesuai dengan kriteria penelitian. Selanjutnya peneliti menemui partisipan yang dipilih setelah sebelumnya dilakukan perkenalan oleh kepala ruangan. Untuk melakukan perkenalan dan tahap interaksi awal dengan partisipan, peneliti tidak langsung melakukan kegiatan penelitian, tetapi mencoba mengikuti kegiatan diruangan tersebut dan menemui beberapa partisipan untuk melakukan perkenalan lebih mendalam. Proses ini dilakukan oleh peneliti sebagai tahap membina hubungan saling percaya dengan partisipan. Tahap berikutnya adalah penjelasan penelitian kepada partisipan dimana peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian kemudian dilanjutkan dengan proses *screening*. Setelah perkenalan dirasakan

cukup, maka peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian serta menjelaskan proses penelitian. Tahap awal adalah partisipan mengisi data demografi dan selanjutnya peneliti melakukan *screening* fungsi seksual. Seluruh partisipan menginginkan proses *screening* dilakukan pada saat kontrak pertemuan pertama, dan pertemuan selanjutnya dapat dilakukan wawancara. Apabila hasil *screening* tersebut menunjukkan adanya perubahan seksual, tahap selanjutnya akan dibuat kontrak untuk proses wawancara dengan menggunakan *tape recorder* yang akan dilakukan sesuai dengan kesepakatan pasien. Setelah calon partisipan menyatakan bersedia mengikuti penelitian ini, maka peneliti meminta partisipan untuk menandatangani lembar persetujuan penelitian (*informed consent*). Selanjutnya Peneliti menyampaikan kepada partisipan bahwa tidak ada unsur paksaan dalam penelitian ini dan partisipan dapat keluar dari penelitian ini jika merasakan ketidaknyamanan.

### 3.6.2 Pelaksanaan

Setelah calon partisipan teridentifikasi memenuhi kriteria penelitian, kemudian calon partisipan diberikan penjelasan mengenai kegiatan penelitian. Tahap pertama adalah melakukan *screening* fungsi seksual pada partisipan, *screening* dilakukan oleh peneliti dengan partisipan, kegiatan ini dilakukan oleh peneliti dengan membacakan pertanyaan pada instrumen penelitian atau partisipan membaca sendiri kemudian memberikan jawabannya kepada peneliti. Selama proses tersebut, peneliti berada disamping partisipan untuk mengantisipasi adanya pertanyaan yang kurang jelas, sehingga dapat langsung diklarifikasi. Kegiatan selanjutnya adalah wawancara dengan partisipan yang diawali dengan menanyakan keadaan dan kondisi partisipan, jika kondisi partisipan tidak memungkinkan, maka peneliti membuat kontrak baru untuk pertemuan selanjutnya. Sebelum wawancara dimulai, peneliti menanyakan keadaan partisipan, apakah partisipan sudah siap untuk dilakukan wawancara serta keluhan yang dirasakan saat ini. Setelah partisipan menyatakan kesiapannya, peneliti menyiapkan alat perekam dan catatan lapangan, kemudian memulai wawancara. Proses wawancara direkam dengan menggunakan *tape recorder* yang diletakkan diantara partisipan dan peneliti. Jika ada bagian dari wawancara yang tidak ingin

direkam, maka *tape recorder* akan dimatikan. Kemudian partisipan dapat melanjutkan memberikan jawaban sesuai pertanyaan yang diajukan.

Selama proses wawancara, peneliti mencatat semua peristiwa yang terjadi saat wawancara ke dalam catatan lapangan (*field note*). Isi *field note* meliputi perilaku non verbal yang ditunjukkan oleh partisipan seperti ekspresi non verbal, situasi saat wawancara, tempat, tanggal dan waktu wawancara. Proses wawancara pertama dilakukan  $\pm$  45 menit sampai 1 jam, dengan jumlah pertemuan yang dilakukan sampai dengan melakukan konfirmasi dan validasi data dalam bentuk transkrip verbatim antara 2-3 kali pertemuan. Seperti diungkapkan oleh Creswell & Brown (1992) dalam Creswell (2002), menyarankan bahwa waktu yang dibutuhkan dalam sekali wawancara mendalam sekitar 45 menit sampai dengan 1 jam.

### 3.6.3 Terminasi

Terminasi ini dilakukan setelah pengumpulan data dirasa cukup, setelah validasi transkrip verbatim dilakukan dengan partisipan, peneliti menginformasikan bahwa proses pengumpulan data dalam penelitian ini telah selesai, sehingga tidak akan ada lagi sesi wawancara berikutnya terkait penelitian ini. Tahap terminasi pada penelitian ini secara umum dilakukan pada pertemuan ketiga. Selanjutnya peneliti memberikan ungkapan terimakasih berupa *souvenir* kepada partisipan.

## 3.7 Proses Analisis Data

Proses analisis data pada penelitian ini menggunakan beberapa langkah tahapan menurut Stevick-Colaizzi-Keen (1994) dalam Speziale dan Carpenter (2003). Adapun tahapannya adalah sebagai berikut:

### 3.7.1 Pembuatan transkrip data atau mengelola data yang diperoleh.

Kegiatan pembuatan transkrip data ini meliputi menggabungkan hasil wawancara pada partisipan dan catatan lapangan yang terkait kondisi, serta situasi yang dicatat selama pelaksanaan penelitian. Kegiatan ini dilakukan oleh peneliti dengan menggabungkan hasil transkrip dari seluruh partisipan.



### 3.7.2 Pembacaan transkrip.

Transkrip yang telah dibuat secara menyeluruh dibaca berulang-ulang dengan tujuan untuk mengidentifikasi pernyataan-pernyataan yang bermakna dari partisipan sesuai hasil wawancara dan catatan lapangan. Pernyataan bermakna yang ditemukan dari hasil wawancara dan catatan lapangan tersebut oleh peneliti disebut sebagai kata kunci. Dalam melakukan identifikasi, pernyataan yang bermakna harus mengacu pada tujuan penelitian. Jika ditemukan pernyataan bermakna tetapi tidak berhubungan dengan tujuan penelitian, maka pernyataan tersebut diabaikan oleh peneliti.

### 3.7.3 Pembuatan katagorisasi

Pernyataan-pernyataan yang memiliki makna yang sama atau hampir sama dijadikan kategori. Selanjutnya dilakukan *coding* agar memudahkan peneliti untuk mengelompokkan ataupun menelusuri kembali sumber data tersebut kemudian dilakukan kategorisasi. Hal penting yang diperhatikan peneliti pada saat pembuatan kategori ini adalah dengan membaca rangkaian kalimat partisipan tersebut secara utuh dan berulang-ulang guna memastikan bahwa kategori yang dibuat adalah sesuai dengan apa yang dimaksud partisipan.

### 3.7.4 Penentuan kategori

Penentuan kategori yang telah diperoleh, kemudian ditelusuri tema-tema yang muncul. Kategori-kategori yang mempunyai makna yang sama dan sangat terkait antara satu dengan yang lainnya, dikelompokkan dalam satu sub tema.

### 3.7.5 Formulasi tema-tema

Memformulasikan tema-tema yang muncul dari sub tema dan sub-sub tema yang telah dirumuskan. Sub-sub tema yang sejenis dan terkait dirumuskan dalam suatu bentuk yang terstruktur dan konseptual yang disebut tema. Landasan yang digunakan peneliti untuk memunculkan tema adalah berdasarkan tinjauan teori yang tercantum pada bab 2.

### 3.7.6 Kluster tema

Pada tahap ini peneliti membuat kluster tema, yaitu mengorganisasikan data dengan cara mengembangkan hubungan antara kategori, sub-sub tema, dan sub tema dengan tema. Selanjutnya dilakukan pemeriksaan dengan cara membuat perbandingan antara deskripsi asli yang terdapat dalam masing-masing transkrip dengan hasil pengelompokan tema akhir.

### 3.7.7 Deskripsi lengkap

Pada tahap selanjutnya peneliti membuat deskripsi secara lengkap, sistematis dan jelas (*exhaustive description*) tentang hasil analisis tersebut. Tujuan penjabaran tersebut adalah untuk mengkomunikasikan struktur *essensi* yang telah berhasil diidentifikasi dari fenomena pengalaman seksual pasien yang menjalani hemodialisa.

### 3.7.8 Laporan hasil analisis

Selanjutnya laporan hasil deskripsi analisis data yang telah dibuat dikembalikan kepada partisipan untuk dilakukan validasi terhadap kebenaran atau kesesuaian deskripsi dengan perspektif partisipan.

## 3.8 Keabsahan Data

Keabsahan data merupakan usaha meningkatkan derajat kepercayaan data, sehingga hasil penelitian ini benar-benar ilmiah dan dapat dipertanggungjawabkan (Moleong, 2006). Untuk memperoleh keabsahan data, terdapat empat kriteria yang harus dipenuhi, yaitu: *credibility*, *dependability*, *confirmability* dan *transferability*, (Moleong, 2006; Speziale & Carpenter, 2003).

### 3.8.1 Kriteria *Credibility* atau derajat kepercayaan

Moleong (2006), menyatakan bahwa kriteria derajat kepercayaan berfungsi untuk melakukan penyelidikan sedemikian rupa agar tingkat kepercayaan hasil penemuan dapat dicapai dan dapat dibuktikan oleh peneliti. Proses ini dilakukan dengan cara peneliti terlibat langsung dalam pengumpulan data dan peneliti mengamati langsung situasi dan kondisi partisipan saat wawancara dilakukan.

Dengan terlibat langsung dalam pengumpulan data ini sangat menentukan derajat kepercayaan.

### 3.8.2 *Dependability* atau ketergantungan

Merupakan kriteria yang menunjukkan bahwa kepercayaan telah ditemukan oleh peneliti, pertanyaan dijawab dengan jelas, sehingga dengan adanya kepercayaan hasil, maka hasil dapat dipertanggungjawabkan Linclon dan Guba (1985) dalam Speziale dan Carpenter (2003). Ketergantungan merupakan pengganti istilah reliabilitas pada penelitian non kualitatif. Penentuan kriteria ini dilakukan dengan cara mengumpulkan data secara lengkap dan melakukan organisasi data setepat mungkin. Setelah itu akan dilakukan penelaahan data secara menyeluruh bersama dengan narasumber (pembimbing). Penelaahan data ini dilakukan dengan menyerahkan transkrip hasil wawancara dan kisi-kisi tema yang telah disusun peneliti kepada pembimbing untuk mendapatkan saran dan perbaikan.

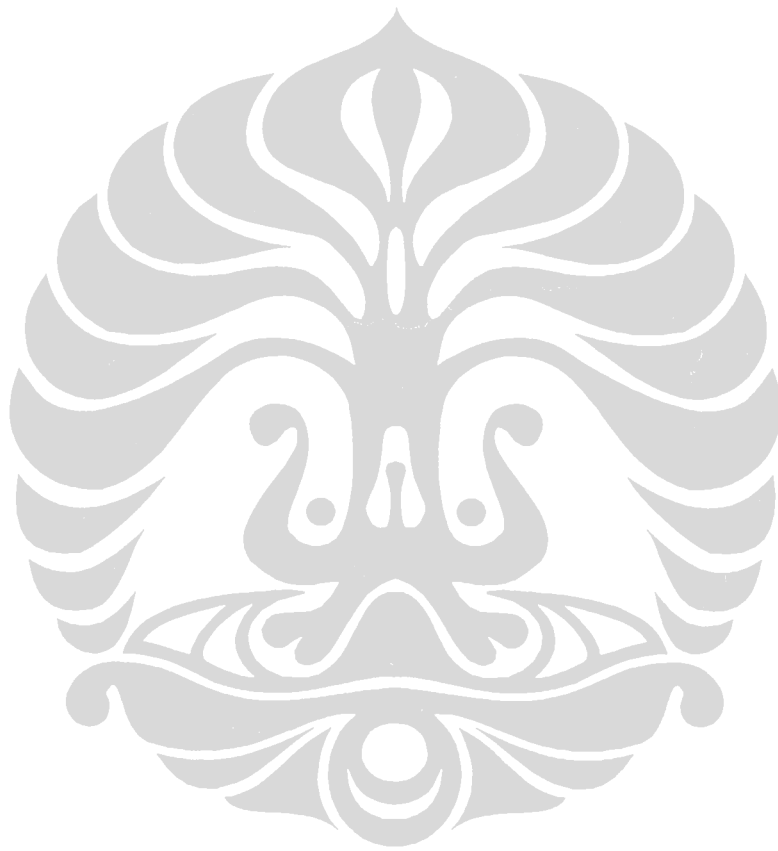
### 3.8.3 *Confirmability* atau kepastian

Kriteria konfirmabilitas menekankan pada kepastian data. Bermakna secara objektivitas, dapat dipercaya dan dapat dipastikan. Selanjutnya dalam memenuhi prinsip konfirmabilitas, peneliti menggunakan metode observasi seperti catatan lapangan selain data hasil wawancara. Hal ini dilakukan dengan tujuan mengkonfirmasi dengan pembimbing selaku pakar yang ahli dibidangnya tentang apa yang dikatakan partisipan dan respon partisipan saat wawancara dilakukan. Selanjutnya setelah konfirmabilitas dilakukan, hasil wawancara tersebut dikembalikan kepada partisipan untuk dilihat kembali apakah sudah sesuai dengan apa yang disampaikan partisipan saat wawancara.

### 3.8.4 *Transferability* atau keteralihan

Menurut Moleong (2006), usaha membangun keteralihan dalam penelitian kualitatif jelas sangat berbeda dengan non kualitatif dengan validitas eksternalnya. Dalam penelitian kualitatif kriteria keteralihan dilakukan dengan uraian rinci (*thick description*). *Transferability* merupakan validitas eksternal dimana validitas tersebut menyatakan bahwa hasil penelitian dapat berlaku pada semua konteks

dalam populasi yang sama berdasarkan penelitian yang dilakukan melalui sample yang representatif ( Greene, 1990; Linclon &Guba 1985; Sadelowski, 1986 dalam Speziale dan Carpenter, 2003). Tahapan ini dilakukan dengan cara peneliti mendeskripsikan seluruh rangkaian penelitian secara lengkap, terperinci, dan sistematis, sehingga diharapkan dapat menggambarkan konteks penelitian sesuai dengan kemampuan yang dimiliki peneliti. Selanjutnya temuan yang diperoleh akan dapat difahami dan peneliti lain dapat menggunakan hasil penelitian tersebut untuk penelitian lanjutan.



## BAB 4 HASIL PENELITIAN

Dalam bab ini akan diuraikan tentang hasil penelitian fenomenologi mengenai pengalaman disfungsi seksual pasien penyakit ginjal kronik tahap akhir yang menjalani hemodialisa di Rumah Sakit Islam Jakarta. Penjelasan hasil penelitian ini terbagi atas dua bagian, yaitu: pertama, informasi yang terkait karakteristik data demografi partisipan; kedua, penjelasan mengenai tema yang muncul berdasarkan persepsi partisipan terhadap perubahan seksual yang dialami oleh pasien yang menjalani hemodialisa.

### 4.1 Karakteristik Partisipan

Karakteristik data sosiodemografi partisipan laki-laki dan perempuan dalam penelitian ini disajikan dalam tabel 4.1 dibawah ini:

Tabel 4.1 Data Sosiodemografi Partisipan

No	Kode Partisipan	Usia	Tingkat Pendidikan	Pekerjaan	Status	Suku
Partisipan laki-laki						
1	B1	50	SMA	PNS	Menikah	Jawa
2	B2	52	PT	BUMD	Menikah	Sunda
3	B3	50	SMP	Karyawan Swasta	Menikah	Sunda
4	B4	48	PT	PNS	Menikah	Sunda
5	B5	54	SMP	Karyawan Swasta	Menikah	Jawa
6	B6	46	PT	PNS	Menikah	Jawa
Partisipan perempuan						
1	A1	46	SMA	IRT	Menikah	Jawa
2	A2	33	PT	Karyawan Swasta	Menikah	Jawa
3	A3	34	SMA	IRT	Menikah	Jawa
4	A4	36	SMA	IRT	Menikah	Jakarta
5	A5	35	SD	IRT	Menikah	Padang
6	A6	39	PT	IRT	Menikah	Balikpapan

Partisipan dalam penelitian ini berjumlah 12 orang yang terdiri atas 6 orang untuk partisipan laki-laki dan 6 orang untuk partisipan perempuan, berusia antara 33 sampai 54 tahun. Jenis pekerjaan partisipan laki-laki pada umumnya adalah bekerja sebagai pegawai sedangkan pada partisipan perempuan pada umumnya bekerja sebagai ibu rumah tangga.

Karakteristik aktivitas hubungan seksual partisipan dan riwayat hemodialisa yang sudah dilakukan disajikan pada tabel 4.2 berikut ini :

Tabel 4.2 Karakteristik aktivitas hubungan seksual dan riwayat hemodialisa partisipan

No	Kode partisipan	Aktivitas Seksual	Aktivitas Sexual Terakhir	Lama HD	Riwayat penyakit sebelumnya
Partisipan laki-laki					
1	B1	Ya	1 bulan yang lalu	7 Tahun	Hipertensi
2	B2	Tidak	3 bulan yang lalu	15 Tahun	Hipertensi
3	B3	Tidak	3 bulan yang lalu	9 Tahun	Hipertensi
4	B4	Ya	1 bulan yang lalu	2 Tahun	Hipertensi,Stroke,Batu,DM
5	B5	Ya	1 bulan yang lalu	6 Tahun	Hipertensi
6	B6	Ya	2 minggu yang lalu	1,5 Tahun	Hipertensi
Partisipan perempuan					
1	A1	Ya	1 bulan yang lalu	5 Tahun	Hipertensi
2	A2	Ya	1 minggu yang lalu	4 Tahun	Hipertensi/Preeklamsi
3	A3	Ya	1 bulan yang lalu	4,5 Tahun	Hipertensi
4	A4	Ya	2 minggu yang lalu	3 Tahun	Hipertensi/Preeklamsi
5	A5	Ya	1 minggu yang lalu	7 Tahun	Hipotensi Post Kuret
6	A6	Ya	1 bulan yang lalu	9 Tahun	Hipertensi

Semua partisipan dalam penelitian ini berstatus menikah dan memiliki pasangan, dengan aktivitas seksual terakhir antara 1 minggu sampai 3 bulan yang lalu. Partisipan dalam penelitian ini adalah semua pasien yang melakukan hemodialisa di RS Islam Jakarta dengan lama hemodialisa berkisar antara 2 sampai 15 tahun dengan riwayat penyakit sebelumnya Hipertensi sebanyak 11 orang dan 1 orang partisipan perempuan memiliki riwayat hipotensi *post kuret*.

Sebelum dilakukan wawancara peneliti terlebih dahulu melakukan *screening* terhadap perubahan seksual pada partisipan laki-laki dan perempuan. Instrumen yang digunakan untuk *screening* pada partisipan laki-laki adalah *International Index of Erectile Function (IIEF)* dengan menilai fungsi ereksi, fungsi orgasme, fungsi seksual, kepuasan hubungan seksual dan kepuasan secara umum berdasarkan domain penilaian. Secara lebih jelas dapat dilihat pada tabel 4.3 berikut dibawah ini:

Tabel 4.3 Hasil *screening* disfungsi seksual pada partisipan laki-laki (n=6)

Partisipan	$\Sigma$	Fungsi Ereksi	$\Sigma$	Fungsi Orgasme	$\Sigma$	Hasrat Seksual	$\Sigma$	Kepuasan seksual	$\Sigma$	Kepuasan umum
B1	8	Disfungsi sedang	4	Disfungsi sedang	7	Disfungsi ringan	6	Disfungsi sedang	6	Disfungsi ringan ke sedang
B2	12	Disfungsi sedang	0	Disfungsi berat	7	Disfungsi ringan	0	Disfungsi berat	2	Disfungsi berat
B3	1	Disfungsi berat	0	Disfungsi berat	2	Disfungsi berat	0	Disfungsi berat	2	Disfungsi berat
B4	8	Disfungsi sedang	2	Disfungsi berat	7	Disfungsi ringan	4	Disfungsi sedang	2	Disfungsi berat
B5	7	Disfungsi sedang	0	Disfungsi berat	5	Disfungsi ringan ke sedang	2	Disfungsi berat	6	Disfungsi ringan ke sedang
B6	16	Disfungsi ringan ke sedang	4	Disfungsi sedang	6	Disfungsi ringan ke sedang	7	Disfungsi ringan ke sedang	6	Disfungsi ringan ke sedang

Ket:  $\Sigma$  adalah jumlah/nilai yang diperoleh berdasarkan pertanyaan pada format *screening*.

Dari data tersebut dapat disimpulkan bahwa partisipan mengalami disfungsi seksual pada beberapa fungsi diantaranya fungsi ereksi, fungsi orgasme, hasrat seksual, kepuasan umum dan kepuasan seksual. Hasil pada kriteria tersebut menunjukkan bahwa partisipan mengalami disfungsi seksual pada rentang disfungsi seksual ringan ke sedang sampai dengan disfungsi seksual berat. Berdasarkan hasil *screening* inilah, peneliti menentukan proses wawancara dengan partisipan dapat dilanjutkan.

Untuk partisipan perempuan, instrumen *screening* dilakukan dengan menggunakan *Female Sexual Function Index (FSFI)* dengan criteria penilaian adalah pada hasrat seksual, rangsangan seksual, lubrikasi, kemampuan orgasme, kepuasan dan adanya nyeri saat berhubungan seksual (*Dyspareunia*). Hasil *screening* yang ditemukan pada partisipan perempuan digambarkan pada tabel 4.4 berikut ini:

Tabel 4.4 Hasil *screening* fungsi seksual pada partisipan perempuan (n=6)

Kode	Nilai Hasrat	Nilai Rangsangan	Nilai lubrikasi	Nilai orgasme	Nilai kepuasan	Nilai nyeri	Jumlah	Makna
A1	2	4	2	3	4	4	19	Buruk
A2	3	3	4	3	4	5	22	Buruk
A3	2	3	4	2	2	2	15	Buruk
A4	3	4	3	3	4	4	21	Buruk
A5	2	4	4	3	3	4	20	Buruk
A6	2	4	4	2	2	5	19	Buruk

Dari tabel tersebut diatas dapat disimpulkan bahwa partisipan perempuan tersebut mengalami perubahan fungsi seksual yang buruk. Berdasarkan kriteria jika jumlah total *score* > 30 bermakna memiliki fungsi seksual yang baik, *score* antara 23-29 memiliki fungsi seksual yang sedang dan *score* < 23 memiliki fungsi seksual yang buruk (Rosen et al, 2000).

#### 4.2 Analisis Tema

Berdasarkan hasil wawancara mendalam serta observasi dengan menggunakan catatan lapangan selama proses pengambilan data ini, maka peneliti melakukan analisis data dengan menggunakan *content analysis* yang dikembangkan oleh Collaizi (1978, dalam Speziale dan Carpenter, 2003). Penelitian ini menghasilkan 8 tema yaitu: **Perubahan akibat penyakit ginjal kronik, aktivitas seksual pasien hemodialisa, faktor yang mempengaruhi motivasi melakukan hubungan seksual, jenis disfungsi seksual pasien hemodialisa, perilaku dalam mengatasi masalah seksual, persepsi penyebab timbulnya masalah seksual, support system yang diperlukan pasien hemodialisa**, dan **harapan akan kebutuhan pelayanan kesehatan**. Masing-masing tema akan diuraikan satu persatu.

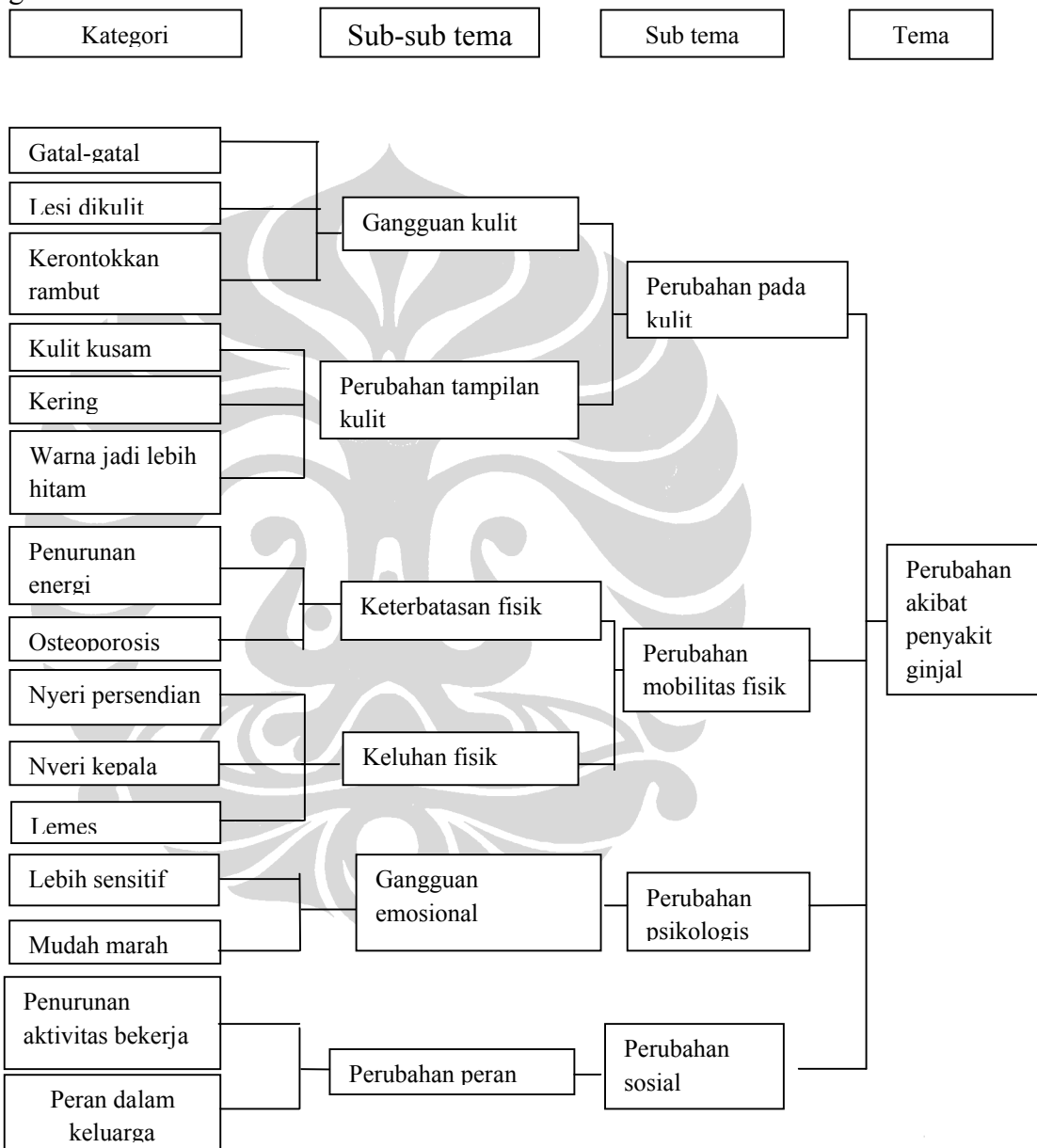
##### 4.2.1 Tema 1 : Perubahan akibat penyakit ginjal kronik

Persepsi tentang perubahan-perubahan yang dialami pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisa, diawali oleh peneliti dengan memberikan pertanyaan “*pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisa, biasanya memiliki beberapa perubahan terkait dengan kondisinya saat ini, perubahan apa saja yang*



*Bapak/Ibu rasakan sejak hemodialisa dilakukan”*. pertanyaan selanjutnya yaitu *“berdasarkan perubahan yang Bapak/Ibu alami, bagaimana dampaknya?”*.

Dari beberapa kategori yang diperoleh menghasilkan 1 tema yaitu **perubahan akibat penyakit ginjal kronik**. Perubahan yang dialami oleh pasien hemodialisa diperoleh dari kategori dan sub tema secara skematis dapat digambarkan pada gambar 4.1 berikut ini:



Gambar 4.1 Tema 1 : Perubahan akibat penyakit ginjal kronik

Tema **perubahan akibat penyakit ginjal kronik** diperoleh dari 4 sub tema, yaitu perubahan pada kulit, perubahan mobilitas fisik, perubahan psikologis dan

perubahan sosial. Perubahan pada kulit ini dialami oleh partisipan laki-laki dan perempuan, dengan keluhan yang sama. Sub tema tentang perubahan pada kulit diperoleh dari ungkapan masing-masing partisipan yang menggambarkan adanya perubahan pada sistem integumen, dengan sub-sub tema yaitu gangguan pada kulit dan perubahan tampilan kulit. Perubahan ini terbagi ke dalam 6 kategori yaitu gatal pada kulit, lesi dikulit, kerontokan rambut, kulit kusam, kering, warna jadi lebih hitam.

Perubahan pada kulit yang sering dirasakan adalah adanya keluhan rasa gatal yang dirasakan mengganggu pasien hemodialisa. Keluhan rasa gatal dirasakan oleh 5 orang partisipan laki-laki dan 1 orang partisipan perempuan. Hal ini tergambar dari pernyataan partisipan berikut ini:

*“Keluhan yang sering saya rasakan ya..itu...gatel-gatel ya kulitnya..”*  
(B2,B3,B4)

*“Terus ini ya..gatel kulitnyah..”* (B4)

*“Paling sering apa ya...ya ..itu..gatel kulitnya”* (B5,B6, A4)

Sementara itu keluhan lain pada kulit yang dirasakan adalah adanya lesi bekas garukan akibat gatal yang dialami oleh partisipan B3 dan A4. Seperti ungkapan dibawah ini :

*“Timbul bintik-bintik seperti koreng ya dikulit”* (B3, A4)

Selain itu terdapat 2 partisipan laki-laki dan 1 partisipan perempuan yang juga mengeluhkan adanya kerontokan pada rambut yang dirasakan. Hal tersebut dapat dilihat dari pernyataan berikut ini:

*“Bulu tangan saya rasanya rontok”* (B2, B6)

*“Kayaknya rambut sama bulu tangan saya juga rontok ya..”*(A4)

Perubahan lain pada kulit juga dirasakan oleh 5 orang partisipan laki-laki dan 3 orang partisipan perempuan, mereka menyatakan bahwa perubahan tampilan kulit terdiri dari kulit menjadi kusam dan kering serta warna menjadi lebih hitam. Terdapat tiga orang partisipan yang menyatakan kulit menjadi lebih kusam. Seperti pada ungkapan partisipan berikut ini:

*“Kayaknya kulit jadi kusam”* (B1, B2)

*“ Terus warnanya juga kusem gitu..”*( B6)

Sementara itu partisipan 2 orang partisipan laki-laki juga mengalami perubahan pada tampilan kulit dimana kulit menjadi menjadi lebih kering. Seperti diungkapkan oleh partisipan B2 dan B6 dibawah ini.

*“Kulit jadi kering yah..” (B2, B6)*

*“Sekarang kulit jadi kering yah..”( B4, A3, A4, A6)*

Perubahan warna kulit yang dirasakan, diperoleh dari 4 orang partisipan laki-laki dan 6 orang partisipan perempuan yang menyatakan bahwa warna kulit menjadi lebih hitam. Seperti pada berikut:

*“Terus kulit jadi iteman” (B4, B5, B6, A1, A2, A3, A5)*

*“Kulit saya iteman nih...dibanding dulu..” (B2, A4, A6)*

Subtema yang kedua yaitu perubahan mobilitas fisik. Dari hasil wawancara didapatkan bahwa perubahan fisik yang dialami partisipan yang menjalani hemodialisa adalah perubahan mobilitas fisik yang terdiri dari stamina yang menurun, kerapuhan tulang, nyeri persendian, nyeri kepala dan lemas.

Kategori penurunan stamina tergambar dalam pernyataan 3 orang partisipan laki-laki dan 3 orang partisipan perempuan, bahwa sejak hemodialisa dilakukan, perubahan kondisi fisik yang paling dirasakan adalah menurunnya stamina partisipan. Seperti pada petikan pernyataan berikut:

*“Yang jelas sekarang tenaga udah nggak ada” (B1, B2, B3)*

*“Kalo sekarang gak kayak dulu ya...staminanya udah berubah..”( A1, A3)*

*“Sekarang sih..stamina berubah ya..gak kaya waktu sehat lah..(A2)*

Kategori lain yang menggambarkan perubahan mobilitas fisik adalah tulang keropos (osteoporosis). Perubahan ini dialami oleh 2 orang partisipan laki-laki. Seperti diungkapkan pada pernyataan berikut ini :

*“Kayaknya tulang saya mudah patah” (B2)*

*“Waktu itu saya pernah jatuh, padahal jatohnya juga biasa aja ya, nggak..nggak ini ya...parah juga. Tapi kok tulang saya retak..”(B1)*

Terdapat 5 partisipan yang menyatakan bahwa mengalami juga nyeri persendiannya dengan berbagai ungkapan berikut ini :

*“Sendi-sendinya udah pada sakit nih” (B5, B6)*

*“Terus ini ya...kaki sama sendi nih rasanya ngilu gitu..”(B2, A3)*

*“Biasanya kaki nih ngilu ya suster..”*(A6)

Keluhan nyeri kepala diungkapkan oleh 3 orang partisipan laki-laki dan 3 orang partisipan perempuan dengan menyatakan sering pusing. Seperti pada ungkapan berikut:

*“Sering pusing biasanya”* (B1, B2, B3)

*“Soalnya saya sering pusing sih”*(A3, A5)

*“Paling sering ya pusing nih..apalagi kalo tensi tinggi..”*(A2)

Pada partisipan B2 dan A3 menyatakan perubahan ini disertai juga dengan adanya keluhan badan lemas. Selain itu keluhan ini juga dirasakan pada 2 partisipan laki-laki dan 2 partisipan perempuan. Seperti pada ungkapan berikut ini:

*“Badan jadi lemes”*(B5, B6, A2, A4)

*“Terus itu ya..badan rasanya lemeees banget...”*(B2)

*“Sekarang saya rasanya lemes ya..udah nggak kuat jalan jauh”*(A3)

Pada subtema yang ketiga yaitu adanya perubahan psikologis. Pada penelitian ini teridentifikasi bahwa perubahan psikologis pasien penyakit ginjal kronik tahap akhir yang menjalani hemodialisa mengalami perubahan psikologis seperti seperti lebih sensitif dan mudah marah. Seperti diungkapkan oleh partisipan dibawah ini:

*“Sekarang jadi lebih sensitif kali ya”* (B1, B2, B6, A1)

*“He..he..he..kayaknya sedikit lebih sensitive ya..”*(A2)

*“Apa ya..saya lebih sensitive gitu..ya gampang marah lah..”*(A5)

Sementara itu 8 orang partisipan juga merasakan saat ini menjadi mudah marah karena kondisi tubuh yang dirasakan sudah tidak nyaman. Seperti diungkapkan pada beberapa partisipan berikut ini:

*“Iya..saya jadi gampang kesinggung”*(A3, A4)

*“Jadi gampang marah”* (B2, B4, B5, A5)

*“Jadi ini..apa..mudah emosi”* (B3, A6)

Sub tema selanjutnya yaitu subtema keempat adalah adanya perubahan peran yang dialami oeh partisipan sejak terdiagnosa penyakit ginjal kronik dan harus menjalani hemodialisa. Perubahan tersebut meliputi perubahan peran dalam aktivitas bekerja dan perubahan peran dalam keluarga.

Perubahan peran dalam aktivitas bekerja dalam lingkungan kantor dirasakan oleh partisipan yang bekerja. Terdapat 6 orang partisipan laki-laki yang bekerja dan 1 orang partisipan perempuan. Adapun perubahan peran yang dirasakan adalah perubahan aktivitas dalam melakukan pekerjaan sehingga peran dari partisipan dalam lingkungan pekerjaan juga sudah berkurang. Pada umumnya partisipan masih aktif bekerja tetapi tidak bisa lagi dilakukan secara optimal. Seperti pada ungkapan berikut:

Terdapat 4 orang partisipan yang menyatakan bahwa saat ini sudah tidak aktif lagi dalam bekerja, atau partisipan tersebut tetap masuk kerja tidak dapat dilakukan secara efektif seperti saat sehat. Aktivitas bekerja saat ini dirasakan sebagai kewajiban yang harus dilakukan oleh partisipan. Seperti pada ungkapan partisipan berikut ini:

*“Kalo sekarang kerja ya udah nggak aktif” (B1,B3, B4,)*

*“Kalo kerja ya..udah nggak kaya dulu ya..abis ini kewajiban..”(B5)*

Partisipan B3 juga menyatakan bahwa waktu efektif yang digunakan dalam bekerja selama satu bulan adalah 12 hari masa aktif saja. Seperti pada ungkapan berikut ini :

*“Sebulan paling masuk 12 hari aja”(B3)*

Salah satu partisipan yaitu partisipan B4, menyatakan bahwa aktivitas saat ini banyak dilakukan dengan bantuan istri partisipan, karena partisipan B4 ini memiliki riwayat stroke tahun 2005 dengan hemiparise sinistra. Kondisi ini membuat partisipan sulit untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Seperti pada ungkapan berikut ini:

*“Saya kalo kerja ya dianter istri ya, kerja saya kan jauh, sementara rumah saya didepok, kerja di Ciamis, jadi harus bawa mobil. Kondisi ini gak bisa saya lakukan sendiri, jadi istri yang anter kerja terus tunggu dikantor sampe saya pulang..begitu aja ya..Kalo nggak dianter istri ya nggak bisa jalan”(B4)*

Perubahan lain yang dirasakan adalah aktivitas yang dilakukan sudah tidak seperti saat sebelum sakit. Umumnya partisipan ini menyatakan aktivitas tersebut tidak seperti dulu. Seperti ungkapan dari 7 orang partisipan berikut ini:

*“Aktivitas udah nggak kaya dulu” (B1, B2, B3)*

*“Aktivitas saya udah kurang banget ya..”(B4)*

*“Kalo aktivitas udah nggak bisa banyak yang dilakuin..gak kaya dulu..”(B5) “Yang jelas kalo aktivitas udah menurun ya..gak banyak yang bisa dilakuin..”(B6, A2)*

Subtema kedua dari perubahan peran ini adalah perubahan peran dalam lingkungan keluarga khususnya peran sebagai suami atau istri. Peran yang dilakukan saat ini mengalami perubahan walaupun pada umumnya untuk partisipan laki-laki dan perempuan peran sebagai kepala rumah tangga dan ibu rumah tangga masih dilakukan. Tetapi beberapa peran yang biasanya mampu dilakukan, saat ini mengalami perubahan dan membutuhkan orang lain dalam menjalankan peran tersebut.

Semua partisipan laki-laki mengatakan bahwa perannya saat ini dilakukan dengan bantuan istri partisipan, seperti kebutuhan anak dan pengaturan kebutuhan lain. Partisipan merasa tergantung dengan pasangan akibat kondisinya saat ini. Seperti diungkapkan oleh beberapa partisipan berikut:

*“Semua sekarang yang ngerjain ya ibu” (B1, B2)*

*“Saya udah tergantung sama istri ya” (B1, B2, B3, B4)*

*“Saya udah gak bisa apa-apa..”(B3)*

*“Kalo urusan rumah udahlah ibunya aja..”(B6)*

*“Ya paling..ibu ya yang tekel semuanya..”(B5)*

Ketergantungan pada pasangan sangat dirasakan oleh partisipan B4, karena kondisinya saat ini, partisipan juga harus dibantu dalam memenuhi kebutuhan dasar, semua pemenuhan kebutuhan dasar dilakukan oleh istri partisipan. Seperti pada ungkapan berikut ini:

*“Saya kalo mandi, buang air..itu semua ya istri yang bantuin, saya gak bisa yah kalo ngelakuin sendiri, jadi kalo nggak ada ibu...saya gak bisa kemana-mana..”(B4)*

Pada partisipan perempuan, peran tersebut mengalami perubahan, walaupun dalam pelaksanaannya pelaksanaan peran tersebut juga dibantu oleh orang lain atau oleh pasangan. Seperti diungkapkan oleh 5 orang partisipan berikut ini:

*“Saya masih bisa mengerjakan pekerjaan sebagai istri” (A1,A5, A6)*

Perubahan kondisi ini turut mempengaruhi peran partisipan sebagai ibu rumah tangga, sehingga peran tersebut cukup berat dirasakan dan membutuhkan orang lain untuk melakukan peran tersebut. Seperti diungkapkan oleh seluruh partisipan perempuan berikut ini:

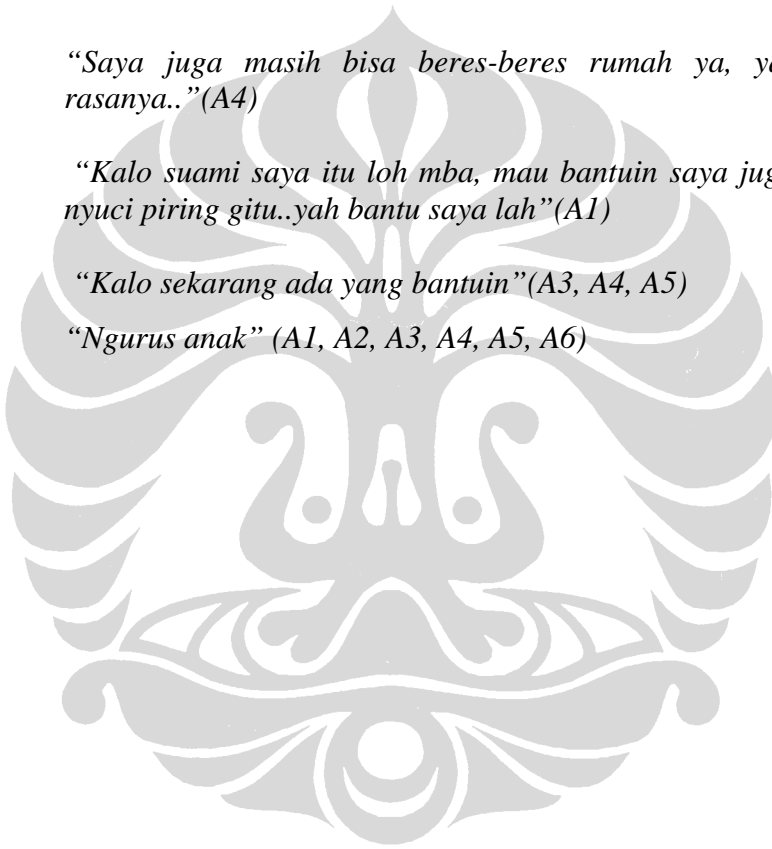
*“Soalnya saya nggak betah ya, kalo rumahnya berantakan, saya kan punya anak kecil, jadi kalo darimana-mana langsung naik ketempat tidur, sementara saya gak betah kalo berantakan. Jadi saya beresin dulu. Terus saya juga mesti mandiin anak, kadang nyuci juga. ya saya usahakan bisa ngerjain kerjaan rumah, walaupun kondisi saya begini”, kadang suami ya bantuin juga ya..” (A3).*

*“Saya juga masih bisa beres-beres rumah ya, ya saya tahanin aja rasanya..”(A4)*

*“Kalo suami saya itu loh mba, mau bantuin saya juga, dia juga mau kok nyuci piring gitu..yah bantu saya lah”(A1)*

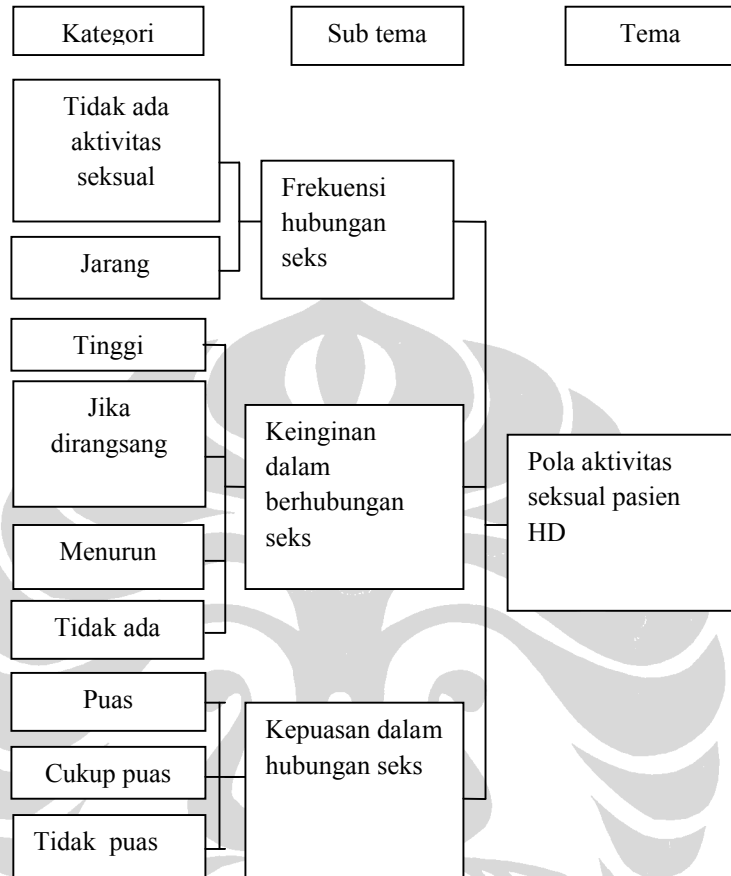
*“Kalo sekarang ada yang bantuin”(A3, A4, A5)*

*“Ngurus anak” (A1, A2, A3, A4, A5, A6)*



#### 4.2.2 Tema 2 : Aktivitas seksual pasien hemodialisa

Secara skematis. Diperoleh **tema aktivitas seksual pasien hemodialisa** seperti terlihat pada gambar 4.2 dibawah ini.



Gambar 4.2 Tema 2 : Aktivitas seksual pasien hemodialisa

Aktivitas seksual pasien hemodialisa terlihat pada pola aktivitas seksual yang dilakukan saat ini yaitu saat partisipan terdiagnosa penyakit ginjal kronik dan menjalani hemodialisa. Perubahan pola tersebut dilihat dari frekuensi hubungan seksual, keinginan untuk melakukan hubungan seksual dan kepuasan dalam berhubungan seksual.

Frekuensi hubungan seksual pasien hemodialisa ini digambarkan dengan 2 kategori yaitu frekuensi berhubungan seksual yang jarang, artinya hubungan seksual ini dilakukan satu bulan sekali dan tidak adanya aktivitas seksual yang dilakukan.



Untuk kategori tidak adanya aktivitas seksual yang dilakukan, ditemukan pada 2 orang partisipan laki-laki pada petikan transkrip berikut ini:

*“Sekarang mah istilahnya udah nggak ada aktivitas seks” (B3)*

*“Yang jelas seks itu udah nggak ada ya..udah gak dilakukan lah” (B5)*

Perubahan frekuensi seksual untuk kategori frekuensi seksual yang jarang, ditemukan pada 3 orang partisipan laki-laki dan 6 orang partisipan perempuan. Seperti terlihat dari petikan transkrip dibawah ini:

*“Sekarang udah jarang ya berhubungan” (B1)*

*“Udah males ya kayaknya buat hubungan..”(B2)*

*“Yah..kalo suami minta aja ya, itu juga udah jarang”(A1)*

*“Hmm..apa ya..paling frekuensinya udah rada jarang kali ya”(A2, A4)*

*“Sekarang udah jarang suster,”(A3)*

*“Ya gak seperti dulu, jarang gitu “(A5, A6)*

Untuk perubahan keinginan seksual partisipan diperoleh 4 kategori yaitu, memiliki keinginan yang besar untuk melakukan hubungan seksual, penurunan keinginan seksual, dengan rangsangan terlebih dahulu dan tidak ada keinginan seksual. Untuk keinginan yang besar dalam berhubungan seksual, pada umumnya dirasakan oleh partisipan laki-laki. Seperti disampaikan pada pernyataan 3 orang partisipan berikut ini:

*“Kalo kepinginan mah pengen terus..tapi gimana ya” (B3)*

*“Kepentingan mah tetep gede ya”( B2)*

*“Kalo kepengen sih saya gede yah..hehehe..”(B4)*

Keinginan yang dirasakan jika ada rangsangan terlebih dahulu, diungkapkan oleh 5 orang partisipan yang umumnya berasal dari partisipan perempuan seperti diungkapkan oleh partisipan berikut ini.

*“Kalo ada rangsangan umpamanya baru pingin” (B1)*

*“Kalo suami saya enak diliat, terus sabar ya apa..merangsangnya..biasanya saya akhirnya juga bisa”(A3)*

*“Biasanya sih suami ya, yang ini duluan”(A4)*

*“Paling kalo suami duluan, baru saya mau”(A5)*

*“Yah..apa ya..harus sabar lah suami”( A6)*

Perubahan keinginan yang menurun juga dirasakan hampir semua partisipan, sebagaimana dilihat pada kutipan transkrip berikut ini:

*“Sekarang kayaknya menurun ya” (B3, B4, B6)*

*“Yah udah gak kayak dulu, menurun gitu..”(A4,A5,A6)*

Perubahan keinginan yang dirasakan tidak adanya keinginan dalam melakukan hubungan seksual, juga diungkapkan oleh 2 orang partisipan yaitu partisipan B5 dan A1. Seperti diungkapkan oleh partisipan berikut ini:

*“Kalo kondisi begini ya nggak ada keinginan ya” (B5)*

*“Kalo saya lagi nggak enak badannya ya, boro-boro kepingin mbak, ngerasain badan udah kayak gini”(A1)*

Kepuasan seksual terhadap hubungan seksual yang dilakukan, 5 orang partisipan perempuan dan 1 orang partisipan laki-laki menyatakan cukup puas dengan hubungan seksual yang dilakukan. Seperti pada petikan transkrip berikut:

*“Kalo kepuasan sih ya cukup sih, suami juga tanya ke saya” (A2)*

*“Apa ya..ya cukup puas lah” (A1, A3, A4)*

*“Gimana ya..kalo perempuan kan begitu..yah cukup puaslah “(A5)*

*“Kalo saya sih cukup lah ya..”(A6)*

*“Yah puas gak puas gitu..gimana ya..”(B1, B6)*

Pada respon kepuasan dengan tingkat kepuasan yang tidak puas dalam berhubungan seksual, diungkapkan oleh 4 orang partisipan yang kesemuanya adalah partisipan laki-laki. Seperti dituliskan dalam transkrip berikut ini:

*“Waa...nggak puas deh” (B2)*

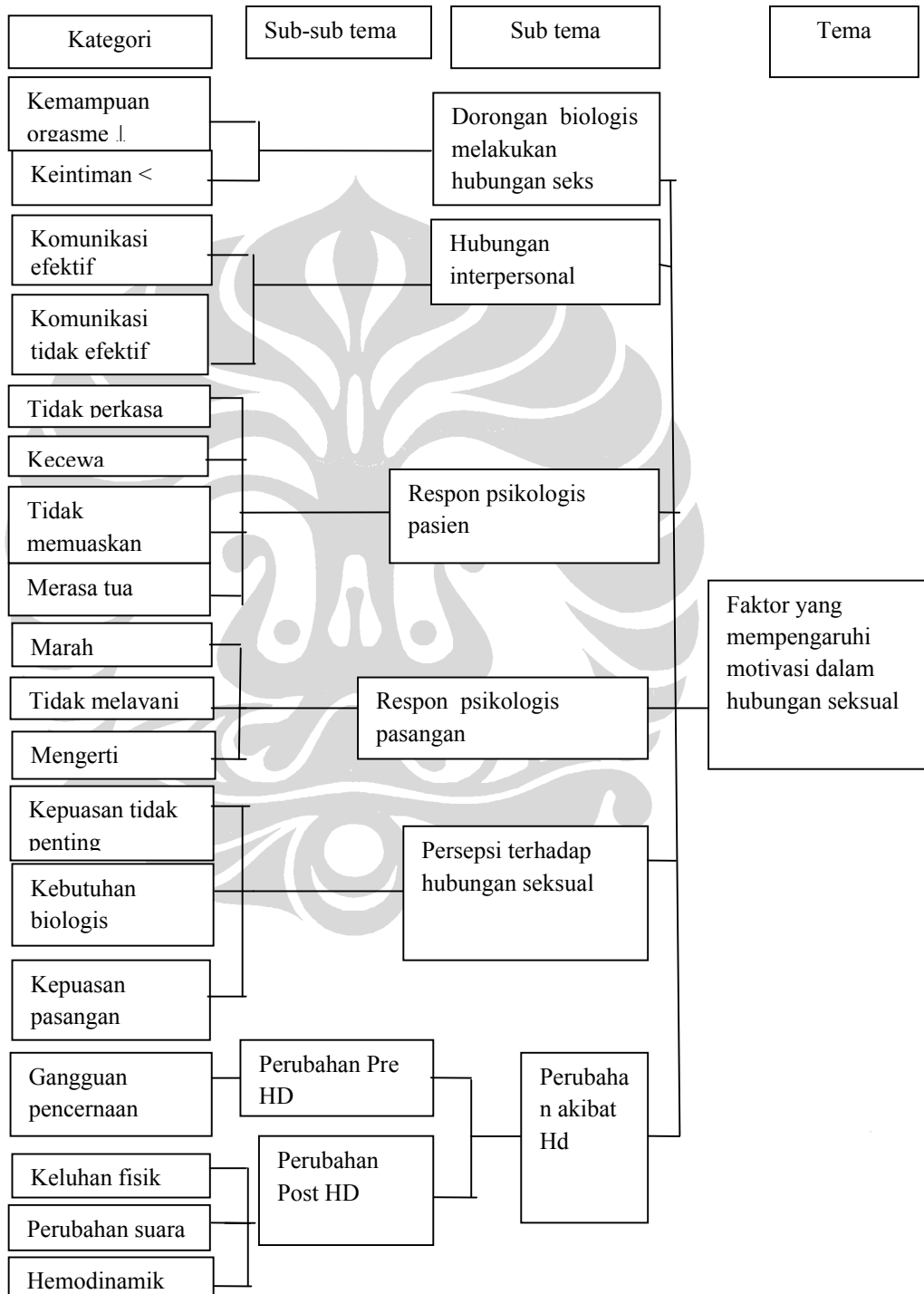
*“Yah kalo begitu, bagaimana bisa puas”( B3)*

*“Nggak puas ya, soalnya udah susah juga, mogok dijalan gitu hehe”(B4)*

*“Udah gak mikir puas deh”(B5)*

### 4.2.3 Tema 3 : Faktor yang mempengaruhi motivasi dalam melakukan hubungan seksual

Secara skematis, gambar 4.3 dibawah ini menjelaskan proses diperolehnya faktor-faktor yang mempengaruhi motivasi dalam melakukan hubungan seksual.



Gambar 4.3 Tema 3 : Faktor yang mempengaruhi motivasi dalam melakukan hubungan seksual

Faktor yang mempengaruhi motivasi dalam melakukan hubungan seksual didapatkan 4 subtema yaitu faktor yang mempengaruhi aktivitas seksual, respon perilaku akibat perubahan seksual, persepsi terhadap hubungan seksual dan respon akibat hemodialisa. Faktor yang mempengaruhi aktivitas seksual dibagi menjadi 2 faktor penyebab yaitu dorongan untuk melakukan hubungan seksual dan pemicu munculnya keinginan seksual. Dorongan untuk melakukan hubungan seksual terbagi menjadi 2 kategori yaitu kemampuan orgasme yang menurun dan keintiman. Kemampuan orgasme yang menurun dirasakan oleh hampir semua partisipan laki-laki dan perempuan. Sebagaimana tergambar dalam ungkapan partisipan berikut ini:

*“Nggak bisa sampe orgasme” (B1, B3)*

*“Udah susah juga orgasmenya” (B2)*

*“Susah dapetnya” (B4)*

*“Yaitu ya..apa ya..susah juga itu orgasmenya” (B6,A1)*

*“Nggak sesuai keinginan” (B2, B3, B4, B5)*

*“Kadang bisa juga orgasme” (A1)*

*“yah kadang-kadang ajalah” (A3)A4, A5, A6)*

Kategori selanjutnya adalah keintiman, pada umumnya pernyataan ini diperoleh dari partisipan perempuan. Keintiman yang diperlukan adalah melakukan komunikasi sebelum hubungan seksual dilakukan. Sebagaimana tergambar dalam petikan 2 partisipan perempuan berikut ini:

*“Biasanya sih..ya ngobrol dulu ya..” (A1, A6)*

Prilaku keintiman lain yang dilakukan adalah dengan melakukan pijatan sebelum hubungan seksual dilakukan. Seperti diungkapkan oleh partisipan A2 berikut ini:

*“Hmm...Kita sih pijit-pijitan dulu ya..gak langsung aja..” (A2)*

Sementara itu prilaku keintiman lain adalah partisipan menunjukkan prilaku yang berdekatan dengan pasangan. Seperti dikemukakan oleh partisipan A4 berikut ini:

*“Hehe..apa ya..ya paling dekat-deket dulu gitulah..” (A4)*

Pada partisipan A3 keintiman tersebut dapat dirasakan jika pasangan menyampaikan keinginan berhubungan seksual tersebut secara baik dan partisipan merasa nyaman melihat pasangan. Seperti dilihat pada petikan transkrip berikut ini:

*“Omongannya yang enak ya, kalo kepingin, sayanya juga enak..”(A3)*

*“Terus suami apa ya..yang enak diliat lah..”(A3)*

Partisipan laki-laki menyatakan bahwa keintiman itu bisa tercipta jika, pasangan terlebih dahulu yang memulainya, partisipan merasakan berbeda jika keinginan tersebut datang dari pasangan. Seperti diungkapkan oleh 1 orang partisipan laki-laki berikut ini:

*“Ya gimana ya..kayaknya beda aja kalo istri yang minta, ya proaktif gitu lah, abis istri juga gak pernah minta.Saya bilang masih malu aja ya, orang udah suami istri juga..Hehe..”(B1)*

Prilaku keintiman lain yang diinginkan adalah keinginan agar pasangan harus lebih sabar saat berhubungan seksual. Karena perubahan seksual ini sudah dirasakan oleh partisipan. Keintiman yang diinginkan ini diungkapkan oleh partisipan 3 orang partisipan laki-laki berikut ini:

*“Kalo sekarang ibunya mesti sabar ya..”(B2)*

*“Sekarang ibunya mesti sabar ya, biar saya nggak down..”(B4)*

*“Ya istri sih berusaha ngikutin kita ya..pelan-pelan gitu..”(B5)*

Faktor lain yang memicu timbulnya keinginan seksual adalah hubungan interpersonal seperti komunikasi. Komunikasi yang efektif dengan pasangan diungkapkan partisipan dapat meningkatkan keinginan berhubungan seksual. Kategori komunikasi efektif dikemukakan oleh partisipan berikut ini:

*“Kalau saya pasti ngomong sama suami ya..sama enak” (A3)*

*“Ibunya juga ngerti jadi pelan-pelan” (B1, B2, B3)*

Terdapat tiga orang partisipan laki-laki yang menyatakan jika keinginan untuk berhubungan tersebut muncul, partisipan akan membicarakannya terlebih dahulu dengan pasangan. Seperti dikemukakan oleh partisipan berikut ini :

*“Paling sayanya yang kepingin, nanti baru ngomong”( B4)*

*“Ibunya gak pernah minta, kalo lagi kepingin ya saya ngomong, terus nyoba dulu, kalo udah nggak bisa, ya udahlah..”(B5, B6)*

*“Saya juga ngomong ke istri kondisi saya begini, jadi ngertiin ya” (B1, B2, B3, B5, B6)*

Komunikasi yang efektif dalam mengungkapkan keinginan untuk berhubungan seksual, juga mempertimbangkan kondisi partisipan. Seperti diungkapkan oleh 2 orang partisipan laki-laki dan 2 orang partisipan perempuan berikut ini:

*“Saya tanya dulu ke bapaknya, kadang nawarin juga ya” (A2)*

*“Biasanya sih, suami liat kondisi saya juga” (A4)*

*“Kita sama-sama komunikasi sebelumnya” (B5, A6)*

Kategori komunikasi yang tidak efektif, juga turut mempengaruhi keinginan dalam melakukan hubungan seksual. Komunikasi tidak efektif yang diperlihatkan adalah respon marah, saat mengungkapkan dirasakan partisipan tidak enak, kurang memperhatikan kondisi partisipan dan bosan karena pasangan sudah memahami kondisi partisipan. Respon marah dikemukakan oleh partisipan B4 berikut ini:

*“Ibu suka marah karena saya nggak bisa” (B4)*

Salah satu partisipan yaitu partisipan A3 menyatakan bahwa komunikasi yang tidak jelas, dapat menyebabkan keinginan untuk berhubungan seksual menjadi hilang. Seperti dikemukakan oleh partisipan A3 berikut ini:

*“Kalo minta kadang ngomongnya nggak enakin, gak liat saya lagi ngapain. Tau-tau minta aja..saya suka sebel sendiri” (A3)*

*“Kalo minta nggak liat kondisi saya” (A3)*

Munculnya rasa bosan sehingga komunikasi dengan pasangan menjadi tidak jelas juga diungkapkan oleh 2 orang partisipan laki-laki. Sebagaimana tergambar dalam ungkapan partisipan B2 dan B4 berikut:

*“Ibu lama-lama bosan juga” (B2)*

*“Iyah ibu udah bosan katannya, udah susah yah..nggak mau gitu..” (B4)*

Sub tema berikutnya adalah respon psikologis akibat perubahan seksual, respon ini dibagi menjadi 2 sub-sub kategori yaitu respon dari partisipan itu sendiri dan respon pasangan. Respon yang berasal dari partisipan ditemukan 4 kategori yaitu, perasaan tidak perkasa, kecewa, tidak memuaskan dan merasa tua. Kategori perasaan tidak perkasa diungkapkan oleh 4 orang partisipan. Sebagaimana tergambar dalam ungkapan berikut:

*“Rasanya nggak perkasa lagi ya..” (B1)*

*“Yah saya udah gak perkasa gitulah..”(B3)*

*“kayaknya udah nggak perkasa lagih..”(B4)*

*“Bagaimana ya rasannya..ya nggak perkasa gitulah..”(B6)*

Perasaan kecewa juga dirasakan oleh 3 orang partisipan. Seperti pada ungkapan berikut ini:

*“Kecewa jelas, tapi nggak frustrasi lah..(B2)*

*“Kecewa ya..tapi mau gimana?..”(B5)*

*“Ya..kalo dibilang kecewa..ya kecewa nggak kecewa lah..”(B6)*

Sementara itu pada partisipan perempuan, satu orang partisipan yaitu partisipan A1 menyampaikan bahwa kondisinya saat ini membuat partisipan terlihat lebih tua. Sebagaimana tergambar dalam ungkapan partisipan A1 berikut ini:

*“Saya kok kayaknya keliatan tua banget ya” (A1)*

Sub-sub tema yang kedua adalah respon pasangan akibat perubahan seksual pasien hemodialisa. Diperoleh 3 kategori yaitu respon marah, tidak mau melayani dan mengerti. Pada respon marah dan pasangan tidak ingin melayani, dialami oleh 1 orang partisipan laki-laki. Hal ini tergambar dari petikan transkrip partisipan berikut:

*“Iya..lama-lama marah juga, soalnya nggak bisa-bisa” (B4)*

*“Akhirnya nggak mau melayani” (B4)*

Secara umum hampir semua pasangan partisipan yang terlibat dalam penelitian ini menyampaikan bahwa pasangan sebenarnya menerima dengan kondisi saat ini. Seperti diungkapkan oleh 11 orang partisipan berikut:

*” Responnya sih menerima aja” (B1, B6)*

*“Istri saya sih, ya..nggak komentar apa-apa..biasa aja..”(B3)*

*“Nggak ya..istri saya sih nggak ngomong apa-apa, dia mah nerima aja”(B2,B5)*

*“Kalo suami sih ngerti ya..”(A1, A2,A4, A5, A6)*

*“Sebenarnya suami saya ngertiin kondisi saya, Cuma kalo minta itu yang gak liat-liat saya dulu...”(A3)*

Sub tema berikutnya adalah persepsi terhadap hubungan seksual yang dapat menimbulkan perubahan dalam berhubungan seksual. Terdapat 3 kategori yang diperoleh dari penelitian ini. Yaitu kepuasan masih dianggap tidak menjadi

prioritas dan berorientasi pada kepuasan pasangan saja, dimana kategori ini banyak ditemukan pada partisipan perempuan. Pada partisipan laki-laki menyatakan bahwa seksual merupakan kebutuhan biologis yang cukup penting.

Kategori kepuasan diungkapkan oleh partisipan bahwa kepuasan tersebut merupakan suatu yang tidak prioritas dan lebih mementingkan kepuasan pada pasangan, hal ini diungkapkan oleh 4 orang partisipan perempuan seperti pada petikan transkrip berikut ini:

*"Buat saya kepuasan itu nggak prioritas ya" (A3)*

*"Yang penting suami puas ya" (A3)*

*"Kalo saya sih..ya puas nggak puas ya..nggak apa-apalah.."(A4)*

*"ya suami aja ya biasanya..nggak inilah saya mah"(A5,A6)*

Kebutuhan seksual diungkapkan sebagai kebutuhan biologis yang cukup penting, diungkapkan oleh seluruh partisipan laki-laki. Seperti diungkapkan oleh partisipan berikut ini:

*"Itukan kebutuhan kalo laki-laki ya.." (B1, B2, B3, B4, B5, B6)*

*"Ya..itu udah jadi kebutuhan laki-laki ya umumnya.."(A1)*

*"Abis laki-laki kan kalo ama seks gimana ya..kebutuhannya harus dipenuhi, biar nggak nyari diluar..he.he."(A2)*

Faktor lain yang mempengaruhi motivasi dalam melakukan hubungan seksual adalah respon yang dirasakan partisipan akibat tindakan hemodialisa. Respon yang dirasakan ini bisa dirasakan saat sebelum memulai/pre hemodialisa atau saat setelah hemodialisa/post hemodialisa. Respon pre hemodialisa dirasakan oleh 4 orang partisipan. Respon yang dirasakan biasanya adalah perut kembung. Hal ini tergambar dari petikan transkrip partisipan berikut:

*"Kalo saya banyak minum, sebelum hd biasanya perut rasanya kembung" (B2)*

*"Seringnya ya kembung ya perutnya"(B3)*

*"Ini ya..perut kembung, soalnya saya minumnya banyak"( A3)*

*"Paling kembung atau penuh ya perutnya.."(A6)*



Sedangkan untuk respon setelah tindakan hemodialisa, perubahan yang sering dirasakan adalah adanya keluhan pusing yang diungkapkan oleh 5 orang partisipan laki-laki dan 5 orang partisipan perempuan. Hal ini tergambar dari petikan transkrip berikut ini:

*“Kalo abis hd biasanya pusing” (B1, B2, B4, B5, B6, A2, A3, A4, A5, A6)*

Keluhan lain yang dirasakan setelah hemodialisa dilakukan adalah badan terasa lemas, dan suara menjadi tidak jelas. Hal ini dirasakan oleh 1 orang partisipan laki-laki dan 1 orang partisipan perempuan. Seperti pada petikan transkrip dibawah ini:

*“badan rasanya lemes gitu..”(B3, A3)*

*“Suara juga jadi ilang nih..”(B3)*

*“Itu suara biasanya serak ya, pernah saya manggil taksi gak kedengeran soalnya suaranya ilang gitu”(A3)*

Kategori badan lemas ini juga dirasakan oleh 4 orang partisipan laki-laki dan 2 orang partisipan perempuan. Sebagaimana dapat dilihat pada petikan pernyataan berikut:

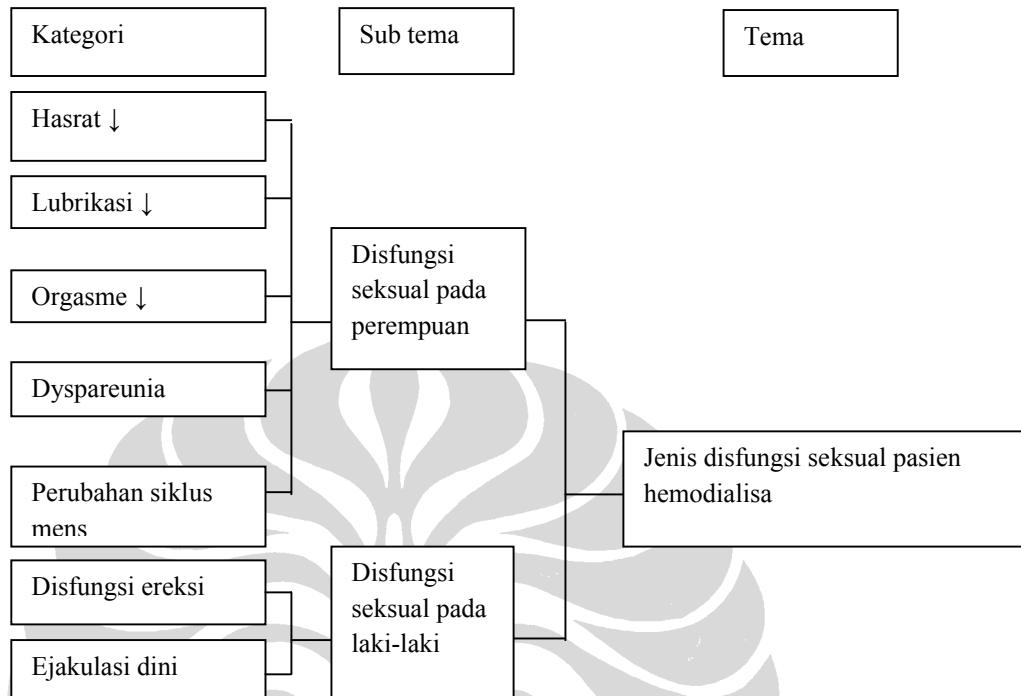
*“Badan juga lemes” (B4, B5, B6, A1)*

*“Suara juga serak..airnya kan ditarik” (B2A5)*

*“Badan juga pegel” (A5)*

#### 4.2.4 Tema 4 : Jenis Disfungsi seksual pasien hemodialisa

Secara skematis diperolehnya tema masalah-masalah seksual pasien hemodialisa terlihat pada gambar 4.4 dibawah ini:



Gambar 4.4 Tema 4: Jenis disfungsi seksual pasien hemodialisa

Masalah disfungsi seksual pasien hemodialisa, partisipan mengemukakan masalah seksual yang dialami. Terdapat 1 sub tema yaitu jenis disfungsi seksual. Sub tema tentang jenis disfungsi seksual yaitu disfungsi seksual pada partisipan perempuan dan disfungsi seksual partisipan laki-laki. Disfungsi seksual partisipan perempuan yang dikemukakan oleh partisipan yaitu hasrat seksual yang menurun, gangguan lubrikasi, penurunan kemampuan orgasme, *dyspareunia* dan perubahan menstruasi. Perubahan hasrat seksual yang menurun dirasakan secara umum oleh hampir seluruh partisipan. Seperti dikemukakan pada pernyataan berikut ini:

“Kalo kepingin sih udah gak kaya dulu ya Mbak”(A1)

“Saya bingung kok saya nggak kepingin ya..” (A3)

“Kayaknya menurun ya keinginannya” ( A4, A5, A6)

“Iya nih, menurunnya, berubahlah, soalnya kondisikan gak selalu sehat”(A2)

Masalah seksual lain adalah perubahan lubrikasi. Dimana partisipan merasakan lubrikasinya tidak semudah saat masih sehat. Seperti dikemukakan oleh 4 orang partisipan berikut ini:

*“vagina rasanya lebih kering” (A1)*

*“lama ya basahnya”(A3)*

*“Iya suami harus lama juga ngerangsangnya, biar basah”(A5)*

*“Berkurang ya basahnya”(A6)*

Kategori selanjutnya adalah penurunan kemampuan orgasme, partisipan perempuan mengungkapkan orgasme tidak selalu dicapai dalam setiap berhubungan seksual. seperti dikemukakan oleh beberapa partisipan berikut ini:

*“Gak selalu orgasme” (A1,A2)*

*“Ah jarang ya saya orgasme nya..paling dia aja”(A3),*

*“Gak selalu kita bisa orgasme ya, kalo suami kan jelas..”(A4,A5,A6)*

Keluhan *dyspareunia* atau nyeri saat berhubungan seksual juga dirasakan oleh 3 orang partisipan. Seperti pada pernyataan dibawah ini:

*“Kadang terasa nyeri juga, soalnya belum basah udah masuk”(A3)*

*“kadang-kadang aja ya, sakitnya, kalo buru-buru”(A5, A6)*

Kategori terakhir untuk perubahan seksual partisipan perempuan adalah perubahan menstruasi. Partisipan menyatakan bahwa jumlah hari menstruasi mengalami perubahan yaitu menjadi berkurang dibandingkan dengan saat sehat. Hal ini terlihat dari petikan transkrip partisipan dibawah ini:

*“Kalo sekarang harinya kurang ya..”(A1, A2, A3, A5, A6)*

Subtema kedua adalah disfungsi seksual pada partisipan laki-laki. Dari ungkapan partisipan tersebut teridentifikasi masalah seksual partisipan laki-laki yaitu disfungsi ereksi dan ejakulasi dini. Untuk kategori disfungsi ereksi diungkapkan oleh hampir semua partisipan laki-laki. Hal tersebut tergambar pada petikan transkrip berikut ini:

*“Kalo sekarang ereksinya kurang” (B1, B4, B5, B6)*

*“Untuk ereksi udah susah” (B1, B4, B5, B6)*

*“Kalo ereksi gak tahan lama” (B1, B2, B5)*

*“Buat berhubungan juga susah” (B4, B5, B6)*

*“Bentuknya mengecil” (B2)*

*“Buat masuk juga susah” (B1, B3, B4)*

*“Kalo sekarang udah nggak bisa ereksi (B2, B3, B5)*

Kategori kedua adalah ejakulasi dini, seperti diungkapkan oleh partisipan berikut ini:

*“Tau-tau kecil sendiri” (B1, B2, B4, B5)*

*“Udah gak ada yang keluar” (B2, B5)*

*“Ejakulasi ada, tapi tidak sesuai keinginan” (B3, B4, B6)*

*“Susah bertahan sampai selesai” (B3, B6)*

*“Hampir gak pernah ejakulasi” (B2, B3, B5)*

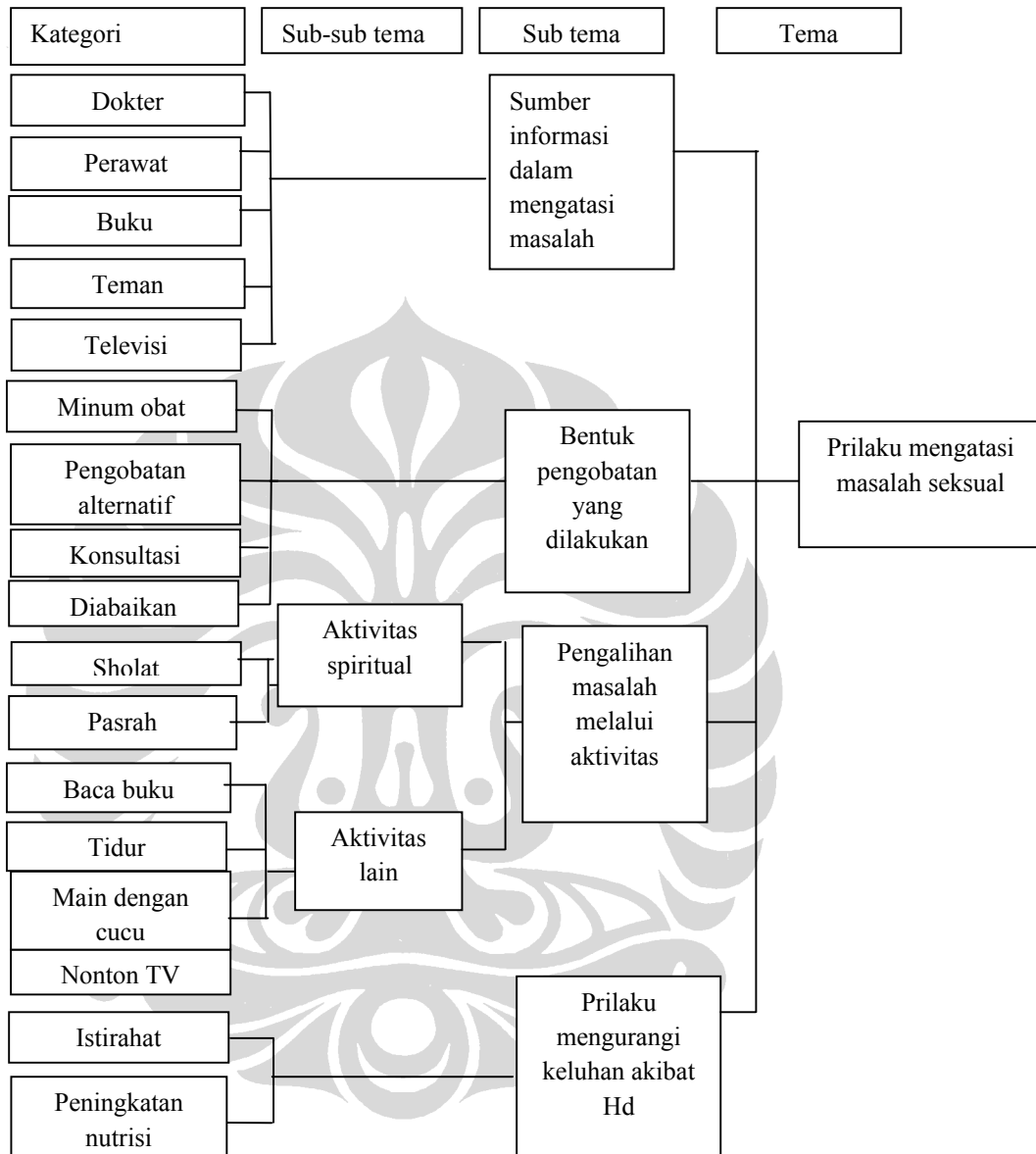
*“Suka mogok dijalan” (B4)*

*“Hanya bisa sebentar” (B1, B4, B5).*



#### 4.2.5 Tema 5 : Prilaku mengatasi masalah akibat perubahan seksual

Secara umum, **tema prilaku mengatasi masalah akibat perubahan seksual** dikembangkan oleh partisipan ditunjukkan oleh gambar 4.5 berikut ini:



Gambar 4.5 Tema 5: Prilaku mengatasi masalah akibat perubahan seksual

Prilaku mengatasi masalah akibat perubahan seksual yang dilakukan oleh partisipan yang menjalani hemodialisa didapatkan 4 subtema yang terdiri dari prilaku mencari sumber informasi, bentuk pengobatan yang dilakukan, pengalihan melalui aktivitas dan prilaku mengurangi keluhan akibat hemodialisa. Perilaku

mencari sumber informasi diperoleh dari 5 kategori yaitu sumber informasi dari dokter, perawat, teman partisipan, buku dan televisi.

Terdapat 3 orang partisipan yang menyatakan pernah mengungkapkan permasalahan seksual yang dialaminya dengan petugas kesehatan. Sumber informasi yang diperoleh dari dokter dan perawat selaku tenaga kesehatan dapat dilihat dari petikan pernyataan partisipan berikut ini:

*“Pernah juga tanya sama dokter atau suster” (B1,B4)*

*“Iya..udah saya udah pernah berobat..tapi nggak bertahan lama juga ya’(B2)*

*“Udah pernah juga sih tanya-tanya keperawat ya..tapi katanya emang begitu ya udah..” (B5)*

Sumber informasi berikutnya adalah diperoleh partisipan melalui teman. Pada umumnya hubungan dengan sesama teman yang menjalani hemodialisa mempunyai hubungan yang dekat, sehingga mereka sering berbagi cerita dengan sesama teman yang menjalani hemodialisa tersebut. Termasuk bercerita dalam program pengobatan yang dilakukan. Hal ini dapat dilihat dari kutipan yang disampaikan oleh partisipan berikut:

*“Saya pernah tanya temen sebelah ya..” (B3, B4, A4)*

*“Waaah saya udah tanya-tanya juga ketemen disini lah..tapi belum berhasil..ya alternatif gituh..” (B2)*

*“Saya juga pernah tanya nih sama yang sebelah, gmana caranya..walaupun dia juga belum nikah” (A3)*

Sumber informasi lain yang dilakukan partisipan adalah diperoleh dari buku. Terdapat 2 orang partisipan yang menyatakan bahwa cara yang dilakukan untuk mengatasi masalah tersebut dilakukan dengan membaca buku. Seperti dilihat dari ungkapan berikut ini:

*“Saya juga cari info dibuku..” (B1)*

*“Saya juga cari dibuku ya..nih judulnya pengobatan ala Rosullulloh, disini ada tentang cara memperbaiki masalah seksual..ya..kali aja bisa kan..” (B2)*

Melihat informasi dari televisi merupakan salah satu sumber informasi lain yang digunakan oleh partisipan untuk mengatasi masalah seksual. 3 orang partisipan

menyatakan bahwa dari televisi tersebut, partisipan mencari pengobatan yang tepat. Partisipan B2 pernah mencoba mencari pengobatan yang diperoleh dari iklan di televisi seperti di “On Klinik”, partisipan B3 juga mencari pengobatan melalui tabib salah satu pemuka agama. Ungkapan tersebut dapat dilihat pada petikan transkrip berikut ini:

*“Saya coba juga pengobatan alternative yang pernah ada di tv” (B4)*

*“Saya liat di On klinik Diana..saya cari tuh tempat prakteknya..kan rahasia terjamin katanya”(B2)*

*“Udah ya..saya pernah coba di Ustad X yang ada di tipi.”(B3)*

Sub tema yang kedua adalah bentuk pengobatan yang dilakukan oleh partisipan. Terdapat 4 kategori yang diperoleh dari pernyataan partisipan, diantaranya adalah: Minum obat, berkonsultasi, pengobatan alternative dan diabaikan. Kategori pertama adalah minum obat. Terdapat 2 partisipan yang menyatakan bahwa bentuk pengobatan yang diberikan adalah obat hormonal dan dilakukan dengan berkonsultasi dengan dokter terlebih dahulu. Seperti pada kutipan pernyataan dibawah ini:

*“Pernah minum andriol dari dokter ya, katanya obat hormone, tapi saya malah jerawat..hehe” (B2)*

*“Pernah ya dapet obat hormone katanya.mau minum Viagra, nggak boleh, kata dokter nanti jantungnya bermasalah..”(B4)*

*“Konsultasi sama dokter juga udah..” (B4)*

*“Iya itukan obatnya saya dapet dari dokter..”(B2)*

Bentuk pengobatan lain adalah pengobatan alternatif. Seperti diurut atau diberikan air. Seperti diungkapkan oleh 3 orang partisipan berikut ini:

*“Saya pernah diurut” (B1)*

*“Pernah juga diurut ya..”(B2)*

*“Saya pernah abis berobat gitu..dikasih air obat katanya”(B4)*

*“Apa ya ..paling diurut aja, kan katanya bisa”(B5)*

Prilaku lain dalam mengalihkan perubahan seksual yang dialaminya adalah dengan diabaikan. Perilaku ini muncul setelah apa yang dilakukan partisipan tidak mendapatkan hasil yang diinginkan. Proses ini dialami oleh hampir semua partisipan. Hal ini dapat dilihat pada pernyataan partisipan berikut ini:

*“Ya udah..nggak dipikirin, dibawa enak aja..” (B1, B5, B6)*

*“Aku nggak dipikirin ya, aku enakin diri aja lah, mikirin badan sendiri aja nggak enak,” (A1, A2, A3, A4, A5,*

*“Hmm..apa ya..nggak saya pikirin ya..”(A6)*

*“Udah nggak mikir lagi lah, susah juga ya..”(B2)*

Subtema selanjutnya adalah pengalihan masalah melalui aktivitas. Terdapat 2 sub-sub tema pada pengalihan melalui aktivitas ini yaitu aktivitas spiritual dan aktivitas lain. Pada aktivitas spiritual diperoleh 2 kategori yaitu sholat dan bersikap pasrah dengan apa yang dialami saat ini. Terdapat 1 orang partisipan yang mengalihkan aktivitas melalui sholat yaitu partisipan A6. Seperti diungkapkan pada pernyataan dibawah ini:

*“Ya saya sholat tahajud aja” (A6)*

Pada kategori kedua yaitu bersikap memasrahkan diri terhadap apa yang dialami oleh partisipan. Seperti diungkapkan pada pernyataan berikut ini:

*“Abis mau gimana lagi..” (B1, B2, B3, B4, B5, B6)*

*“Yah nggak diapa-apain lah..”( A1, A2, A3, A4, A5)*

Bentuk aktivitas lain yang dilakukan adalah nonton tv, membaca buku, tidur dan bermain dengan cucu. Sebagaimana dapat dilihat dari kutipan pernyataan partisipan berikut ini:

*“Paling nonton tv” (B2, B5, A2, A3, A4, A5, A6)*

*“Atau saya baca buku” (A1, A2, A4, A5)*

*“Seringnya mah dibawa tidur aja” (B1, B2, B3, B4, B6)*

*“Paling tidur aja ya, mau ngapain lagi”(A1, A2, A3, A4, A5, A6)*

*” Sekarang ada cucu, jadi main sama cucu” (B2, B3)*

Subtema selanjutnya yang dilakukan oleh partisipan adalah perilaku untuk mengurangi keluhan akibat hemodialisa. Perilaku tersebut terbagi menjadi 2 kategori yaitu istirahat dan peningkatan nutrisi. Secara umum hampir semua partisipan harus beristirahat setelah hemodialisa. Keluhan ini umumnya berkurang jika istirahat partisipan cukup. Seperti ditunjukkan pada pernyataan dibawah ini:

*“Kalo abis hd biasanya harus tidur dulu” (B2, B3 B4, B5,*

*“Tidur dulu ya..besoklah baru pulih lagi”(B1,B6,*



“paling apa ya..tidur lah”(A1, A2)

“Biasanya saya tiduran, supaya pulih”(A3)

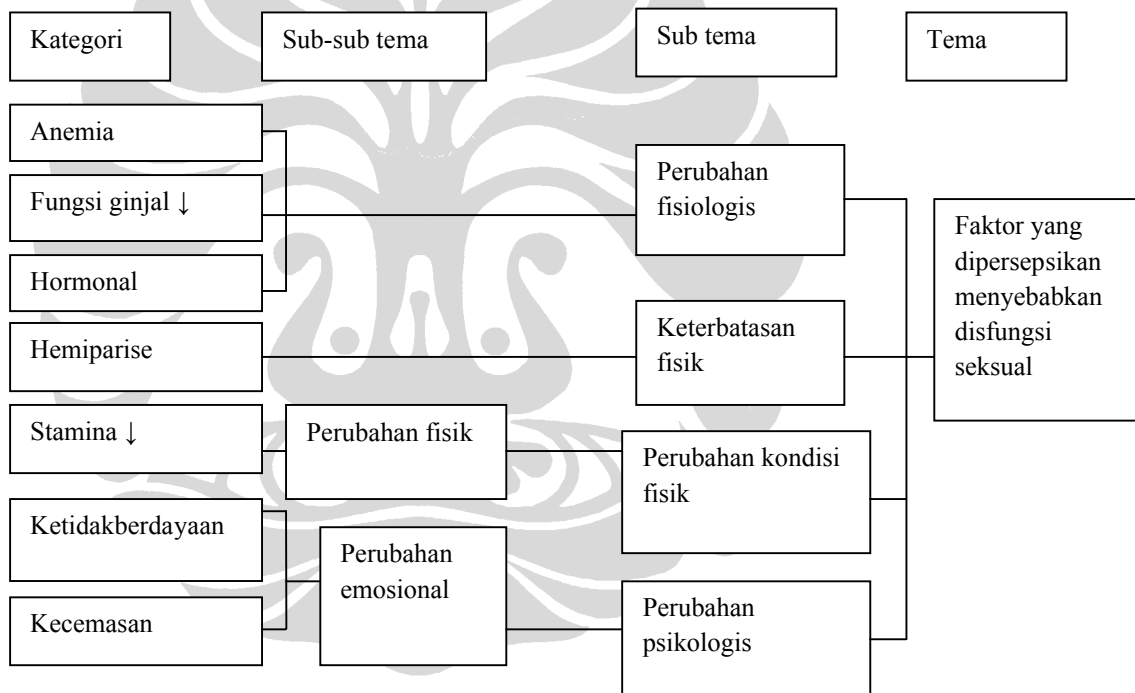
“ya tidur ya..sebentar lah”(A4, A5)

Prilaku lain adalah dengan meningkatkan nutrisi yaitu dengan makan yang cukup. Seperti disampaikan oleh 4 orang partisipan berikut ini:

“Paling saya makan ya..” (B5, B6, A3, A6)

#### 4.2.6 Tema 6: Faktor yang dipersepsikan menjadi penyebab timbulnya disfungsi seksual.

Secara skematis, diperolehnya **tema faktor yang dipersepsikan menjadi penyebab timbulnya disfungsi seksual** terlihat pada gambar 4.6 dibawah ini:



Gambar 4.6 Tema 6 : Faktor yang dipersepsikan menjadi penyebab timbulnya disfungsi seksual

Faktor yang dipersepsikan menjadi penyebab timbulnya disfungsi seksual berdasarkan pernyataan partisipan didapatkan 4 subtema yaitu perubahan fisiologis, keterbatasan fisik, perubahan kondisi fisik dan perubahan emosional. Subtema perubahan fisiologis diperoleh 3 kategori yaitu anemia, penurunan fungsi

ginjal dan hormonal. Pada kategori anemia dipersepaikan oleh 4 orang partisipan berikut ini:

*“Kayaknya hb saya rendah ya” (B1)*

*“Soalnya hb saya juga rendah kan, jadi begini..”(B3)*

*“Ini kali ya, hb saya rendah”(A4, A5)*

Selanjutnya kategori kedua adalah penurunan fungsi ginjal dan perubahan hormonal seperti diungkapkan oleh partisipan berikut ini:

*“Kan sekarang hormonnya udah nggak ada” (B2, B3)*

*“Abis ginjalnya udah nggak berfungsi” (B1, B2, B3, B4)*

*“Iya kan ginjalnya udah rusak”(B5, B6, A1, A2, A3)*

*“Soalnya saya sakit begini ya”(A4, A5, A6)*

Subtema yang kedua adalah keterbatasan fisik. Keterbatasan fisik ini diungkapkan oleh 2 orang partisipan laki-laki yang memiliki riwayat stroke. 2 partisipan tersebut mengalami hemiparise sinistra. Secara lebih jelas dilihat pada petikan transkrip berikut ini:

*“sebelah kiri saya kan lemah karena stroke” (B4)*

*“Iya saya kan pernah stroke, jadi jalannya yang kiri ini rada pincang”(B6)*

Subtema ketiga adalah perubahan fisik. Perubahan fisik ini dirasakan sebagian besar partisipan. Seperti diungkapkan pada pernyataan dibawah ini:

*“Jadi tenaganya kurang” (B2, B4, B5, B6, A3)*

*“Rasanya males aja” (B3, B5, A2)*

*“Sebenarnya saya udah males ya, rasanya tenaganya gak ada”(A3)*

*“Kalo inget badan ya males aja ya..udah cape”(A5, A6)*

*“lemes rasanya” (B1, B2, A1, A2, A3, A4, A5, A6)*

*“Power kayaknya nggak ada” (B2)*

*“Sendi pada sakit” (B2)*

Selanjutnya adalah subtema keempat yaitu perubahan psikologis. Pada perubahan psikologis ini tergambar 2 kategori yaitu ketidakberdayaan dan kewajiban. Rasa ketidakberdayaan dirasakan umumnya pada partisipan laki-laki. Hal ini terlihat pada petikan transkrip berikut ini:

*“Abis udah nggak bisa ya mau diapain lagi” (B1, B2, B3, B4)*

*“Udah males ya, nyoba juga nggak bisa istilahnya”(B5, B6)*

Kategori selanjutnya adalah kecemasan yang dirasakan partisipan. Hal ini terlihat pada ungkapan yang disampaikan berikut ini:

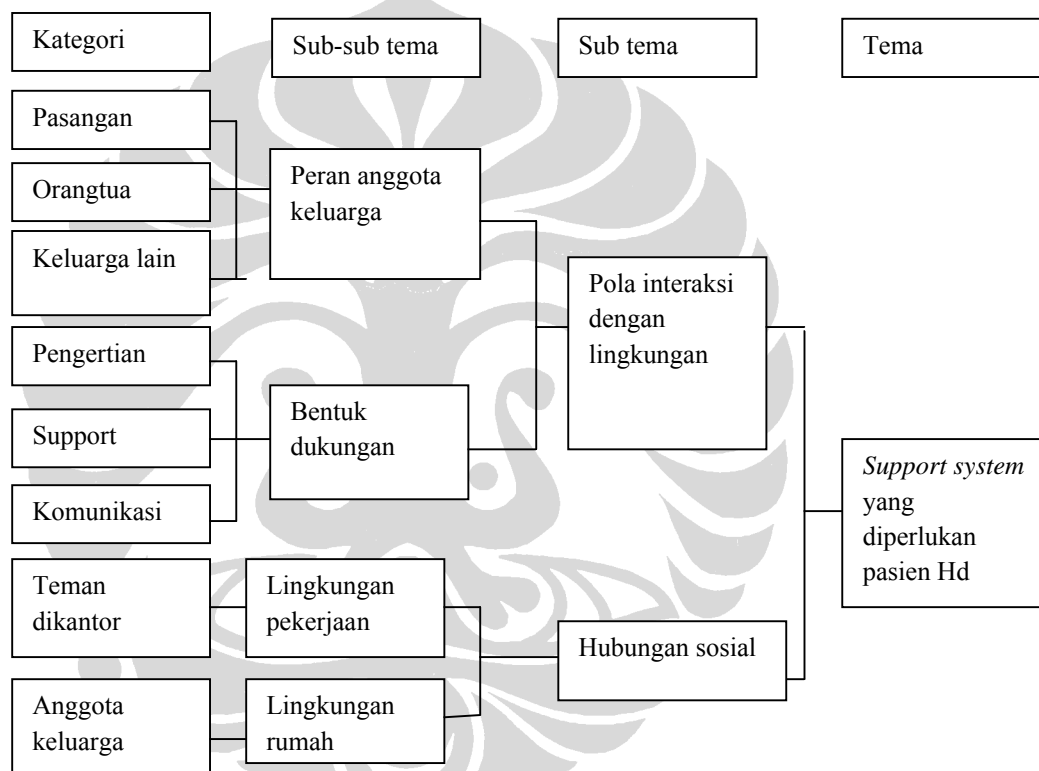
“*Saya tau ini memang kewajiban saya*” (A1, A2)

“*Saya juga tau ya, ini kewajiban, tapi kondisi saya juga seringnya nggak enak, saya takut dosa sebenarnya*”( A3)

“*sebenarnya badan nggak fit ya, tapi udah kewajiban mau gimana*”( A4, A5, A6)

#### 4.2.7 Tema 7 : *Support system yang diperlukan pasien hemodialisa*

Secara skematis *support system* tersebut dapat dilihat pada gambar 4.7 berikut ini:



Gambar 4.7 Tema 7: *Support system yang diperlukan pasien hemodialisa*

*Support system* yang diperlukan pasien hemodialisa dari ungkapan partisipan diperoleh 2 sub tema yaitu gambaran pola interaksi partisipan dengan lingkungan dan kemampuan partisipan dalam melakukan hubungan social. Pola interaksi dengan lingkungan didapatkan 2 sub tema yaitu peran dari anggota keluarga dan bentuk dukungan yang diinginkan. Pada peran anggota keluarga teridentifikasi 3 kategori yaitu peran pasangan, peran orangtua dan anggota keluarga lain. Pada

peran pasangan semua partisipan menyatakan orang terdekat yang selama ini mendukung dalam pengobatan partisipan termasuk dalam memenuhi kebutuhan partisipan dilakukan oleh pasangan. Seperti dikemukakan pada petikan transkrip berikut ini :

*“Suami/istri saya sangat mendukung saya selama ini” (B1, B2, B3, B4, B5, B6)*

*“Suami sih yang selama ini mendukung ya..”(A1, A2)*

*“Sebenarnya suami saya mendukung pengobatan saya, Cuma kalo lagi mau itu aja yang nggak liat-liat”(A3)*

*“Selama ini ya suami yang mendukung, kan saya pernah ngerasa udah dekat meninggal gitu, ya suami yang apa..nguatin istilahnya”(A4)*

*“Kalo selama ini ya suami ya, anter jemput saya nih kalo abis hd”(A5)*

*“Suami sih yang dukung banget”(A6)*

Kategori selanjutnya adalah peran dari orang tua dan anggota keluarga lain. Hal ini terlihat dari ungkapan 2 partisipan perempuan dan 1 orang partisipan laki-laki. Seperti pada petikan transkrip berikut ini:

*“Ibu dan keluarga saya sangat mendukung” (A3)*

*“Ibu sama saudara saya dukung banget ya, kadang mereka nggak tega sama saya, saya yang hd mereka yang nangis, katanya nggak tega liat saya begini”(A2)*

*“Saya merasa cocok dengan kakak ipar saya” (B6)*

Selanjutnya adalah sub-sub tema bentuk dukungan yang diinginkan oleh pasien hemodialisa. Hal ini terungkap dari beberapa partisipan sehingga menghasilkan 3 kategori yaitu perasaan ingin dimengerti, diberikan dukungan *support* dan mengkomunikasikan segala sesuatu dengan baik. Secara umum dapat dilihat dari beberapa ungkapan partisipan berikut ini:

*“Selama ini istri saya mengerti kondisi saya” (B1, B2, B3, B4, B5, B6, A1, A2, A3, A4, A5, A6)*

*“Suami/istri selalu mendorong saya dalam pengobatan ini” (B1, B2, B3, B4, B5, B6, A1, A2, A3, A4, A5, A6)*

*“Ya..kalo lagi mau..ngomongnya jelas ya” (A3)*

*“Selalu kita komunikasikan ya..” (B1, B2, B3, B5, B6, A1, A2, A4, A5, A6)*

Subtema berikutnya adalah hubungan sosial pasien hemodialisa, hal ini didapatkan 2 sub-sub tema yaitu hubungan sosial dilingkungan pekerjaan dan hubungan sosial didalam lingkungan rumah. Pada lingkungan pekerjaan, kategori yang didapatkan adalah hubungan sosial dengan teman dikantor. Petikan-petikan berikut ini memberikan gambaran hubungan sosial partisipan.

*“Hubungan dengan teman kantor baik-baik saja” (B1, B2, B3, B4, B5, B6, A2)*

*“Teman dikantor juga sudah mengerti keadaan saya” (B1, B2, B3, B4, B6, A2)*

*“Teman dikantor yang ngontrol minum saya nih, sampe kulkas dikantor dikunci, terus dipegang temen saya.” (A2)*

*“Mereka care banget ya sama saya” (A2)*

*“Suka cerita juga sama temen yang sama-sama hd” (B2, B5, B3, B4)*

*“Hubungan saya dengan tetangga juga baik” (A5, A6)*

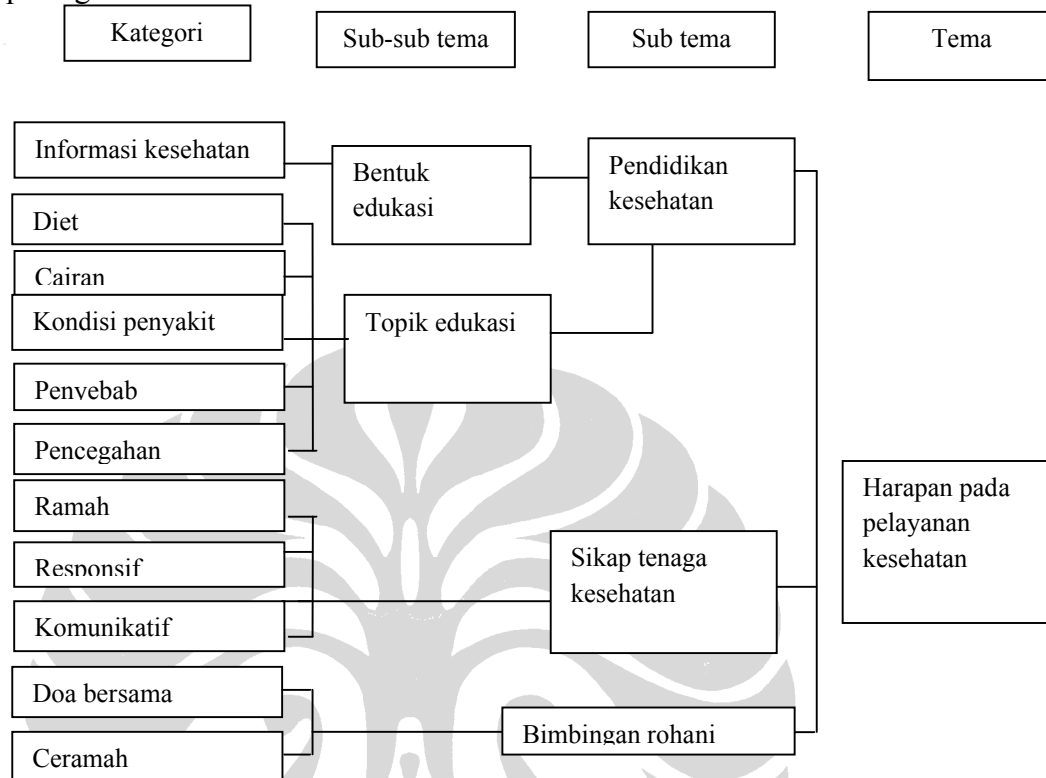
Selanjutnya adalah hubungan sosial partisipan dengan lingkungan rumah menunjukkan hubungan yang harmoni dengan setiap anggota keluarga yang lain. Seperti diungkapkan pada pernyataan berikut ini:

*“Hubungan saya dengan anak juga baik” (B1, B2, B3, B4, B5, B6)*

*“Komunikasi lebih sering sama istri/suami” (B1, B2, B3, B4, B5, B6, A1, A2, A3, A4, A5, A6)*

#### 4.2.8 Tema 8 : Harapan pada pelayanan kesehatan

Secara skematis, diperolehnya **tema harapan pada pelayanan kesehatan** terlihat pada gambar 4.8 berikut ini:



Gambar 4.8 Tema 8 : harapan pada pelayanan kesehatan

Harapan pada pelayanan kesehatan berdasarkan hasil wawancara dengan partisipan didapatkan 3 sub tema akan pelayanan kesehatan yang diinginkan yaitu pendidikan kesehatan, sikap tenaga kesehatan dan bimbingan rohani. Pada sub tema pendidikan kesehatan terdapat 2 sub-sub tema yaitu bentuk edukasi yang dilakukan dan topik pendidikan kesehatan yang diinginkan. Pada bentuk edukasi yang diinginkan diperoleh 1 kategori yaitu dilakukan pendidikan kesehatan. Hal ini terlihat pada ungkapan partisipan berikut ini:

*“Ya kita dikasih tau kaya ceramah kesehatan gitu ya..” (B1, B2)*

*“Informasi kesehatan buat kita ya..penting rasanya..”(B4, B5, B6, A1, A2, A3, A4, A5, A6)*

*“Ya perawat kasih tau informasi kesehatan, supaya kita juga ngerti, jadi nggak sepotong-potong gitu kalo ngasih tau”(B3)*

Selanjutnya adalah topik yang diinginkan oleh partisipan. Dari berbagai ungkapan partisipan berikut ini, tergambar topik yang diinginkan oleh partisipan diantaranya adalah pengaturan makan dan cairan partisipan, penyebab penyakit termasuk bagaimana perubahan seksual tersebut muncul dan bagaimana pencegahan masalah tersebut. Secara lebih jelas, dapat dilihat petikan berikut ini:

*“Bagaimana makanan yang baik” (B1, B3, B5, A2, A3, A5)*

*“Terus pengaturan minumannya yang jelas bagaimana” (A1, A3, A5, B4, B5)*

*“Dikasih tau juga kondisi kita ini kaya apa, kalo seksual ini berubah ya bagaimana antisipasinya” (B1, B3, B5, A1, A6)*

*“Terus bagaimana pencegahan penyakit ini, supaya masalah lain nggak timbul” (B1, B3, B5, A1, A6)*

*“Apa sih yang jadi penyebabnya” (B1, B3, B5, A6)*

Berikutnya adalah sikap tenaga kesehatan yang diinginkan partisipan. Terdapat 3 kategori yaitu ramah, responsive dan komunikatif. Pada kategori ramah, diungkapkan secara umum oleh hampir seluruh partisipan. Seperti pada petikan berikut ini:

*“Jadi perawat harus ramah ya (B1)*

*“Iya perawat mestinya ya ramah, biar kita kalo mau ngomong kayak gini juga enak”(B2)*

*“Terus perawat harus ramah ya, kalo mau cerita yang sensitip pasien juga enak”(B3)*

*“Kalo perawat ramah kita rasanya nggak cemas ya,”( B4, B5)*

*“Maunya perawat itu ya ramah ya, supaya kita ngomong yang begini juga enaknya”(A2, A3, A4, A5)*

Kategori kedua yaitu sikap responsif. Sikap ini diartikan oleh partisipan B2 dan A1 dengan perawat yang segera datang saat partisipan membutuhkan bantuan. Hal ini ditunjukkan oleh pernyataan partisipan B2 dan A1 berikut ini.

*“Kalo dipanggil datangnya segera” (B2)*

*“Kalo saya butuh, ya segera datang ya”( A1)*

Selanjutnya adalah kategori ketiga dan keempat yaitu komunikatif dan proaktif. Komunikatif dan proaktif dipersepsikan oleh partisipan dengan sikap memberikan jawaban yang serius saat partisipan memberikan jawaban serta berharap perawat

tersebut memulai dalam berkomunikasi. Hal ini dikemukakan oleh 3 orang partisipan yaitu B1, B2 dan A3 seperti pada petikan transkrip dibawah ini:

*“Kalo ditannya ya jawabnya serius”(B1)*

*“Jangan kita terus ya yang nanya, kalo bisa susternya yang nanya duluan, walaupun Cuma nanya kabar, kita udah seneng kok”(B2)*

*“Mbok ya suster kalo ditannya jawabannya yang jelas, kaya kemarin saya tanya kok saya nggak kepingin itu, jawabannya begitu aja, terus susternya yang mulai duluan ya”(A3)*

*“Coba dia yang tanya duluan ke kita”(B1, B2)*

Subtema selanjutnya adalah bimbingan rohani yang diinginkan oleh partisipan. Diperoleh 2 kategori pada subtema ini yaitu ceramah dan doa bersama. Hal ini dikemukakan oleh 2 orang partisipan yaitu B2 dan A3, seperti petikan transkrip berikut ini:

*“Ya..kita maunya binroh datang ya, terus keluarga sama pasiennya diajak buat doa bersama, jadikan kita rasannya gimana ya, biar kita nerima dengan kondisi ini”(B2)*

*“Itu ya binroh kok udah jarang kesininya, dulu kan suka ditengok, ato diajak doalah (A3)*

*“Pernah juga ya., ceramah, tapi sekarang gak ada lagi..padahal bagus juga”(B2, A3).*



## **BAB 5 PEMBAHASAN**

Pada bagian ini, peneliti akan membahas dan menjelaskan tentang interpretasi dari hasil penelitian, keterbatasan saat penelitian dilakukan, serta implikasi hasil penelitian. Pembahasan interpretasi hasil penelitian dilakukan dengan membandingkan hasil penelitian dengan tinjauan pustaka yang telah diuraikan pada bab sebelumnya. Keterbatasan penelitian akan membahas mengenai kekurangan dan kelemahan, serta hambatan-hambatan yang ditemui oleh peneliti pada saat pelaksanaan penelitian dilapangan. Implikasi hasil penelitian membahas tentang apa yang dapat dikembangkan lebih lanjut dari hasil penelitian ini, terutama untuk pengembangan pelayanan keperawatan medikal bedah dan asuhan keperawatan pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisa dengan masalah seksual yang dialaminya.

### **5.1 Interpretasi dan Diskusi Hasil**

Hasil penelitian tentang pengalaman disfungsi seksual pasien penyakit ginjal kronik tahap akhir yang menjalani hemodialisa dari dua belas partisipan didapatkan 8 tema yaitu **Perubahan akibat penyakit ginjal kronik, aktivitas seksual pasien hemodialisa, faktor yang mempengaruhi motivasi melakukan hubungan seksual, jenis disfungsi seksual pasien hemodialisa, prilaku dalam mengatasi masalah seksual, persepsi penyebab timbulnya masalah seksual, dukungan yang diperlukan pasien hemodialisa, dan harapan pada pelayanan kesehatan.** Masing-masing tema akan diuraikan berdasarkan tujuan khusus penelitian.

#### **5.1.1 Gambaran kehidupan seksual pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisa.**

Dalam mengidentifikasi gambaran kehidupan seksual pasien hemodialisa diperoleh 3 tema yaitu perubahan akibat penyakit ginjal kronik, aktivitas seksual pasien hemodialisa dan faktor yang mempengaruhi motivasi untuk melakukan hubungan seksual.

### **Tema 1: Perubahan akibat penyakit ginjal kronik**

Dalam penelitian ini ditemukan bahwa terjadi perubahan baik secara fisik maupun psikologis pada partisipan. Partisipan juga mempersepsikan perubahan-perubahan tersebut sebagai faktor yang berpengaruh pada perubahan seksualitas mereka. Temuan ini sejalan dengan kesimpulan yang ditarik Arslan dan Ege (2009) dari penelitian mereka yang dilakukan di Turki pada 10 orang perempuan yang menjalani hemodialisa. Dalam penelitian tersebut disimpulkan bahwa bahwa kondisi penyakit dan hemodialisa pada pasien akan menyebabkan beberapa perubahan diantaranya adalah perubahan fisik dan psikososial dimana pasien akan mengalami gangguan dalam memenuhi kebutuhan dasarnya.

Perubahan fisik yang ditemukan dalam penelitian ini adalah perubahan pada kulit dan mobilitas fisik. Perubahan fisik pada kulit berupa keluhan gatal-gatal, lesi di kulit, kerontokan rambut, kulit menjadi kusam, kering dan warna menjadi lebih hitam. Sedangkan perubahan pada mobilitas fisik yang ditemukan berupa rasa lemas, terjadinya osteoporosis, nyeri persendian dan nyeri kepala.

Perubahan fisik pada kulit pasien hemodialisa tersebut diatas juga ditemukan oleh Dyachenko, Shustak dan Rozenman (2006) saat mereka melakukan penelitian pada 70 pasien yang menjalani hemodialisa di *The Haemek Medical Centre Hemodialysis Unit*, Israel. Mereka menemukan bahwa gatal-gatal adalah gejala umum yang terjadi pada partisipan dengan angka kejadian hingga 74,3%. Penelitian lainnya yang dilakukan oleh Sultan et al. (2010) pada 100 orang pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa secara teratur di Turki, menemukan fakta bahwa seluruh pasien mengalami paling tidak satu jenis masalah kulit. Dalam penelitian tersebut tercatat bahwa gatal-gatal adalah yang paling banyak ditemui pada partisipan dalam penelitian tersebut dimana terjadi pada 55% partisipan, selanjutnya diikuti masalah-masalah lainnya seperti kulit kering (54%), hiperpigmentasi (54%), kulit menjadi pucat (45%), kerutan pada kulit (40%), mengalami infeksi jamur (33%), kemerahan pada kulit (27%), dermatitis (23%), *yellow face* (22%), *petichae* (19%), perlambatan penyembuhan luka (11%), *follicular hyperkeratosis* (10%), infeksi bakteri (5%), infeksi virus (2%), dan *uremic frost* (1%), rambut rontok (27%). Dapat disimpulkan bahwa

seluruh masalah-masalah pada kulit partisipan yang ditemukan oleh peneliti ditemukan juga dalam penelitian-penelitian sejenis sebelumnya, meskipun ada beberapa masalah-masalah kulit yang ditemukan dalam penelitian lain ternyata tidak ditemukan dalam penelitian kali ini, seperti infeksi jamur, dermatitis, *yellow face*, *petichae* dan infeksi virus.

Alasan terjadinya masalah kulit pada pasien dengan penyakit ginjal kronik dijelaskan oleh Lerma, Berns dan Nissenson (2009) yang menyebutkan bahwa penyakit ginjal kronik akan menyebabkan perubahan pada sistem pencernaan, hematologi, metabolik, imunologi, pernafasan, muskuloskeletal dan integumen. Pada sistem integumen akan terjadi hiperpigmentasi, kulit gatal dan adanya lesi pada kulit. Hal ini sejalan dengan pendapat Black dan Hawks (2009) yang menyatakan bahwa perubahan yang terjadi pada sistem integumen pasien penyakit ginjal kronik adalah kulit menjadi lebih kering, gatal-gatal, adanya perubahan pada warna kulit serta kerontokkan pada rambut dan kuku. Perubahan ini disebabkan oleh terjadinya atrofi pada kelenjar keringat sehingga menyebabkan kulit menjadi lebih kering dan rapuh.

Adanya keluhan gatal disebabkan karena hiperparatiroid sekunder serta penumpukkan kalsium dibawah kulit. Lerma, Berns, Nissenson (2009) menambahkan penjelasannya dengan menyatakan bahwa terjadinya *uremic frost* dibawah kulit akan menyebabkan kristalisasi pada kelenjar keringat yang juga dapat menimbulkan keluhan gatal. Adanya *pruritus*/gatal ini akan menyebabkan timbulnya luka dikulit akibat garukan pada kulit. Perubahan warna kulit terjadi karena adanya peningkatan produksi  $\beta$  *melanosit stimulating hormone* ( $\beta$  – MSH) serta retensi pigmen urokrom. Pengendapan pigmen urokrom ini menyebabkan perubahan warna kulit menjadi berwarna keabu-abuan.

Temuan bahwa perubahan pada kulit yang dialami telah mempengaruhi perubahan seksualitas partisipan pada penelitian kali ini sejalan dengan hasil penelitian terkait yang dilakukan oleh Harkness (2000) di Toronto pada 10 orang perempuan pasien hemodialisa. Dalam penelitiannya tentang pengalaman seksual wanita yang menjalani hemodialisa tersebut, ditemukan bahwa perubahan pada kulit akan

menyebabkan perubahan gambaran diri dan rasa percaya diri sehingga pasien merasa tidak nyaman dalam melakukan hubungan intim dengan pasangan.

Perubahan fisik berupa perubahan mobilitas fisik yang ditemukan dalam penelitian ini seperti rasa lemas, terjadinya osteoporosis, nyeri persendian dan nyeri kepala ternyata juga ditemukan oleh Harkness (2000) yang menemukan bahwa adanya penurunan energi dan kelelahan yang dialami pasien dan akan membatasi dan menurunkan kemampuan pasien dalam berhubungan seksual, hal ini akan menimbulkan rasa bersalah terhadap pasangan dimana pada kondisi tersebut pasien memerlukan dukungan dari pasangan sementara pasien memiliki keterbatasan untuk dapat memenuhi kebutuhan seksual pasangan. Untuk menguatkan pendapatnya, Harkness mengutip hasil penelitian yang dilakukan oleh Toorians et al. (1997) bahwa kelelahan dan perubahan fisik sangat mempengaruhi terjadinya disfungsi seksual pasien hemodialisa. Milde, Hart dan Fearing (1996) yang melakukan penelitian tentang *Sexuality and fertility concerns of dialysis patients* dengan jumlah partisipan yang diperoleh dari 7 unit hemodialisa di Iowa menyebutkan bahwa kelelahan ini akan mempengaruhi terjadinya perubahan seksual sebanyak 41% partisipan pada penelitian tersebut.

Terkait dengan munculnya osteoporosis pada partisipan penelitian ini sejalan dengan pernyataan Black dan Hawk (2009) yang menyatakan bahwa perubahan pada sistem musculoskeletal dialami oleh sekitar 90% pasien hemodialisa yang akan menyebabkan osteodistrofi dengan manifestasi klinis nyeri persendian, osteoporosis dan perubahan bentuk tulang. Manifestasi klinis ini akan menyebabkan perubahan mobilitas fisik dimana pasien akan mengalami kesulitan dalam beraktivitas.

Mekanisme ini dijelaskan lebih lanjut oleh Black dan Hawk (2009) dimana proses ini terjadi dengan melibatkan ginjal, tulang dan paratiroid serta kalsium, fosfat dan vitamin D. Pada saat laju filtrasi glomerulus menurun, ekskresi fosfat menurun dan eliminasi kalsium meningkat. Kerusakan ginjal menyebabkan aktivasi vitamin D oleh *1,25 dihydroxycalciferol* menurun sehingga penyerapan kalsium ditulang juga menurun. Akhirnya terjadi ketidakseimbangan kadar kalsium dan fosfat. Kondisi ini akan merangsang hormon paratiroid untuk meningkatkan

penyerapan kalsium dalam tulang. Akibat proses ini adalah simpanan kalsium dalam tulang menurun dan tulang menjadi keropos, mudah patah, nyeri persendian.

Mengenai perubahan psikologis, penelitian ini menunjukkan bahwa respon gangguan psikologis yang ditunjukkan oleh pasien adalah adanya perubahan emosional berupa respon mudah marah dan lebih sensitif. Hal ini dijelaskan oleh Black dan Hawk (2009) yang menyatakan bahwa gangguan psikologis ini terjadi karena terjadinya stress akibat kondisi penyakit kronik yang dialami serta penatalaksanaan seperti hemodialisa yang harus dilakukan sepanjang usia dengan perubahan fisik yang menyertainya. Beberapa perilaku yang umumnya menjadi *stressor* adalah perasaan tidak berdaya, pengobatan seumur hidup, perubahan *body image* dan perubahan seksual.

Perubahan psikologis ini juga ditegaskan oleh Thomas (2008) bahwa pasien yang menjalani hemodialisa dirumah sakit secara psikologis akan melewati tiga fase yaitu pada fase pertama terjadi *euphoria*, dimana pada fase ini, pasien merasakan manfaat dari tindakan hemodialisa khususnya keluhan uremia yang terjadi sehingga keluhan mual, muntah berkurang. Serta keluhan lain seperti udem paru dan sesak nafas. Pada fase kedua terjadi reaksi depresi akibat penatalaksanaan seumur hidup, perasaan memiliki keterbatasan, dan frustrasi ketika mereka tersadar bahwa kondisi seperti ini akan dialami seumur hidup pasien. Pasien juga akan merasakan bahwa hemodialisa yang dilakukan akan menyebabkan ketidaknyamanan, merasa lelah, menurunnya energi, dan lebih *irritable*. Fase ketiga yaitu mulai terjadi fase menyesuaikan diri dengan kondisi realitas bahwa kondisi dan keterbatasan yang dialami saat ini tidak dapat dielakkan lagi. Selama fase ini pun tidak jarang pasien akan mengalami perubahan suasana hati yang tiba-tiba, mudah sensitif dan pasien merasa bosan dengan saran dan program pengobatan yang harus dilakukan. Pada penelitian ini, menunjukkan partisipan telah melewati fase pertama dan kedua. Dimana partisipan sudah menyadari manfaat dari tindakan hemodialisa. Partisipan sudah mampu menyesuaikan diri dengan kondisi realitas bahwa partisipan diharapkan mampu beradaptasi dengan kondisi saat ini. Pada umumnya fase pertama dan kedua, terjadi pada saat

partisipan pertama kali terdiagnosa harus menjalani hemodialisa dan partisipan sudah melewati fase tersebut.

## **Tema 2 : Aktivitas seksual pasien hemodialisa**

Gambaran kehidupan seksual pasien hemodialisa juga teridentifikasi pada tema kedua yaitu aktivitas seksual pasien hemodialisa. Aktivitas seksual pasien hemodialisa teridentifikasi dari 3 sub-sub tema yaitu frekuensi hubungan seksual, keinginan dalam berhubungan seksual dan kepuasan dalam berhubungan seksual.

Terkait dengan frekuensi hubungan seksual, hasil penelitian ini menunjukkan bahwa frekuensi hubungan seksual partisipan mengalami penurunan yang ditandai dengan tidak adanya aktivitas seksual dan aktivitas seksual yang jarang. Hasil ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Soykan (2004) di Turki yang melibatkan 43 orang pasien hemodialisa yang terdiri dari 25 orang laki-laki dan 18 orang perempuan, menemukan bahwa 40% responden tidak melakukan aktivitas seksual.

Aktivitas seksual pasien juga diidentifikasi dari keinginan pasien untuk melakukan hubungan seksual. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa partisipan laki-laki pada umumnya memiliki keinginan yang besar sampai dengan tidak ada keinginan untuk melakukan hubungan seksual. Sementara partisipan perempuan mengalami penurunan keinginan untuk melakukan hubungan seksual. Pada frekuensi hubungan seksual, partisipan perempuan ditemukan bahwa frekuensi hubungan seksual dilakukan jika ada permintaan dari pasangan dan tidak datang dari keinginan sendiri akibat perasaan lelah yang dirasakan. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Arslan dan Ege (2009) yang menemukan bahwa pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisa mengalami penurunan keinginan dalam berhubungan seksual. Perubahan ini juga sesuai dengan studi yang dilakukan oleh Harkness (2000) tentang studi fenomenologi pengalaman seksual wanita yang menjalani hemodialisa yang menyatakan bahwa pada wanita lebih mudah mengalami penurunan seksual akibat kondisi fisik yang dialaminya.

Penelitian terkait yang dilakukan oleh Soykan (2004) ditemukan sebanyak 27% responden mengalami perubahan keinginan untuk melakukan hubungan seksual. Dalam suatu penelitian yang dilakukan oleh Toorians et al. (1997) menunjukkan bahwa prevalensi terjadinya perubahan hasrat dalam melakukan hubungan seksual terjadi pada seluruh pasien yang menjalani hemodialisa dan gangguan keinginan untuk melakukan hubungan seksual terjadi pada 71% (n=45) pasien yang menjalani hemodialisa.

Terkait pada tingkat kepuasan dalam aktifitas seksual, dalam penelitian ini disimpulkan bahwa pada umumnya partisipan mengalami ketidakpuasan dan kesulitan mencapai orgasme. Hasil ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Peng et al. (2005) pada 138 pasien wanita yang menjalani hemodialisa di Taiwan ditemukan bahwa skor kepuasan rata-rata responden adalah sebesar 7 dari skor normal sebesar 15. Temuan tersebut menunjukkan bahwa rata-rata responden mengalami tingkat kepuasan buruk.

### **Tema 3 : Faktor yang mempengaruhi motivasi untuk melakukan hubungan seksual.**

Tema ketiga pada tujuan penelitian tentang gambaran aktivitas seksual pasien hemodialisa yaitu faktor yang mempengaruhi motivasi untuk melakukan hubungan seksual. Hasil penelitian ini menggambarkan bahwa faktor yang mempengaruhi motivasi untuk melakukan hubungan seksual adalah perubahan psikologis, motivasi yang berbeda dalam berhubungan seksual antara laki-laki dan perempuan, respon akibat hemodialisa serta faktor yang mempengaruhi aktifitas seksual seperti gairah untuk melakukan hubungan seksual dan hubungan interpersonal.

Perubahan psikologis yang dapat mempengaruhi terjadinya perubahan keinginan berhubungan seksual adalah rasa depresi, kecemasan, rasa bersalah, merasa rendah diri akibat perubahan seksual yang dialami, dapat mempengaruhi keinginan untuk melakukan hubungan seksual. Seperti hasil penelitian ini yang menunjukkan bahwa partisipan menunjukkan respon merasa tidak berdaya, tidak perkasa, tidak mampu memuaskan kebutuhan pasangan dan merasa tua dengan

perubahan fisik yang dialami. Seperti disampaikan oleh Newton (1999) pada studi literatur yang bertujuan untuk mengetahui hubungan antara disfungsi seksual pada pasien laki-laki yang menjalani hemodialisa serta implikasinya pada praktek keperawatan, menyatakan bahwa terjadinya disfungsi ereksi pada laki-laki akan menimbulkan perasaan rendah diri, merasa bahwa kejantanannya menurun, mudah marah dan mudah tersinggung. Perubahan yang terjadi dalam waktu yang lama, akan menyebabkan terjadinya depresi. Hal ini senada dengan yang disampaikan oleh Thomas (2008) dalam buku *renal nursing*, bahwa ada hubungan yang kuat antara depresi dan melemahnya rangsangan seksual serta orgasme. Tingkat kecemasan yang tinggi ditemukan pada laki-laki dan perempuan dengan disfungsi seksual. Sebuah studi yang dilakukan oleh Rosen et al. (1997) dan Spector, Carey & Steinberg (1996) dalam Rowland dan Incrocci (2008) menunjukkan penurunan hasrat seksual dialami sebanyak 70% pasien depresi, oleh karena itu adanya perubahan psikologis seperti depresi dan kecemasan akan sangat mempengaruhi aktivitas dalam melakukan hubungan seksual.

Dalam penelitian ini ditemukan perbedaan motivasi untuk melakukan hubungan seksual antara partisipan perempuan dengan laki-laki. Pada partisipan perempuan kepuasan pribadi dalam hubungan seksual bukanlah hal yang penting, mereka lebih fokus pada upaya memuaskan pasangan. Sebaliknya pada partisipan laki-laki, menyalurkan kebutuhan biologis dan pencapaian orgasme adalah hal yang penting. Hal ini sejalan dengan pernyataan yang diungkapkan oleh Levine (2003) dalam Rowland dan Incrocci (2008) pada *hand books of sexuality*, bahwa dalam berhubungan seksual, laki-laki berfokus pada orgasme dan *coitus*, sedangkan pada perempuan lebih berfokus pada keintiman.

Seperti diungkapkan dalam klinik sehat *on line*, bahwa seorang wanita bersedia menerima dan menikmati stimulus yang diberikan, sehingga akan membuat wanita lebih berfokus pada stimulus tersebut, apabila stimulus sesuai dengan keinginannya. Hal ini juga dipengaruhi oleh jenis, waktu dan cara stimulasi yang diberikan. Salah satu cara stimulasi tersebut adalah meningkatkan keintiman dengan pasangan. Keintiman akan membuat seseorang merasa diterima oleh pasangan yang pada akhirnya dapat digunakan sebagai alasan dasar untuk



menyetujui hubungan seksual. Hal ini sejalan dengan pernyataan yang dinyatakan oleh Wood (2010) dalam sebuah artikelnya tentang disfungsi seksual pada wanita merupakan sebuah masalah yang nyata dan kompleks, bahwa keintiman secara emosional ini juga akan menimbulkan rasa bahagia sehingga termotivasi untuk melakukan hubungan seksual dengan pasangannya.

Perbedaan motivasi dalam melakukan hubungan seksual diantara laki-laki dan perempuan juga dipengaruhi oleh budaya yang berkembang dimasyarakat. Hal tersebut sejalan dengan beberapa ungkapan dari partisipan perempuan menyatakan bahwa kepuasan seksual masih lebih dominan untuk laki-laki, kepuasan seksual menjadi hal yang tidak prioritas dalam suatu hubungan seksual. Pada partisipan laki-laki, kemampuan hubungan seksual merupakan bentuk identitas dirinya sebagai laki-laki. Permasalahan muncul saat partisipan tidak mampu mengkomunikasikan perubahan seksual yang dialami dengan pasangannya. Perbedaan ini merupakan perubahan yang dipengaruhi oleh motivasi dalam melakukan hubungan seksual antara partisipan laki-laki dan perempuan. Hal tersebut sesuai dengan Kozier et al. (2004) mengatakan bahwa, perubahan seksual yang terjadi, dapat dipengaruhi oleh: a) budaya, keanekaragaman budaya turut mempengaruhi seksualitas individu dengan cara berpakaian berdasarkan jenis kelamin, aturan perkawinan, harapan terhadap peran yang dilakukan dan tanggung jawab sosial, b) nilai keagamaan dapat mempengaruhi ekspresi seksual, dimana agama memberikan pedoman untuk mengatur perilaku seksual yang dianjurkan dan dilarang serta adanya konsekuensi atas pelanggaran yang dilakukan, c) etika personal, merupakan kebebasan seseorang untuk mengekspresikan seksualitas dalam berbagai bentuk, d) status kesehatan serta obat-obatan.

Hal tersebut sejalan dengan pernyataan Filingham dan Douglas (2000) dalam buku *urological nursing*, bahwa aspek sosial termasuk nilai budaya dan keyakinan, peran dalam keluarga dan *stereotype* juga akan mempengaruhi perilaku hubungan seksual individu. Dalam suatu keyakinan tertentu juga diyakini bahwa seorang perempuan yang menolak ajakan suaminya untuk berhubungan seksual akan berdosa. Perubahan ini akan berpotensi terjadinya konflik dalam

hubungan suami istri. Pada suatu keyakinan tertentu juga menyatakan bahwa perempuan dilarang untuk menolak ajakan suami untuk berhubungan seksual, hal ini juga turut mempengaruhi motivasi seseorang dalam melakukan hubungan seksual.

Dalam penelitian ini ditemukan bahwa respon akibat hemodialisa seperti pusing, lemas dan badan pegal telah menurunkan motivasi partisipan untuk berhubungan seksual. Keluhan utama yang umum dirasakan oleh partisipan sebelum hemodialisa adalah perut kembung dan keluhan setelah hemodialisa dilakukan adalah pusing sebagai akibat perubahan hemodinamik. Perubahan fisik seperti merasa mudah lelah serta perubahan suara. Adanya perubahan fisik dan hemodinamik ini, akan menyebabkan partisipan merasa lelah dan tidak ingin melakukan hubungan seksual. Pada umumnya partisipan menolak untuk melakukan hubungan seksual, karena kondisi fisik sangat tidak memungkinkan untuk melakukan hubungan seksual. Kondisi fisik tersebut, terjadi karena komplikasi akibat hemodialisa. Seperti diungkapkan oleh Challinor dalam Thomas (2008) bahwa komplikasi yang muncul akibat tindakan hemodialisa terdiri atas: a) hipotensi, komplikasi ini terjadi sebanyak 15-25% pada pasien yang menjalani dialisa, b) mual dan muntah, terjadi sekitar 10% dari proses dialisis yang dilakukan, c) kram dapat timbul selama proses dialisis dilakukan, hal ini dapat disebabkan karena adanya hipotensi. Kondisi ini secara tidak langsung akan menyebabkan perubahan motivasi dalam melakukan hubungan seksual.

Respon yang umum dirasakan oleh partisipan setelah hemodialisa dilakukan pada penelitian ini adalah sakit kepala. Penyebab pasti pada keluhan ini belum diketahui secara jelas, tetapi kemungkinan terjadi karena berhubungan dengan dialisa asetat atau *disequilibrium syndrome*. Bila sakit kepala disertai dengan muntah, kelainan fokal neurologi, dan hipertensi, harus dicurigai adanya penyakit serebrovaskuler, sehingga pada saat itu hemodialisa harus dihentikan dan dilakukan pemeriksaan CT Scan. Keluhan lain yang dirasakan oleh partisipan adalah kram otot, keluhan ini terjadi karena penurunan volume cairan ekstraseluler akibat peningkatan *ultrafiltration rate* atau konsentrasi natrium dalam konsentrat tidak adekuat. Kram otot ini sering terjadi pada akhir sesi

hemodialisa. Pemberian garam fisiologis atau hipertonis merupakan terapi pilihan pertama karena cepat reda (Sukandar, 2006).

Faktor selanjutnya yang mempengaruhi motivasi seseorang untuk melakukan hubungan seksual adalah hubungan interpersonal. Dalam penelitian ini ditemukan bahwa partisipan lebih termotivasi untuk melakukan hubungan seksual jika ajakan untuk melakukan hubungan seksual dikomunikasikan secara baik oleh pasangan. Sejalan dengan hasil penelitian ini, Milde, Hart dan Fearing (1996) menemukan bahwa 79% responden penelitian yang mereka lakukan untuk mengetahui hubungan antara seksualitas dan kesuburan pada pasien dialisa, menyatakan bahwa kedekatan (*intimacy*) adalah sangat penting dalam sebuah hubungan. Kedekatan (*intimacy*) dimaknai oleh Timmerman (1991) dalam Harkness (2000) sebagai kepercayaan, kedekatan emosional, keterbukaan dan hubungan timbal balik diantara kedua pasangan. Hal ini sejalan dengan saran yang diberikan oleh Thomas (2008) untuk meningkatkan komunikasi diantara pasangan, misalnya dengan mengikuti sesi konsultasi dengan ahli yang melibatkan kedua pasangan, yang mengalami masalah seksual. Penjelasan bahwa berkurangnya minat dalam berhubungan seksual adalah disebabkan oleh penyakit yang dialami pasangan bukan karena berkurangnya rasa cinta. Hubungan seksual berupa sentuhan kasih sayang pada beberapa kasus berhasil menciptakan kepuasan dalam hubungan seksual meskipun tanpa penetrasi.

### **5.1.2 Persepsi tentang masalah-masalah seksual pasien hemodialisa.**

Masalah-masalah seksual pasien hemodialisa teridentifikasi satu tema yaitu gangguan seksual pasien hemodialisa diidentifikasi dua sub tema yaitu atas jenis gangguan seksual dan permulaan timbulnya masalah disfungsi seksual.

#### **Tema 4 : Jenis disfungsi seksual pasien hemodialisa**

Masalah seksual partisipan laki-laki yang menjalani hemodialisa diantaranya adalah ejakulasi dini dan disfungsi ereksi, sedangkan pada partisipan perempuan terdiri atas perubahan dalam hasrat seksual, perubahan keinginan untuk melakukan hubungan seksual, gangguan lubrikasi dan orgasme serta nyeri saat berhubungan seksual.

Hasil penelitian ini berdasarkan *screening* tentang fungsi ereksi dan fungsi orgasme partisipan ini menyatakan bahwa partisipan laki-laki mengalami disfungsi sedang sampai dengan berat. Hasil ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Neto et al. (2002) sebuah studi *cross-sectional* pada 118 orang pasien hemodialisa dari 2 unit hemodialisa di Brazil yang bertujuan untuk mengetahui hubungan antara disfungsi ereksi dengan penyakit ginjal kronik, menunjukkan bahwa sekitar 25.4% responden mengalami disfungsi ereksi berat, 35.4% mengalami disfungsi ereksi sedang dan 24.6% mengalami disfungsi ereksi ringan. Penelitian lainnya yang dilakukan oleh Turk (2004) di Turki yang meneliti tentang hubungan antara kualitas hidup dan disfungsi ereksi pada 148 orang pasien pria yang menjalani hemodialisa menunjukkan bahwa sekitar 70% diantara respondennya mengalami disfungsi ereksi yang diukur dengan *International Index of Erectile Function* (IIEF), dimana disfungsi ereksi ini diakibatkan oleh anemia yang terjadi. Penelitian yang terkait dengan terjadinya disfungsi ereksi juga dilakukan oleh Ali et al. (2005) pada 75 pria pasien hemodialisa di Mesir menemukan bahwa 82.5% pasien mengalami disfungsi ereksi dibandingkan kelompok kontrol sebanyak 30%.

Perubahan seksual pada laki-laki diatas oleh disebabkan adanya perubahan hormonal, dimana terjadi ketidakseimbangan hormon testosteron. Penyakit ginjal kronik menyebabkan gangguan spermatogenesis dan kerusakan pada testis. Pada analisa cairan semen akan didapatkan adanya penurunan volume ejakulasi, oligo atau complete azoospermia dan rendahnya motilitas sperma (Pezeshki & Ghazizadeh, 2008).

Hasil *screening* yang dilakukan pada partisipan perempuan menunjukkan *score* penilaian berada pada rentang 15-22, hal ini bermakna bahwa partisipan memiliki fungsi seksual yang buruk. Cukup banyak penelitian lainnya terkait dengan fungsi seksual pada wanita dengan hemodialisa yang menunjukkan gambaran yang serupa dengan hasil penelitian ini. Penelitian yang dilakukan Peng et al. (2005) tentang fungsi seksual pada pada 578 wanita yang menjalani hemodialisa di Taiwan dengan studi yang digunakan adalah *self reported questionnaires*, menunjukkan bahwa fungsi seksual partisipan perempuan berada pada *score*

antara 9.3-24,5. Pada penelitian terkait yang dilakukan oleh Arslan dan Ege (2009) pada wanita Turki didapatkan bahwa perubahan seksual yang dialami pasien hemodialisa diantaranya adalah gangguan orgasme, ketidakinginan melakukan hubungan seksual dan penurunan frekuensi hubungan seksual serta adanya rasa nyeri saat melakukan hubungan seksual akibat vagina menjadi lebih kering. Penelitian serupa yang dilakukan oleh Basok et al. (2009) yang bertujuan untuk mengetahui fungsi seksual dan kualitas hidup pasien perempuan yang menjalani predialisa, peritoneal dialisa, hemodialisa dan transplantasi ginjal, dengan jumlah partisipan 106 orang, menyatakan bahwa masalah seksual yang dialami oleh pasien perempuan yang menjalani hemodialisa berdasarkan *The Female Sexual Function Index (FSFI)* menunjukkan bahwa pasien mengalami gangguan keinginan untuk melakukan hubungan seksual, penurunan kemampuan orgasme dan penurunan hasrat seksual. Pada penelitian yang dilakukan oleh Peng et al. (2005) pada studi yang dilakukan di Taiwan, menyatakan bahwa disfungsi seksual yang dialami oleh perempuan yang menjalani hemodialisa adalah perubahan keinginan berhubungan seksual, gangguan orgasme, penurunan frekuensi hubungan seksual dan nyeri pada saat berhubungan seksual.

Penelitian lainnya berhasil mengungkap perubahan seksual baik pada pasien pria maupun perempuan yang menjalani hemodialisa. Misalnya pada penelitian yang dilakukan oleh Soykan et al. (2005) pada sebuah preliminary study untuk mengevaluasi frekuensi terjadinya disfungsi seksual setelah pasien menjalani hemodialisa selama 6 bulan, yang menunjukkan bahwa pada 18 orang partisipan perempuan, sekitar 11 orang (61%) mengalami perubahan keinginan untuk berhubungan seksual dan kesulitan mencapai orgasme, dan pada 25 partisipan laki-laki, sebanyak 9 orang (36%) mengalami disfungsi seksual. Pada penelitian ini, juga ditemukan adanya perubahan siklus menstruasi yang dialami oleh partisipan perempuan, dimana jumlah hari menstruasi tersebut menjadi berkurang. Perubahan ini dapat disebabkan karena terjadinya hiperprolaktinemia yang menyebabkan terjadinya amenorhea dan anovulasi, sehingga akan mempengaruhi kesuburan dan siklus menstruasi pasien. Seperti di ungkapkan oleh Thomas (2008) bahwa penurunan fungsi seksual pada perempuan dapat menyebabkan infertilitas akibat dari terjadinya *amenorrhoea* dan menstruasi yang tidak normal.

### **5.1.3 Persepsi penyebab timbulnya masalah seksual dan faktor yang mempengaruhi perubahan seksual**

Persepsi penyebab timbulnya masalah seksual diperoleh dari 2 tema yaitu persepsi penyebab timbulnya masalah seksual dan perilaku mengatasi masalah perubahan seksual.

#### **Tema 5 : Perilaku mengatasi masalah akibat perubahan seksual**

Pada perilaku mengatasi masalah akibat perubahan seksual yang terjadi, teridentifikasi 3 subtema yaitu, sumber informasi dalam mengatasi masalah, bentuk pengobatan yang dilakukan dan pengalihan masalah melalui aktivitas.

Sumber informasi untuk mengatasi masalah diperoleh dari dokter, perawat, teman, buku dan televisi. Dari perilaku partisipan dalam mencari sumber informasi untuk mengatasi masalah seksualnya menunjukkan bahwa partisipan secara mandiri mencari informasi, termasuk berinisiatif bertanya pada dokter maupun perawat. Partisipan berpendapat dokter dan perawat tidak secara aktif menanyakan problem seksual mereka karena malu dan menganggap seksualitas adalah topik yang tabu untuk dibicarakan. Kondisi ini memiliki kemiripan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Shifren et al. (2009) pada 3.239 wanita di Amerika yang mengaku mengalami masalah seksual dimana hanya 1/3 dari responden yang mendapatkan perawatan secara formal, dimana informasi tersebut diperoleh dari ginekolog dan dokter umum. Dari proporsi tersebutpun, 80% dari komunikasi diantara partisipan dengan tenaga kesehatan merupakan inisiatif dari partisipan. Hambatan bagi partisipan adalah kemampuan menilai kesehatan pribadi secara mandiri yang buruk, dan rasa malu untuk mendiskusikan masalah seksual dengan dokter

Terdapat beberapa cara pengalihan masalah yang dilakukan partisipan dalam menghadapi perubahan yang dirasakan seperti melakukan aktivitas spiritual dan aktivitas lain. Aktivitas spiritual dilakukan dengan melakukan sholat dan memasrahkan diri terhadap perubahan yang dialami partisipan. Pada aktivitas lain, partisipan melakukan aktivitas seperti menonton televisi, membaca buku dan bermain dengan cucu. Gambaran upaya untuk mengatasi tekanan akibat hemodialisa seperti itu juga ditemukan oleh Walton (2002) pada studi kualitatif *grounded theory*, saat meneliti mengenai pengaruh spiritualitas terhadap kehidupan

pada 11 pasien hemodialisa di Amerika. Walton menemukan bahwa dalam upaya keluar dari lingkaran depresi, partisipan selain berupaya dengan mendapatkan dukungan social dari rekan, keluarga, dan komunitas, mereka juga berupaya berdialog dengan Tuhan dan merefleksikan makna dan tujuan dari kehidupan mereka. Hal juga ini sesuai dengan apa yang diungkapkan oleh Thomas (2008) bahwa pada saat pasien dihadapkan fase realitas akibat ketidakmampuan yang dimiliki, mereka mengatasi dengan dengan menyalurkan hobi yang dimiliki serta meningkatkan komunikasi dengan lingkungan sekitar sehingga pasien tidak hanya berorientasi pada masalah yang dihadapi.

### **Tema 6 : Persepsi penyebab timbulnya masalah seksual**

Penyebab timbulnya masalah seksual didapatkan 4 subtema yaitu perubahan fisiologis, keterbatasan fisik, perubahan kondisi fisik dan perubahan psikologis. Mengenai kaitan antara tindakan hemodialisa dan penyakit gagal ginjal kronik dengan munculnya keterbatasan fisik, perubahan kondisi fisik dan psikologis pada partisipan telah dijelaskan pada tema sebelumnya; perubahan akibat penyakit ginjal kronik.

Penjelasan mengenai perubahan fisiologis yang terjadi adalah sebagai akibat dari terjadinya anemia, perubahan hormonal dan penurunan fungsi ginjal. Anemia terjadi karena terganggunya produksi eritropoetin akibat fungsi ginjal yang menurun. Toksin ureum juga turut merangsang proses eritropoesis dan hemolisis. Anemia yang terjadi pada pasien akan menyebabkan terjadinya penurunan perfusi jaringan yang akan menyebabkan pasien merasa mudah lelah, sehingga akan mempengaruhi keinginan pasien dalam berhubungan seksual. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Di Paolo et al. dalam Harkness (2000) mengatakan adanya perubahan eritropoetin, hematokrit dan perubahan hormonal akan mempengaruhi terjadinya perubahan seksual pada laki-laki dan perempuan. Sherman (1975) dalam Newton (1999) menemukan bahwa adanya perubahan pada kecepatan konduksi saraf sensorik akibat peningkatan ureum serta terjadinya penurunan reflek bulbocavernosus menyebabkan impotensi pada laki-laki. Perubahan lain adalah perubahan hormonal yaitu testosteron dan androgen. Perubahan testosteron ini didukung dengan penelitian yang terbatas, namun defisit

androgen diduga sebagai salah satu penyebab rendahnya hasrat seksual pada perempuan dan laki-laki. Androgen merupakan komponen utama dalam regulasi mekanisme biologi pada timbulnya hasrat pada laki-laki.

#### **5.1.4 Dukungan yang diperlukan pasien hemodialisa**

Dari penelitian ini teridentifikasi 1 tema yang berhubungan dengan tujuan penelitian tentang teridentifikasinya dukungan yang diperlukan pasien hemodialisa.

#### **Tema 7 : *Support system* yang dibutuhkan pasien hemodialisa**

Dukungan yang dibutuhkan pasien hemodialisa teridentifikasi berdasarkan 2 sub tema yaitu pola interaksi dengan lingkungan dan hubungan sosial. Pola interaksi dengan lingkungan dilihat dari peran anggota keluarga dan bentuk dukungan yang dibutuhkan.

Hasil penelitian ini menunjukkan dukungan yang diperlukan oleh pasien hemodialisa adalah dukungan pada anggota keluarga terutama pasangan. Dukungan lain didapatkan dari orangtua dan keluarga dekat. Bentuk dukungan yang diinginkan oleh partisipan adalah keinginan untuk dimengerti terhadap perubahan seksual yang dialami, *support* dan dukungan terhadap program pengobatan yang dilakukan serta komunikasi yang baik dan jelas sesama anggota keluarga. Senada dengan hasil penelitian ini, Clarkson dan Robinson (2010) yang melakukan penelitian kualitatif mengenai pengalaman hidup pada 10 orang pasien gagal ginjal kronik tahap akhir di Oklahoma, Amerika, mencatat bahwa responden mengidentifikasi *support system* dalam upaya melakukan mekanisme adaptasi atas perubahan hidup yang terjadi akibat penyakit yang mereka alami adalah terdiri dari keluarga, teman, kelompok, gereja, doa, dan Tuhan.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Wissensson dan Landeverck (1988) dalam Harkness (2000) menunjukkan pentingnya dukungan emosional pada pasien yang menjalani hemodialisa dan peritoneal dialisa yang akan meningkatkan kualitas hidup dan kepuasan hidup. Studi lain yang dilakukan oleh Harkness (2000) berdasarkan persepsi partisipan, pasien yang mendapatkan dukungan akan dapat



meningkatkan kemampuan pasangan beradaptasi dengan perubahan yang terjadi sehingga pasien dapat menjalankan hemodialisa tersebut dengan optimal. Hal ini sejalan dengan ungkapan Calsyn dan Cuddihee's (1987) dalam Harkness (2000) pentingnya peran anggota keluarga seperti pasangan akan meningkatkan harga diri pasien dibandingkan dengan pasien yang tidak memiliki dukungan primer dari orang terdekat yang akan menimbulkan perasaan tidak berharga dan putus asa.

#### **5.1.5 Pelayanan kesehatan yang dibutuhkan pasien hemodialisa**

Dari penelitian ini teridentifikasi 1 tema yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan pasien hemodialisa yaitu Harapan partisipan terhadap pelayanan kesehatan.

#### **Tema 8 : Harapan pada pelayanan kesehatan**

Pada tema harapan pada pelayanan kesehatan teridentifikasi 2 sub tema yaitu pendidikan kesehatan, sikap tenaga kesehatan dan bimbingan rohani.

Pendidikan kesehatan ini mencakup kegiatan diskusi dengan topik pengaturan diet makanan dan pengaturan minum, proses penyakit dan penyebab penyakit sehingga pasien dapat mengantisipasi perubahan yang akan dihadapi pasien.

Sikap tenaga kesehatan yang diinginkan partisipan meliputi sikap yang ramah, responsif, komunikatif dan proaktif. Keramahan menjadi penting karena pasien akan merasa nyaman saat ingin menceritakan permasalahan yang dihadapinya. Keramahan perawat juga membuat pasien merasa diterima dan perawat siap memberikan pelayanan yang tepat. Sikap lain yang diinginkan partisipan adalah sikap responsif artinya perawat memiliki kepedulian yang tinggi terhadap kebutuhan pasien. Resposif ini ditunjukkan dengan mau mendengarkan apa yang menjadi permasalahan pasien.

Komunikatif dan proaktif merupakan proses komunikasi terapeutik yang ditunjukkan dengan perawat mencoba menanyakan hal-hal yang ringan seperti kondisi pasien saat ini dan memberikan jawaban yang sesuai saat pasien menanyakan ketidakjelasan suatu informasi. Clarkson dan Robinson (2010) dalam penelitiannya menemukan bahwa pasien mengharapkan pendidikan yang jelas dari tenaga kesehatan terutama terkait mengapa mereka harus menjalani suatu pengobatan dan apa yang terjadi jika mereka tidak melakukannya. Pasien juga mengharapkan penjelasan mengenai efek yang ditimbulkan dari hemodialisa. Kejelasan informasi tersebut disebutkan oleh responden dalam penelitian tersebut dapat membuat mereka lebih siap dan kuat secara mental untuk menghadapi hemodialisa dan lebih termotivasi untuk menjalani setiap pengobatan.

Saat ini masalah seksual masih menjadi hal yang tabu untuk dibicarakan. Seksualitas merupakan masalah yang sangat sensitif bagi individu, sehingga terkadang mendiskusikan seksualitas dapat menimbulkan ketidaknyamanan pasien. Hal ini penting diperhatikan oleh perawat saat harus melakukan kajian terhadap masalah seksual pasien, karena itu kemampuan pemahaman perawat terhadap masalah pasien dapat menimbulkan rasa nyaman pasien. Krebs (2008) pada studi yang dilakukan pada pasien dengan cancer, mengidentifikasi bahwa pasien seringkali mengharapkan informasi yang lebih dalam mengenai masalah seksual yang mereka hadapi dan dilakukannya penilaian atas kebutuhan seksual yang lebih baik dari tenaga kesehatan. Namun hal tersebut terhambat oleh rasa malu pada kedua belah pihak dan kurangnya pelatihan profesional untuk tenaga kesehatan. Krebs mencatat bahwa perawat menjadikan sempitnya waktu dan bahwa melakukan penilaian atas kebutuhan seksual pasien bukanlah bagian dari tanggung jawab mereka. Dan pasienpun seringkali percaya bahwa perawatan hanya berfokus pada pengobatan dan manajemen penyakit.

Beberapa area keahlian yang harus dikuasai perawat untuk dapat meningkatkan kesehatan seksual yang diungkapkan oleh Henderson (2004) yaitu: a) Pengetahuan mengenali masalah Seksualitas termasuk aspek sosiokultural terkait hubungan perkawinan dan masyarakat, b) Kemampuan dalam melakukan

penilaian dan mediasi, c) Kesadaran atas keragaman nilai-nilai, kepercayaan, dan perilaku, d) Kesadaran akan bagaimana kepercayaan, perilaku, dan nilai-nilai itu pada prakteknya akan mempengaruhi persepsi pasien terhadap seksualitas.

Pemenuhan kebutuhan spiritual partisipan dalam penelitian ini adalah peningkatan bimbingan spiritual dengan cara doa bersama dan ceramah. Kebutuhan akan spiritual ini akan membantu pasien dalam menemukan kondisi realitas bahwa pasien harus menghadapi penyakit kronik ini seumur hidup dengan segala perubahan yang terjadi. Perasaan pasrah dan mengembalikan sesuatu masalah kepada Tuhan YME, diyakini partisipan akan meningkatkan motivasi partisipan dalam menghadapi cobaan ini sehingga partisipan merasa tenang. Hal ini senada dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Clarkson dan Robinson (2010) yang menemukan bahwa Tuhan, doa dan gereja adalah bagian yang tidak terpisahkan dari sistem dukungan yang merupakan cara pasien dengan hemodialisa untuk dapat bertahan dan beradaptasi ditengah berbagai perubahan hidup terkait dengan terapi hemodialisa yang harus mereka jalani.

## **5.2 Keterbatasan Penelitian**

Keterbatasan pada penelitian ini adalah waktu penelitian yang singkat dan proses pengurusan izin penelitian yang cukup lama. Kendala awal yang dirasakan peneliti adalah proses interaksi awal yang terlalu singkat dengan partisipan, sehingga dikhawatirkan proses hubungan saling percaya belum terbina dengan baik. Hal ini juga menyebabkan beberapa partisipan cenderung malu-malu untuk menceritakan permasalahan seksual yang dialami. Partisipan umumnya menginginkan pertemuan dilakukan pada saat hemodialisa, sehingga dalam satu minggu peneliti hanya dapat melakukan minimal dua kali pertemuan. Pertemuan pertama dilakukan untuk membuat kontrak dan kesepakatan partisipan untuk terlibat dalam penelitian ini, jika kondisi memungkinkan, proses *screening* dapat langsung dilakukan, tetapi jika kondisi tidak memungkinkan, maka pertemuan pertama tersebut hanya dilakukan untuk membuat kontrak selanjutnya dengan partisipan.

Pada pertemuan kedua dilakukan untuk melakukan *screening* dan wawancara jika kondisi memungkinkan. Proses wawancara juga sangat memperhatikan perubahan kondisi partisipan diantaranya adalah adanya keluhan pusing, perubahan tekanan darah serta adanya kelelahan akibat wawancara. Melihat kondisi ini, peneliti juga tidak bisa memaksakan untuk dilakukan wawancara dalam satu kali pertemuan, sehingga pada saat proses wawancara ditemui kendala tersebut, maka wawancara dihentikan dan selanjutnya dilakukan pada pertemuan berikutnya sesuai dengan kesepakatan partisipan. Selama wawancara dilakukan peneliti juga melakukan observasi tekanan darah partisipan, sehingga kemungkinan adanya perubahan yang tiba-tiba dapat diantisipasi.

Keterbatasan lain yang dirasakan adalah sikap partisipan yang masih malu-malu untuk menceritakan masalah seksual yang dihadapi. Keterbatasan ini diantisipasi oleh peneliti, dimana wawancara dilakukan dengan berbicara dalam batas volume suara yang normal, menghentikan wawancara jika partisipan merasa tidak nyaman ketika menjawab pertanyaan tertentu atau saat ada orang lain mendekat.

Keterbatasan lainnya adalah, data kajian yang terkait dengan harapan akan pelayanan kesehatan masih bersifat umum, sehingga perlu dilakukan penelitian lanjutan untuk mengkaji lebih dalam kebutuhan partisipan akan pelayanan keperawatan dengan masalah disfungsi seksual.

Hasil wawancara yang terkait dengan support yang dibutuhkan pasien hemodialisa dengan masalah seksual, juga masih belum tergali secara mendalam, sehingga perlu dilakukan penelitian lanjutan untuk menggali secara mendalam terhadap sistem pendukung yang diperlukan pasien hemodialisa dengan masalah seksual.

### **5.3 Implikasi Keperawatan**

#### **5.3.1 Dalam praktek keperawatan**

Adanya data perubahan seksual serta faktor yang mempengaruhi aktivitas seksual partisipan yang menjalani hemodialisa yang diperoleh dalam penelitian ini dapat digunakan perawat dalam mengkaji perubahan seksual yang dialami sehingga perawat dapat lebih *aware* terhadap perubahan fisik dan masalah seksual pasien. Pasien hemodialisa akan mengalami perubahan fisik dan psikologis dalam

hidupnya sehingga perawat diharapkan dapat mengenali masalah ini dengan mengantisipasi masalah yang muncul dan memberikan dukungan baik dari tenaga kesehatan, keluarga dan lingkungan sosial pasien.

Perubahan psikologis yang terjadi pasien dengan hemodialisa yang berpengaruh pada seksualitas pasien menuntut komunikasi yang lebih terbuka, empati, pemahaman atas perasaan pasien dari perawat. Perawat dapat berupaya mendorong pasien untuk lebih terbuka bercerita mengenai perasaan mereka terkait seksualitas dan perubahan *body image* yang dialami. Perawat juga dapat menjadi jembatan bagi pasien untuk mendapatkan konsultasi dari tenaga yang lebih ahli, atau membuat sesi konseling dan kelompok pendukung.

Hasil penelitian ini juga dapat menjadi motivasi bagi perawat untuk dapat memberikan dukungan yang bersifat spiritual. Sangat menguntungkan jika perawat yang memiliki kesamaan kepercayaan dengan pasien dapat saling berdialog mengenai topik keagamaan yang menjadi bagian dari upaya pasien beradaptasi dengan perubahan hidup yang dialami.

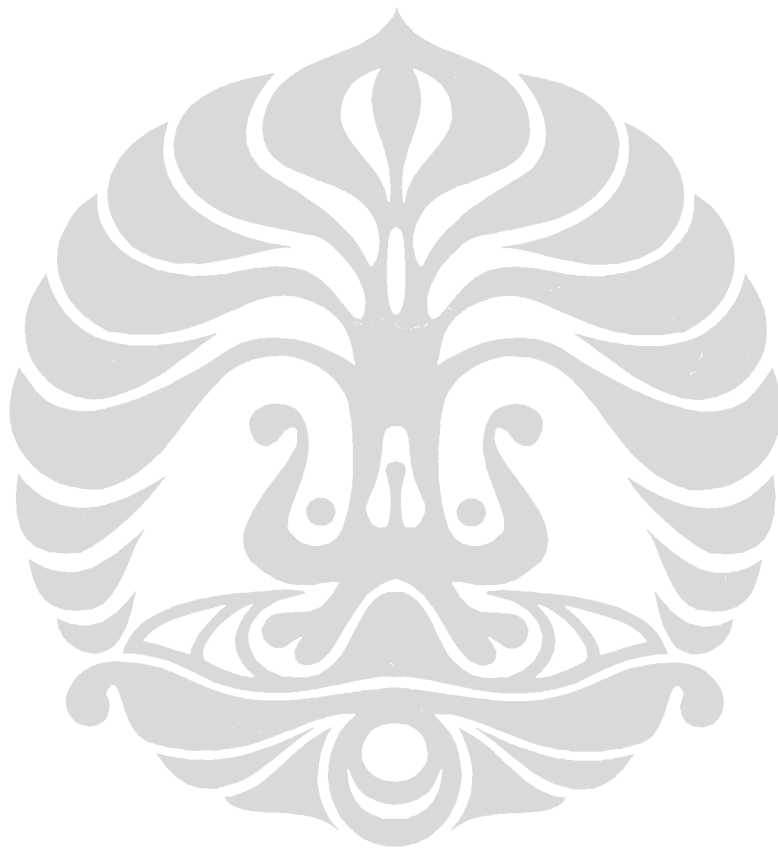
Namun, kesiapan perawat terkait kesiapan mental dan pengetahuan terkait masalah seksual adalah faktor penting yang harus diperhatikan. Perawat harus merasa nyaman dengan seksualitasnya sendiri sebelum dapat membantu pasien menghadapi masalah seksualitasnya. Perawat harus mampu mengesampingkan nilai-nilai pribadinya terkait seksualitas untuk dapat memahami persoalan seksualitas pasien. Karenanya *training* yang cukup harus diberikan pada perawat terkait hal tersebut. Penelitian lanjutan terkait dengan masalah seksual dengan asuhan keperawatan yang menerapkan salah satu konsep model keperawatan yang paling tepat bagi pasien hemodialisa yang mengalami perubahan seksual, hal ini agar asuhan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan permasalahan pasien.

### 5.3.2 Dalam Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat digunakan oleh peserta didik pada saat menggali dan melakukan pengkajian pasien hemodialisa terutama pada aspek perubahan psikologis. Serta dapat dikembangkan kurikulum pendidikan dengan penekanan pada perubahan psikologis dan intervensi yang tepat.

### 5.3.3 Bagi pengembangan ilmu keperawatan

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai dasar pengembangan ilmu keperawatan dengan melakukan penelitian lanjutan yaitu tentang penerapan konsep model keperawatan pada pasien dengan masalah seksual dan sejauh mana tenaga kesehatan merasa nyaman untuk menggali masalah seksual pasien.



## **BAB 6**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

Pada bab ini, peneliti akan memberikan kesimpulan terhadap hasil penelitian dan memberikan saran-saran kepada rumah sakit selaku pemberi layanan dan saran untuk penelitian selanjutnya.

#### **6.1 Simpulan**

Gambaran kehidupan seksual pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisa tergambar dalam 8 tema yaitu **Perubahan akibat penyakit ginjal kronik, aktivitas seksual pasien hemodialisa, faktor yang mempengaruhi motivasi melakukan hubungan seksual, jenis disfungsi seksual pasien hemodialisa, perilaku dalam mengatasi masalah seksual, persepsi penyebab timbulnya masalah seksual, dukungan yang diperlukan pasien hemodialisa, dan harapan pada pelayanan kesehatan.** Gambaran kehidupan seksual pasien hemodialisa terlihat pada aktivitas seksual yang dilakukan dimana hal ini dipengaruhi oleh perubahan fisik, perubahan pada kulit, serta gangguan mobilitas fisik. Perubahan yang terjadi ini juga mempengaruhi motivasi partisipasi dalam melakukan hubungan seksual, dimana faktor tersebut antara lain perbedaan motivasi tentang kebutuhan seksual, efek akibat tindakan hemodialisa dan perubahan psikologis akibat perubahan seksual yang dialami.

Pada hasil penelitian ini teridentifikasi perubahan yang dialami partisipan hemodialisa, dimana perubahan tersebut antara lain, perubahan pada kulit, perubahan fisik dan perubahan psikososial yang apabila tidak mendapatkan penanganan yang tepat, akan mempengaruhi kualitas hidup partisipan termasuk pemenuhan kebutuhan seksual. Aktivitas seksual partisipan diidentifikasi mengalami perubahan, dimana frekuensi hubungan seksual yang menurun, perubahan keinginan untuk melakukan hubungan seksual dan kepuasan yang sulit dicapai sesuai dengan keinginan partisipan. Pada hasil penelitian ini juga teridentifikasi disfungsi seksual partisipan hemodialisa, dimana pada partisipan perempuan disfungsi seksual yang terjadi adalah gangguan hasrat dan keinginan, berkurangnya kemampuan orgasme, perubahan lubrikasi dan *dyspareunia*.

Sedangkan pada partisipan laki-laki, disfungsi seksual yang teridentifikasi antara lain disfungsi ereksi dan ejakulasi dini. Masalah-masalah seksual ini dipersepsikan partisipan disebabkan karena kondisi fisik dan fungsi ginjal yang sudah menurun serta perubahan psikologis partisipan. Dalam menghadapi perubahan seksual yang dialami, partisipan mengungkapkan beberapa cara yang digunakan untuk mengatasi masalah seksual yang dihadapi. Adapun perilaku tersebut dilakukan dengan meningkatkan aktivitas spiritual dan melakukan aktivitas lain. Perubahan seksual ini menyebabkan partisipan membutuhkan orang lain dalam rangka mengatasi masalah yang dihadapinya, dalam penelitian ini teridentifikasi perilaku tersebut dilakukan dengan mencari informasi sampai dengan melakukan pengobatan alternatif serta kebutuhan akan motivasi dan perhatian dari orang-orang terdekat. Pentingnya pendidikan kesehatan, bimbingan spiritual dan sikap pemberi layanan kesehatan menjadi harapan partisipan untuk mengatasi masalah seksual tersebut, sehingga memerlukan perhatian yang serius dari berbagai pihak seperti dukungan keluarga, lingkungan dan pelayanan kesehatan yang efektif untuk meningkatkan kualitas hidup partisipan hemodialisa dengan masalah disfungsi seksual.

## **6.2 Saran**

### **6.2.1 Pada pelayanan kesehatan**

1. Pemberian informasi kesehatan dapat dilakukan dengan memberikan pendidikan kesehatan terkait dengan pengelolaan diit rendah protein, cara mengurangi kulit yang kering dengan pemberian lotion serta melibatkan keluarga dalam rangka monitoring diit yang tepat, sehingga tidak memperberat terjadinya uremia. Perubahan akibat penyakit ginjal kronik salah satunya adalah perubahan pada kulit. Perubahan ini disebabkan oleh adanya uremia yang terjadi. Akibat yang akan ditimbulkan pada perubahan kulit ini, akan mempengaruhi gambaran diri pasien serta mempengaruhi motivasi untuk melakukan hubungan seksual. Perubahan ini dapat diatasi dengan memberikan pendidikan kesehatan terkait dengan pengelolaan diit rendah protein, cara mengurangi kulit yang kering dengan pemberian lotion serta melibatkan keluarga dalam rangka monitoring diit yang tepat, sehingga tidak memperberat terjadinya uremia. Bentuk pendidikan kesehatan dapat berupa penyediaan



leaflet yang berisi tentang penyebab disfungsi seksual dan alur cara penyelesaian masalah seksual pasien.

2. Masalah seksual merupakan masalah yang *privacy* bagi setiap orang, dalam pemberian informasi dan konseling, agar dapat disediakan tempat yang dapat melindungi *privacy* pasien, sehingga pasien merasa nyaman saat harus menceritakan masalah seksual yang dialami.
3. Perubahan pada kondisi fisik pasien dapat disebabkan karena adanya anemia yang terjadi. Pemberian *Recombinant human erythropoietin* (EPO), merupakan salah satu intervensi kolaborasi yang dapat dilakukan untuk mengatasi anemia. Peningkatan hemoglobin akan mengatasi keluhan fisik yang dirasakan pasien, sehingga keinginan untuk melakukan hubungan seksual juga meningkat.
4. Perubahan psikologis yang dialami pasien, dipengaruhi oleh kondisi penyakit dan intervensi hemodialisa yang dilakukan seumur hidup, perawat diharapkan mampu memberikan *support* pada keluarga dan pasien untuk bisa memahami perubahan psikologis yang terjadi. Hal ini dapat dilakukan dengan memberikan konseling kepada pasangan terhadap masalah seksual yang dialami oleh pasien.
5. Masalah seksual yang dialami pasien saat ini merupakan kenyataan yang harus diterima oleh pasien, tetapi kemampuan tenaga kesehatan dalam mengorientasikan perubahan ini secara nyata akan membantu pasien untuk menerima perubahan seksual yang terjadi. Hal ini dapat dilakukan dengan pemberian pendidikan kesehatan terkait dengan perubahan-perubahan yang akan dialami termasuk perubahan seksual yang terjadi pada pasien hemodialisa.
6. Masalah seksual merupakan masalah yang sensitif, sehingga tidak semua individu dapat mengungkapkan permasalahan tersebut pada orang lain. Oleh karena itu perawat dapat lebih proaktif dalam mengidentifikasi permasalahan ini dengan cara melakukan pengkajian yang spesifik terkait perubahan seksual pasien. Perawat juga diharapkan mampu membina hubungan terapeutik dengan pasien, sehingga pasien merasa nyaman saat harus menceritakan masalah seksual yang dialami. Perawat juga harus mampu mendorong pasien untuk menungkapkan perubahan seksual yang dialami.

7. Masalah seksual yang dialami pasien dapat diatasi dengan konseling yang melibatkan pasangan serta kombinasi pemberian terapi medikasi yang dilakukan oleh perawat dan dokter. Pemberian medikasi yang konseling yang berkelanjutan juga harus dimonitoring untuk menilai efektivitas intervensi yang dilakukan.
8. Perawat dapat memberikan informasi pada pasien penyebab perubahan seksual tersebut terjadi, dalam bentuk leaflet serta konseling sesuai dengan kesepakatan dengan partisipan, sehingga akan mengurangi kecemasan yang ada.
9. Edukasi dapat dilakukan dengan memberikan topik yang bersifat umum, kemudian dilanjutkan pada topic yang spesifik.
10. Intervensi akan kebutuhan spiritual juga menjadi penting untuk dilakukan, untuk mengembalikan pasien pada makna hidup akibat penyakit kronik yang dialami. Hal ini dapat dilakukan dengan melibatkan petugas bimbingan rohani dan perawat dapat berfungsi sebagai fasilitator saat konseling dilakukan.

#### 6.2.3 Pada pendidikan keperawatan

1. Fenomena masalah seksual pasien sampai saat ini masih belum mendapatkan perhatian khusus, diperlukan kajian lebih lanjut untuk mengidentifikasi secara lebih jelas dampak yang ditimbulkan akibat perubahan seksual. Hal ini dapat dilakukan dengan mengembangkan kurikulum dalam institusi pendidikan keperawatan.
2. Meningkatkan kesadaran pada peserta didik bahwa kebutuhan seksual merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia, sehingga dapat lebih *aware* dalam memberikan asuhan keperawatan.
3. Mengajarkan pada peserta didik untuk mampu melakukan pengkajian terkait dengan masalah seksual partisipan dengan hemodialisa.
4. Memonitor dan melakukan bimbingan pada peserta didik saat mengimplementasikan asuhan keperawatan pasien dengan masalah seksual.

#### 6.2.4 Pada penelitian keperawatan

1. Disarankan untuk penelitian selanjutnya dapat dilakukan penelitian serupa dengan kriteria partisipan berasal dari beberapa unit hemodialisa agar tingkat variasinya lebih banyak.
2. Penelitian lanjutan dapat dilakukan dengan menggali masalah seksual yang dialami pasien hemodialisa terhadap kebutuhan akan pelayanan kesehatan untuk mengatasi masalah seksual yang terjadi.
3. Untuk mengembangkan kelimuan dalam keperawatan, dapat dilakukan penelitian lanjutan tentang bagaimana penerapan konsep model keperawatan yang paling tepat untuk pasien hemodialisa dengan masalah seksual.



## DAFTAR PUSTAKA

- Ayub, W., & Fletcher, S. (2000). End stage renal disease and erectile dysfunction: Is there any hope?. *Neprology Dial Transplant*. 15, 1525-1528
- Ali, M.EM., Hafez, H.A., Mahran, A.M., Mohamed, E.R., Shazly, A.E., Gadallah, A.M., & Abbas, M.A. (2005). Erectil dysfunction in chronic renal failure patients undergoing hemodialysis in Egypt. *International Journal of Impotence Research*, 17, 180-185.
- Arslan, S.Y., & Ege, E. (2009). Sexual experiences of woman exposed to hemodialysis treatment. *Sexual Disability Journal*, 27, 215-221.
- Basok, E.K., Atsu, N., Rifaioğlu, M.M., Kantarci, G., Yildirim, A., Tokue, R. (2009). Assessment of female sexual function and quality of life in predialysis, peritoneal dialysis, hemodialysis, and renal transplant patients. *International Urology Nephrolog*, 41, 473-474.
- Black, J.M., & Hawks, H. (2009). *Medical surgical nursing clinical management for positive outcomes*. (8<sup>th</sup> Ed.). St Louis Missouri: Elsevier Saunders.
- Clarkson, K. A., & Robinson, K. (2010). Life on dialysis : A lived experience. *American Nephrology Nursing Journal*, 37(1), 29-35.
- Cresswell, J.W. (2002). Pendekatan penelitian kualitatif dan kuantitatif (Suparlan & Parsudi, penerjemah.). Jakarta: KIK Press.
- Dochterman, J.M., & Buleckhek, G.M. (2004). *Nursing intervention classification (NIC)*, (4<sup>th</sup> Ed). Mosby: Elsevier.
- Doenges, M.E., Moorhouse, M.F., & Geissler, A.C. ( 2000 ). *Nursing care plans*. U.S.of America: F. A. Davis Company.
- Dyachenko, P., Shustak, A., & Rozenman, D. (2006). Hemodialysis-related pruritus and associated cutaneous manifestations. *International of Journal Dermatology*. 45(6), 664.

- Feldhaus, M., & Dahir. (2009). Female sexual dysfunction: Barriers to treatment. *Urologic Nursing Journal*, 29(2), 81-85.
- Harkness, D.J. (2000). Woman's experience of hemodialysis and sexuality: a qualitative study. [www.proquest.com/pqdweb](http://www.proquest.com/pqdweb). Diperoleh 25 Februari 2011.
- Henderson, S. (2004). The role of the clinical nurse specialist in medical-surgical nursing. *Medical Surgical Nursing*, 13(1), 38.
- Herdman, T.H. (2010). *NANDA international. diagnosa keperawatan: definisi dan klasifikasi 2009-2011*. (Sumarwati M. et al. Alih Bahasa). Jakarta: EGC.
- Ignatavicius, D.D., & Workman. L. (2006). *Medical surgical nursing, critical thinking for collaborative care*. Elsevier saunders.
- Indarti, J. (2004). *Panduan Kesehatan Wanita*. Edisi 2. Jakarta: Puspa Swara.
- Kallenbach, J.Z. (2005). *Review of Hemodialysis for nurses and dialysis personnel*. St. Louis, Missouri. Elsevier.
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S.J. (2004). *Fundamentals of nursing*. Canada: Prentice Hall Inc.
- Krebs, L. U. (2008). Sexual assessment in cancer care; concept, methods, and strategies for success. *Seminars in Oncology Nursing*, 24(20), 80-90.
- Krozy, R.E. (2004). *Sexual disorder. Psychiatric nursing*. (3th Ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Lauman, E.O., Paik, A., Rosen, R.C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. *Journal of the American Medical Assossiation*, 281, 537-544.
- Lerma, E.V., Berns, J.S., & Nissenson, A.R. (2009). *Current diagnosis & treatment: Nephrology & Hipertension*. New York. The McGraw-Hill Companies.

- Litbangkes. (2008). Riset kesehatan dasar tahun 2007. Depkes RI. Jakarta.
- McKay, A. (1998). Sexual dysfunction in the United States : Prevalence and Predictors. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 7(4), 358.
- Masmeka. (2010). Pornografi terhadap budaya Indonesia. [www.arisme.com](http://www.arisme.com). Diperoleh tanggal 8 Mei 2010.
- Milde, F. Hart & Fearing, M. (1996). Sexuality and fertility concerns of dialysis patients. *American Nephrology Nurses Association Journal*. 14(12), 972-973.
- Moleong, L. (2006). *Metodologi penelitian kualitatif*. Bandung. Remaja Rosdakarya.
- Neto, A.F., Rodrigues, M.F., Fittipaldi, J.S., & Moreira, E.D. (2002). The epidemiology of erectile dysfunction and its correlates in men with chronic renal failure on hemodialysis in Londrina, Southern Brazil. *International Journal of Impotence Research*, 14(2), 19-26.
- Newton, S.E. (1999). Sexual dysfunction in men on chronic hemodialysis: A *Rehabilitation Nursing Concern*. *Rehabilitation nursing Journal*, 24(1), 24-27.
- PERNEFRI. (2009). *2 nd Report of Indonesian renal registry*. Profil pasien hemodialisa di Indonesia, 3, 20-23.
- Peng, Y.S., Chiang, C.K., Kao, T.W., Hung, K.Y., Lu, C.H., & Chiang, S.S. (2005). Sexual dysfunction in female hemodialysis patients a multicenter study. *Kidney International Journal*. 68, 760-765.
- Pezeshki, M.L., & Ghazizadeh, S. (2008). Sexual and reproductive function in end-stage renal disease and effect of kidney transplantation. *Asian Journal of Andrology*, 10(3), 441-446.
- Polit, D.F., Beck, C.T., & Hungler, B.P. (2001). *Essential of Nursing Research: Methods, Appraisal and Utilization*. St. Louis: Mosby Year Book Inc.

- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2009). *Fundamental Keperawatan* (Adriana Frederika & Marina Albar, Penerjemah.). (Ed 7.). Jakarta: Salemba Medika.
- Potter, P.A., & Perry, A.G. (2005). *Buku ajar fundamental keperawatan: konsep, proses, dan praktik (fundamentals of nursing: concepts, process, and practice)*. (Asih Y. Alih Bahasa). (Edisi 4. Volume 1). Jakarta: EGC.
- Robinson, J.P. (2000). Phase of the qualitative research interview with institutionalized elderly individuals. *Journal of Gerontological Nursing*, 26(11), 17-23.
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., & Shabsigh, R. (2000). The female sexual function index (FSFI): a multidimensional self report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26, 191-208.
- Rowland, D.L., & Incrocci, L. (2008). *Handbook of sexual and gender identity disorder*. Canada: John Walley & Sons, Inc.
- Shifren, J.L., Johanes, C.B., Monz, B.U., Russo, P.A., Bennett, L., & Rosen, R. (2009). Help seeking behavior of women with self reported distressing sexual problems. *Journal Womens Health*. 18(4), 461.
- Soykan, A., Boztas, H., Kutlay, S., Ince, E., Nergizoglu, G., Dilekoz, A.Y., & Berkuson, O. (2005). Do sexual dysfunctions get better during dialysis? Results of a six-month prospective follow upstudy from Turkey. *International Journal of Impotence research*. 17, 359-363.
- Soykan. A. (2004). The reliability and validity of Arizona sexual experiences scale in Turkish ESRD patients undergoing hemodialysis. *International Journal of Impotence research*. 16, 531-534.
- Sultan. M.M., Mansour, H.H., Wahby, I.M., & Houdery, A.S. (2010). Cutaneous manifestations in Egyptian patients with chronic renal failure on regular hemodialysis. *Journal Egypt Women Dermatology*. 7, 49-55.

- Sukandar, E. (2006). Nefrologi klinik ed 3. Bagian Ilmu Penyakit Dalam. FK UNPAD. Bandung.
- Stewart, M. (2010). Perception of sexuality by African American patients on hemodialysis. [www.proquest.com/pqdweb](http://www.proquest.com/pqdweb). Diperoleh 25 Februari 2011.
- Stewart, M. (2006). Narrative literature review; Sexual dysfunction in the patient on hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 33(6), 631-642.
- Speziale, H.J.S., & Carpenter, D.R. (2003). *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative*. (3rd Ed.). Lippincott: Philadelphia.
- Sudoyo, A.W., Setiyohadi, B., Alwi, I., Simadibrata, M., & Setiati, S. (Ed.). (2009). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. (Edisi 4). Jilid II. Jakarta: Pusat Penerbitan Ilmu Penyakit Dalam FKUI.
- Tanyi, R.A. (2002). Sexual unattractiveness: a patient's story. *Medical Surgical Nursing Journal*, 11(2),95-97.
- Terrill, B. (2002). *Renal nursing. A practical approach*. Australia: Ausmed Publications.
- Tomey, A.M., & Alligood, M.R. (2006). *Nursing Theorists and Their Work*. (6th Ed.). St. Louis: Elsevier.
- Thomas, N. (2008). *Renal nursing*. (3rd Ed.). London. Elsevier.
- Turk, S., Guney, I., Altintepe, L., Tonbul, Z., Yildiz, A., & Yeksan, M. (2004). Quality of life in male hemodiaysis patients. *Nephron Clinical Practice*, 96(1), 22-24.
- Walton, J., & Molzahan, A.E. (2002). Finding a Balance : A grounded theory study of spirituality in hemodialysis patients. *Nephrology Nursing Journal*. 29(5), 447.
- Wood, S.G.B. (2010). Female sexual dysfunction is a real but complex problem. *British Medical Journal*. 341,701.





# LAMPIRAN



**KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK**

Komite Etik Penelitian Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

**Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Partisipan Penyakit Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisa di RS. Islam Jakarta.**

Nama peneliti utama : **Diana Irawati**

Nama institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

Dan telah menyetujui proposal tersebut.



**Diana Irawati, MA, PhD**  
NIP. 195206011974112001

Jakarta, 26 Mei 2011

Ketua,

**Yeni Rustina, PhD**

NIP. 195502071980032001



Pelayanan

## RUMAH SAKIT ISLAM JAKARTA (RSIJ) CEMPAKA PUTIH

Jalan Cempaka Putih Tengah I/1, Jakarta 10510

Telepon (021) 4250451, 42801567 (*hunting*)

Faksimile (021) 4206681

Website : [www.rsi.co.id](http://www.rsi.co.id), E-mail : [rsijpusat@rsi.co.id](mailto:rsijpusat@rsi.co.id)

JAS-ANZ



ISO 9001

Certified

Akreditasi Depkes RI 10 pelayanan

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Nomor : 422/XIII/05/2011  
Hal : Izin Penelitian Tesls

16 Jumadil Akhir 1432 H.  
20 Mei 2011 M.

Yth. Dekan  
Fakultas Ilmu Keperawatan  
Universitas Indonesia  
Kampus UI Depok

Dengan hormat,

Sehubungan dengan surat Saudara No. 1522/H2.F12.D/PDP.04.02/2011, tertanggal 02 Mei 2011, tentang permohonan izin pelaksanaan uji instrument penelitian di RS. Islam Jakarta Cempaka Putih (RSIJCP) untuk penyusunan tesis mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan :

nama : Diana Irawati  
NIM : 0906504676  
judul penelitian : "Studi Fenomenologi : *Pengalaman & Disfungsi Seksual Pasien yang Menjalani Hemodialisa di RS. Islam Jakarta Cempaka Putih.*"

dengan ini kami sampaikan bahwa prinsipnya dapat membantu pelaksanaan kegiatan dimaksud. Teknik pelaksanaan dan penjelasan lebih lanjut agar menghubungi Bagian Pengembangan Organisasi RSIJCP. Telepon 4244208, pesawat. 429.

Atas perhatian dan kerjasama Saudara kami mengucapkan terima kasih.



Dr. Prastowo Sidi Pramono, Sp.A.  
Direktur Utama

Tembusan:

1. GM. Pelayanan Keperawatan RSIJCP
2. Ka. Komite Keperawatan RSIJCP
3. Ka. Unit Pengembangan Organisasi RSIJCP

## PENJELASAN PENELITIAN

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

**Nama** : **Diana Irawati**  
**Status** : **Mahasiswa Program Paskasarjana Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah FIK UI**  
**NPM** : **0906504676**  
**Pembimbing I** : **Prof. Elly Nurachmah, DNSc., RN**  
**Pembimbing II** : **Eni Novieastari, MSN**

Bermaksud mengadakan penelitian tentang “ Pengalaman Disfungsi Seksual Pasien Penyakit Ginjal Kronik Tahap Akhir yang Menjalani Hemodialisa di Rumah Sakit Islam Jakarta” dengan pendekatan kualitatif. Bersama ini saya akan menjelaskan beberapa hal terkait tentang penelitian yang akan saya lakukan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mendapatkan pemahaman yang mendalam tentang perubahan seksual yang dialami pasien yang menjalani hemodialisa. Adapun manfaat penelitian ini secara garis besar adalah untuk meningkatkan pengetahuan perawat tentang perubahan seksual yang muncul pada pasien yang menjalani hemodialisa serta meningkatkan perhatian perawat terhadap permasalahan seksual pasien.

Penelitian ini tidak akan memberikan pengaruh yang merugikan Bapak/Ibu, hanya menggunakan wawancara untuk menggali perubahan seksual yang dialami pasien hemodialisa. Partisipasi Bapak/Ibu bersifat sukarela tanpa paksaan dan apabila menolak sebagai partisipan, tidak akan dikenakan sanksi apapun.

Wawancara akan dilakukan sesuai kesepakatan dengan partisipan. Satu kali pertemuan, akan dilakukan selama 50-60 menit. Pertemuan kedua akan dilakukan kembali dengan tujuan untuk memvalidasi hasil wawancara pada pertemuan pertama.

Tempat pertemuan ditentukan sesuai dengan kesepakatan bersama dengan memperhatikan *privacy* partisipan. Proses wawancara ini akan di rekam dengan menggunakan *tape recorder*. Jika ada bagian dari wawancara yang tidak ingin direkam, maka *tape recorder* akan dimatikan. Kemudian partisipan dapat melanjutkan memberikan jawaban sesuai pertanyaan yang diajukan. Setelah wawancara ini selesai, hasil rekaman akan disimpan didalam lemari yang terkunci milik peneliti dan akan dimusnahkan setelah penelitian ini selesai dilakukan. Kerahasiaan partisipan akan tetap terjaga dengan tidak menyebutkan nama partisipan, tetapi dengan menggunakan kode yang hanya difahami oleh peneliti.

Partisipan berhak mengajukan keberatan pada peneliti jika terdapat hal-hal yang tidak berkenan bagi partisipan, dan selanjutnya akan dicari penyelesaian berdasarkan kesepakatan peneliti dengan partisipan.



Depok, April 2011

Peneliti

Diana Irawati

NPM. 0906504676

### LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI PARTISIPAN

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama (inisial) :

Umur :

Alamat :

Setelah membaca dan mendengarkan penjelasan penelitian ini (terlampir) dan setelah mendapatkan jawaban dari pertanyaan saya terkait penelitian ini, maka saya memahami tujuan penelitian ini yang nantinya akan bermanfaat bagi pengembangan kemampuan perawat dalam melakukan pengkajian perubahan seksual pasien yang menjalani hemodialisa. Saya mengerti bahwa penelitian ini menjunjung tinggi hak-hak saya sebagai partisipan.

Saya sangat memahami bahwa keikutsertaan saya menjadi partisipan pada penelitian ini sangat besar bagi pengembangan ilmu keperawatan. Dengan menandatangani surat persetujuan ini, berarti saya telah menyatakan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini tanpa paksaan dan bersifat sukarela.

Tanda Tangan Partisipan :

Tanggal :

Tanda Tangan Saksi :

Tanggal :

Tanda Tangan Peneliti :

Tanggal :

**LEMBAR CATATAN LAPANGAN (FIELD NOTE)**

Tanggal :

Waktu (jam) :

Tempat :

Pewawancara :

Partisipan :

Dihadiri oleh :

Posisi duduk :

Situasi Wawancara :

Karakteristik Partisipan ( penampilan, pakaian dll).

<b>RESPON YANG DIAMATI</b>	
Rencana Isi Field Note :	
Ekspresi non verbal partisipan	
Sikap partisipan saat wawancara	
Sikap tubuh saat wawancara	

**LEMBAR DATA DEMOGRAFI DAN STATUS KESEHATAN PARTISIPAN  
PADA PENELITIAN STUDI FENOMENOLOGI: PENGALAMAN  
DISFUNGSI SEKSUAL PASIEN PENYAKIT GINJAL KRONIK  
TAHAP AKHIR YANG MENJALANI HEMODIALISA  
DI RS ISLAM JAKARTA  
2011**

**A. DATA DEMOGRAFI**

Kode responden : .....

Tanggal data dilakukan :

1. Usia :
2. Tempat tanggal lahir : ...../...../.....Suku :
3. Status perkawinan :
4. Jumlah anak :.....Laki-laki :.....Perempuan : .....
5. Pendidikan terakhir : (Lingkari pada jawaban yang sesuai)
  - a. Tamat SD
  - b. Tamat SMP
  - c. Tamat SMA
  - d. Tamat Perguruan Tinggi
  - e. Lain-lain : .....
6. Pekerjaan : .....

**B. STATUS KESEHATAN**

7. Sebutkan Obat-obatan dari dokter yang saat ini Bapak/Ibu konsumsi  
:.....
8. Frekuensi hemodialisa dalam 1 minggu :.....kali/minggu
9. Riwayat penyakit sebelumnya (Lingkari pada pilihan yang sesuai):
  - a. Diabetes Melitus
  - b. Hipertensi
  - c. Penyakit jantung
  - d. Lain-lain (sebutkan)
10. Sudah berapa lama hemodialisa dilakukan (bulan).....



**PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM PENELITIAN  
STUDI FENOMENOLOGI: PENGALAMAN DISFUNGSI SEKSUAL  
PASIEN PENYAKIT GINJAL KRONIK TAHAP AKHIR  
YANG MENJALANI HEMODIALISA  
DI RS ISLAM JAKARTA**

1. Pengalaman apa sajakah yang Bapak/Ibu alami selama hemodialisa dilakukan?
2. Perubahan apa sajakah yang Bapak/Ibu alami selama menjalani hemodialisa?
3. Bagaimana aktivitas seksual Bapak/Ibu setelah hemodialisa ini dilakukan?
4. Masalah-masalah seksual apa sajakah yang Bapak/Ibu rasakan setelah hemodialisa dilakukan?
5. Menurut Bapak/Ibu, apa penyebab keluhan seksual tersebut muncul?
6. Apa yang sudah Bapak/Ibu lakukan untuk menghadapi perubahan seksual yang terjadi?
7. Bagaimana hubungan Bapak/Ibu dengan orang terdekat?
8. Apa yang Bapak/Ibu harapkan dari perawat terkait dengan masalah seksual yang terjadi?

**LEMBAR FORMAT *SCREENING* DISFUNGSI SEKSUAL PARTISIPAN  
LAKI-LAKI PADA PENELITIAN STUDI FENOMENOLOGI :  
PENGALAMAN DISFUNGSI SEKSUAL PASIEN PENYAKIT GINJAL  
KRONIK TAHAP AKHIR YANG MENJALANI HEMODIALISA DI RS  
ISLAM JAKARTA**

2011

Tanggal : .....

Kode Partisian : .....

**Petunjuk Pengisian :**

1. Pertanyaan-pertanyaan dibawah ini akan mengevaluasi perubahan seksual yang dialami dalam 4 minggu yang lalu.
2. Beri tanda silang (X) pada salah satu jawaban yang Bapak pilih.

**Keterangan**

1. Format *screening* ini merupakan adopsi dari *The International Index of Erectile Function Questionnaire* (IIEF) dari Rosen et al. (1997) yang sudah diterjemahkan oleh peneliti dengan menyesuaikan pada kondisi sosiokultural, keyakinan, nilai dan etik partisipan. Kuisisioner ini, terdiri dari 15 pertanyaan tentang fungsi ereksi, kepuasan dalam berhubungan seksual, fungsi orgasme, hasrat seksual, serta kepuasan seksual secara umum.
2. Rentang penilaian adalah 0-5 dengan penjelasan sebagai berikut :
  0. Tidak ada kegiatan seksual (tidak ada hubungan seks sama sekali)
  5. Hampir selalu (selalu)
  4. Sering (lebih dari separuh frekuensi hubungan seks)
  3. Kadang-kadang (separuh dari frekuensi hubungan seks)
  2. Jarang (Kurang dari separuh frekuensi hubungan seks)
  1. Hampir tidak pernah (masih ada aktivitas seksual, tetapi sangat jarang)

**Pertanyaan :**

**a. Fungsi ereksi (5 pertanyaan)**

1. Sejak dilakukan hemodialisa, dalam 1 bulan terakhir, seberapa sering Bapak mampu ereksi selama hubungan seksual dilakukan?
  - o 0 = Tidak ada aktivitas seksual
  - o 5 = Hampir selalu
  - o 4 = Sering
  - o 3 = Kadang-kadang
  - o 2 = Jarang

- 1 = Hampir tidak pernah
2. Sejak dilakukan hemodialisa, dalam 1 bulan terakhir, seberapa sering Bapak mampu ereksi maksimal untuk memulai senggama (penetrasi ke dalam kelamin pasangan)?
- 0 = Tidak ada aktivitas seksual
  - 5 = Hampir selalu
  - 4 = Sering
  - 3 = Kadang-kadang
  - 2 = Jarang
  - 1 = Hampir tidak pernah
3. Sejak hemodialisa dilakukan, dalam 1 bulan terakhir, ketika hubungan seksual dilakukan, seberapa sering Bapak mampu memasukkan / melakukan penetrasi pada kelamin pasangan?
- 0 = Tidak ada aktivitas seksual
  - 5 = Hampir selalu
  - 4 = Sering
  - 3 = Kadang-kadang
  - 2 = Jarang
  - 1 = Hampir tidak pernah
4. Sejak hemodialisa dilakukan, dalam 1 bulan terakhir, Selama hubungan seksual dilakukan, seberapa sering Bapak mampu mempertahankan ereksi setelah terjadi penetrasi ?
- 0 = Tidak ada aktivitas seksual
  - 5 = Hampir selalu
  - 4 = Sering
  - 3 = Kadang-kadang
  - 2 = Jarang
  - 1 = Hampir tidak pernah
5. Sejak hemodialisa dilakukan, dalam 1 bulan terakhir, seberapa sulit Bapak mempertahankan ereksi sampai hubungan seksual selesai dilakukan?
- 0 = Tidak ada kegiatan seksual
  - 1 = Sangat sulit sekali
  - 2 = Sangat sulit
  - 3 = Sulit
  - 4 = cukup sulit
  - 5 = Tidak sulit

**b. Kepuasan berhubungan seksual (3 pertanyaan)**

6. Sejak hemodialisa dilakukan, dalam 1 bulan terakhir, berapa kali Bapak mencoba untuk berhubungan seksual?
- 0 = Tidak ada keinginan berhubungan seks
  - 1 = 1-2 kali
  - 2 = 3-4 kali
  - 3 = 5-6 kali
  - 4 = 7-10 kali
  - 5 = Lebih dari 10 kali
7. Sejak hemodialisa dilakukan, dalam 1 bulan terakhir, setelah hubungan seksual dilakukan, seberapa sering Bapak merasa puas?
- 0 = Tidak ada aktivitas seksual
  - 5 = Hampir selalu
  - 4 = Sering
  - 3 = Kadang-kadang
  - 2 = Jarang
  - 1 = Hampir tidak pernah
8. Sejak hemodialisa dilakukan, dalam 1 bulan terakhir, seberapa sering Bapak menikmati hubungan seksual yang dilakukan?
- 0 = Tidak ada hubungan seksual
  - 5 = Sangat menikmati
  - 4 = Menikmati
  - 3 = Wajar-wajar saja
  - 2 = Sangat tidak menikmati
  - 1 = Tidak menikmati

**c. Fungsi orgasme (2 pertanyaan)**

9. Sejak hemodialisa dilakukan, dalam 1 bulan terakhir, saat mendapat rangsangan/berhubungan seksual, seberapa sering Bapak mengalami ejakulasi?
- 0 = Tidak ada aktivitas seksual
  - 5 = Hampir selalu
  - 4 = Sering
  - 3 = Kadang-kadang
  - 2 = Jarang
  - 1 = Hampir tidak pernah
10. Sejak hemodialisa dilakukan, dalam 1 bulan terakhir, ketika melakukan hubungan seksual, seberapa sering Bapak merasakan orgasme (dengan atau tanpa terjadi ejakulasi)?
- 0 = Tidak ada aktivitas seksual
  - 5 = Hampir selalu
  - 4 = Sering
  - 3 = Kadang-kadang

- 2 = Jarang
- 1 = Hampir tidak pernah

**d. Hasrat seksual/libido merupakan kondisi dimana seseorang ingin melakukan hubungan seksual, memikirkan seksual dan frustrasi jika tidak terpenuhinya kebutuhan tersebut (2 pertanyaan)**

11. Sejak hemodialisa dilakukan, dalam 1 bulan terakhir, Seberapa sering Bapak merasa keinginan seksual itu muncul?

- 5 = Hampir selalu dan selalu
- 4 = Sering
- 3 = Kadang-kadang
- 2 = Jarang
- 1 = Hampir tidak pernah

12. Sejak hemodialisa dilakukan, dalam 1 bulan terakhir, bagaimana Bapak menilai hasrat seksual Bapak?

- 5 = Sangat tinggi
- 4 = Tinggi
- 3 = Sedang
- 2 = Rendah
- 1 = Sangat rendah

**e. Kepuasan seksual secara umum (2 pertanyaan)**

13. Sejak hemodialisa dilakukan, dalam 1 bulan terakhir, bagaimana tingkat kepuasan Bapak dalam kehidupan seksual yang Bapak alami selama ini?

- 5 = Sangat puas
- 4 = Cukup puas
- 3 = Antara puas dan tidak puas
- 2 = Cukup tidak puas
- 1 = Sangat tidak puas

14. Sejak hemodialisa dilakukan, dalam 1 bulan terakhir, bagaimana tingkat kepuasan Bapak dalam pola hubungan dengan pasangan?

- 5 = Sangat puas
- 4 = Cukup puas
- 3 = Antara puas dan tidak puas
- 2 = Cukup tidak puas
- 1 = Sangat tidak puas

15. Sejak hemodialisa dilakukan, dalam 1 bulan terakhir, seberapa yakin Bapak dapat melakukan ereksi dengan maksimal?

- 5 = Sangat mampu
- 4 = Mampu
- 3 = Sedang
- 2 = Rendah
- 1 = Sangat rendah

**LEMBAR FORMAT *SCREENING* DISFUNGSI SEKSUAL PARTISIPAN  
PEREMPUAN PADA PENELITIAN STUDI FENOMENOLIGI :  
PENGALAMAN DISFUNGSI SEKSUAL PASIEN PENYAKIT GINJAL  
KRONIK TAHAP AKHIR YANG MENJALANI HEMODIALISA DI RS  
ISLAM JAKARTA**

2011

Tanggal : .....

Kode Partisian : .....

**Petunjuk Pengisian :**

3. Pertanyaan-pertanyaan dibawah ini akan mengevaluasi perubahan seksual yang dialami dalam 4 minggu yang lalu.
4. Beri tanda silang (X) pada salah satu jawaban yang Bapak pilih.

**Keterangan**

3. Format *screening* ini merupakan adopsi dari *Female Sexual Function Index* (FSFI) dari Rosen et al. (2000) yang sudah diterjemahkan oleh peneliti dengan menyesuaikan pada kondisi sosiokultural, keyakinan, nilai dan etik partisipan. Kuisioner ini, terdiri dari 19 pertanyaan tentang hasrat, kepuasan dalam berhubungan seksual, keinginan hubungan seksual, fungsi orgasme, lubrikasi, serta nyeri saat berhubungan seksual.
4. Rentang penilaian adalah 0-5 dengan penjelasan sebagai berikut :
  0. Tidak ada kegiatan seksual (tidak ada hubungan seks sama sekali)
  5. Hampir selalu (selalu)
  4. Sering (lebih dari separuh frekuensi hubungan seks)
  3. Kadang-kadang (separuh dari frekuensi hubungan seks)
  2. Jarang (Kurang dari separuh frekuensi hubungan seks)
  1. Hampir tidak pernah (masih ada aktivitas seksual, tetapi sangat jarang)

**Pertanyaan :**

1. Sejak hemodialisa dilakukan, dalam 1 bulan terakhir seberapa sering Ibu merasakan gairah/minat seksual
  - o 5 : Hampir selalu
  - o 4 : Sering
  - o 3 : Kadang-kadang
  - o 2 : Sesekali
  - o 1 : Hampir tidak pernah

2. Sejak hemodialisa dilakukan, dalam 1 bulan terakhir seberapa tinggi penilaian tingkat gairah atau minat seksual Ibu?
  - 5 : sangat tinggi
  - 4 : Tinggi
  - 3 : Sedang
  - 2 : rendah
  - 1 : Sangat rendah atau tidak sama sekali
  
3. Sejak hemodialisa dilakukan, dalam 1 bulan terakhir Seberapa seringkah Ibu merasa terangsang saat melakukan aktifitas seksual?
  - 0 : Tidak ada aktifitas seksual sama sekali
  - 5 : Hampir selalu atau selalu
  - 4 : Sering (lebih dari separuh waktu)
  - 3 : Terkadang (hampir separuh waktu)
  - 2 : Sese kali (kurang dari separuh waktu)
  - 1 : hampir tidak pernah, atau tidak pernah
  
4. Sejak hemodialisa dilakukan, dalam 1 bulan terakhir bagaimana Ibu menilai tingkat keterangsangan Ibu selama berhubungan seksual?
  - 0: Tidak ada aktifitas seksual
  - 5 : Sangat tinggi
  - 4 : Tinggi
  - 3 : sedang
  - 2 : Rendah
  - 1 : Sangat rendah atau tidak sama sekali
  
5. Sejak hemodialisa dilakukan, dalam 1 bulan terakhir Seberapa yakin Ibu dapat terangsang selama hubungan seksual?
  - 0 : Tidak ada aktifitas seksual sama sekali
  - 5 : Sangat Tinggi Keyakinannya
  - 4 : Tinggi Keyakinannya
  - 3 : Sedang keyakinannya
  - 2: Rendah keyakinannya
  - 1 : Sangat rendah atau tidak ada keyakinannya
  
6. Sejak hemodialisa dilakukan, dalam 1 bulan terakhir seberapa sering Ibu merasa puas dan bergairah selama beraktifitas seksual?
  - 0: Tidak ada aktifitas seksual
  - 5 : Hampir selalu atau selalu
  - 4 : Sering (lebih dari separuh jumlah frekuensi hubungan seksual)
  - 3 : Terkadang (hampir separuh dari jumlah frekuensi hubungan seksual)
  - 2 : Sese kali (kurang dari jumlah frekuensi hubungan seksual)
  - 1 : hampir tidak pernah, atau tidak pernah

7. Sejak hemodialisa dilakukan, dalam 1 bulan terakhir seberapa sering Ibu mengalami lubrikasi (basah) selama hubungan seksual?
- 0: Tidak ada aktifitas seksual
  - 5 : Hampir selalu atau selalu
  - 4 : Sering (lebih dari separuh jumlah frekuensi hubungan seksual)
  - 3 : Terkadang (hampir separuh dari jumlah frekuensi hubungan seksual)
  - 2 : Sese kali (kurang dari jumlah frekuensi hubungan seksual)
  - 1 : hampir tidak pernah, atau tidak pernah
8. Sejak hemodialisa dilakukan, dalam 1 bulan terakhir seberapa sulit Ibu mengalami lubrikasi (basah) selama aktifitas seksual?
- 0: Tidak ada aktifitas seksual
  - 1 : teramat sulit atau tidak mungkin
  - 2 : Sangat sulit
  - 3 : Sulit
  - 4 : Sedikit sulit
  - 5 : Tidak sulit
9. Sejak hemodialisa dilakukan, dalam 1 bulan terakhir, seberapa sering Ibu dapat menjaga lubrikasi (basah) hingga selesainya hubungan seksual?
- 0: Tidak ada aktifitas seksual
  - 5 : Hampir selalu atau selalu
  - 4 : Sering (lebih dari separuh jumlah frekuensi hubungan seksual)
  - 3 : Terkadang (hampir separuh dari jumlah frekuensi hubungan seksual)
  - 2 : Sese kali (kurang dari jumlah frekuensi hubungan seksual)
  - 1 : hampir tidak pernah, atau tidak pernah
10. Sejak hemodialisa dilakukan, dalam 1 bulan terakhir, seberapa sulitkah Ibu menjaga lubrikasi (basah) hingga hubungan seksual selesai?
- 0: Tidak ada aktifitas seksual
  - 1 : teramat sulit atau tidak mungkin
  - 2 : Sangat sulit
  - 3 : Sulit
  - 4 : Sedikit sulit
  - 5 : Tidak sulit
11. Sejak hemodialisa dilakukan, dalam 1 bulan terakhir, saat Ibu mengalami stimulasi seksual atau hubungan seks, seberapa sering Ibu mengalami orgasme?
- 0: Tidak ada aktifitas seksual
  - 5 : Hampir selalu atau selalu
  - 4 : Sering (lebih dari separuh jumlah frekuensi hubungan seksual)
  - 3 : Terkadang (hampir separuh dari jumlah frekuensi hubungan seksual)
  - 2 : Sese kali (kurang dari jumlah frekuensi hubungan seksual)
  - 1 : hampir tidak pernah, atau tidak pernah



12. Sejak hemodialisa dilakukan, dalam 1 bulan terakhir, saat Ibu mengalami stimulasi seksual atau hubungan seks, seberapa sulitkah Ibu mengalami orgasme?
- 0: Tidak ada aktifitas seksual
  - 1 : teramat sulit atau tidak mungkin
  - 2 : Sangat sulit
  - 3 : Sulit
  - 4 : Cukup sulit
  - 5 : Tidak sulit
13. Sejak hemodialisa dilakukan, dalam 1 bulan terakhir, seberapa puaskah Ibu dengan kemampuan Ibu mencapai orgasme selama berhubungan seksual?
- 0 : Tidak ada aktifitas seksual
  - 5 : Sangat puas
  - 4 : Cukup Puas
  - 3 : Diantara puas dan tidak puas
  - 2 : Agak tidak puas
  - 1 : Sangat Tidak Puas
14. Sejak hemodialisa dilakukan, dalam 1 bulan terakhir seberapa puaskah Ibu dengan kedekatan emosional selama hubungan seksual antara Ibu dengan pasangan?
- 0 : Tidak ada aktifitas seksual
  - 5 : Sangat puas
  - 4 : Cukup Puas
  - 3 : Diantara puas dan tidak puas
  - 2 : Agak tidak puas
  - 1 : Sangat Tidak Puas
15. Sejak hemodialisa dilakukan, dalam 1 bulan terakhir, seberapa puaskah Ibu dengan hubungan seksual dengan pasangan?
- 0 : Tidak ada aktifitas seksual
  - 5 : Sangat puas
  - 4 : Cukup Puas
  - 3 : Diantara puas dan tidak puas
  - 2 : Agak tidak puas
  - 1 : Sangat Tidak Puas
16. Sejak hemodialisa dilakukan, dalam 1 bulan terakhir, seberapa puaskah Ibu terhadap kehidupan seksual Anda secara keseluruhan?
- 0 : Tidak ada aktifitas seksual
  - 5 : Sangat puas
  - 4 : Cukup Puas
  - 3 : Diantara puas dan tidak puas

- 2 : Agak tidak puas
- 1 : Sangat Tidak Puas

17. Sejak hemodialisa dilakukan, dalam 1 bulan terakhir, seberapa seringkah Ibu merasakan ketidak nyamanan atau sakit saat penetrasi vagina?

- 0: Tidak ada aktifitas seksual
- 5 : Hampir selalu atau selalu
- 4 : Sering (lebih dari separuh jumlah frekuensi hubungan seksual)
- 3 : Terkadang (hampir separuh dari jumlah frekuensi hubungan seksual)
- 2 : Sese kali (kurang dari jumlah frekuensi hubungan seksual)
- 1 : hampir tidak pernah, atau tidak pernah

18. Sejak hemodialisa dilakukan, dalam 1 bulan terakhir, seberapa seringkah Ibu merasakan ketidak nyamanan atau sakit setelah penetrasi vagina?

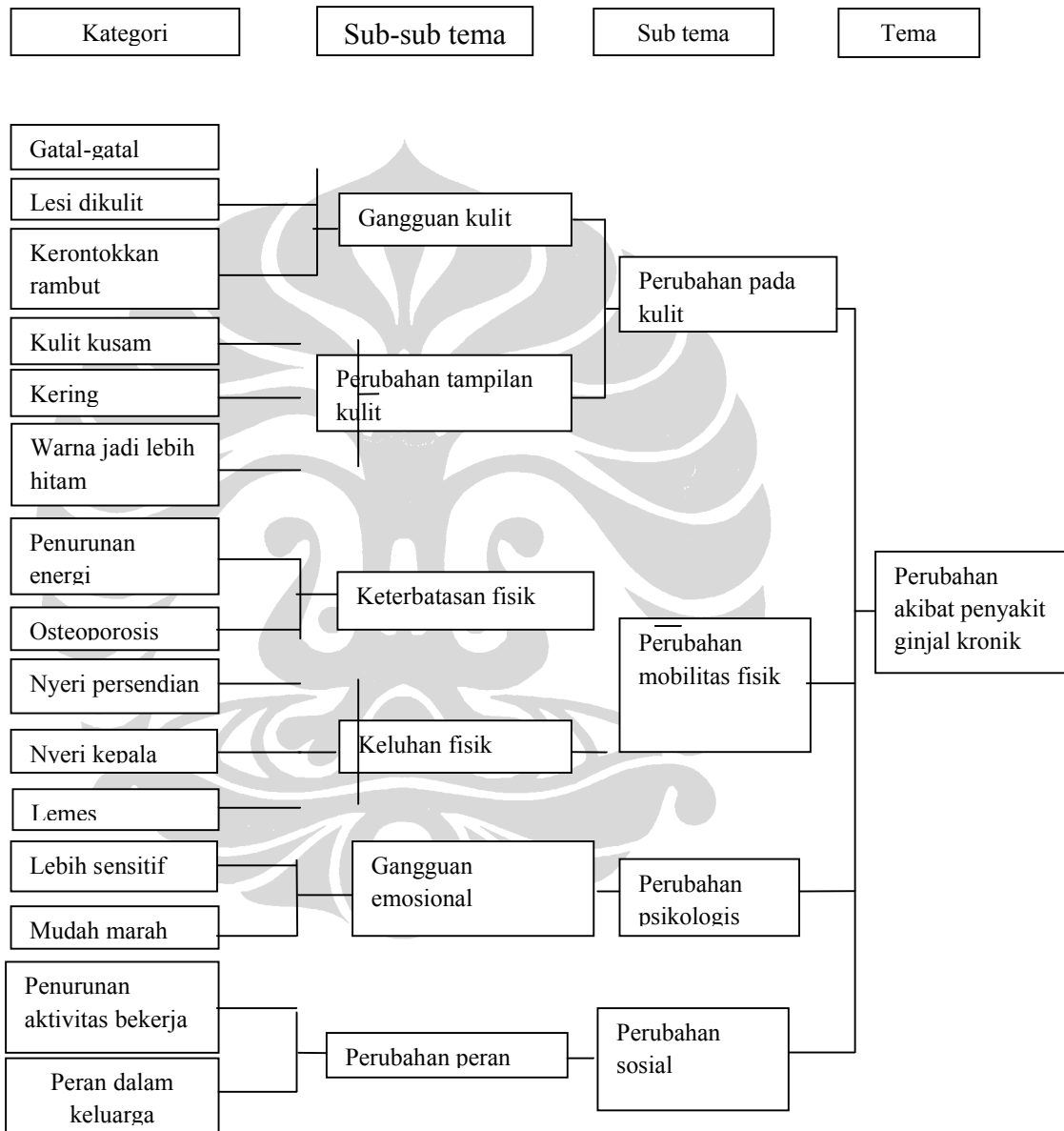
- 0: Tidak ada aktifitas seksual
- 5 : Hampir selalu atau selalu
- 4 : Sering (lebih dari separuh jumlah frekuensi hubungan seksual)
- 3 : Terkadang (hampir separuh dari jumlah frekuensi hubungan seksual)
- 2 : Sese kali (kurang dari jumlah frekuensi hubungan seksual)
- 1 : hampir tidak pernah, atau tidak pernah

19. Sejak hemodialisa dilakukan, dalam 1 bulan terakhir, seberapa tinggi tingkat ketidak nyamanan atau sakit saat selama dan setelah penetrasi vagina?

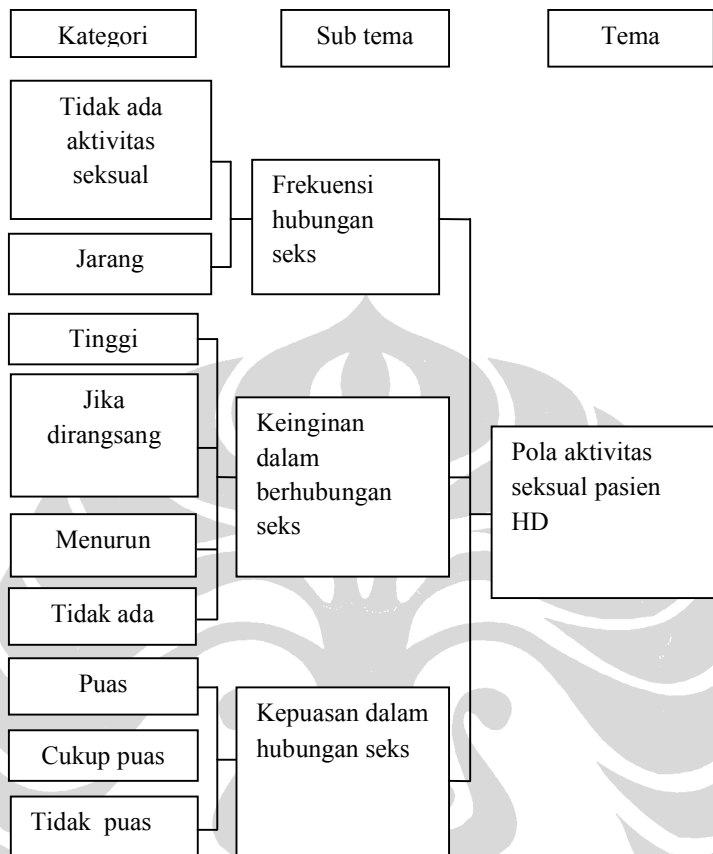
- 0 : Tidak mencoba melakukan penetrasi
- 1 : Sangat Tinggi
- 2 : Tinggi
- 3 : Sedang
- 4 : Rendah
- 5 : Sangat Rendah atau tidak sama sekali

**ANALISIS TEMA**

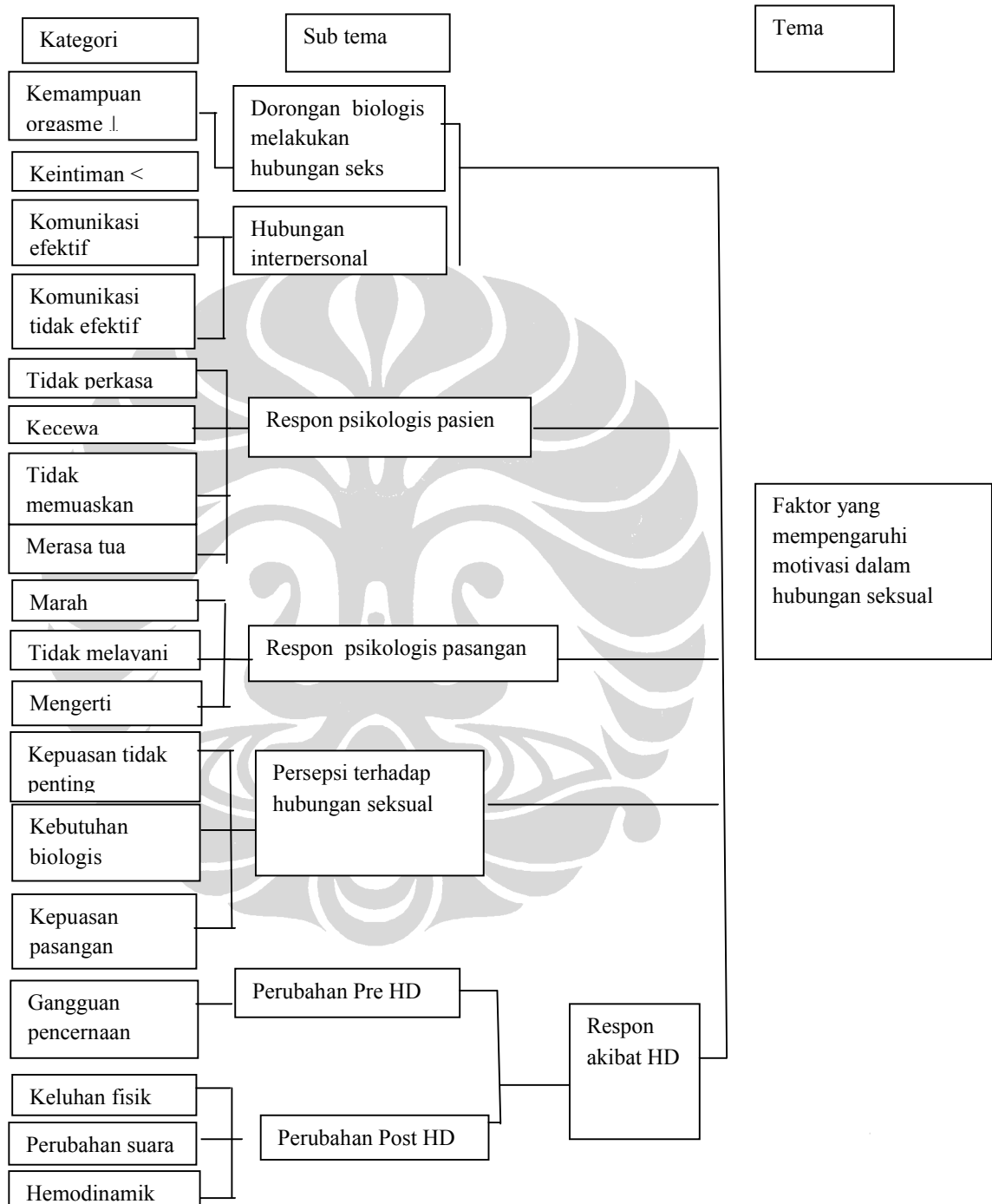
**Tema 1 : Perubahan akibat penyakit ginjal kronik**



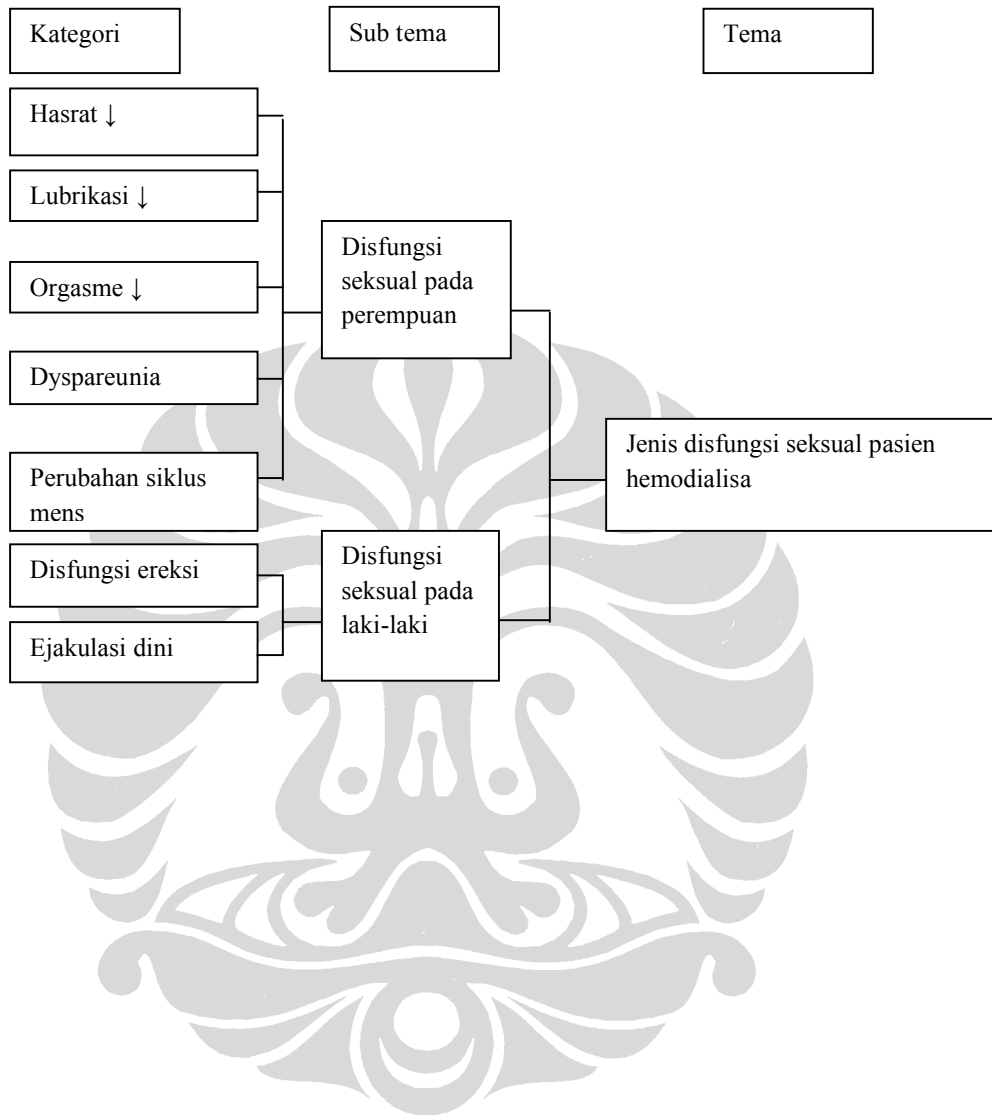
## Tema 2 : Aktivitas seksual pasien hemodialisa



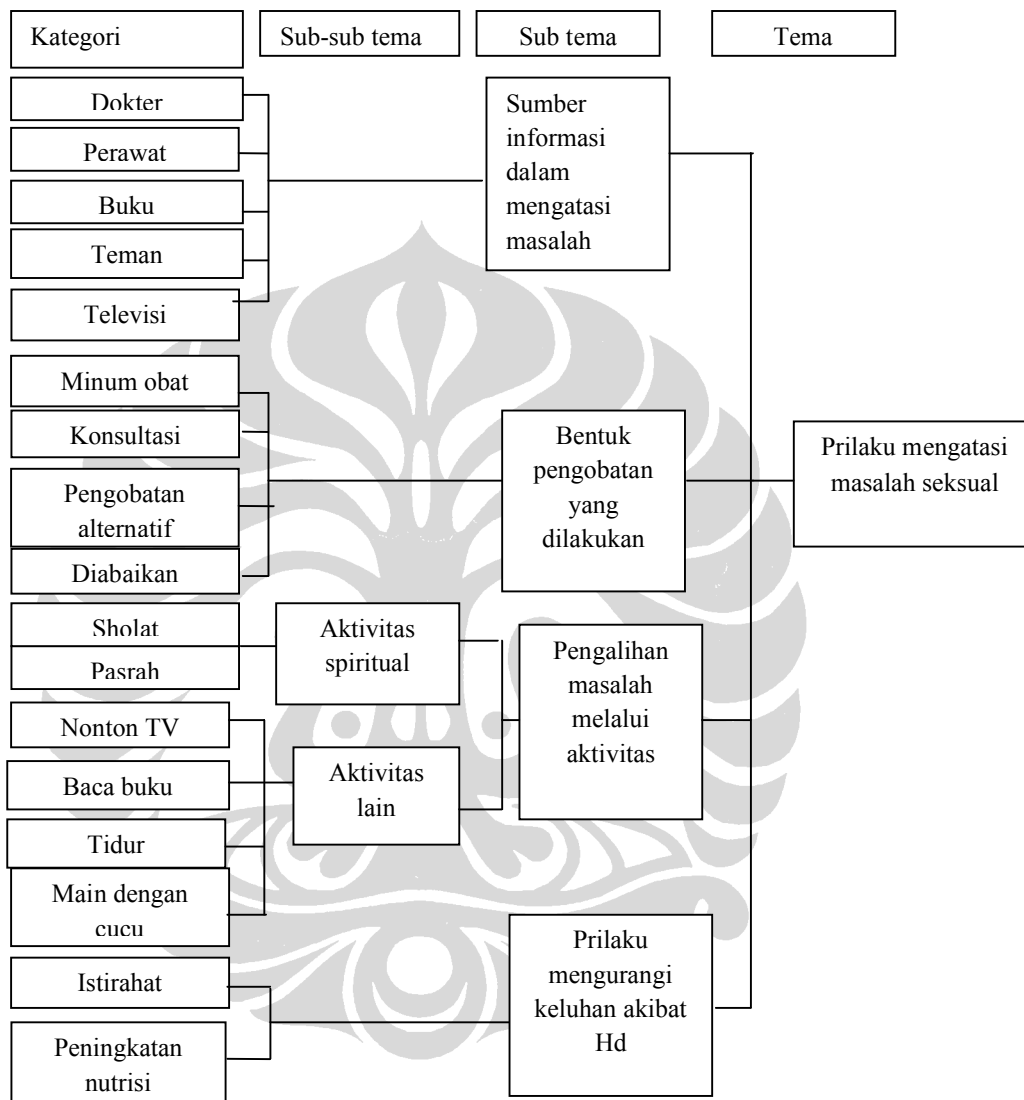
**Tema 3 : Faktor yang mempengaruhi motivasi dalam melakukan hubungan seksual**



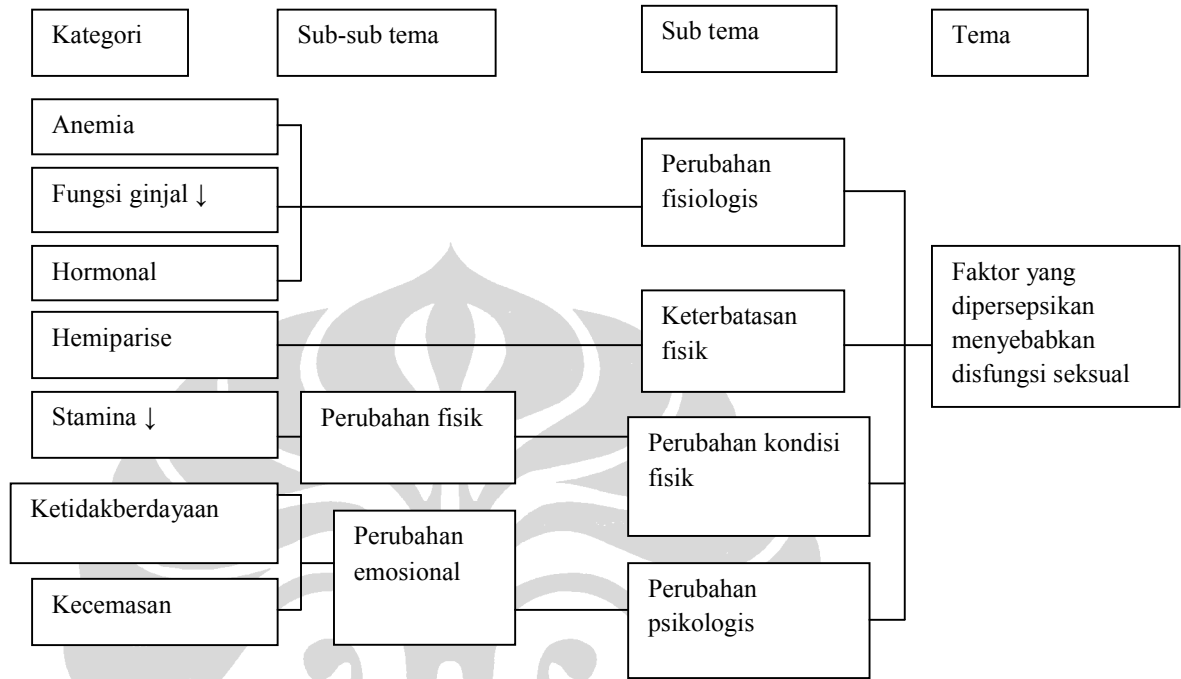
#### Tema 4 : Jenis Disfungsi seksual pasien hemodialisa



**Tema 5 : Prilaku mengatasi masalah akibat perubahan seksual**

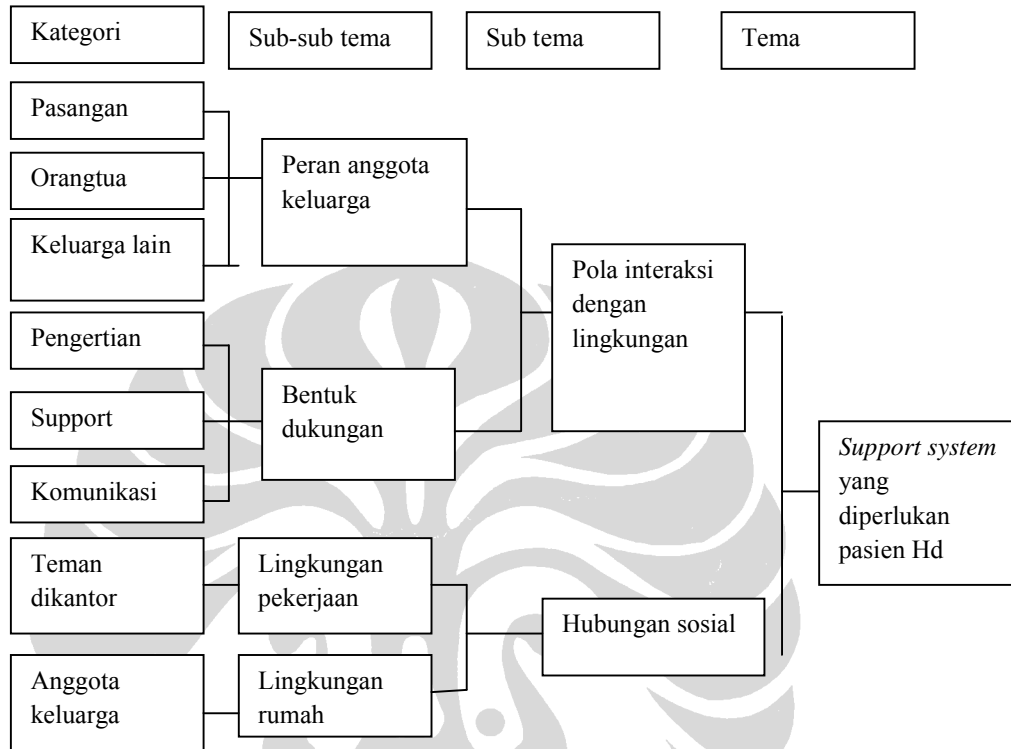


**Tema 6 : Faktor yang dipersepsikan menjadi penyebab timbulnya disfungsi seksual.**

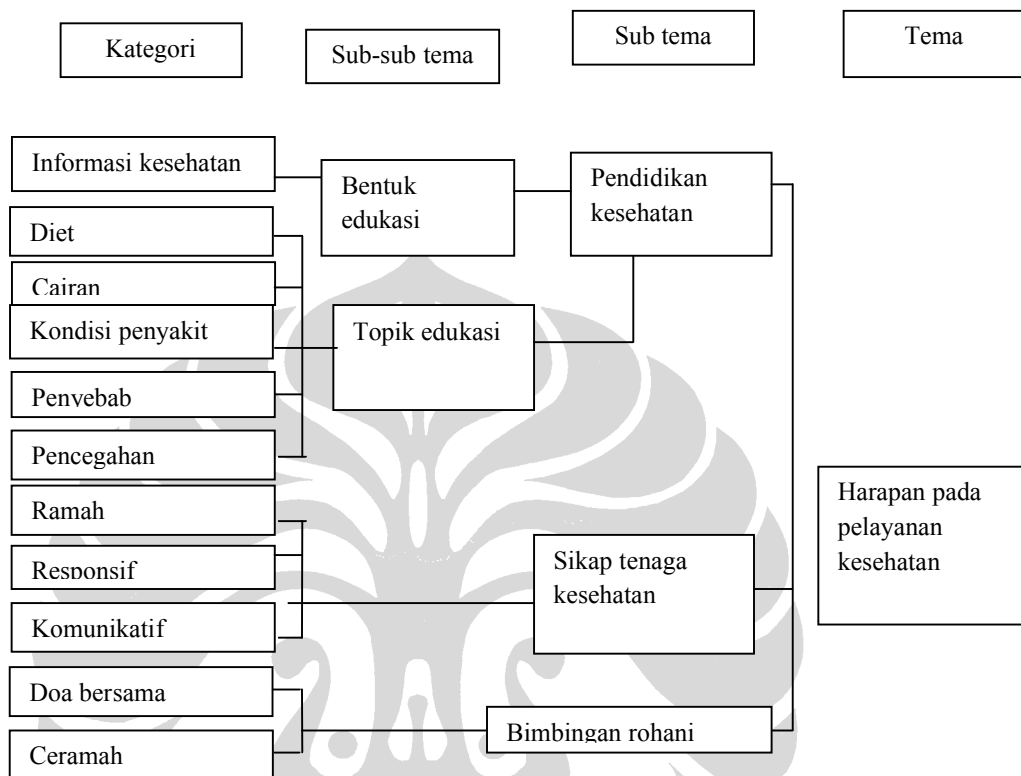




**Tema 7 : *Support system* yang diperlukan pasien hemodialisa**



## Tema 8 : Harapan pada pelayanan kesehatan



## DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Diana Irawati

Tempat/Tanggal Lahir : Kebumen/10 Januari 1980

Alamat : Komplek DEPAG Blok I/24 Citayam. Bogor

Pekerjaan : Staf Pengajar Program Studi Ilmu Keperawatan UMJ

Riwayat Pendidikan : SDN 07 Pagi Jakarta Timur Tahun 1989  
SMPN 262 Jakarta Timur Tahun 1992  
SMUN 89 Jakarta Timur Tahun 1995  
D3 Keperawatan AKPER UMJ Tahun 1998  
S1 Keperawatan UI 2003

Riwayat Pekerjaan : Pelaksana perawatan RS Islam Jakarta Tahun 2001- 2006  
: Staf Pengajar PSIK UMJ 2006-Sekarang