

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Pada manusia, fungsi kesejahteraan dan keselamatan untuk mempertahankan volume, komposisi dan distribusi cairan tubuh, sebagian besar dijalankan oleh Ginjal (Brenner, 1979 dalam Lubis, 2006). Ginjal berfungsi untuk mengatur keseimbangan air dalam tubuh, mengatur konsentrasi garam dalam darah dan keseimbangan asam-basa darah, mengontrol sekresi hormon, serta ekskresi sisa metabolisme, racun dan kelebihan garam (Price & Wilson, 2006; Syaifuddin, 2006). Apabila ginjal gagal menjalankan fungsinya maka pasien memerlukan perawatan dan pengobatan dengan segera.

Gagal ginjal merupakan penyakit sistemik dan merupakan jalur akhir yang umum dari berbagai penyakit traktus urinarius dan ginjal (Bare & Smeltzer, 2002). Awitan gagal ginjal dapat terjadi secara akut dan kronis. Dikatakan akut apabila penyakit berkembang sangat cepat, terjadi dalam beberapa jam atau dalam beberapa hari. Sedangkan kronis, terjadi dan berkembang secara perlahan, sampai beberapa tahun (Baradero, Dayrit, & Siswadi, 2009).

Gagal ginjal kronis (GGK) adalah suatu sindrom klinis disebabkan penurunan fungsi ginjal yang bersifat menahun, berlangsung progresif dan cukup lanjut, serta bersifat persisten dan *irreversibel* (Mansjoer, 2000). GGK makin banyak menarik perhatian dan makin banyak dipelajari, meskipun sudah mencapai tahap gagal ginjal terminal, penderita masih dapat bertahan dengan kualitas hidup yang cukup baik (Sidabutar, 1992 dalam Lubis, 2006).

Prevalensi penderita GGK di Amerika Serikat pada akhir tahun 2002, sekitar 345.000 orang. Pada tahun 2007 bertambah 80.000 orang dan diperkirakan pada tahun 2010 angka tersebut menjadi 660.000 orang. Hampir setiap tahunnya sekitar 70.000

orang di Amerika Serikat, meninggal dunia disebabkan oleh gagal ginjal (Lewis, Heitkemper, & Dirksen, 2004). Di Indonesia, menurut Suhardjono (2000), berdasarkan Pusat Data & Informasi Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PDPERSI) jumlah penderita gagal ginjal kronik diperkirakan sekitar 50 orang per satu juta penduduk.

Meski demikian, angka ini tidak mencerminkan keadaan yang sebenarnya. Susalit (2007), mengatakan penyakit ginjal merupakan fenomena gunung es, yang penderitanya lebih banyak tidak diketahui dan tidak tercatat. Kesimpulan serupa juga datang dari hasil penelitian Roderick, Atkins, Smeeth, Mylne, Nitsch, Hubbard., et al (2008), bahwa hampir setengah dari penduduk yang memiliki penyakit ginjal tidak mengetahui bahwa ada yang salah dengan ginjalnya.

Pasien yang mengalami GGK akan menunjukkan gejala seperti terjadinya penurunan lemak tubuh, retensi air dalam jaringan, perubahan warna kulit tubuh, gerakan yang melambat serta adanya penumpukan zat yang tidak diperlukan lagi oleh tubuh (Lemone & Burke, 2004). Gejala ini merupakan suatu fenomena universal terjadi pada pasien GGK yang mengalami gangguan fungsi renal progresif dan tidak dapat diperbaiki lagi.

Pada pasien GGK terdapat tiga pilihan untuk mengatasi masalah yang ada yaitu; tidak diobati, dialisis kronis (dialisis peritoneal/ hemodialisa), serta transplantasi. Pilihan tidak diobati pasti dipertimbangkan tetapi jarang dipilih, kebanyakan orang memilih untuk mendapatkan pengobatan dengan hemodialisa atau transplantasi dengan harapan dapat mempertahankan hidupnya (Hudak, Gallo, Fontaine, & Morton, 2006).

Menurut Sinaga (2007), bila pasien telah mengalami GGK stadium berat, untuk mempertahankan hidupnya diperlukan terapi sementara berupa cuci darah (hemodialisa). Hal serupa disampaikan Roesli (2006), sistem dialisa bagi penderita

GGK merupakan satu-satunya cara untuk dapat bertahan hidup. Sedangkan pengobatan lain seperti transplantasi ginjal masih terbatas karena banyak kendala yang harus dihadapi, diantaranya ketersediaan donor ginjal, teknik operasi dan juga perawatan pada waktu pascaoperasi.

Dalam menentukan pilihan untuk memperpanjang usia harapan hidup bukan hal yang mudah bagi individu yang menderita GGK. Pasien mempunyai banyak pertimbangan dalam memilih terapi sesuai kemampuan yang dimilikinya. Apabila pasien memilih untuk tidak menjalani transplantasi, maka seumur hidupnya akan bergantung pada alat dialisa untuk menggantikan fungsi ginjalnya (Lubis, 2006).

Dialisa merupakan suatu tindakan terapi pengganti ginjal yang telah rusak (Cahyaningsih, 2008). Tindakan ini dapat membantu atau mengambil alih fungsi normal ginjal. Terapi pengganti yang sering dilakukan adalah hemodialisa dan peritoneal dialisis (Riscmilller & Cree, 2006). Diantara kedua jenis tersebut, yang menjadi pilihan utama dan merupakan metode perawatan umum untuk pasien gagal ginjal adalah hemodialisa (Kartono, Darmarini & Roza, 1992 dalam Lubis, 2006).

Menurut Sinaga (2007), pada tahun 2006 ada sekitar 100.000 orang lebih penderita gagal ginjal di Indonesia. Syafei (2009), mengatakan pada tahun 2009 sekitar 6,2 persen penduduk Indonesia menderita GGK. Dari jumlah tersebut diketahui lebih kurang 70.000 orang memerlukan terapi pengganti ginjal seperti Hemodialisa. Di Jakarta khususnya di RSUN Cipto Mangunkusumo, menurut Sinaga (2007) ada sebanyak 120 orang pasien gagal ginjal menjalani pengobatan hemodialisa. Sedangkan di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Arifin Achmad Pekanbaru, berdasarkan data Rekam Medik, sampai bulan Oktober tahun 2009 terdapat 100 orang pasien gagal ginjal yang menjalani pengobatan hemodialisa secara rutin.

Pasien gagal ginjal yang menjalani hemodialisa, membutuhkan waktu 12-15 jam untuk dialisa setiap minggunya, atau paling sedikit 3-4 jam per kali terapi. Kegiatan ini akan berlangsung terus-menerus sepanjang hidupnya (Bare & Smeltzer, 2002).

Keadaan ketergantungan pada mesin dialisa seumur hidupnya serta penyesuaian diri terhadap kondisi sakit mengakibatkan terjadinya perubahan dalam kehidupan pasien. Perubahan dalam kehidupan, merupakan salah satu pemicu terjadinya stres. Perubahan tersebut dapat menjadi variabel yang diidentifikasi sebagai stressor (Rasmun, 2004). Pasien biasanya menghadapi masalah keuangan, kesulitan dalam mempertahankan pekerjaan, dorongan seksual yang hilang serta impotensi, khawatir terhadap perkawinan dan ketakutan terhadap kematian (Bare & Smeltzer, 2002). Terjadinya stres karena stressor yang dirasakan dan dipersepsikan individu, merupakan suatu ancaman yang dapat menimbulkan kecemasan.

Perubahan yang dialami pada pasien hemodialisa, juga dirasakan oleh keluarga seperti perubahan gaya hidup. Keluarga dan sahabat memandang pasien sebagai orang yang mempunyai keterbatasan dalam kehidupannya, karena hemodialisa akan membutuhkan waktu yang dapat mengurangi pasien dalam melakukan aktivitas sosial, dan dapat menimbulkan konflik, frustrasi, serta rasa bersalah didalam keluarga (Bare & Smeltzer, 2002).

Keterbatasan ini menyebabkan pasien hemodialisa rentan terhadap stres. Hal ini sesuai dengan pendapat yang dikemukakan oleh Yosep (2007), bahwa stres diawali dengan adanya ketidakseimbangan antara tuntutan dan sumber daya yang dimiliki individu. Semakin tinggi kesenjangan terjadi semakin tinggi pula tingkat stres yang dialami individu. Hawari (2008), mengatakan bahwa keadaan stres dapat menimbulkan perubahan secara fisiologis, psikologis, dan perilaku pada individu yang mengakibatkan berkembangnya suatu penyakit.

Perilaku lain yang sering terjadi pada pasien yang menjalani hemodialisa adalah ketidakpatuhan terhadap modifikasi diet, pengobatan, uji diagnostik, dan pembatasan asupan cairan (Baradero, Dayrit, & Siswadi, 2009). Hal ini jelas menunjukkan, bahwa dampak stres lainnya pada pasien yang menjalani hemodialisa adalah dapat memperburuk kesehatan pasien dan menurunkan kualitas hidupnya.

Di Bandung, Ibrahim (2009) melakukan penelitian untuk mengetahui tingkat kualitas hidup pasien GGK yang menjalani hemodialisis. Hasil penelitian menunjukkan dari 91 pasien hemodialisis, 52 pasien (57.2%) mempersepsikan kualitas hidupnya pada tingkat rendah dan 39 pasien lainnya (42,9%) pada tingkat tinggi. Menurut Ibrahim, kualitas hidup pasien yang optimal menjadi isu penting yang harus diperhatikan dalam memberikan pelayanan keperawatan yang komprehensif.

Bentuk pelayanan keperawatan yang komprehensif, dapat terlihat di unit dialisa rumah sakit. Pelayanan keperawatan dimulai dari kedatangan pasien, pemasangan alat hemodialisa, melakukan monitoring pasien dan mengakhiri tindakan hemodialisa. Pasien yang menjalani terapi hemodialisa sebagai pasien rawat jalan, secara rutin akan mendapatkan jadwal terapi dialisa dua sampai tiga kali seminggu.

Di Pekanbaru, ada lima rumah sakit yang melayani pasien hemodialisa rawat jalan. Empat diantaranya adalah milik swasta, dengan jumlah mesin hemodialisa dan biaya pengobatan yang cukup bervariasi. RSUD Arifin Achmad, merupakan rumah sakit pemerintah yang mempunyai ruang hemodialisa dengan 12 unit mesin hemodialisa terbanyak dibandingkan dengan rumah sakit lainnya. Berdasarkan data dari Rekam Medik rumah sakit tahun 2009, rata-rata kunjungan pasien hemodialisa perhari sebanyak 24 orang dengan karakteristik pasien yang berbeda. Umumnya, biaya dialisis pasien diganti oleh perusahaan asuransi dan tidak sedikit pula yang memanfaatkan jaminan kesehatan masyarakat miskin dari pemerintah pusat dan daerah setempat.

Walaupun pasien bisa bertahan hidup dengan bantuan mesin hemodialisis, namun masih menyisakan sejumlah persoalan penting sebagai dampak dari penyakit dan terapi hemodialisis (Ibrahim, 2009). Dampak terapi hemodialisis berpengaruh pada keterbatasan pasien untuk bekerja, sehingga meskipun biaya dialisis dibantu, akan menimbulkan masalah besar dalam hal keuangan dipihak pasien dan keluarganya.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan pada tanggal 13 Oktober 2009 di rumah sakit umum daerah Arifin Achmad Pekanbaru, ditemukan 7 orang pasien yang sedang menjalani terapi hemodialisa, didapatkan tiga orang pasien (42,8%) menerima dengan pasrah terhadap apa yang telah terjadi dan berharap dapat mempertahankan hidup lebih lama. Sedangkan tiga orang pasien lainnya (42,8%) bersikap mengingkari dan marah dengan penyakit yang dideritanya, dan satu orang pasien (14,2%) bersikap menekan perasaan yang tidak menyenangkan ke bawah alam sadarnya, seperti ungkapan berikut “... *saya tidak mau memikirkan itu hari ini, besok saja, hidup ini hanya sekali, jadi harus dinikmati...*” (Tn. S, 26 tahun).

Selain itu peneliti juga menanyakan kepada dua orang perawat tentang karakteristik pasien yang menjalani terapi hemodialisa. Secara umum pasien memiliki emosi yang labil, mudah tersinggung, mudah marah, kurang kooperatif, namun ada juga pasien yang sudah menerima kondisi sakit atau pasrah terhadap sakit dan program pengobatan yang dijalani.

Menurut Ignatavicius (2006), pada minggu pertama setelah pasien menjalani terapi hemodialisa, mereka akan mengalami periode bulan madu (*the “honeymoon” period*) yaitu perasaan yang menyenangkan (*euphoria*) dan kesehatan yang lebih baik (*well-being*). Pasien merasakan tubuhnya lebih baik, suasana hati (*mood*) bahagia dan penuh harapan. Pada waktu ini pasien hemodialisa cenderung melupakan ketidaknyamanan dan gangguan yang dialaminya sewaktu terapi dialisis.

Berdasarkan uraian diatas peneliti tertarik untuk mengkaji bagaimana stres pasien yang menjalani terapi hemodialisa.

B. Rumusan Masalah

Dalam menjalani terapi hemodialisa, Pasien GGK mengalami banyak perubahan dalam hidupnya. Perubahan tersebut dirasakan pasien baik secara fisik, psikologis, sosial dan spiritual. Secara teori, perubahan tersebut dapat memicu terjadinya stres. Salah satu perubahan yang mendasar bagi pasien GGK sehingga mengalami stres adalah penyakit kronis yang diderita dan ketergantungan dengan mesin dialisa seumur hidupnya. Berdasarkan pengamatan peneliti, terlihat gambaran kecenderungan stres pada pasien yang menjalani terapi hemodialisa di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru seperti gelisah, tidur selama hemodialisa berlangsung, dan sebagian dari mereka menyatakan bosan harus berada di tempat tidur selama 3-4 jam untuk terapi dialisa. Padahal mereka harus menjalani terapi tersebut secara berkala dan terus-menerus sepanjang hidupnya.

Berdasarkan uraian diatas maka rumusan masalah yang muncul adalah “bagaimana gambaran stres pada pasien yang menjalani terapi hemodialisa di ruang Hemodialisa?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui gambaran stres pada pasien yang menjalani terapi hemodialisa di ruang Hemodialisa Rumah Sakit Arifin Achmad Pekanbaru.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik pasien yang menjalani terapi hemodialisa di ruang Hemodialisa Rumah Sakit Arifin Achmad Pekanbaru berdasarkan umur,

jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan terakhir, pekerjaan, penjamin biaya dan lama menjalani terapi hemodialisa.

- b. Mengidentifikasi manifestasi stres fisik pasien yang menjalani terapi hemodialisa di ruang Hemodialisa Rumah Sakit Arifin Achmad Pekanbaru.
- c. Mengidentifikasi manifestasi stres psikologis pasien yang menjalani terapi hemodialisa di ruang Hemodialisa Rumah Sakit Arifin Achmad Pekanbaru.
- d. Mengidentifikasi manifestasi stres sosial pasien yang menjalani terapi hemodialisa di ruang Hemodialisa Rumah Sakit Arifin Achmad Pekanbaru.
- e. Mengidentifikasi manifestasi stres kognitif pasien yang menjalani terapi hemodialisa di ruang Hemodialisa Rumah Sakit Arifin Achmad Pekanbaru.

D. Manfaat Penelitian

1. Perkembangan ilmu keperawatan

Dapat membantu perkembangan ilmu keperawatan khususnya keperawatan medikal bedah di institusi peneliti melakukan studi. Dalam hal ini perlu diketahui gambaran stres pada pasien yang menjalani terapi hemodialisa di ruang Hemodialisa.

2. Rumah sakit

Dapat memberikan informasi yang bermanfaat bagi tenaga keperawatan khususnya ruang hemodialisa Rumah Sakit Umum Daerah Pekanbaru.

3. Perawat/pengelola

Dapat menjadi masukan dan tambahan ilmu pengetahuan tentang stres pada pasien yang menjalani terapi hemodialisa, sehingga perawat mempunyai kemampuan untuk menciptakan lingkungan yang terapeutik bagi pasien dengan tujuan mengembangkan coping adaptif melalui asuhan keperawatan yang diberikan.