

**PERSEPSI PERAWAT DALAM PERAWATAN PALIATIF BAGI PASIEN  
*END STAGE RENAL DISEASE* YANG MENJALANI HEMODIALISIS**

**SKRIPSI**



**PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN  
INSTITUT TEKNOLOGI KESEHATAN DAN SAINS  
WIYATA HUSADA SAMARINDA  
2021**

**PERSEPSI PERAWAT DALAM PERAWATAN PALIATIF BAGI PASIEN  
END STAGE RENAL DISEASE YANG MENJALANI HEMODIALISIS  
SKRIPSI**

Untuk memenuhi salah satu syarat memperoleh Gelar Sarjana  
(S.Kep)



**PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN  
INSTITUT TEKNOLOGI KESEHATAN DAN SAINS  
WIYATA HUSADA SAMARINDA**

**2021**

**HALAMAN PENGESAHAN**

**PERSEPSI PERAWAT DALAM PERAWATAN PALIATIF BAGI PASIEN END  
STAGE RENAL DISEASE YANG MENJALANI HEMODIALISA**

**SKRIPSI**

Disusun Oleh:

**Gabriell Christien Febbyona K**

1708908901

Telah dipertahankan didepan dewan penguji  
Pada tanggal 09 Oktober 2021

**SUSUNAN DEWAN PENGUJI**



1. **Ns. Chrisyen Damanik, S.Kep. M.Kep**  
NIDN. 1124118301
2. **Ns. Sholichin.S.Kp., M.Kep., CWCCA**  
NIDN. 340904700143
3. **Ns. Kiki Hardiansyah, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.MB**  
NIDN. 1128058801
4. **Ns. Suwanto, S.Kep., M.Adm.Kes**  
NIDN. 8810490019

Mengetahui,  
Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan  
ITKES Wiyata Husada Samarinda

*Ssa*

**Ns. Kiki Hardiansyah Safitri, M.Kep., Sp.Kep.M.B**  
NIDN. 1128058801

## KATA PENGANTAR

Puji Syukur saya panjatkan ke hadirat TUHAN yang Maha Esa, atas bimbingan dan kasih karuniaNYA saya dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **“PERSEPSI PERAWAT DALAM PERAWATAN PALIATIF BAGI PASIEN END STAGE RENAL DISEASE YANG MENJALANI HEMODIALISIS”**. Penulisan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Ilmu Keperawatan ITKes Wiyata Husada Samarinda.

Saya menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan skripsi ini, tidaklah mudah bagi saya untuk menyelesaikan semua proses tepat pada waktunya. Oleh karena itu perkenankanlah saya mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. H. Mujito Hadi, M.M, selaku Ketua Yayasan Wiyata Husada Samarinda
2. Dr. Eka Ananta Sidharta, CA.,CFrA, selaku Rektor ITKes Wiyata Husada Samarinda
3. Ns. Kiki Hardiansyah Shafitri, S.Kep.,M.Kep.,Sp.Kep.M.B, selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan ITKes Wiyata Husada Samarinda
4. Ns. Kiki Hardiansyah Shafitri, S.Kep.,M.Kep.,Sp.Kep.M.B, selaku pembimbing I, terimakasih atas bimbingan dan semua ilmu yang telah diberikan dan juga dedikasinya terhadap ilmu keperawatan.
5. Ns. Suwanto, S.Kep.,M.Adm.Kes selaku pembimbing II, terimakasih atas bimbingan dan semua ilmu yang telah diberikan dan juga dedikasinya terhadap ilmu keperawatan.
6. Ns. Crisyen Damanik, M.Kep selaku penguji utama, terimakasih atas setiap koreksi dan bimbingan yang telah diberikan dalam penulisan skripsi penelitian saya.
7. Ns. Solichin, M.Kep selaku penguji kedua, terimakasih atas setiap koreksi dan bimbingan yang telah diberikan dalam penulisan skripsi penelitian saya.
8. Direktur RSUD Abdoel Wahab Sjahranie dan RS Samarinda Medika Citra yang telah mengijinkan saya untuk melakukan kegiatan penelitian.

9. Segenap dosen pengajar dan tenaga kependidikan ITKes Wiyata Husada Samarinda yang telah membantu untuk kelancaran penyelesaian skripsi penelitian saya.
10. Orangtua saya Papi dan Mami, terimakasih telah setia mendoakan, mendukung, terimakasih untuk segala pengorbanan dan jerih lelah yang telah diberikan dari awal proses perkuliahan sampai pada penyelesaian skripsi saya.
11. Om Feri dan Tante Jois, terimakasih atas semangat, doa, dan dukungan moril maupun materil yang telah diberikan dari awal sampai pada penyelesaian skripsi saya.
12. Suami dan putriku Gita, yang selalu memberikan keceriaan dan semangat, bahkan tak jarang menjadi tantangan terbesar saya dalam penyelesaian penulisan skripsi ini.
13. Seluruh keluarga besar dan sahabat, yang sudah setia memberikan dukungan doa dan semangat.
14. Pihak perpustakaan, yang telah menyediakan bahan sumber pustaka.
15. Teman-teman prodi ilmu keperawatan angkatan 2017, terimakasih atas dukungan dan bantuan dalam penulisan skripsi dan juga semangat yang luar biasa.
16. Dan semua pihak yang telah membantu penyelesaian penulisan skripsi ini.

Terimakasih, dan mohon maaf atas segala kesalahan dan ketidaksopanan yang mungkin telah saya perbuat. Semoga Tuhan senantiasa melimpahkan kasih karuniaNYA dan memudahkan setiap langkah-langkah kita kedepannya. Amin

Samarinda, 14 Oktober 2021

Gabriell Christien Febbyona Kombong

## LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

---

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Gabriell Christien Febbyona Kombong  
NIM : 1708908901  
Program Studi : S1 Ilmu Keperawatan

Dengan ini menyetujui dan memberikan hak kepada ITKes Wiyata Husada Samarinda atas karya ilmiah saya yang berjudul :

### **PERSEPSI PERAWAT DALAM PERAWATAN PALIATIF BAGI PASIEN END STAGE RENAL DISEASE YANG MENJALANI HEMODIALISIS**

Berserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak ini, ITKes Wiyata Husada Samarinda berhak menyimpan, mengalihmedia / formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasi tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis dan pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan benar.

Samarinda, 14 Oktober 2021

Yang menyatakan,  
  
Gabriell Christien Febbyona Kombong



# PERSEPSI PERAWAT DALAM PERAWATAN PALIATIF BAGI PASIEN *END STAGE RENAL DISEASE* YANG MENJALANI HEMODIALISIS

Gabriell Christien Febbyona Kombong<sup>1</sup>, Kiki Hardiansyah Safitri<sup>2</sup>, Suwanto<sup>3</sup>

## ABSTRAK

**Latar Belakang :** *End Stage Renal Disease (ESRD)* atau penyakit ginjal kronik stadium akhir (stadium lima) adalah kerusakan pada ginjal yang terus berlangsung (*progressive*) selama lebih dari enam bulan dan tidak dapat diperbaiki (*irreversible*), karena keadaannya yang terus berlangsung, tidak dapat diperbaiki maka ESRD dapat disebut sebagai penyakit terminal. Pasien *ESRD* yang harus menjalani hemodialisis untuk jangka waktu yang panjang membutuhkan Perawatan Paliatif dan Asuhan Jangka Panjang untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga. **Metode :** Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan fenomenologi melalui teknik wawancara semi-terstruktur yang melibatkan 7 orang perawat unit hemodialisis, yang dipilih dengan *metode purposive and snowball sampling*. Analisa data hasil wawancara semi terstruktur menggunakan tahap analisis *Colaizzi*. **Hasil :** Hasil penelitian mendapatkan 3 tema yaitu : Persepsi Perawat tentang Perawatan Paliatif bagi pasien ESRD yang Menjalani HD, Pelaksanaan Perawatan Paliatif di Unit Hemodialisis, Persepsi Perawat tentang Asuhan Jangka Panjang Bagi Pasien ESRD yang Menjalani HD. **Kesimpulan :** Penelitian ini mendapatkan tiga tema yang menggambarkan makna hidup dari partisipan. Perawatan paliatif diberikan sejak awal pasien di diagnosa penyakit ESRD dan terus menerus diberikan seumur hidup selama melakukan terapi hemodialisis dimana perawat mengontrol rasa nyeri dan memberikan asuhan jangka panjang lalu melibatkan keluarga untuk bekerjasama memberikan dukungan psiko-spiritual dalam proses perawatannya, agar pasien dapat mencapai kualitas hidup yang baik.

**Kata Kunci :** Persepsi Perawat, *End Stage Renal Disease*, Perawatan Paliatif, Asuhan Jangka Panjang, Hemodialisis.

<sup>1</sup>Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan, ITKes Wiyata Husada Samarinda

<sup>2</sup>Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan, ITKes Wiyata Husada Samarinda

<sup>3</sup>Kepala Bidang Keperawatan RSUD Abdoel Wahab Sjahranie Samarinda

## NURSES' PERCEPTIONS IN PALIATIVE CARE FOR *END STAGE* RENAL DISEASE PATIENTS THAT ARE TAKING HEMODIALYSIS

Gabriell Christien Febbyona Kombong<sup>1</sup>, Kiki Hardiansyah Safitri<sup>2</sup>, Suwanto<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Student of Nursing Science Study Program ITKES Wiyata Husada  
Samarinda e-mail : [febbyonaa@gmail.com](mailto:febbyonaa@gmail.com)

<sup>2</sup>Lecturer of the Nursing Science Study Program ITKES Wiyata Husada  
Samarinda e-mail : [kikihardiansyah@itkeswhs.ac.id](mailto:kikihardiansyah@itkeswhs.ac.id)

<sup>3</sup>Head of Nursing at RSUD Abdoel Wahab  
Sjahranie e-mail : [wanto\\_71@gmail.com](mailto:wanto_71@gmail.com)

### ABSTRACT

**Background :** *End-stage renal disease (ESRD)* is a chronic kidney illness defined by gradual and irreversible kidney impairment that lasts longer than six months. Renal function replacement therapy, such as hemodialysis, is one of the treatments available to ESRD patients. Palliative care and long-term care are required for *ESRD* patients undergoing long-term hemodialysis to improve the quality of life of patients and their family. **Method :** Semi-structured interviews with 7 hemodialysis unit nurses were conducted using a qualitative method with a phenomenological perspective, using purposive and *snowball sampling* methods. *The Colaizzi* analysis step is used to analyze data from semi-structured interviews. **Result :** Palliative Care as a Comprehensive Approach from the Beginning of Diagnosis Aiming to Improve the Quality of Life of ESRD Patients, Palliative Care Implementation in Hemodialysis Units, and Nurses' Perceptions of Long-Term Care for ESRD Patients Undergoing HD were the three themes that emerged from the study's findings. **Conclusion:** Three themes emerged from this research that explain the participants' meaning of life. Palliative care begins when a patient is diagnosed with ESRD and continues throughout hemodialysis therapy, with nurses controlling pain and providing long-term care, and then involving families in the treatment process to provide psycho-spiritual support so that patients can achieve quality of life. The one that is good.

**Keywords:** Nurse's Perception, *End Stage Renal Disease*, Palliative Care, Long Term Care, Hemodialysis.

<sup>1</sup>Student of Nursing Science Study Program, ITKes Wiyata Husada  
Samarinda <sup>2</sup>Lecturer of the Nursing Science Study Program, ITKes  
Wiyata Husada Samarinda

<sup>3</sup>Head of Nursing Division of RSUD Abdoel Wahab Sjahranie  
Samarinda

**BOSTON**  
English Language Center

## DAFTAR ISI

DAFTAR ISI.....	1
BAB I.....	5
A. Latar Belakang .....	5
B. Rumusan Masalah .....	10
C. Tujuan Penelitian .....	11
D. Manfaat Penelitian .....	11
E. Penelitian Terkait .....	12
BAB II .....	16
A. Landasan Teori.....	16
1. Konsep Persepsi.....	16
2. Konsep Perawat.....	17
3. Konsep End Stage Renal Disease (ESRD) .....	18
4. Konsep Hemodialisis.....	25
5. Konsep Perawatan Paliatif dan Asuhan Jangka Panjang pada Pasien ESRD yang Menjalani Hemodialisis .....	29
6. Konsep Asuhan Jangka Panjang.....	41
B. Kerangka Teori <i>Peacefull End Of Life</i> (PEOL).....	44
C. Pertanyaan Penelitian .....	46
BAB III.....	47
METODE PENELITIAN .....	47
A. Jenis dan Rancangan Penelitian .....	47
1. Jenis penelitian .....	47
2. Rancangan Penelitian .....	47
B. Subjek Penelitian .....	49

C. Lokasi dan Waktu Penelitian .....	49
D. Instrument Penelitian .....	50
E. Prosedur Pengumpulan Data .....	50
1. Tahap Persiapan .....	50
2. Tahap Pelaksanaan .....	50
F. Teknik Pengumpulan Data .....	51
1. Wawancara .....	51
2. Pedoman Wawancara .....	52
3. Lama, Waktu, Tempat dan Jarak Penelitian .....	52
G. Analisa Data .....	53
1. Coding .....	53
2. Membuat Tema atau Kategori.....	53
3. Penulisan Memo .....	55
H. Keabsahan Data .....	56
1. Uji Credibility .....	56
2. Uji Transferability .....	57
3. Uji Dependability .....	57
4. Uji Confirmability .....	57
I. Etika Penelitian.....	57
1. <i>Informend Consent</i> (Lembar Persetujuan) .....	58
2. <i>Anonymity</i> (Tanpa Nama).....	58
3. <i>Confidentialy</i> (Kerahasiaan).....	58
4. <i>Beneficience</i> (Bermanfaat) .....	58
J. Alur Penelitian.....	59
BAB I BAB IV .....	59
A. Hasil Penelitian.....	60

1. Gambaran Lokasi Penelitian .....	60
2. Gambaran Karakteristik Partisipan .....	60
3. Hasil Penelitian Berdasarkan Tema.....	61
3. Makna Hidup.....	70
<b>B. Pembahasan .....</b>	<b>71</b>
1. Tema Pertama : Persepsi Perawat tentang Perawatan Paliatif bagi Pasien ESRD yang Menjalani HD .....	71
2. Tema Kedua : Pelaksanaan Perawatan Paliatif di Unit Hemodialisis	72
3. Tema Ketiga : Persepsi Perawat tentang Asuhan Jangka Panjang bagi Pasien ESRD yang Menjalani Hemodialisis.....	73
<b>C. Keterbatasan Penelitian.....</b>	<b>74</b>
<b>BAB V.....</b>	<b>75</b>
<b>A. Kesimpulan .....</b>	<b>75</b>
<b>B. Saran.....</b>	<b>75</b>
1. Bagi Perawat.....	75
2. Bagi Rumah Sakit .....	75
3. Bagi Peneliti Selanjutnya.....	75

#### DAFTAR TABEL

<b>Tabel 2. 1 Patofisiologi ESRD .....</b>	<b>20</b>
<b>Tabel 2. 2 Manifestasi dan Komplikasi ESRD .....</b>	<b>21</b>
<b>Tabel 2. 3 Perawatan Postdialisis .....</b>	<b>28</b>
<b>Tabel 2. 4 Asuhan Jangka Panjang bagi Pasien ESRD yang menjalani HD. ....</b>	<b>42</b>

#### DAFTAR SKEMA

<b>Skema 4. 1 Perawatan Paliatif sebagai Pendekatan Menyeluruh Sejak Awal Diagnosis yang Bertujuan Meningkatkan Kualitas Hidup Pasien ESRD .....</b>	<b>61</b>
<b>Skema 4. 2 Pelaksanaan Perawatan Paliatif di Unit Hemodialisis.....</b>	<b>65</b>

**Skema 4. 3 Persepsi Perawat tentang Asuhan Jangka Panjang bagi Pasien ESRD yang Menjalani HD ..... 68**  
**Skema 4.4 Makna Hidup.....69**



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

*End Stage Renal Disease (ESRD)* atau penyakit ginjal kronik stadium akhir (stadium lima) adalah kerusakan pada ginjal yang terus berlangsung (*progressive*) selama lebih dari enam bulan dan tidak dapat diperbaiki (*irreversible*), ini disebabkan oleh hilangnya fungsi ginjal dan kerusakan jaringan serta serangan mendadak yang berkembang secara cepat menghancurkan nefron dan akan menimbulkan gangguan multisistem, dimana nilai laju filtrasi glomerulus (LFG) kurang dari 15ml/menit/1,73m<sup>2</sup>, karena keadaannya yang terus berlangsung, tidak dapat diperbaiki maka ESRD dapat disebut sebagai penyakit terminal (I.B.Gde Ananta Mahesvara *et al.*, 2020; Wiliams and Wilkins, 2010). Penyakit terminal merupakan penyakit yang dialami oleh seseorang dan tidak dapat disembuhkan sehingga mengakibatkan kematian (Campbell & L, 2013). Penyakit terminal ditujukan kepada seseorang yang mengalami suatu penyakit yang tidak ada obatnya sehingga mengancam kehidupannya atau dengan nama lain terminal illness (Roberts & Albert R, 2009). Penyakit terminal merupakan keadaan yang dialami individu yang menjalani kondisi medis dan pada akhirnya berakhir dengan kematian dalam waktu yang sangat terbatas (Rosdahl, Caroline & Kowalski, 2014).

Perjalanan *ESRD* beragam, berkembang selama periode bulanan hingga tahunan. Pada tahap awal, seringkali disebut penurunan cadangan ginjal, nefron yang tidak terkena mengkompensasi nefron yang hilang. LFG sedikit menurun dan kadar kreatinin serum normal pada pasien asimtomatik. Ketika penyakit berkembang dan LFG turun lebih lanjut, hipertensi dan beberapa manifestasi isufisiensi ginjal dapat muncul. Serangan berikutnya pada ginjal tahap ini (misalnya infeksi, dehidrasi, atau obstruksi saluran kemih) dapat menurunkan fungsi ginjal, kadar serum kreatinin naik secara tajam, pasien menjadi oliguria, dan uremia nyata lebih lanjut. Uremia, yang secara harfiah berarti urine dalam darah adalah sindrom atau kumpulan gejala yang terkait dengan *ESRD*. Pada uremia, keseimbangan cairan dan elektrolit terganggu, pengaturan dan fungsi ginjal rusak, dan akumulasi produk sisa secara esensial mempengaruhi setiap

sistem organ lain. Gejala awal uremia mencakup mual, apatis, kelemahan dan keletihan, gejala yang kerap kali keliru dianggap sebagai infeksi virus atau influenza. Ketika kondisi memburuk, sering muntah, peningkatan kelemahan, letargi, dan kebingungan muncul (Lemone et al., 2011). Manifestasi uremia yang terjadi secara fisik adalah komplikasi dan perburukan pada pasien ESRD pada fungsi cairan dan elektrolit, kardiovaskular, hematologi, gastrointestinal, endokrin, dermatologi, neurologi dan musculoskeletal (Deni Yasmara et al., 2016).

Dampak yang ditimbulkan dari ESRD adalah dampak fisik dan dampak psikologis. Dampak fisik yang ditimbulkan adalah keadaan umum dan status nutrisi yang terganggu, presentase anemis, ketidakseimbangan cairan dan elektrolit, gangguan kardiovaskular, dan pruritus serta dampak psikologis yang berhubungan dengan penerimaan perubahan hidup pasien (Deni Yasmara et al., 2016). Dilihat dari sifatnya yang terminal, perjalanannya dari asimtomatik sampai terjadi sindrom uremia serta penurunan fungsi ginjal, manifestasi komplikasi dan perburukan yang terjadi, serta dampak fisik maupun psikologis yang disebabkan *ESRD*, menyebabkan perlunya terapi pengganti ginjal yaitu terapi Hemodialisis (Copstead dan Banasik, 2010; Lemone et al., 2011). Hemodialisis adalah proses pembersihan darah dari zat-zat sampah melalui proses penyaringan diluar tubuh, hemodialisis perlu dilakukan jika ginjal tidak mampu lagi membuang cukup limbah dan cairan dari darah untuk menjaga tubuh tetap sehat. Manfaat dari hemodialisis itu sendiri yaitu berbanding lurus atau searah dengan fungsi ginjal yang hilang, yaitu untuk memenuhi fungsi pembuangan zat limbah dan cairan (Deni Yasmara et al., 2016; Lemone et al., 2011).

Terapi hemodialisis tentu saja menimbulkan efek samping yaitu komplikasi intradialisis yang membutuhkan asuhan pradialisis dan postdialisis guna pemantauan dan penatalaksanaan komplikasi intradialisis. Komplikasi akut yang kemungkinan terjadi selama terapi hemodialisis adalah hipotensi, mual dan muntah, sakit kepala atau pusing, sakit dada, hipoksemia, gatal-gatal, dan kram otot. Untuk mencegah dan menangani komplikasi intradialisis terjadi, maka dilakukanlah asuhan pradialisis dan postdialisis. Sebelum melaksanakan terapi hemodialisis perawat perlu melaksanakan pemantauan pradialisis untuk

meminimalisir terjadinya komplikasi intradialisis dan memastikan bahwa tidak ada kontraindikasi bagi pasien yang akan menjalani hemodialisis. Perawatan postdialisis merupakan proses pengkajian setelah melaksanakan terapi hemodialisis dengan tujuan mengevaluasi ada atau tidak adanya respon merugikan setelah terapi hemodialisis dilaksanakan (Deni Yasmara et al., 2016; Lemone et al., 2011).

Pasien *ESRD* yang tengah menjalani hemodialisis dalam jangka panjang membutuhkan Perawatan Paliatif dan Asuhan Jangka Panjang yang berfokus pada keadaan umum dan status nutrisi, status anemis, keseimbangan cairan dan elektrolit, kardiovaskular, perawatan diri, dan penerimaan perubahan hidup. Asuhan Jangka Panjang tidak bisa hanya dilakukan di rumah sakit saja, sehingga dilanjutkan dirumah. Perawatan pasien *ESRD* tidak hanya berfokus pada saat terapi hemodialisis, namun juga asuhan terfokus jangka panjang. Asuhan Jangka Panjang juga mencakup kepada perubahan perilaku untuk mendapatkan kualitas hidup yang baik. Masalah pada pasien *ESRD* yang dikelola pada asuhan terfokus merupakan lanjutan dari asuhan singkat yang dikelola saat terapi hemodialisis (pra-dialisis dan post-dialisis). Kriteria pencapaian dalam hal ini adalah keadaan pasien yang terkontrol mulai dari keadaan umum dan status nutrisi yang baik, tidak ada presentase anemis, keseimbangan cairan dan elektrolit dalam batas normal, status kardiovaskular yang terkontrol, dapat mempertahankan perawatan diri, dan dapat menerima perubahan hidup (Deni Yasmara et al., 2016; Yennurajalingam and Bruera, 2016).

Pelaksanaan asuhan jangka panjang bagi pasien *ESRD* tidak lepas dari Perawatan Paliatif didalamnya. Perawatan Paliatif merupakan kolaborasi yang terdiri dari dokter, perawat, dan tenaga ahli lainnya untuk menyediakan dukungan untuk pasien penyakit kronik apa saja pada stadium berapa saja dan dapat berdampingan dengan perawatan kuratif, meningkatkan kualitas hidup dengan mengantisipasi, mencegah, dan mengobati penderitaan, melibatkan penanganan fisik, intelektual, emosional, sosial dan spiritual untuk memfasilitasi otonomi pasien dan pilihan dalam kehidupan (Vadivelu, Kaye and Berger, 2013; Pantila et al., 2015; Farrel, 2015). *World Health Organization (WHO)* menyatakan Perawatan Paliatif adalah pendekatan yang bertujuan meningkatkan kualitas hidup

pasien baik itu pasien anak maupun dewasa serta keluarganya dalam menghadapi penyakit yang mengancam jiwa, meringankan penderitaan rasa sakit melalui identifikasi dini, pengkajian yang sempurna, dan penatalaksanaan nyeri serta masalah lainnya seperti fisik, psikologis, sosial dan spiritual. Tujuan utamanya yaitu meningkatkan kualitas kehidupan pasien maupun keluarganya (Ni Ketut, 2018).

Prinsip pelayanan Perawatan Paliatif menghilangkan nyeri dan mencegah timbulnya gejala dan keluhan fisik lainnya, penganggulan nyeri, menghargai kehidupan serta menganggap kematian sebagai proses normal, tidak bertujuan mempercepat atau memperlambat kematian, memberikan dukungan psikologis, sosial dan spiritual, memberikan dukungan agar pasien dapat hidup seaktif mungkin, memberikan dukungan kepada keluarga sampai masa dukacita, serta menggunakan pendekatan tim untuk mengatasi kebutuhan pasien dan keluarganya (Kemenkes RI, 2017). Penerapan Perawatan Paliatif dan Asuhan Jangka Panjang khususnya bagi pasien ESRD, dapat dilandaskan pada teori Peacefull End of Life (PEOL). Teori PEOL merupakan teori keperawatan yang dilakukan bukan hanya menitik beratkan pada klien saja, tetapi akan melibatkan keluarga juga. Sehingga titik tengah teori ini adalah klien dan keluarga sebagai *support system* (Rulland dan Moore, 1998; Aligood dan Tomey 2010). Dalam menerapkan Perawatan Paliatif dan Asuhan Jangka Panjang khususnya bagi pasien ESRD dapat menggunakan lima prinsip PEOL dari Ruland dan Moore yaitu pertama bebas dari rasa nyeri, kedua mengalami kenyamanan, ketiga merasa terhormat dan sejahtera, keempat merasa tetap damai meskipun dalam keadaan sakit, kelima tetap merasa dekat dengan oranglain dan kepada mereka yang peduli (Ruland dan Moore, 1998; Ni Ketut 2018). Target pencapaian teori ini yaitu bukan lagi pada proses penyembuhan, namun bagaimana mengupayakan agar klien memperbaiki kualitas akhir kehidupannya dengan lebih baik (Dame Lestari, 2014).

*World Health Organization* (WHO) 2018 menyatakan, berdasarkan laporan *Global Burden Disease* (GBD) pada tahun 2010 diperkirakan 2,3 sampai 7,1 juta orang dengan gagal ginjal dan pada tahun 2015 diperkirakan 1,2 juta orang meninggal akibat gagal ginjal. Prevalensi ESRD di dunia berdasarkan *Gobal Burden of Disease* tahun 2010, ESRD merupakan penyakit penyebab

kematian peringkat ke-18 pada tahun 2010. Berdasarkan *ESRD Patients* pada tahun 2011 sebanyak 2.786.000 orang, tahun 2012 sebanyak 3.018.860 orang dan tahun 2013 sebanyak 3.200.000 orang. Berdasarkan penelitian yang dilakukan *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* dan *National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES)* di Amerika Serikat pada tahun 2013, penyakit ESRD berada pada urutan ke-8 penyebab kematian di Amerika Serikat dan diperkirakan sekitar 31 juta penduduk atau sekitar 10% dari populasi di Amerika Serikat menderita ESRD dan diperkirakan akan terus meingkat sebesar 20-25% setiap tahunnya.

Prevalensi penyakit ESRD di Indonesia berdasarkan Perkumpulan Nefrologi Indonesia (PERNEFRI) dalam *Program Indonesian Renal Registry (IRR)* melaporkan jumlah penderita ESRD di Indonesia pada tahun 2011 tercatat 22.304 dengan 68,8% kasus baru dan pada tahun 2012 meningkat menjadi 28.782 dengan 68,1% kasus baru. Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan menunjukkan bahwa prevalensi penyakit gagal ginjal di Indonesia sebesar 0,2% per 1000 penduduk, sekitar 60% penderita gagal ginjal tersebut harus menjalani terapi hemodialisis. Pada tahun 2014 *Indonesian Renal Registry (IRR)* melaporkan 82,4% pasien ESRD di Indonesia menjalani hemodialisis. Pada tahun 2016 *Indonesian Renal Registry (IRR)* melaporkan sebanyak 98% penderita gagal ginjal menjalani terapi Hemodialisis dan 2% menjalani terapi Peritoneal Dialisis (Kemenkes RI, 2018). Prevalensi penyakit ESRD di Kalimantan Timur menduduki urutan ke-10 dari 12 penyakit yang mengancam jiwa (Ika Yunita Sari, 2018).

Prevalensi penyakit ESRD di Samarinda dalam setahun terakhir khususnya berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan pada 29 April 2021 di Rumah Sakit Sentra Medika Citra Samarinda jumlah pasien ESRD yang menjalani Hemodialisis pada tahun 2018 sebanyak 61 orang, pada tahun 2019 sebanyak 78 orang, pada tahun 2020 sebanyak 156 orang sehingga dapat disimpulkan dari data tersebut setiap tahunnya jumlah pasien ESRD yang menjalani terapi Hemodialisis mengalami peningkatan. Jumlah pasien meninggal dunia dengan ESRD pada tahun 2020 sebanyak 51 orang. Pada tahun 2021 bulan Januari hingga April

jumlah pasien ESRD yang menjalani terapi Hemodialisis sebanyak 98 orang. Studi pendahuluan juga dilaksanakan kepada 2 responden yaitu perawat di instalasi Hemodialisis untuk mengetahui empat hal yaitu apakah perawatan paliatif sudah pernah diterapkan, apakah sudah ada SOP terkait perawatan paliatif, bagaimana penerimaan diri pasien-pasien ESRD yang menjalani terapi hemodialisis, dan bagaimana cara mereka sebagai perawat menghadapi atau beradaptasi dengan pasien-pasien tersebut. Responden A menjawab perawatan paliatif sudah pernah diterapkan, responden B menjawab belum spesifik, dan seluruh responden menjawab belum ada SOP terkait perawatan paliatif di instalasi HD. Terkait hal ketiga responden A menjawab pasien cenderung sulit menerima setelah di diagnosis ESRD dan lambat dalam mengambil keputusan untuk melakukan terapi hemodialisis sehingga keadaan pasien akan semakin memburuk, pada 3 bulan pertama pasien cenderung stress karna selain menerima diagnosis pasien juga menjalani tindakan pembedahan. Responden B menjawab beberapa pasien baru masih pada fase denial dengan kondisi yang harus mereka jalani. Terkait hal keempat seluruh responden menjawab dengan memberikan kesempatan pasien untuk menyampaikan hal yang meresahkannya terkait terapi hemodialisis, mendengar keluh kesah dan mengkaji kekhawatiran mereka kemudian memberikan informasi atau pemahaman terkait indikasi maupun resiko jika terapi hemodialisis ini dilakukan maupun tidak.

## **B. Rumusan Masalah**

Hemodialisis merupakan terapi jangka panjang yang dijalani oleh penderita ESRD. Dampak dari ESRD dan terapi HD itu sendiri pasien mengalami perubahan fisik, psikologis, sosial dan spiritual yang mengakibatkan kualitas hidup pasien menurun. Hal ini menyebabkan perlunya pemberian Perawatan Paliatif dan Asuhan Jangka panjang bagi pasien ESRD, yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidupnya dengan didasari teori keperawatan *Peacefull End of Life*. Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang diperoleh peneliti di unit Hemodialisis Rumah Sakit Sentra Medika Citra Samarinda yaitu perawatan paliatif belum pernah di terapkan sebelumnya, belum ada SOP terkait perawatan paliatif, dan pasien cenderung stress dan lambat mengambil keputusan saat di

sarankan untuk melakukan HD. Maka dari itu penelitian ini ingin mengetahui segala sesuatu yang berkaitan dengan perawatan paliatif dan asuhan jangka panjang bagi pasien ESRD melalui persepsi perawat terkait pengetahuan, keyakinan, dan intepretasinya. Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan, maka yang menjadi perumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimana Persepsi Perawat dalam Penyediaan Perawatan Paliatif dan Asuhan Jangka Panjang bagi Pasien ESRD yang Menjalani Hemodialisis?”

### **C. Tujuan Penelitian**

Mengeksplorasi Persepsi Perawat dalam Penyediaan Perawatan Paliatif dan Asuhan Jangka Panjang bagi Pasien ESRD yang Menjalani Hemodialisis.

### **D. Manfaat Penelitian**

#### 1. Bagi Peneliti.

Penelitian ini menjadi pengetahuan baru untuk dapat mengetahui bagaimana Persepsi Perawat dalam Penyediaan Perawatan Paliatif bagi Pasien ESRD yang Menjalani Hemodialisis.

#### 2. Bagi Pengelola Layanan Kesehatan dan Perawat di Unit Hemodialisis.

Diharapkan penelitian ini dapat digunakan untuk pengelolaan pelayanan dengan memperhatikan kebutuhan perawat dalam memberikan Perawatan Paliatif bagi pasien ESRD.

#### 3. Bagi Institusi Pendidikan.

Penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan mahasiswa/i calon perawat dalam memberikan pelayanan Perawatan Paliatif bagi pasien ESRD kedepannya.

#### 4. Bagi Masyarakat.

Memberikan pengetahuan terkait persepsi perawat sebagai upaya meningkatkan kualitas hidup pasien ESRD.

#### 5. Pengembangan Penelitian.

Penelitian ini dapat digunakan menjadi informasi ilmiah dalam penelitian ilmu keperawatan.

## E. Penelitian Terkait

1. Nur Ilmi (2016), dengan judul “Analisis Perilaku Perawat dalam Perawatan Paliatif pada Pasien Gagal Ginjal Kronik di RSI Faisal Makassar dan RSUD Labuan Baji Makassar”. Responden penelitian berjumlah 16 orang dari 2 rumah sakit yaitu 6 perawat yang bekerja di ruang Hemodialisa RSI Faisal Makassar dan 10 perawat yang bekerja di ruang Hemodialisa di RSUD Labuan Baji Makassar. Hasil penelitian uji *Mann Withney* menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan sikap perawat di ruang Hemodialisa RSI Faisal Makassar. Didapatkan nilai signficancy ( $p$ )= 0,018 berarti  $p < \alpha$  (0,05), dimana semakin baik pengetahuan maka sikap tentunya juga akan bernilai positif. dan nilai koefisien korelasi  $r = 0,890$  menunjukkan adanya hubungan yang kuat antara pengetahuan dengan sikap responden yang berarti  $H_0$  ditolak dan  $H_1$  diterima sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dan sikap. Hasil dari penelitian di RSI Faisal Makassar menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan dan sikap, hal ini sejalan dengan teori yang diungkapkan oleh Dahlan, 2009 bahwa nilai positif menunjukkan bahwa semakin baik tingkat pengetahuan perawat tentang perawatan paliatif, maka semakin baik sikap perawat terhadap penatalaksanaan pasien. Kekuatan korelasi yang sangat kuat menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan perawat tentang perawatan paliatif sangat berpengaruh terhadap sikap dalam penatalaksanaan pasien.
2. Sheilla Dewi Sadara Widarjo (2019), dengan judul “Persepsi dan Sikap Tenaga Kesehatan Terkait Penyediaan Perawatan Paliatif bagi Pasien Penyakit Terminal di Puskesmas Gondokusuman 1 Yogyakarta”. Tenaga kesehatan memiliki pemahaman bahwa kondisi terminal merupakan kondisi end stage dan sudah tidak dapat disembuhkan, sehingga membutuhkan perawatan khusus yaitu perawatan paliatif yang mereka pahami sebagai perawatan komprehensif dan home care. Tenaga kesehatan memiliki persepsi bahwa penanganan kondisi terminal dilakukan di rumah sakit dan perawatan paliatif bertujuan untuk memberikan dukungan emosional. Tenaga kesehatan memiliki sikap positif terhadap perawatan paliatif yang digambarkan dengan keinginan mereka untuk

mendampingi pasien dan meringankan penderitaan pasien. Tenaga kesehatan juga memiliki perilaku positif terhadap perawatan paliatif, yaitu dengan melakukan rujukan bagi pasien terminal, memberikan penanganan simptomatis, memberikan semangat kepada pasien, dan memberikan edukasi kepada keluarga pasien. Perawatan paliatif di Puskesmas Gondokusuman 1 Yogyakarta masih kurang dilakukan karena adanya keterbatasan sarana dan prasarana. Namun menurut kebijakan menteri kesehatan RI, perawatan paliatif dapat dilakukan di institusi kesehatan salah satunya di Puskesmas. Oleh sebab itu tenaga kesehatan berharap perlunya pendidikan dan pelatihan mengenai perawatan paliatif, penambahan sumber daya manusia (SDM) dalam melakukan perawatan paliatif, dan perlunya standar operasional prosedur (SOP) perawatan paliatif. Tenaga kesehatan di layanan kesehatan primer sudah mampu memberikan sedikit gambaran mengenai perawatan paliatif dan secara tidak sadar mereka sudah melakukan perawatan tersebut, hanya saja tidak terstruktur sesuai dengan perawatan paliatif yang semestinya.

3. Ni Ketut Putri Ariani (2018), dengan judul “Rumah Singgah dalam Perawatan Paliatif”. Wawancara dilakukan dengan salah seorang staf Yayasan Kanker Indonesia, Ibu Putu Sandat, 51 tahun, asal Tabanan, Pendidikan S1 Peternakan. Beliau sudah bekerja selama 20 tahun di YKI cabang Bali. Rumah singgah ini mulai didirikan pada tahun 2013 dan bernaung di bawah YKI Bali dan diketuai oleh Ibu Nyonya Ayu Pastika. YKI cabang Bali memiliki lima orang wakil ketua yaitu Prof. Dr. dr. Suardana, SpTHT(K), dr. Cok Gede Darmayudha, SpPD(HOM), dr. Mustika Ningsih, dr. Ine Susanti dan dra. Ni Made Suastini. Staff yang bekerja di YKI Bali sebanyak 5 orang yang terdiri dari 1 bidan, 3 orang staf dan 1 tenaga bersih-bersih. Biaya administrasi yang dikenakan sebesar sepulur ribu rupiah untuk satu hari. YKI Bali memiliki empat kamar tidur, dimana setiap kamarnya berisi 2 tempat tidur untuk pasien dan penunggunya. Kamar mandi dan dapur berada di luar kamar. Tidak ada syarat khusus bagi pasien yang ingin memanfaatkan rumah singgah ini, namun diutamakan pasien yang tidak memiliki domisili ataupun keluarga di daerah; masih bisa beraktivitas, diutamakan bagi pasien kanker yang sedang menjalani terapi kemoterapi. Denpasar. Kebanyakan dari pasien selama ini yang

menggunakan rumah singgah berasal dari daerah Lombok dan Flores. Sebagian besar pasien perempuan yang mengalami kanker payudara, kanker leher rahim dan ada yang mengalami kanker mulut.

4. Arief Wibowo (2019), dengan judul “Pengaruh Pelatihan Palliative Care terhadap Tingkat Pengetahuan Perawat Di IRNA III Pav. Cendrawasih RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta”. Penelitian ini penelitian eksperimen dengan rancangan preexperimental design menggunakan pendekatan one-group pre-test posttest design. Populasi dan sampel penelitian ini perawat IRNA III Paviliun Cendrawasih RSUP dr. Sardjito Yogyakarta yang belum mendapat pelatihan palliative care. Teknik penentuan sampel menggunakan non probability sampling dengan teknik purposive sampling. Berdasarkan penelitian yang dilakukan tanggal 21 Januari 2019 sampai dengan 28 Januari 2019 mendapat sampel 42 responden. Pengumpulan data menggunakan kuesioner dengan 30 item pertanyaan tentang palliative care. Responden memilih jawaban dengan memberi tanda checklist (√) dari pilihan yang disediakan. Responden menjawab pertanyaan sebelum dan sesudah pelatihan. Berdasarkan hasil uji rank Wilcoxon diperoleh nilai Z hitung = -5,599 dengan p value  $0,000 < \alpha = 0,05$  hal ini menunjukkan bahwa ada peningkatan pengetahuan perawat tentang palliative care di IRNA III Paviliun Cendrawasih RSUP dr. Sardjito Yogyakarta sebanyak 5,6 point. Tingkat pengetahuan perawat sebelum pelatihan dengan rata - rata 19,28 kategori cukup setelah pelatihan rata – rata menjadi 22,88 kategori baik. menyimpulkan seperti berikut: 1. Perawat di IRNA III paviliun Cendrawasih RSUP dr. Sardjito Yogyakarta yang memiliki pengetahuan cukup tentang palliative care sebelum sebanyak 32 perawat (76,19%). Perawat di IRNA III paviliun Cendrawasih RSUP dr. Sardjito Yogyakarta setelah pelatihan palliative care mempunyai pengetahuan baik sebanyak 41 perawat (97,62%). Pelatihan palliative care berpengaruh signifikan terhadap meningkatkan pengetahuan perawat di IRNA III paviliun Cendrawasih RSUP dr. Sardjito Yogyakarta ditunjukkan dari uji rank Wilcoxon dengan nilai Z hitung = -5,599 dengan p value  $0,000 < \alpha = 0,05$ .
5. Afiatika Ahsani (2020), dengan judul “Peran Perawat dalam Pemberian Palliative Care untuk Meningkatkan Kualitas Hidup Pasien Terminal”. Metode

*literature review* adalah cara yang digunakan pada kajian ini yaitu dengan mengumpulkan buku, jurnal, internet dan pustaka yang relevan dengan isu atau topik yang diangkat dalam penulisan melalui metode pengumpulan data pustaka, membaca dan mencatat, serta mengolah bahan penulisan (Nursalam, 2015). Kepala ruangan dapat mengarahkan perawat dalam menerapkan proses pemberian asuhan keperawatan palliative care. Yaitu dengan cara memberikan pelatihan dan pendidikan bagi para perawat palliative care dalam memberikan perawatan yang berkesinambungan pada pasien dan keluarga (De Roo et al., 2013; Dy et al., 2015). Pelatihan yang diselenggarakan kepada tenaga kesehatan memberi hubungan terhadap peningkatan pengetahuan dalam memberikan pelayanan kepada pasien di rumah sakit (Joeharno, 2011)



## BAB II TINJAUAN PUSTAKA

### A. Landasan Teori

#### 1. Konsep Persepsi

##### a. Definisi Persepsi

Persepsi adalah suatu bagian dari psikologis yang sangat penting bagi manusia dalam merespon kehadiran berbagai hal dan gejala sekelilingnya. Persepsi mengandung pengertian yang sangat luas, mencakup *intern* dan *ekstern* (Dinda Julian Ghalby, 2020). Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), persepsi merupakan tanggapan (penerimaan) langsung dari sesuatu, proses seseorang mengetahui beberapa hal melalui panca inderanya. Persepsi juga dapat ditafsirkan sebagai proses menerima, menyeleksi, mengorganisasikan, mengartikan, menguji, dan memberikan reaksi kepada rangsangan panca indra atau data (Pareek, Sobur, 2013; Nugraha, 2015). Persepsi terjadi saat menerima rangsangan eksternal yang ditangkap oleh organ-organ bantu yang lalu masuk menuju otak (Sarwono, 2012; Nugraha 2015).

##### b. Proses Persepsi

Proses terbentuknya persepsi yakni merupakan objek yang memunculkan rangsangan yang mengenai panca indera reseptor. Proses rangsangan mencapai alat indera merupakan proses alami atau fisik, rangsangan yang diterima kemudian dilanjutkan oleh syaraf sensoris ke otak disebut proses fisiologis, lalu terjadi pemrosesan di otak sebagai alat pusat kesadaran yang membuat seseorang menyadari apa yang ia lihat, ia dengar, dan yang ia raba merupakan proses psikologis. Sebenarnya proses ini merupakan langkah terakhir dari persepsi dan merupakan persepsi yang sesungguhnya. Didalam proses persepsi juga dibutuhkan adanya perhatian sebagai awal dari langkah munculnya persepsi tersebut. Hal itu karena menunjukkan seseorang tak dikenai oleh satu stimulus saja, namun seseorang dapat dikenai lebih dari satu rangsangan yang ditimbulkan oleh kondisi sekelilingnya. Meskipun

tidak semua stimulus dapat dipersepsi oleh seseorang, dan mana yang akan dipersepsi atau mendapat respon bergantung pada perhatian seseorang yang bersangkutan (Walgito, 2006).

## 2. Konsep Perawat

### a. Definisi Perawat

Perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi keperawatan, baik dalam maupun luar negeri yang diakui pemerintah dengan ketentuan perundang undangan. Pelayanan merupakan suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan kepada individu, kelompok, atau masyarakat dalam keadaan sehat maupun sakit. (Kemenkes RI, 2017)

### b. Peran Perawat

Perawat sebagai *care provider* (pemberi asuhan) yaitu dalam memberi pelayanan berupa asuhan keperawatan perawat dituntut menerapkan keterampilan berpikir kritis dan pendekatan sistem untuk penyelesaian masalah serta pembuat keputusan keperawatan dalam konteks pemberian asuhan keperawatan komperhensif dan holistik berlandaskan aspek etik dan legal. Perawat sebagai *manager and community leader* (pemimpin komunitas) yaitu dalam menjalankan peran sebagai perawat dalam suatu komunitas/kelompok masyarakat, perawat terkadang dapat menjalankan peran kepemimpinan, baik komunitas profesi maupun komunitas sosial dan juga dapat menerapkan kepemimpinan dan manajemen keperawatan dalam asuhan klien. Perawat sebagai *educator* (pendidik) yaitu dalam menjalankan perannya sebagai perawat klinis, perawat komunitas, maupun individu perawat harus mampu berperan sebagai pendidik klien dan keluarga yang menjadi tanggung jawabnya. (Kemenkes RI, 2017).

Perawat sebagai *advocate* (pembela) yaitu dalam menjalankan perannya perawat diharapkan dapat mengadvokasi atau memberikan pembelaan dan perlindungan kepada pasien atau komunitas sesuai dengan pengetahuan dan kewenangannya. Perawat sebagai *researcher*

yaitu dengan berbagai kompetensi dan kemampuan intelektualnya perawat diharapkan juga mampu melakukan penelitian sederhana di bidang keperawatan dengan cara menimbulkan ide dan rasa ingin tahu serta mencari jawaban terhadap fenomena yang terjadi pada klien di komunitas maupun klinis. Dengan harapan dapat menerapkan hasil kajian dalam rangka membantu mewujudkan *Evidence Based Nursing Practice* (Kemenkes RI, 2017).

### 3. Konsep End Stage Renal Disease (ESRD)

#### a. Definisi ESRD

*End Stage Renal Disease (ESRD)* atau penyakit ginjal kronik stadium akhir (stadium lima) adalah kerusakan pada ginjal yang terus berlangsung (*progressive*) selama lebih dari enam bulan dan tidak dapat diperbaiki (*irreversible*), ini disebabkan oleh hilangnya fungsi ginjal dan kerusakan jaringan serta serangan mendadak yang berkembang secara cepat menghancurkan nefron dan akan menimbulkan gangguan multisistem, dimana nilai laju filtrasi glomerulus (LFG) kurang dari 15ml/menit/1,73m<sup>2</sup>, karena keadaannya yang terus berlangsung, tidak dapat diperbaiki maka ESRD dapat disebut sebagai penyakit terminal (I.B.Gde Ananta Mahesvara *et al.*, 2020; Williams and Wilkins, 2010). *ESRD* merupakan hasil akhir destruksi jaringan gradual dan hilangnya fungsi ginjal, dapat juga disebabkan oleh penyakit onset (serangan) mendadak yang berkembang secara cepat yang menghancurkan nefron dan menyebabkan kerusakan ginjal ireversibel (tidak dapat kembali, tidak dapat diubah lagi). Gejala sedikit hingga tersisa kurang dari 25% filtrasi glomerular; parenkim normal akan mengalami kerusakan cepat, dan gejala memburuk seiring menurunnya fungsi ginjal. Fatal tanpa pengobatan; dialysis atau transplantasi ginjal dapat membantu kehidupan (Williams and Wilkins, 2010).

## **b. Etiologi ESRD**

*ESRD* disebabkan oleh penyakit glomerular kronik (glomerulofritis), agen-agen nefrotoksik atau infeksi kronik, anomali kongenital (penyakit polikistik ginjal), penyakit endokrin, atau penyakit kolagen vaskular, obstruksi (batu ginjal), dan penyakit kolagen (SLE). Perjalanan *ESRD* dimulai dari penurunan jumlah nefron yang berfungsi, penurunan beban zat terlarut per nefron, perubahan laju filtrasi glomerulus (LFG), penurunan cadangan ginjal, insufisiensi ginjal (hipertensi yang mungkin terjadi, azotemia dan anemia), gagal ginjal (uremia; neurologic, kardiovaskular, dan gejala-gejala saluran cerna) hingga mencapai stadium akhir terjadinya atrofi dan fibrosis pada tubulus renalis (Williams and Wilkins, 2010).

## **c. Patofisiologi**

Glomerulosklerosi, inflamasi interstitial dan fibrosis adalah ciri khas dari *ESRD* dan menyebabkan penurunan fungsi ginjal (Copstead and Banasik, 2010). Seluruh unit nefron secara bertahap hancur. Pada tahap awal saat nefron hilang, nefron fungsional yang masih ada mengalami hipertrofi. Aliran kapiler glomerulus dan tekanan meningkat dalam nefron ini dan lebih banyak partikel zat terlarut disaring untuk mengkompensasi massa ginjal yang hilang. Kebutuhan yang meningkat ini menyebabkan nefron yang masih ada mengalami sclerosis (jaringan parut) glomerulus, menimbulkan kerusakan nefron pada akhirnya. (Lemone et al., 2011). Proteinuria akibat kerusakan glomerulus menjadi penyebab cedera tubulus. Proses hilangnya fungsi nefron yang kontinu ini dapat terus berlangsung meskipun setelah penyakit awal telah teratasi (Fauci et al., 2018). Perjalanan *ESRD* beragam, berkembang selama periode bulanan hingga tahunan. Pada tahap awal, seringkali disebut penurunan cadangan ginjal, nefron yang tidak terkena mengkompensasi nefron yang hilang. LFG sedikit menurun pada pasien asimtomatik dan kadar kreatinin serum normal. Ketika penyakit berkembang dan LFG turun lebih lanjut, hipertensi dan beberapa manifestasi isufisiensi ginjal dapat muncul.

Serangan berikutnya pada ginjal tahap ini (misalnya infeksi, dehidrasi, atau obstruksi saluran kemih) dapat menurunkan fungsi dan memicu awitan gagal ginjal atau urea nyata lebih lanjut. Kadar serum kreatinin naik secara tajam, pasien menjadi oliguria, dan manifestasi uremia muncul. Pada *ESRD*, LFG kurang dari 10% normal dan terapi penggantian ginjal diperlukan untuk mempertahankan hidup (Lemone et al., 2011).

**Tabel 2. 1 Patofisiologi ESRD**

Penyebab	Patofisiologi
Nefropati diabetik	Peningkatan awal laju aliran glomerulus menyebabkan hiperfiltrasi dengan akibat kerusakan glomerulus, penebalan dan sclerosis membrane basalis glomerulus dan glomerulus; kerusakan bertahap nefron menyebabkan penurunan LFG.
Nefrosklerosis hipertensi	Hipertensi jangka panjang menyebabkan sclerosis dan penyempitan arteriol ginjal dan arteri kecil dengan akibat penurunan aliran darah yang menyebabkan iskemia, kerusakan glomerulus, dan atrofi tubulus.
Glomerulofritis kronik	Infamasi interstitial kronik pada parenkim ginjal menyebabkan obstruksi dan kerusakan tubulus dan kapiler yang mengelilinginya, mempengaruhi filtrasi glomerulus, sekresi, dan reabsorpsi tubulus, dengan kehilangan seluruh nefron secara bertahap.
Pielonefritis kronik	Infeksi kronik yang biasa dikaitkan dengan obstruksi atau refleks vesikoureter menyebabkan jaringan parut dan deformitas kaliks dan pelvis ginjal, yang menyebabkan refluks intrarenal dan nefropati.
Penyakit ginjal polistik	Kista bilateral multiple menekan jaringan ginjal yang merusak perfusi ginjal dan menyebabkan iskemia, remodeling vascular ginjal, dan pelepasan mediator inflamasi yang merusak dan menghancurkan jaringan ginjal normal.
Eritematosa lupus sistemik	Kompleks imun terbentuk di membrane basalis kapiler yang menyebabkan inflamasi dan sclerosis dengan glomerulofritis fokal, local, atau difus.

Sumber : Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah: Gangguan Eliminasi dan Gangguan Kardiovaskular Volume 3 Edisi 5, EGC 2016.

#### d. Manifestasi dan Komplikasi ESRD

*ESRD* seringkali tidak teridentifikasi hingga tahap uremik akhir tercapai. Uremia, yang secara harfiah berarti urine dalam darah adalah sindrom atau kumpulan gejala yang terkait dengan *ESRD*. Pada uremia, keseimbangan cairan dan elektrolit terganggu, pengaturan dan fungsi ginjal rusak, dan akumulasi produk sisa secara esensial mempengaruhi setiap sistem organ lain. Manifestasi awal uremia mencakup mual, apatis, kelemahan, dan kelelahan, gejala yang kerap kali keliru dianggap sebagai infeksi virus atau influenza. Ketika kondisi memburuk, sering muntah, peningkatan kelemahan, letargi, dan kebingungan muncul (Lemone et al., 2011).

**Tabel 2. 2 Manifestasi dan Komplikasi ESRD**

Manifestasi dan Komplikasi ESRD		
Fungsi	Disfungsi	Manifestasi Klinis
Cairan dan Elektrolit	Hilangnya jaringan fungsional .	Rusaknya kemampuan untuk mengatur keseimbangan cairan, elektrolit, dan asam basa.
	Garam dan air tidak dapat disimpan dengan baik.	Resiko dehidrasi
	LFG menurun dan fungsi ginjal memburuk lebih lanjut.	Retensi natrium dan air, membutuhkan pembatasan garam dan air.
	LFG kurang dari mL/menit.	Hyperkalemia; kelemahan otot, paresthesia, dan perubahan EKG.
	Eksresi fosfat rusak.	Hiperfosfatemia dan hipokalsemia.
	Penurunan absorbs kalsium akibat kerusakan aktifitas vitamin D	Hipokalsemia.
	Hipermagnesemia.	Menghindari pemberian antacid yang mengandung magnesium.
	Ekskresi ion hydrogen dan produksi dapar rusak.	Asidosis metabolic.

Kardiovaskular	Aterisklerosis.	Hipertensi, hiperlipidemia, intoleransi glukosa, manifestasi serebral dan vascular perifer.
	Kelebihan volume cairan, peningkatan aktivitas renin angiotensin, peningkatan resistensi vascular, dan penurunan prostaglandin.	Hipertensi.
	Peningkatan volume cairan ekstraseluler.	Edema dan gagal jantung.
	Gagal jantung, peningkatan permeabilitas membran kapiler alveolus.	Edema paru.
	Toksin metabolik yang tertahan	Iritasi kantong pericardium, respons inflamasi, tanda pericarditis.
	Cairan inflamasi kantong perikardium mengganggu pengisian ventrikel dan curah jantung.	Tamponade jantung, kemungkinan komplikasi pericarditis.
Hematologi	Penurunan produksi eritropoietin. Toksin yang tertahan menekan jumlah produksi sel darah merah dan memendekkan masa hidup sel darah merah.	Anemia.
	Kekurangan nutrisi zat besi dan asam folat, resiko kehilangan darah.	Anemia.
	Anemia.	Kelelahan, kelemahan, depresi, dan gangguan kognisi. Jantung koroner dan gagal jantung yang dihubungkan dengan ESRD.
Gastrointestinal	Gejala awal Uremia.	Mual, muntah, anoreksia.
	Ulserasi.	Peningkatan resiko perdarahan gastrointestinal.

	Uremik.	Ulkus peptikum.
	Fetor uremik.	Bau nafas seperti urine dikaitakan dengan rasa logam didalam mulut.
Endokrin dan Metabolik	Akumulasi produk sisa metabolisme protein.	Efek dan manifestasi uremia.
	Kadar kreatinin serum naik secara signifikan, kadar asam urat meningkat.	Peningkatan resiko gout.
	Jaringan resisten terhadap efek insulin pada uremia.	Intoleransi glukosa.
	Kadar trigliserida darah tinggi dan kadar lipoprotein densitas tinggi (HDL) rendah dibanding normal.	Percepatan aterosklerosis.
	Kehamilan jarang sampai cukup bulan, ketidak teraturan menstruasi.	Fungsi reproduksi terganggu pada pasien ESRD wanita.
	Penurunan kadar testosterone.	Hitung sperma rendah, dan impotensi mempengaruhi pasien ESRD pria.
Dermatologi	Anemia dan metabolit pigmentasi.	Kulit pucat berwarna kekuningan pada pasien uremia.
	Dehidrasi dan atrofi kelenjar keringat.	Kulit kering dan turgor kulit buruk.
	Sisa metabolik yang menumpuk di kulit.	Rasa gatal atau pruritus.
	Kadar urea tinggi di keringat.	Bekuan uremik, deposit Kristal urea di kulit.
Neurologis	Uremia.	Perubahan sistem saraf pusat dan perifer.
	Manifestasi SSP	Perubahan mental, kesulitan berkonsentrasi, kelelahan, dan insomnia.
	Ensefalopati uremik lanjut.	Psikotik, kejang, dan koma.
	Uremik lanjut.	Nefropati perifer. Jaras sensorik maupun motoric

		terkena. Ekstremitas bawah terkena pada awalnya. “ <i>Restless leg syndrome</i> ” dan “ <i>stocking glove</i> ”.fungsi motoric juga rusak, menyebabkan kelemahan otot, penurunan refleks tendon dalam, dan gangguan berjalan.
Musculoskeletal.	Uremia menstimulasi sekresi hormone paratiroid.	Hiperfosfstemia dan hiperkasemia. Selain itu aktifitas sel osteoblast dan osteoklas terkena.
	Reabsorpsi dan remodeling tulang, bersamaan dengan penurunan sintesis vitamin D dan penurunan absorbs kalsium dari saluran gastrointestinal. Manifestasi osteodistrofi.	Osteodistrofi ginjal, atau riteksia ginjal. Ditandai dengan osteomalasia, pelunakan tulang, dan osteoporosis, penurunan massa tulang. Kista tulang. Nyeri tekan pada tulang, dan kelemahan otot. Pasien beresiko mengalami fraktur spontan.
Sistem Imun	Uremia.	Meningkatkan resiko infeksi. Kadar tinggi urea dan sisa metabolik merusak semua aspek inflamasi dan fungsi imun. Penurunan sel darah putih menyebabkan imunitas sel dan humoralrusak, serta fungsi fagosit rusak (Porth dan Matfin, 2009).

Sumber : Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah: Gangguan Eliminasi dan Gangguan Kardiovaskular Volume 3 Edisi 5, EGC 2016.

#### 4. Konsep Hemodialisis

##### a. Definisi Hemodialisis

Hemodialisis adalah proses pembersihan darah dari zat-zat sampah melalui proses penyaringan diluar tubuh. Hemodialisis menggunakan ginjal buatan berupa mesin dialisis. *Dialyzer* atau *filter*, memiliki dua bagian, satu untuk darah dan satu untuk cairan cuci yang disebut dialisat. Sebuah membrane tipis memisahkan dua bagian ini. Sel darah, protein, dan hal-hal penting lainnya tetap dalam darah karena ukuran molekulnya terlalu besar untuk melewati membrane, sedangkan produk limbah yang berukuran lebih kecil di dalam darah seperti urea, kreatinin, kalium, dan cairan yang berlebih dapat melewati membrane dan dikeluarkan (Deni Yasmara et al., 2016).

##### b. Indikasi Hemodialisis

Hemodialisis perlu dilakukan jika ginjal tidak mampu lagi membuang cukup limbah dan cairan dari darah untuk menjaga tubuh tetap sehat. Hal ini biasanya terjadi ketika fungsi ginjal hanya tinggal 10-15%. Ada beberapa indikasi klinis yang membuat hemodialisis harus dilakukan pada pasien *ESRD*. Indikasi tersebut mencakup pleuritis, uremia, *fatigue* atau tanda tanda kebingungan, tremor, mioklonus multifokal, tangan dan kaki layuh, hipertensi yang kurang responsif terhadap obat antihipertensi, dan gangguan metabolik seperti hiperkalemia, asidosis metabolik, hiperkalsemia, hipokalsemia, hiperfosfatemia, mual dan muntah, kreatinin >900. Indikasi hemodialisis yang efektif adalah LFG antara 5 sampai 8 mL/menit/1,73 m<sup>2</sup> (Deni Yasmara et al., 2016).

##### c. Kontraindikasi Hemodialisis

Kontraindikasi hemodialisis adalah pasien yang mengalami perdarahan sangat serius disertai anemia, pasien yang mengalami hipotensi berat atau syok, pasien yang mengalami penyakit jantung coroner serius atau insufisiensi miokard, aritmia serius, hipertensi berat, atau penyakit pembuluh darah otak, pasien pasca-operasi besar, pasien yang mengalami gangguan mental atau tumor ganas, perdarahan

serebral akibat hipertensi dan anti-pembekuan, hematoma subdural, tahap akhir uremia dengan komplikasi *irreversible* serius (Deni Yasmara et al., 2016).

#### **d. Komplikasi Intradialisis**

Komplikasi akut yang paling umum selama perawatan hemodialisis adalah hipotensi, kram otot, mual dan muntah, dan sakit kepala. Hipotensi intradialisis merupakan efek samping yang paling umum terjadi pada saat hemodialisis. Ada dua mekanisme patogenesis hipotensi intradialisis, pertama adalah kegagalan untuk menjaga volume plasma pada tingkat optimal dan yang kedua adalah kelainan kardiovaskular. Mekanisme pertama berkaitan dengan berat badan yang berlebihan yang membutuhkan osmolaritas serum rendah dan ultrafiltrasi volume besar dan mekanisme kedua adalah disfungsi otonom, pergeseran aliran darah ke daerah gastrointestinal selama makan, penurunan dalam vasokonstriksi dan peningkatan vasodilatasi, vasodilatasi terkait dengan dialisat berbasis asetat, dan penurunan respons kompensasi karena hipertrofi atau iskemia. Hipotensi intradialisis bisa disertai dengan gejala seperti kram, pusing, mual, muntah, kelelahan yang berlebihan, dan kelemahan (Deni Yasmara et al., 2016). Sakit kepala sering ditemukan selama hemodialisis. Faktor pemicu sakit kepala mungkin hipertensi, hipotensi, tingkat rendah natrium, penurunan osmolaritas serum, dan rendahnya tingkat magnesium.

Sakit dada selama prosedur hemodialisis dicurigai sebagai kegawatdaruratan yang berhubungan dengan angina, infark miokard atau pericarditis, hemolysis akut, atau reaksi anafilaktoid. Hipoksemia, selama hemodialisis PaO<sub>2</sub> turun menjadi sekitar 10-20 mmHg. Penurunan tersebut tidak menyebabkan masalah klinis yang signifikan pada pasien yang mengalami oksigenasi normal, tetapi dapat menjadi bencana pada mereka yang memiliki kadar oksigenasi yang rendah. Salah satu faktor yang dinyatakan dalam etiologi hipoksemia intradialisis adalah dialisat yang mengandung asetat. Dialisat dengan

asetat dapat menyebabkan hipoksia dengan dua cara pertama dengan meningkatkan konsumsi oksigen dan kedua oleh hilangnya intradialitik CO<sub>2</sub> (Deni Yasmara et al., 2016). Gatal-gatal pada pasien yang menjalani hemodialisis menyebabkan kulit yang semakin memburuk selama atau segera sesudah hemodialisis, faktor penyebabnya adalah deposit kristal kalsium-fosfor (hiperparatiroidisme), alergi terhadap obat (ETO dan heparin), dan pelepasan histamin dari sel induk.

Kram otot selama hemodialisis umum terjadi. Meskipun kram sebagian besar terlihat pada ekstremitas bawah, tetapi dapat terjadi juga di perut, lengan, dan tangan. Metabolisme otot dibawah normal dianggap faktor yang paling penting yang menyebabkan terjadinya kram. Oleh sebab itu hipotensi, perubahan osmolaritas plasma, hipoantremia, defisiensi kreatinin, hypomagnesemia, dan hipoksia jaringan diduga menyebabkan terjadinya kram otot (Deni Yasmara et al., 2016).

#### **e. Asuhan Pradialisis dan Postdialisis**

Sebelum melaksanakan terapi hemodialisis perawat perlu melaksanakan perawatan pradialisis yang merupakan perawatan yang meminimalisir terjadinya komplikasi intradialisis dan memastikan bahwa tidak ada kontraindikasi bagi pasien yang akan menjalani hemodialisis.

Tanda vital, termasuk tekanan darah ortostatik, nadi apikal, pernapasan dan bunyi paru data ini memberikan informasi dasar untuk membantu mengevaluasi efek intradialisis yaitu hipertensi, hipotensi, sakit dada atau sesak nafas. Catat berat badan, perubahan berat badan adalah indikator efektif volume cairan. Tempat akses vascular mengenai adanya denyut nadi atau vibrasi yang teraba dan bruit yang dapat didengar dan adanya inflamasi. Infeksi dan pembentukan trombus adalah masalah yang paling banyak menyerang tempat akses pada pasien hemodialisis. Waspadkan semua rekan perawat untuk menghindari pemakaian ekstremitas yang terpasang tempat akses vascular untuk pemeriksaan tekanan darah atau pungsi vena. Prosedur

ini dapat merusak pembuluh darah dan menyebabkan kegagalan fistula arteriovenosa (Lemone et al., 2011).

Perawatan postdialisis merupakan proses pengkajian setelah melaksanakan terapi hemodialisis dengan tujuan mengevaluasi ada atau tidak adanya respon merugikan setelah terapi hemodialisis dilaksanakan (Lemone et al., 2011).

**Tabel 2. 3 Perawatan Postdialisis**

Kemungkinan Respon Merugikan	Perawatan Postdialisis
Pembuangan cairan dan zat terlarut secara cepat selama hemodialisis dapat menyebabkan hipotensi ortostatik, perubahan kardiopulmonal, dan penurunan berat badan.	Mendokumentasikan tanda vital, berat badan, dan kondisi tempat akses vascular.
Monitor BUN (urea nitrogen dalam darah), kreatinin serum, elektrolit serum, dan kadar hematokrit diantara terapi hemodialisis.	nilai ini membantu menentukan efektivitas pengobatan, serta waktu sesi hemodialisis berikutnya.
Anemia akibat gagal ginjal tidak membaik dengan hemodialisis.	Suplemen besi atau folat atau transfusi darah berkala mungkin dibutuhkan.
Perubahan cepat pada BUN, pH, dan kadar elektrolit selama hemodialisis dapat menyebabkan edema serebral dan peningkatan tekanan intrakranial.	Adanya respon merugikan setelah terapi hemodialisis dilaksanakan. Kaji sindrom ketidakseimbangan hemodialisis dengan sakit kepala, mual dan muntah, perubahan tingkat kesadaran dan hipertensi.
Pembuangan kelebihan cairan dan perubahan cepat keseimbangan elektrolit dapat menyebabkan kekurangan cairan, mual, muntah dan aktivitas kejang.	Kaji respon dehidrasi, mual dan muntah, kram otot, atau aktivitas kejang, tangani sesuai kebutuhan.
Gagal ginjal dan heparinisasi selama hemodialisis meningkatkan resiko perdarahan, paparan langsung terhadap darah dan produk darah meningkatkan resiko hepatitis B atau C atau penyakit yang ditularkan darah lainnya.	Kaji adanya perdarahan ditempat akses atau di tempat lain, gunakan pencegahan standar setiap waktu;
Pasien gagal ginjal dapat menerima banyak transfusi, meningkatkan resiko	Jika transfusi diberikan selama hemodialisis, monitor adanya

reaksi transfusi;	kemungkinan reaksi transfuse misalnya kedinginan, dan demam, dyspnea, nyeri dada, punggung atau lengan dan utikaria atau gatal. Monitoring secara ketat selama dan setelah transfusi sangat diperlukan untuk mengidentifikasi tanda awal reaksi.
Berduka adalah respons normal terhadap kehilangan fungsi organ, pasien dapat merasa tidak ada harapan, tidak berdaya dan tidak suka bergantung pada mesin.	Berikan dukungan psikologis dan dengarkan secara aktif kekhawatiran dan terima respons marah, depresi dan ketidakpatuhan, perkuat kekuatan pasien dan keluarga dalam menghadapi gagal ginjal dan hemodialisis. Perawat dapat membantu pasien dan keluarga mengatasi respon ini dan berfokus pada aspek positif hidup.

Sumber : Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah: Gangguan Eliminasi dan Gangguan Kardiovaskular Volume 3 Edisi 5, EGC 2016.

## 5. Konsep Perawatan Paliatif dan Asuhan Jangka Panjang pada Pasien ESRD yang Menjalani Hemodialisis

### a. Definisi Perawatan Paliatif

Perawatan Paliatif berarti mengoptimalkan perawatan pasien dan keluarga untuk meningkatkan kualitas hidup dengan mengantisipasi, mencegah, dan mengobati penderitaan. Paliatif merupakan seluruh rangkaian penyakit dengan melibatkan penanganan fisik, intelektual, emosional, sosial dan spiritual untuk memfasilitasi otonomi pasien dan pilihan dalam kehidupan (Farrel, 2015). *World Health Organization (WHO)* menyatakan perawatan paliatif adalah pendekatan yang bertujuan meningkatkan kualitas hidup pasien baik itu pasien anak maupun dewasa serta keluarganya dalam menghadapi penyakit yang mengancam jiwa, meringankan penderitaan rasa sakit melalui identifikasi dini, pengkajian yang sempurna, dan penatalaksanaan nyeri serta masalah lainnya seperti fisik, psikologis, sosial dan spiritual.

Tujuan utamanya yaitu meningkatkan kualitas kehidupan pasien maupun keluarganya (Ni Ketut, 2018). Perawatan paliatif merupakan kolaborasi yang terdiri dari dokter, perawat, dan tenaga ahli lainnya untuk menyediakan dukungan. Perawatan paliatif bisa untuk penyakit kronik apa saja pada stadium berapa saja dan dapat berdampingan dengan perawatan kuratif (Vadivelu, Kaye and Berger, 2013; Pantila *et al.*, 2015). Prinsip pelayanan perawatan paliatif menghilangkan nyeri dan mencegah timbulnya gejala dan keluhan fisik lainnya, penganggulan nyeri, menghargai kehidupan serta menganggap kematian sebagai proses normal, tidak bertujuan mempercepat atau memperlambat kematian, memberikan dukungan psikologis, sosial dan spiritual, memberikan dukungan agar pasien dapat hidup seaktif mungkin, memberikan dukungan kepada keluarga sampai masa dukacita, serta menggunakan pendekatan tim untuk mengatasi kebutuhan pasien dan keluarganya (Kemenkes RI, 2017).

#### **b. Prinsip Dasar Perawatan Paliatif**

Dalam memberikan perawatan paliatif sangat penting memperhatikan prinsip-prinsipnya. Committee on Bioethic and Committee on Hospital Care (2000) dalam Ningsih (2011) mengembangkan untuk pengamanan praktik dan standar minimum dalam meningkatkan kesejahteraan dengan kondisi hidup yang terbatas dan keluarganya, dengan tujuan memberikan dukungan yang efektif selama pengobatan, dan memperpanjang kehidupan. Prinsip dasarnya terintegrasi pada model perawatan paliatif yang meliputi :

- a) Menghormati serta menghargai pasien dan keluarganya. Dalam memberikan perawatan paliatif, perawat harus menghargai dan menghormati keinginan pasien dan keluarga. Sesuai dengan prinsip menghormati maka informasi tentang perawatan paliatif harus disiapkan untuk pasien dan keluarga, yang mungkin memilih untuk

mengawali program perawatan paliatif. Kebutuhankebutuhan keluarga harus diadakan/disiapkan selama sakit dan setelah pasien meninggal untuk meningkatkan kemampuannya dalam menghadapi cobaan berat.

- b) Kesempatan atau hak mendapatkan kepuasan dan perawatan paliatif yang pantas. Pada kondisi untuk menghilangkan nyeri dan keluhan fisik lainnya maka petugas kesehatan harus memberikan kesempatan pengobatan yang sesuai untuk meningkatkan kualitas hidup pasien, terapi lain meliputi pendidikan, kehilangan dan penyuluhan pada keluarga, dukungan teman sebaya, terapi musik, dan dukungan spiritual pada keluarga dan saudara kandung, serta perawatan menjelang ajal.
- c) Mendukung pemberi perawatan (caregiver). Pelayanan keperawatan yang profesional harus didukung oleh tim perawatan paliatif, rekan kerjanya, dan institusi untuk penanganan proses berduka dan kematian. Dukungan dari institusi seperti penyuluhan secara rutin dari ahli psikologi atau penanganan lain.
- d) Pengembangan profesi dan dukungan sosial untuk perawatan paliatif Penyuluhan pada masyarakat tentang kesadaran akan kebutuhan perawatan untuk pasien dan nilai perawatan paliatif serta usaha untuk mempersiapkan serta memperbaiki hambatan secara ekonomi. Perawatan paliatif merupakan area kekhususan karena sejumlah klien meninggal serta kebutuhannya akan perawatan paliatif lebih ke pemberian jangka panjang, perawatan yang dibutuhkan tidak hanya 22 kebutuhan fisik klien tetapi juga kebutuhan, emosi, pendidikan dan kebutuhan sosial, serta keluarganya.

### **c. Tim Paliatif**

Perawatan paliatif pendekatannya melibatkan berbagai disiplin yang meliputi pekerja sosial, ahli agama, perawat, dokter (dokter ahli atau dokter umum) dalam merawat klien kondisi terminal/sekarat dengan membantu keluarga yang berfokus pada perawatan yang kompleks meliputi : masalah fisik, emosional, sosial dan spiritual. Anggota tim yang lain adalah ahli psikologis, fisioterapi, dan okupasi terapi. Masing-masing profesi terlibat sesuai dengan masalah yang dihadapi penderita, dan penyusunan tim perawatan paliatif disesuaikan dengan kebutuhan pasien dan tempat perawatannya. Anggota tim perawatan paliatif dapat memberikan kontribusi sesuai dengan keahliannya (Djauzi, et al, 2003 dalam Ningsih, 2011).

Menurut Craig (2007) dalam Ningsih (2011) seluruh anggota tim perawatan paliatif harus memenuhi kriteria dan kesadaran akan tugas dan tanggung jawabnya yaitu akan memberikan perawatan secara individu pada pasien dan keluarga dengan mendukung nilai, harapan dan kepercayaan, jika tidak dijelaskan maka akan menyinggung pasien dan keluarga. Tim paliatif harus mempunyai keahlian yang cukup sebagai dokter, perawat, pekerja sosial atau pemuka agama, minimal ketrampilan dalam memberikan pelayanan yang meliputi pemeriksaan fisik maka dokter dan perawat harus mendukung dan selalu siap untuk pasien dan keluarga selama 24 jam dalam sehari serta 365 hari dalam setahun, menjamin perawatan berdasarkan pedoman yang kontinyu untuk perawatan di rumah, rumah sakit dan hospice serta merencanakan strategi secara objektif, serta memberikan dukungan dan pengawasan langsung pada caregiver.

### **d. Tempat Perawatan Paliatif**

Menurut Muckaden (2011) dalam memberikan perawatan paliatif harus dimulai saat didiagnosa dan diberikan selama mengalami sakit dan dukungan untuk berduka. Penatalaksanaan

awal secara total oleh tim paliatif akan memfasilitasi ke perawatan yang terbaik. Tempat perawatan paliatif dapat dilaksanakan rumah sakit, hospice, atau di rumah klien. Keluarga dan anak agar dihargai dalam memilih tempat yang disukainya untuk mendapatkan perawatan bila memungkinkan. Tempat perawatan dibutuhkan pada pelayanan yang tepat dengan fasilitas kesehatan, homecare atau sarana ke hospice terdekat. Tempat perawatan paliatif dapat dilaksanakan :

- a) Di rumah. Pada perawatan di rumah, maka peran keluarga lebih menonjol karena sebagian perawatan dilakukan oleh keluarga, dan keluarga sebagai caregiver diberikan latihan pendidikan keperawatan dasar. Perawatan di rumah hanya mungkin dilakukan bila klien tidak memerlukan alat khusus atau keterampilan perawatan yang tidak mungkin dilakukan oleh keluarga.
- b) Di rumah sakit. Perawatan di rumah sakit diperlukan jika klien harus mendapat perawatan yang memerlukan pengawasan ketat, tindakan khusus atau peralatan khusus. Pemberian perawatan paliatif harus memperhatikan kepentingan pasien dan melaksanakan tindakan yang diperlukan meskipun prognosis klien memburuk serta harus mempertimbangkan manfaat dan resikonya sehingga perlu meminta dan melibatkan keluarga.
- c) Di *hospice*. Perawatan klien yang berada dalam keadaan tidak memerlukan pengawasan ketat atau tindakan khusus serta belum dapat dirawat di rumah karena memerlukan pengawasan tenaga kesehatan. Perawatan hospice dapat dilakukan di rumah sakit, rumah atau rumah khusus perawatan paliatif, tetapi dengan pengawasan dokter atau tenaga kesehatan yang tidak ketat atau perawatan hospice homecare yaitu perawatan di rumah dan secara teratur

dikunjungi oleh dokter atau petugas kesehatan apabila diperlukan.

#### **e. Peran Perawat Dalam Penatalaksanaan Proses Perawatan Paliatif**

Menurut Matzo dan Sherman (2006) dalam Ningsih (2011) peran perawat paliatif meliputi :

- a) Praktik di Klinik. Perawat memanfaatkan pengalamannya dalam mengkaji dan mengevaluasi keluhan serta nyeri. Perawat dan anggota tim berbagai keilmuan mengembangkan dan mengimplementasikan rencana perawatan secara menyeluruh. Perawat mengidentifikasi pendekatan baru untuk mengatasi nyeri yang dikembangkan berdasarkan standar perawatan di rumah sakit untuk melaksanakan tindakan. Dengan kemajuan ilmu pengetahuan keperawatan, maka keluhan sindroma nyeri yang kompleks dapat perawat praktikan dengan melakukan pengukuran tingkat kenyamanan disertai dengan memanfaatkan inovasi, etik dan berdasarkan keilmuannya.
- b) Pendidik. Perawat memfasilitasi filosofi yang kompleks, etik dan diskusi tentang penatalaksanaan keperawatan di klinik, mengkaji pasien dan keluarganya serta semua anggota tim menerima hasil yang positif. Perawat memperlihatkan dasar keilmuan/pendidikannya yang meliputi mengatasi nyeri neuropatik, berperan mengatasi konflik profesi, mencegah dukacita, dan resiko kehilangan. Perawat pendidik dengan tim lainnya seperti komite dan ahli farmasi, berdasarkan pedoman dari tim perawatan paliatif maka memberikan perawatan yang berbeda dan khusus dalam menggunakan obat-obatan intravena untuk mengatasi nyeri neuropatik yang tidak mudah diatasi.
- c) Peneliti. Perawat menghasilkan ilmu pengetahuan baru melalui pertanyaan-pertanyaan penelitian dan memulai

pendekatan baru yang ditunjukkan pada pertanyaan-pertanyaan penelitian. Perawat dapat meneliti dan terintegrasi pada penelitian perawatan paliatif.

d) Bekerja sama (*collaborator*). Perawat sebagai penasihat anggota/staff dalam mengkaji bio-psiko-sosialspiritual dan penatalaksanaannya. Perawat membangun dan mempertahankan hubungan kolaborasi dan mengidentifikasi sumber dan kesempatan bekerja dengan tim perawatan paliatif, perawat memfasilitasi dalam mengembangkan dan mengimplementasikan anggota dalam pelayanan, kolaborasi perawat/dokter dan komite penasihat. Perawat memperlihatkan nilai-nilai kolaborasi dengan pasien dan keluarganya, dengan tim antar disiplin ilmu, dan tim kesehatan lainnya dalam memfasilitasi kemungkinan hasil terbaik.

e) Penasihat (*Consultan*). Perawat berkolaborasi dan berdiskusi dengan dokter, tim perawatan paliatif dan komite untuk menentukan tindakan yang sesuai dalam pertemuan/rapat tentang kebutuhan-kebutuhan pasien dan keluarganya. Dalam memahami peran perawat dalam proses penatalaksanaan perawatan paliatif sangat penting untuk mengetahui proses asuhan keperawatan dalam perawatan paliatif.

Asuhan keperawatan paliatif merupakan suatu proses atau rangkaian kegiatan praktek keperawatan yang langsung diberikan kepada pasien paliatif dengan menggunakan pendekatan metodologi proses keperawatan berpedoman pada standar keperawatan, dilandasi etika profesi dalam lingkup wewenang serta tanggung jawab perawat yang mencakup seluruh proses kehidupan, dengan pendekatan yang holistik mencakup pelayanan biopsikososiospiritual yang komprehensif, dan bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien. Salah satu teori yang

mendasari praktik keperawatan profesional adalah memandang manusia secara holistik, yaitu meliputi dimensi fisiologis, psikologis, sosiokultural dan spiritual sebagai suatu kesatuan yang utuh. Apabila satu dimensi terganggu akan mempengaruhi dimensi lainnya. Sebagai pemberi asuhan keperawatan, konsep ini merupakan salah satu konsep keperawatan yang harus di pahami oleh perawat agar dapat memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas kepada klien. Sebagaimana yang telah dijelaskan sebelumnya dalam Kepmenkes RI Nomor: 812 tahun 2007 bahwa perawatan paliatif merupakan pendekatan yang bertujuan memperbaiki kualitas hidup pasien dan keluarga, melalui pencegahan dan peniadaan dengan identifikasi dini dan penilaian yang tertib serta penanganan nyeri dan masalah-masalah lain; fisik, psikososial dan spiritual, maka peran perawat pada aspek ini sangat penting untuk diperhatikan mengingat kualitas pelayanan yang diberikan haruslah berkualitas untuk memenuhi setiap kebutuhan pasien dalam aspek tersebut. Peran- peran tersebut meliputi:

- a) Penanganan nyeri Kehadiran perawat dalam melakukan penanganan nyeri yaitu untuk mengidentifikasi, mengobati penyebab nyeri dan memberikan obat-obatan untuk menghilangkan nyeri. Perawat tidak hanya berkolaborasi dengan tenaga professional kesehatan lain tetapi juga memberikan intervensi pereda nyeri, mengevaluasi efektivitas intervensi dan bertindak sebagai advokat pasien saat intervensi tidak efektif (Smetlzer dan Bare, 2002).
- b) Penanganan masalah fisik Petugas kesehatan harus memberikan kesempatan pengobatan yang sesuai untuk meningkatkan kualitas hidup pasien, terapi lain meliputi pendidikan, kehilangan dan penyuluhan pada keluarga, dukungan teman sebaya, terapi musik dan lain sebagainya (Committee on Bioethic and Committee on Hospital Care, 2000 dalam Ningsih, 2011). Upaya-upaya tersebut dapat

dilakukan dalam bentuk kerjasama dalam tim perawatan paliatif, dan adapun tindakan yang dapat dilakukan perawat dalam menangani masalah fisik pasien untuk menunjang kerjasama antar tim yaitu melakukan pemeriksaan fisik, mengkaji dan memonitor tanda-tanda vital, mengkaji dan memenuhi kebutuhan dasar pasien, pemberian posisi, ambulasi dan lain sebagainya yang dapat mengurangi masalah fisik klien (Tarwoto & Wartonah, 2011).

- c) Penanganan masalah psikologi Dalam melaksanakan tugas-tugas yang berkaitan dengan pengobatan dan fungsi psikososial umum, awalnya tim paliatif melakukan assessment terlebih dahulu terhadap pasien dan keluarga pasien yang akan menjalani perawatan paliatif.

Dari hasil assessment yang dilakukan, tim paliatif dapat mengetahui kondisi fisik, psikologis, dan sosial pasien dan keluarga pasien sehingga tim paliatif dapat mengetahui mengenai perawatan fisik, pendampingan psikologis dan sosial yang dibutuhkan pasien dan keluarga pasien. Pemberian perawatan paliatif, baik fisik, psikologis dan sosial, dilakukan secara berkala sesuai dengan kondisi dan kebutuhan pasien. Dengan adanya perawatan dan pendampingan psikologis yang dibutuhkan kepada pasien dan keluarga pasien, berupa konseling, pemberian dukungan dan nasehat, maka akan dapat membantu pasien dan keluarga pasien dalam menghadapi dan melewati masalah-masalah psikologi yang dialaminya dalam menghadapi penyakitnya. Kondisi psikologi yang normal dan stabil, secara langsung ataupun tidak langsung, akan dapat meningkatkan kualitas hidup pasien menjadi lebih baik (Damayanti.,dkk, 2008).

Selain itu tindakan perawat lainnya dalam menangani masalah psikologi pasien diantaranya, melakukan

pendekatan dengan membina hubungan saling percaya antara perawat dengan pasien maupun dengan keluarga pasien, mengkaji riwayat psikososial untuk mengidentifikasi faktor penyebab cemas atau gangguan psikologi lainnya pada pasien, mengkaji tingkat kecemasan, memberikan tindakan nonfarmakologi untuk mengatasi stress, memotivasi serta memberikan dukungan yang positif terhadap pasien maupun keluarga pasien (Idris, 2007).

- d) Penanganan masalah spiritual Perawat berperan dalam proses keperawatan yaitu melakukan pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, menyusun rencana dan implementasi keperawatan serta melakukan evaluasi kebutuhan spiritual pasien, perawat juga berperan dalam komunikasi dengan pasien, tim kesehatan lainnya dan organisasi klinis/pendidikan, serta menjaga masalah etik dalam keperawatan. Perawat melakukan kegiatan spiritual care, jenis dan frekuensi dari intervensi tidak diketahui karena spiritual care jarang bahkan tidak pernah didokumentasikan, Kegiatan perawat dalam memberikan spiritual care dikategorikan menjadi 10 kategori yaitu: fasilitasi kegiatan spiritual, dukungan spiritual, kehadiran, mendengarkan dengan aktif, humor, sentuhan, terapi sentuhan, peningkatan kesadaran diri, rujukan, dan terapi musik (Balldachino, 2006 dalam Santuri, 2014).

Menurut Koziar et al (2004) dalam Santuri (2014) perawat perlu juga merujuk pasien kepada pemuka agama. Rujukan mungkin diperlukan ketika perawat membuat diagnosa distress spiritual, perawat dan pemuka agama dapat bekerjasama untuk memenuhi kebutuhan spiritual pasien. Beberapa tindakan diatas menggambarkan peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan secara profesional dengan pendekatan holistik, dimana holistik berkaitan

dengan kesejahteraan (wellness) yang diyakini mempunyai dampak terhadap status kesehatan manusia, Oleh karena itu seorang perawat dalam merawat pasien harus memandang sebagai satu kesatuan yang utuh. Bagian-bagian atau dimensi harus saling berinteraksi dan apabila terjadi gangguan pada salah satu bagian akan mempengaruhi keseimbangan dan keutuhan kesatuan tersebut. Untuk itu dibutuhkan kemampuan atau kompetensi seorang perawat dalam mewujudkan hal tersebut. (Salbiah, 2006).

Kompetensi yang harus dimiliki oleh seorang perawat dalam memberikan asuhan keperawatan paliatif pada pasien adalah meliputi kompetensi pengetahuan (knowledge), ketrampilan (skill) dan sikap (attitude) (Wan Nedra, 2013).<sup>30</sup> Pengetahuan dan keterampilan tentang perawatan pada pasien dengan penyakit terminal perlu digali dan dipahami dengan mendalam agar dapat memberikan perawatan yang lebih baik. Pemahaman yang mendalam tentang cara perawatan paliatif pada pasien, kondisi yang membuat perawat cemas, dukungan untuk pasien dan keluarganya terutama saat berkabung, hambatan dan strategi cara mengatasi hambatan serta harapan perawat untuk meningkatkan perawatan paliatif, sangat diperlukan untuk memperluas wawasan perawat dalam memberikan perawatan paliatif.

#### **f. Masalah Perawatan Paliatif**

Permasalahan perawatan paliatif yang sering digambarkan pasien yaitu kejadian-kejadian yang dapat mengancam diri sendiri dimana masalah yang seringkali dikeluhkan pasien yaitu mengenai masalah seperti nyeri, masalah fisik, psikologi sosial, kultural serta spiritual (Doyle and Woodruff, 2013). Permasalahan yang muncul pada pasien yang menerima perawatan paliatif meliputi masalah psikologi, masalah hubungan

sosial, konsep diri, masalah dukungan keluarga serta masalah pada aspek spiritual atau keagamaan (Campbell, 2013). Masalah fisik yang paling sering muncul adalah nyeri. Nyeri merupakan pengalaman emosional dan sensorial yang tidak menyenangkan akibat munculnya kerusakan jaringan yang terjadi secara tiba-tiba dari intensitas ringan hingga berat yang dapat diantisipasi dan diprediksi. Masalah nyeri dapat ditegakkan apabila data subjektif dan objektif dari pasien memenuhi kriteria (Kelley and Morrison, 2015). Masalah psikologis yang sering dialami pada perawatan paliatif adalah kecemasan. Kecemasan merupakan keadaan suasana hati yang ditandai oleh afek negatif dan gejala-gejala ketegangan jasmani yang dimana seseorang mengantisipasi kemungkinan datangnya bahaya atau kemalangan dimasa yang akan datang dengan perasaan khawatir. Kecemasan merupakan keadaan individu atau kelompok saat mengalami perasaan yang sulit (ketakutan) dan aktivasi sistem saraf otonom dan berespon terhadap ketidakjelasan atau ancaman spesifik (Sadock and Sadock, 2015). Masalah pada aspek sosial dapat terjadi karena adanya ketidaknormalan kondisi hubungan sosial pasien dengan orang yang ada di sekitar pasien baik itu keluarga maupun rekan kerja. Individu mengalami penurunan bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain disekitarnya, pasien mungkin merasa ditolak, tidak diterima, kesepian, dan tidak mampu membina hubungan yang berarti dan tidak mampu membina hubungan dengan orang lain (Aldrige *et al.*, 2015). Masalah spiritual yang sering terjadi adalah distress spiritual, yaitu merupakan keadaan ketidakmampuan pasien dalam menjalankan ritual keagamaan yang diakibatkan oleh diagnosa penyakit, keterbatasan fisik, maupun isolasi dalam menjalani pengobatan. Distress spiritual adalah kerusakan kemampuan dalam mengalami dan mengintegrasikan arti dan tujuan hidup seorang diri dengan yang lain, seni, music, literatur, alam dan

kekuatan yang lebih bedar dari dirinya. Distress spiritual adalah gangguan dalam prinsip hidup yang meliputi seluruh kehidupan, seseorang dan diintegrasikan secara biologis dan spiritual (Campbell, 2013; Garcia and Garcia et al., 2015).

## **6. Konsep Asuhan Jangka Panjang**

Asuhan Jangka Panjang memberikan manfaat bukan hanya bagi pasien dan keluarga, tetapi juga bagi rumah sakit dan sistem pelayanan kesehatan. Rumah sakit memiliki jumlah kapasitas tempat tidur terbatas, jika pasien stadium terminal masih dirawat di rumah sakit, sementara pasien yang memerlukan tindakan di rumah sakit tidak akan mendapat tempat atau harus mengantri lama. Asuhan jangka panjang merupakan pelayanan medis yang diberikan kepada pasien, pelayanan yang diberikan adalah pelayanan medis secara menyeluruh dan memberikan dukungan sosial, emosional, spiritual dengan maksud untuk meringankan rasa sakit pada pasien dan keluarga. Tujuan yang ingin dicapai dari asuhan jangka panjang adalah perawatan paliatif (manajemen kenyamanan) bukan hanya dari pelayanan kuratif (terapi) saja, tetapi memaksimalkan keduanya. Kelebihan dari asuhan jangka panjang ini dapat diberikan di rumah pasien. Pelaku dalam asuhan jangka panjang salah satunya adalah seorang pekerja atau sebuah tim yang terlatih atau sukarelawan terlatih, mereka dapat datang ke rumah untuk memberikan perawatan. Tim rumah sakit terdiri dari dokter, perawat, pekerja sosial, rohaniwan, dan relawan yang mengkoordinasikan rencana individual perawatan untuk setiap pasien dan keluarga. Asuhan jangka panjang adalah asuhan terfokus memungkinkan tenaga kesehatan atau tim, dan keluarga untuk berpartisipasi penuh sampai akhir tahapan kehidupan.

Pasien ESRD yang tengah menjalani hemodialisis jangka panjang membutuhkan asuhan jangka panjang yang berfokus pada keadaan umum dan status nutrisi, status anemis, keseimbangan cairan dan elektrolit, kardiovaskular, perawatan diri, dan penerimaan perubahan hidup (Deni Yasmara et al., 2016).

**Tabel 2. 4 Asuhan Jangka Panjang bagi Pasien ESRD yang menjalani HD**

Kriteria Pencapaian	Asuhan Jangka Panjang
Keadaan umum dan status nutrisi baik.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diet rendah protein untuk membatasi akumulasi produk akhir metabolisme protein yang tidak dapat dieksresi ginjal.</li> <li>2. Antiemetik 30-60 menit sebelum makan mengurangi mual dan resiko muntah dengan asupan makan.</li> <li>3. Makanan porsi kecil dan camilan diantara waktu makan kemungkinan mengurangi mual dan memperbaiki asupan makanan.</li> <li>4. Monitor secara rutin kadar glukosa darah dan gunakan teknik aseptik ketat saat menangani larutan dan tempat akses vena.</li> </ol>
Tidak ada presentase anemis.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Suplemen besi dan asam folat.</li> <li>2. Eritropoietin sintetik untuk menstimulasi sumsum tulang memproduksi sel darah merah.</li> <li>3. Suplemen besi, estrogen konjugata, dan desmopressin untuk melawan efek hematologik.</li> </ol>
Keseimbangan cairan dan elektrolit dalam batas normal.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengaturan asupan air dan natrium untuk mempertahankan volume cairan ekstraseluler pada kadar normal.</li> <li>2. Asupan air satu sampai dua liter perhari biasanya dilanjutkan untuk mempertahankan keseimbangan air.</li> <li>3. Natrium dibatasi hingga dua gram per hari.</li> <li>4. Batasan air dan natrium yang lebih ketat dapat dibutuhkan saat gagal ginjal memburuk.</li> <li>5. Monitor berat badan setiap hari sebelum sarapan, ingat bahwa kenaikan 0,9 kg atau lebih selama periode 24 jam lebih cenderung mencerminkan retensi cairan.</li> <li>6. Pasien diinstruksikan untuk melaporkan kenaikan berat badan lebih dari 2,3 kg selama periode dua hari.</li> <li>7. Asupan kalium dibatasi hingga kurang dari 70 mEq per hari (normalnya 100 mEq per hari) (MCPhee et al., 2008).</li> <li>8. Pasien diperingatkan untuk menghindari pemakaian pengganti garam, yang biasanya berisi kadar kalium klorida tinggi.</li> <li>9. Pasien diperingatkan untuk menghindari makanan</li> </ol>

	tinggi fosfor mencakup telur, produk susu, dan daging. 10. Kalsium karbonat atau kalsium asetat untuk mengobati osteodistrofi ginjal dengan mengikat fosfat dan menambahkan kalsium.
Kardiovaskular.	1. Glikosida jantung (digoksin) untuk memobilisasi cairan yang menyebabkan edema; monitor secara cermat apakah ada toksisitas. 2. Antihipertensi (ACE inhibitor) untuk mengontrol tekanan darah dan edema.
Perawatan diri.	1. Mempertahankan keutuhan struktur epidermis dan dermis. 2. Melakukan aktivitas terjadwal yaitu perawatan diri; mandi, berpakaian, makan, eliminasi. 3. Mempertahankan defekasi yang baik; anjurkan mengonsumsi buah segar, sayuran segar, dan serat ke dalam diet dengan pembatasan, ketika diindikasikan.
Penerimaan perubahan hidup.	1. Tentukan tahap berduka yang dialami saat ini. 2. Catat perilaku menarik diri, penyangkalan, kekhawatiran berlebih terhadap tubuh dan fungsi tubuh. Konflik personal atau kerja yang dapat muncul. Kenali masalah atau kekhawatiran secara aktif. 4. Bantu tentukan peran klien dalam hubungan keluarga dan persepsi klien terkait ekspektasi diri dan orang lain. 5. Anjurkan orang terdekat untuk menangani klien secara normal dan bukan sebagai orang yang tidak diterima. 6. Bantu klien untuk menggabungkan manajemen penyakit ke dalam gaya hidup. 7. Bantu klien mengidentifikasi area yang mungkin dapat dikendalikan pasien. Berikan kesempatan untuk berpartisipasi dalam proses pengambilan keputusan. 8. Identifikasi kekuatan, keberhasilan sebelumnya; dan metode sebelumnya yang klien gunakan untuk mengatasi stressor hidup.

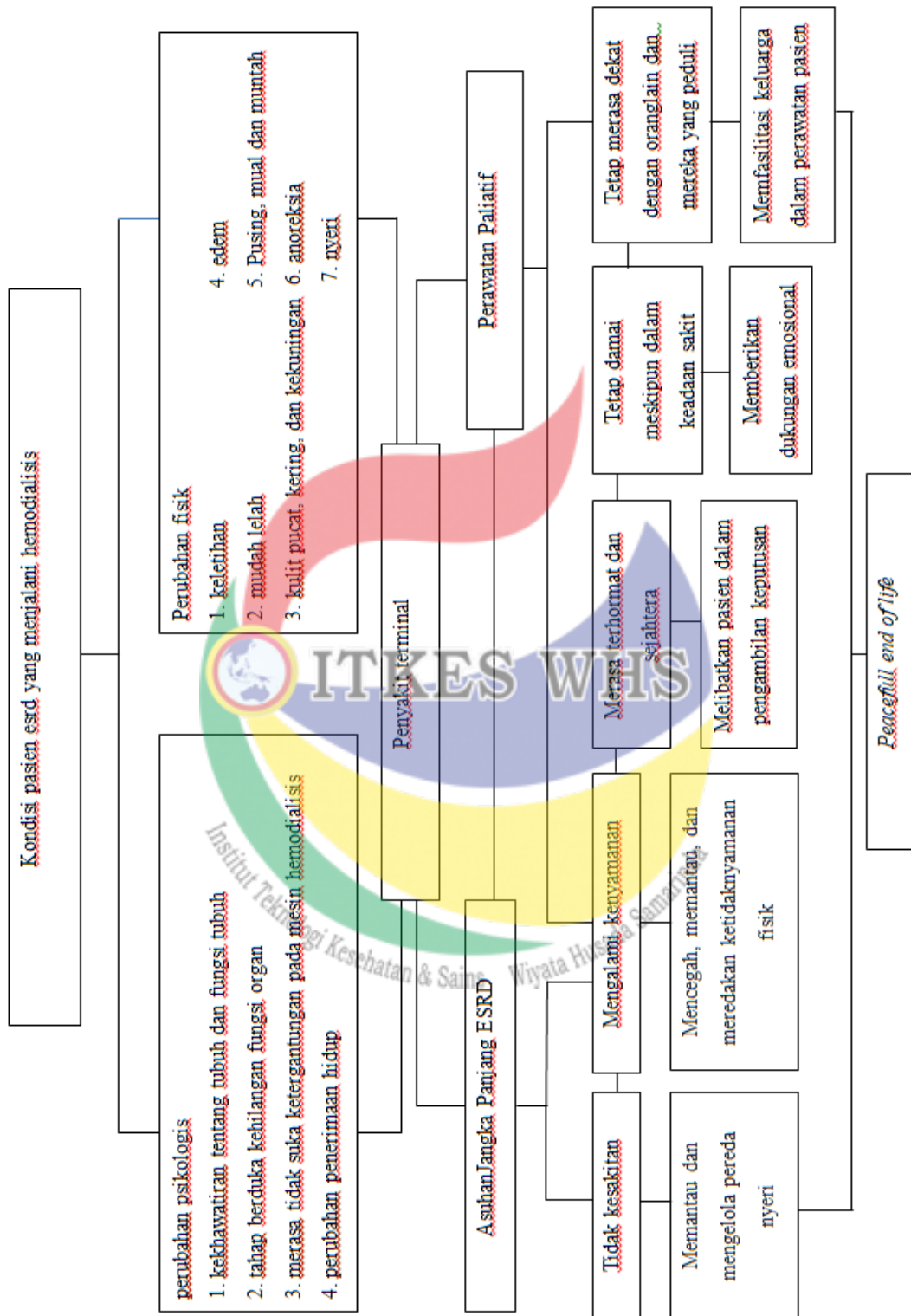
Sumber : Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah: Gangguan Eliminasi dan Gangguan Kardiovaskular Volume 3 Edisi 5, EGC 2016; Rencana Asuhan Keperawatan Medikal-Bedah Diagnosis NANDA-I 2015-2017 Intervensi NIC Hasil NOC, EGC 2016; Buku Saku Patofisiologi Edisi 2, EGC 2009.

## B. Kerangka Teori *Peacefull End Of Life* (PEOL)

Dalam menerapkan Perawatan Paliatif dan Asuhan Jangka Panjang khususnya bagi pasien ESRD dapat menggunakan lima prinsip PEOL dari Ruland dan Moore yaitu pertama bebas dari rasa nyeri, kedua mengalami kenyamanan, ketiga merasa terhormat dan sejahtera, keempat merasa tetap damai meskipun dalam keadaan sakit, kelima tetap merasa dekat dengan oranglain dan kepada mereka yang peduli (Ruland dan Moore, 1998 dalam Ni Ketut 2018). Teori PEOL merupakan teori keperawatan yang dilakukan bukan hanya menitik beratkan pada klien saja, tetapi akan melibatkan keluarga juga. Sehingga titik tengah teori ini adalah klien dan keluarga sebagai *support system* (Rulland dan Moore, 1998; Aligood dan Tomey 2010).

Teori ini dikembangkan pertama kali oleh Ruland dan Moore tahun 1998, dimana teori ini memberikan informasi tentang kerangka kerja pada tindakan keperawatan untuk klien paliatif. Dengan mengadopsi teori keperawatan yang terkait, maka Ruland dan Moore mendefinisikan teori tersebut sebagai suatu kondisi menjelang masa akhir kehidupan yang dijalani penuh dengan kedamaian dengan beberapa kriteria yaitu bebas dari rasa nyeri, kedua mengalami kenyamanan, ketiga merasa terhormat dan sejahtera, keempat merasa tetap damai meskipun dalam keadaan sakit, kelima merasakan kedekatan yang bermakna dengan orang-orang terdekat. Selain berorientasi pada keputusan klien, teori ini juga menekankan pentingnya peran aktif dari keluarga dan kelanjutan dalam perawatan (Dame Lestari, 2014).

Target capaian dari teori ini yaitu bukan lagi pada proses penyembuhan, namun mengupayakan bagaimana agar klien memperbaiki kualitas hidupnya dengan lebih baik (Dame Lestari, 2014).



### **C. Pertanyaan Penelitian**

1. Apa yang anda ketahui tentang perawatan paliatif?
2. Apa yang anda ketahui tentang perawatan paliatif bagi pasien ESRD yang menjalani HD?
3. Apa yang anda ketahui tentang asuhan jangka panjang bagi pasien ESRD yang menjalani HD?



## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Jenis dan Rancangan Penelitian**

##### **1. Jenis penelitian**

Jenis penelitian ini adalah penelitian kualitatif. Peneliti menggunakan penelitian kualitatif karena ingin mengeksplorasi mengenai Persepsi Perawat dalam Perawatan Paliatif bagi Pasien End Stage Real Disease yang Menjalani Hemodialisis. Penelitian kualitatif lebih menekankan analisisnya pada proses penyimpulan induktif berdasarkan fakta-fakta yang ditemukan di lapangan serta pada analisis terhadap dinamika hubungan antarfenomena yang diamati, dengan menggunakan teori ilmiah, penekanannya tidak pada pengujian hipotesis melainkan pada usaha menjawab pertanyaan penelitian melalui cara-cara berfikir formal dan argumentatif (Sugiyono, 2014).

##### **2. Rancangan Penelitian**

Berdasarkan data studi pendahuluan yang diperoleh peneliti di Rumah Sakit Sentra Medika Citra, dapat disimpulkan bahwa data pasien ESRD yang menjalani Hemodialisis terus mengalami peningkatan setiap tahun, dari fenomena tersebut peneliti ingin menggali persepsi perawat yang menjadi partisipan penelitian ini terkait pengertian, perlunya, seberapa pentingnya, kapan saat yang tepat, perencanaan, serta kendala Perawatan Paliatif bagi pasien ESRD yang menjalani terapi HD. Maka dari itu, rancangan penelitian ini menggunakan pendekatan fenomenologi yaitu pendekatan yang memberikan penjelasan secara rinci berupa deksripsi serta interpretasi dengan menyampaikan intisari yang berasal dari persepsi, pengetahuan, keyakinan individu terkait apa yang akan diteliti lalu dibuat dalam bentuk narasi (verbatim) yang menghasilkan suatu makna dari persepsi tersebut (Sugiyono, 2009). Berbeda dengan studi naratif yang bersifat menceritakan urutan sebuah cerita secara terperinci, menggambarkan kehidupan seseorang, mengumpulkan cerita-cerita kehidupan orang-orang, dan menceritakan pengalaman seseorang dan dengan kata lain hasil akhirnya dapat berupa biografi (Clandinin, 2007

dalam Yuniar Wikaton, 2021). Pendekatan yang dilakukan peneliti dalam pendekatan fenomenologi terdiri dari :

a. *Bracketing*, yaitu proses menyimpan berbagai asumsi, pengetahuan, dan keyakinan yang dimiliki seorang peneliti tentang fenomena yang diteliti. Tujuannya yaitu untuk memperoleh data atau informasi yang benar-benar alamiah dan berasal dari cerita atau ungkapan langsung dari para partisipan tentang berbagai fenomena tanpa dipengaruhi oleh berbagai asumsi, pengetahuan, serta keyakinan peneliti.

b. *Intuiting*, yaitu peneliti secara utuh mengenali dan memahami fenomena yang diteliti. Langkah awal memulai intuisi yaitu mengumpulkan data atau informasi dengan cara mengeksplorasi pengalaman partisipan tentang fenomena yang diteliti dengan pengamatan langsung, wawancara, dan menuliskan berbagai catatan lapangan selama pengambilan data. Ketika memberikan intuisi, peneliti tidak diperbolehkan memberikan kecaman, evaluasi, opini, atau segala hal yang membuat peneliti kehilangan konsentrasi terhadap data atau informasi yang sedang diceritakan partisipannya.

c. *Analiting*, peneliti mengidentifikasi serta menganalisis data yang yang ditemukan. Kegiatan analisis dibagi menjadi beberapa tahapan yaitu mengumpulkan dan melakukan analisis data atau informasi tentang fenomena yang diteliti dengan langkah-langkah sebagai berikut : membaca semua data atau fenomena yang telah dikumpulkan, membaca ulang fenomena dan memilih kata kunci (proses coding), mengidentifikasi arti dari beberapa kata kunci yang telah teridentifikasi (proses kategorisasi), mengelompokkan beberapa arti yang teridentifikasi kedalam bentuk tema-tema (proses tematik), menuliskan pola hubungan antar tema tersebut kedalam suatu narasi sementara, mengembalikam narasi tersebut untuk divalidasi dan dikenali kepada partisipan, dan mendeskripsikan data hasil validasi tersebut untuk menuliskannya ke dalam suatu narasi akhir (hasil penelitian) untuk disampaikan pada laporan penelitian pada pembaca atau peneliti lainnya.

d. *Describing and Interpretising*, yaitu kegiatan akhir dari analisa data. Peneliti menuliskan interpretasinya atau deskripsi dalam bentuk hasil-hasil temuan dan pembahasannya dari fenomena yang diteliti untuk mengkomunikasikan hasil akhir penelitiannya kepada pembaca dengan memberikan gambaran tertulis secara utuh dari fenomena yang diteliti, kemudian membandingkan dengan hasil-hasil penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti sebelumnya serta memberikan kritisi berdasarkan pola hubungan tema yang terbentuk dari fenomena yang diteliti (Sugiyono, 2009).

## **B. Subjek Penelitian**

Subjek penelitian ini terdiri dari 7 orang yaitu Kepala Ruangan dan Perawat Pelaksana Unit Hemodialisis Rumah Sakit Sentra Medika Citra dan Abdoel Wahab Sjahranie Samarinda sebagai partisipan dengan kriteria inklusi perawat yang menjadi partisipan mempunyai pengalaman masa bekerja minimal 4 tahun keatas. Teknik pengambilan sampel menggunakan teknik *purposive & snowball sampling*. *Purposive sampling* adalah teknik pengambilan sampel sumber data dengan pertimbangan tertentu. Pertimbangan tertentu ini, misalnya orang tersebut yang dianggap ahli dalam bidangnya sehingga akan memudahkan peneliti menjelajahi objek atau situasi yang diteliti. *Snowball sampling* adalah teknik pengambilan sampel sumber data, yang pada awal jumlahnya sedikit lama-lama menjadi besar, hal ini dilakukan karena jumlah sumber data yang sedikit itu tersebut belum mampu memberikan data yang lengkap, maka mencari oranglain yang dapat digunakan sebagai sumber data, dengan demikian jumlah sampel sumber data akan semakin besar seperti bola salju yang menggelinding. (Sugiyono, 2014).

## **C. Lokasi dan Waktu Penelitian**

### **1. Lokasi Penelitian**

Lokasi penelitian ini akan dilakukan di Rumah Sakit Sentra Medika Citra Samarinda dan RS Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

### **2. Waktu Penelitian**

Waktu penelitian ini akan dilaksanakan pada bulan Juni-Agustus 2021.

## D. Instrument Penelitian

Dalam penelitian kualitatif instrumentnya adalah peneliti itu sendiri. Terdapat dua hal utama yang mempengaruhi kualitas hasil penelitian yaitu kualitas instrument penelitian dan kualitas pengumpulan data. Peneliti sebagai instrument penelitian harus divalidasi yaitu dengan cara peneliti itu sendiri melakukan evaluasi diri terhadap pemahaman metode penelitian kualitatif, penguasaan teori dan wawasan terhadap bidang yang diteliti, kesiapan peneliti untuk memasuki objek penelitian, baik secara akademik maupun logistiknya. Peneliti kualitatif sebagai human instrument, berfungsi menetapkan fokus penelitian, memilih informan sebagai sumber data, melakukan pengumpulan data, menilai kualitas data, analisis data, menafsirkan data dan membuat kesimpulan atas temuannya (Sugiyono, 2014).

## E. Prosedur Pengumpulan Data

### 1. Tahap Persiapan

Pengumpulan data dimulai dengan mengunjungi informan untuk membangun hubungan saling percaya. Selanjutnya peneliti menjelaskan tentang tujuan untuk menanyakan kesediaan informan untuk mengikuti penelitian ini lalu kontrak waktu dan menyiapkan *informed consent*.

### 2. Tahap Pelaksanaan

Pada tahap ini peneliti mulai melakukan proses wawancara mendalam dengan memulai tiga fase, yaitu :

#### a. Fase Orientasi

Pada fase ini peneliti menanyakan kesiapan informan, membuat suasana nyaman, dan peneliti mempersiapkan alat perekam suara, kamera, dan alat tulis untuk mencatat.

#### b. Fase Kerja

Dalam melakukan wawancara, peneliti perlu mendengarkan secara teliti dan mencatat apa yang dikemukakan oleh informan. Dengan menggunakan 3 pertanyaan inti, dan setiap pertanyaan inti mempunyai probing.

Pada masa pandemi Covid-19 wawancara dilakukan secara *virtual meeting* atau *video call* menggunakan aplikasi *Zoom* atau *Whatsapp*.

Wawancara dengan partisipan dilakukan per-orang, waktu yang dibutuhkan untuk melakukan wawancara selama 30 sampai 40 menit untuk wawancara masing-masing partisipan. Saat virtual meeting berlangsung idealnya peneliti dan partisipan dalam sebuah ruangan yang tenang dan nyaman serta tidak dikeramaian agar partisipan dapat menyampaikan pengalamannya secara fokus, nyaman, terbuka, dan terhindar dari kebisingan.

Selama berjalannya wawancara peneliti juga membuat catatan lapangan (field note) yaitu berupa hasil observasi terdiri dari respon subjektif dan berbagai interpretasi sosial selama peneliti mengambil data. Peneliti juga akan bertanggung jawab mengganti kuota partisipan yang telah digunakan selama proses wawancara berlangsung agar tidak memberatkan partisipan. Kegiatan wawancara akan diakhiri ketika sudah didapatkan saturasi data yang jelas. Setelah selesai dilakukannya wawancara, dilakukan analisis wawancara yang kemudian dibuat dalam bentuk transkrip.

c. Fase Terminasi

Setelah semua pertanyaan telah selesai disampaikan, peneliti menutup wawancara dengan mengucapkan terimakasih atas kesediaan menjadi informan dalam penelitian ini. Selanjutnya peneliti membuat kontrak kembali dengan informan untuk memvalidasi data penelitian.

## F. Teknik Pengumpulan Data

### 1. Wawancara

Teknik pengumpulan data menggunakan teknik wawancara semi-terstruktur, yaitu jenis wawancara yang sudah termasuk dalam *kategori in-depth interview*, dimana dalam pelaksanaannya lebih bebas bila dibandingkan dengan wawancara terstruktur. Tujuan dari wawancara jenis ini adalah untuk menemukan permasalahan secara lebih terbuka, dimana informan dimintai pendapat, dan ide-idenya. Dalam melakukan wawancara, peneliti perlu mendengarkan secara teliti dan mencatat apa yang dikemukakan oleh informan. Dalam melakukan wawancara harus membawa pedoman wawancara, alat tulis, buku catatan atau komputer

*notebook*, dan alat bantu wawancara seperti *tape recorder* atau *voice recorder* serta kamera untuk memotret peneliti saat melakukan pembicaraan dengan informan untuk menjamin keabsahan penelitian. (Sugiyono, 2014).

Patton dalam Molleong (2002) dalam Sugiyono (2014) menggolongkan enam jenis pertanyaan dalam wawancara yang saling berkaitan, yaitu pertanyaan yang berkaitan dengan pengalaman, pertanyaan yang berkaitan dengan pendapat, pertanyaan yang berkaitan dengan pendapat, pertanyaan yang berkaitan dengan perasaan, pertanyaan tentang pengetahuan, pertanyaan yang berkaitan dengan indera, dan pertanyaan berkaitan dengan latar belakang atau demografi. Hasil wawancara harus segera dicatat setelah selesai melakukan wawancara agar tidak lupa bahkan hilang. Dari berbagai sumber data, perlu dicatat dan dikategorikan mana yang dianggap penting, yang tidak penting, dan data yang sama perlu dikelompokkan. Hubungan satu data dengan data yang lain perlu dikonstruksikan, sehingga menghasilkan pola dan makna tertentu. Data yang masih diragukan perlu ditanyakan kembali kepada sumber data lama atau yang baru agar memperoleh ketuntasan dan kepastian (Sugiyono, 2014).

## **2. Pedoman Wawancara**

Pedoman wawancara adalah pertanyaan secara langsung menggunakan naskah sebagai pedoman agar proses wawancara oleh peneliti kepada partisipan, saling berkaitan satu sama lain dan jawaban-jawaban partisipan dicatat dan direkam (Yanti Afiyanti, 2014). Pedoman wawancara dalam penelitian ini digunakan untuk mengeksplorasi terkait persepsi perawat dalam penyediaan perawatan paliatif bagi pasien ESRD yang menjalani hemodialisis.

## **3. Lama, Waktu, Tempat dan Jarak Penelitian**

Dalam melakukan wawancara, peneliti perlu mendengarkan secara teliti dan mencatat apa yang dikemukakan oleh informan. Dengan menggunakan 3 pertanyaan inti, dan setiap pertanyaan inti mempunyai probing.

Pada masa pandemi Covid-19 wawancara dilakukan secara *virtual meeting* atau *video call* menggunakan aplikasi *Zoom* atau *Whatsapp*. Wawancara dengan partisipan dilakukan per-orang, waktu yang dibutuhkan untuk melakukan wawancara selama 30 sampai 40 menit untuk wawancara masing-masing partisipan. Saat *virtual meeting* berlangsung idealnya peneliti dan partisipan dalam sebuah ruangan yang tenang dan nyaman serta tidak dikeramaian agar partisipan dapat menyampaikan pengalamannya secara fokus, nyaman, terbuka, dan terhindar dari kebisingan.

Selama berjalannya wawancara peneliti juga membuat catatan lapangan (*field note*) yaitu berupa hasil observasi terdiri dari respon subjektif dan berbagai interpretasi sosial selama peneliti mengambil data. Peneliti juga akan bertanggung jawab mengganti kuota partisipan yang telah digunakan selama proses wawancara berlangsung agar tidak memberatkan partisipan. Kegiatan wawancara akan diakhiri ketika sudah didapatkan saturasi data yang jelas. Setelah selesai dilakukannya wawancara, dilakukan analisis wawancara yang kemudian dibuat dalam bentuk transkrip.

## **G. Analisa Data**

Analisa data penelitian ini didasarkan pada pendekatan fenomenologi menggunakan analisis koding sistematis *Colaizzi*. Berikut langkah secara umum proses analisa data pendekatan fenomenologi :

### **1. Coding**

*Coding* adalah usaha mengklasifikasikan jawaban-jawaban para informan menurut macamnya dengan menandai masing-masing jawaban menurut macamnya dengan tanda kode tertentu. Kegunaan coding adalah untuk mempermudah pada saat analisa data dan juga mempercepat pada entry data (Afiyanti & Rachmawati, 2014).

### **2. Membuat Tema atau Kategori**

Tema atau kategori adalah hasil akhir dari proses coding, hasil kategorisasi data dan hasil refleksi analitik dari data yang telah dilakukan

melalui proses coding. Pembuatan tema atau kategori merupakan tahap akhir dari melakukan abstraksi pada data yang telah dihasilkan. Selama proses membuat tema atau kategori peneliti diwajibkan menulis memo. Analisis tematik merupakan proses mengkode informasi yang dapat menghasilkan daftar tema, model tema atau indicator yang kompleks, kualifikasi yang biasanya terkait dengan tema itu, hal-hal diantara atau gabungan dari yang telah disebutkan. Tema-tema tersebut memungkinkan interpretasi fenomena. Suatu tema dapat diidentifikasi pada tingkat termanifestasi, yakni secara langsung dan dapat terlihat. Suatu tema juga dapat ditemukan pada tingkat laten, tidak secara eksplisit terlihat tapi mendasari atau membayangi. Tema-tema dapat diperoleh secara induktif dari informasi mentah atau diperoleh secara deduktif dari teori atau penelitian-penelitian sebelumnya. Proses analisa tematik yaitu informasi diurutkan berdasarkan nomor tema. Tema dalam hal ini mengacu pada ide-ide dan topik-topik yang diperoleh dalam analisa material dan menghasilkan lebih dari satu kelompok data. Tema yang sama digambarkan oleh kata yang berbeda, terdapat dalam konteks berbeda, atau diekspresikan oleh orang yang berbeda.

Langkah-langkah analisis data Colaizzi adalah sebagai berikut (Stubert & Carpenter, 2003) :

- a. Mendeskripsikan fenomena yang diteliti. Peneliti mencoba memahami fenomena gambaran konsep penelitiannya dengan cara memperkaya informasi melalui studi literature.
- b. Mengumpulkan deskripsi fenomena melalui pendapat atau pertanyaan partisipan. Dalam hal ini peneliti melakukannm wawancara dan menuliskannya ddalam bentuk naskah transkrip untuk dapat mendeskripsikan gambaran konsep penelitian.
- c. Membaca seluruh deskripsi fenomena yang telah disampaikan oleh semua partisipan.
- d. Membaca kembali semua transkrip hasil wawancara dan mengutip pertanyaan-pertanyaan yang bermakna dari semua partisipan. Setelah mampu memahami pengalaman partisipan, peneliti membaca kembali

transkrip hasil wawancara, memilih pertanyaan-pertanyaan dalam naskah transkrip dan signifikan dan sesuai dengan tujuan khusus penelitian dan memilih kata kunci pertanyaan yang telah dipilih dengan cara memberikan garis penanda.

- e. Menguraikan arti yang ada dalam pertanyaan-pertanyaan signifikan. Peneliti membaca kembali kata kunci yang telah diidentifikasi dan mencoba menemukan esensi atau makna dari kata dari kata kunci untuk membuat kategori.
- f. Mengorganisir kesimpulan-kesimpulan makna yang terumuskan ke dalam kelompok tema. Peneliti membaca seluruh kategori yang ada, membandingkan dan mencari persamaan diantara kategori tersebut, dan pada akhirnya mengelompokkan kategori-kategori yang serupa ke dalam subtema.
- g. Menuliskan deskripsi lengkap, peneliti merangkai tema yang ditemukan selama proses analisis data dan menuliskannya menjadi sebuah deskripsi dalam bentuk hasil penelitian.
- h. Menghubungi partisipan untuk melakukan validasi deskripsi hasil analisis. Peneliti kembali kepada partisipan dan membacakan kisi-kisi hasil analisis tema. Hal ini dilakukan untuk mengetahui apakah gambaran tema yang diperoleh sebagai hasil penelitian sesuai dengan keadaan yang dialami partisipan.
- i. Menggabungkan data hasil validasi ke dalam deskripsi hasil analisis. Peneliti menganalisis kembali data yang telah diperoleh selama melakukan validasi kepada partisipan, untuk ditambahkan kedalam deskripsi akhir yang mendalam pada laporan penelitian sehingga pembaca mampu memahami pengalaman partisipan.

### **3. Penulisan Memo**

Memo dibuat sesegera mungkin setelah pengamatan atau wawancara yang dilakukan agar tidak hilang dari ingatan peneliti. Catatan kejadian-kejadian yang dialami, diamati, berbagai ide yang muncul dari hasil wawancara dibuatkan memo. Aktifitas menulis memo dilakukan

secara terus-menerus selama proses analisa data untuk membantu peneliti menemukan kategori inti (Afiyanti & Rachmawati, 2014).

## H. Keabsahan Data

Dalam penelitian kualitatif, uji keabsahan data meliputi uji *credibility* (validitas internal), *transferability* (validitas eksternal), *dependability* (reabilitas), *confirmability* (obyektifitas) (Sugiyono, 2016).

### 1. Uji Credibility

*Uji credibility* data atau kepercayaan terhadap data hasil penelitian kualitatif antara lain dilakukan dengan cara perpanjangan pengamatan, meningkatkan ketekunan dalam penelitian, disukai dengan teman sejawat, analisa kasus negatif, dan *member check*.

#### a. Perpanjangan Pengamatan

Peneliti mengecek kembali apakah data yang diberikan selama ini merupakan data yang sudah benar atau tidak. Bila data yang diperoleh selama ini setelah dicek kembali kepada sumber data asli atau sumber data lain ternyata tidak benar, maka peneliti melakukan pengamatan lagi yang lebih luas dan mendalam sehingga diperoleh data yang pasti kebenarannya.

#### b. Meningkatkan Ketekunan

Meningkatkan ketekunan berarti melakukan pengamatan secara lebih cermat dan berkesinambungan, dengan cara tersebut maka kepastian data dan urutan peristiwa dapat direkam secara pasti dan sistemis.

#### c. Analisa Kasus Negatif

Kasus negatif adalah kasus yang tidak sesuai atau berbeda dengan hasil penelitian hingga pada saat tertentu. Melakukan analisa kasus negative berarti peneliti mencari data yang berbeda atau bahkan bertentangan dengan data yang telah ditemukan.

#### d. Menggunakan Bahan Referensi

Adanya pendukung untuk membuktikan data yang telah ditemukan oleh peneliti, misalnya data dari hasil wawancara perlu didukung

dengan adanya rekaman wawancara. Data tentang interaksi manusia, atau gambaran tentang keadaan yang perlu didukung oleh foto-foto.

**e. Mengadakan *Member Check***

Member check adalah proses pengecekan data yang diperoleh peneliti kepada pemberi data. Tujuan member check untuk mengetahui seberapa jauh data yang diperoleh sesuai dengan apa yang diberikan oleh pemberi data.

**2. Uji *Transferability***

Merupakan validitas eksternal, menunjukkan derajat ketepatan atau dapat diterangkan hasil penelitian ke populasi dimana sampel tersebut diambil. Peneliti dalam membuat laporan harus memberikan uraian yang rinci, jelas, sistematis, dan dapat dipercaya.

**3. Uji *Dependability***

Peneliti melakukan audit atau memeriksa terhadap keseluruhan proses penelitian. Dimana pembimbing memantau aktifitas peneliti dalam melakukan penelitian. Peneliti mulai menentukan masalah/fokus, memasuki lapangan, menentukan sumber data, melakukan analisa data, melakukan uji keabsahan data, sampai membuat kesimpulan harus dapat ditunjukkan.

**4. Uji *Confirmability***

Penelitian ini telah disepakati oleh orang banyak. Dimana hasil penelitiannya ini diuji dan dikaitkan dengan proses yang dilakukan peneliti. Dalam penelitian jangan sampai prosesnya tidak ada, tetapi hasilnya ada. Peneliti harus mendapatkan persetujuan dari informan dan menyertakan surat-surat yang sudah diperolehnya.

**I. Etika Penelitian**

Etika dalam penelitian merupakan hal yang sangat penting dalam pelaksanaan sebuah penelitian mengingat penelitian keperawatan akan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika penelitian harus diperhatikan karena manusia mempunyai hak asasi dalam kegiatan penelitian.

### **1. *Informed Consent* (Lembar Persetujuan)**

Merupakan cara persetujuan antara peneliti dengan informan dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dilaksanakan dengan memberikaan lembat persetujuan untuk menjadi informan. Tujuan *informed consent* adalah agar informan mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya, jika informan bersedia maka mereka haarus menandatangani lembar persetujuan, serta bersedia untuk direkam dan jika partisipan tidak bersedia maka peneliti harus menghormati hak.

### **2. *Anonymity* (Tanpa Nama)**

Merupakan etika dalam penelitian keperawatan dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama partisipan yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiannya oleh peneliti, hanya menuliskan inisial/kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang disajikan.

### **3. *Confidentially* (Kerahasiaan)**

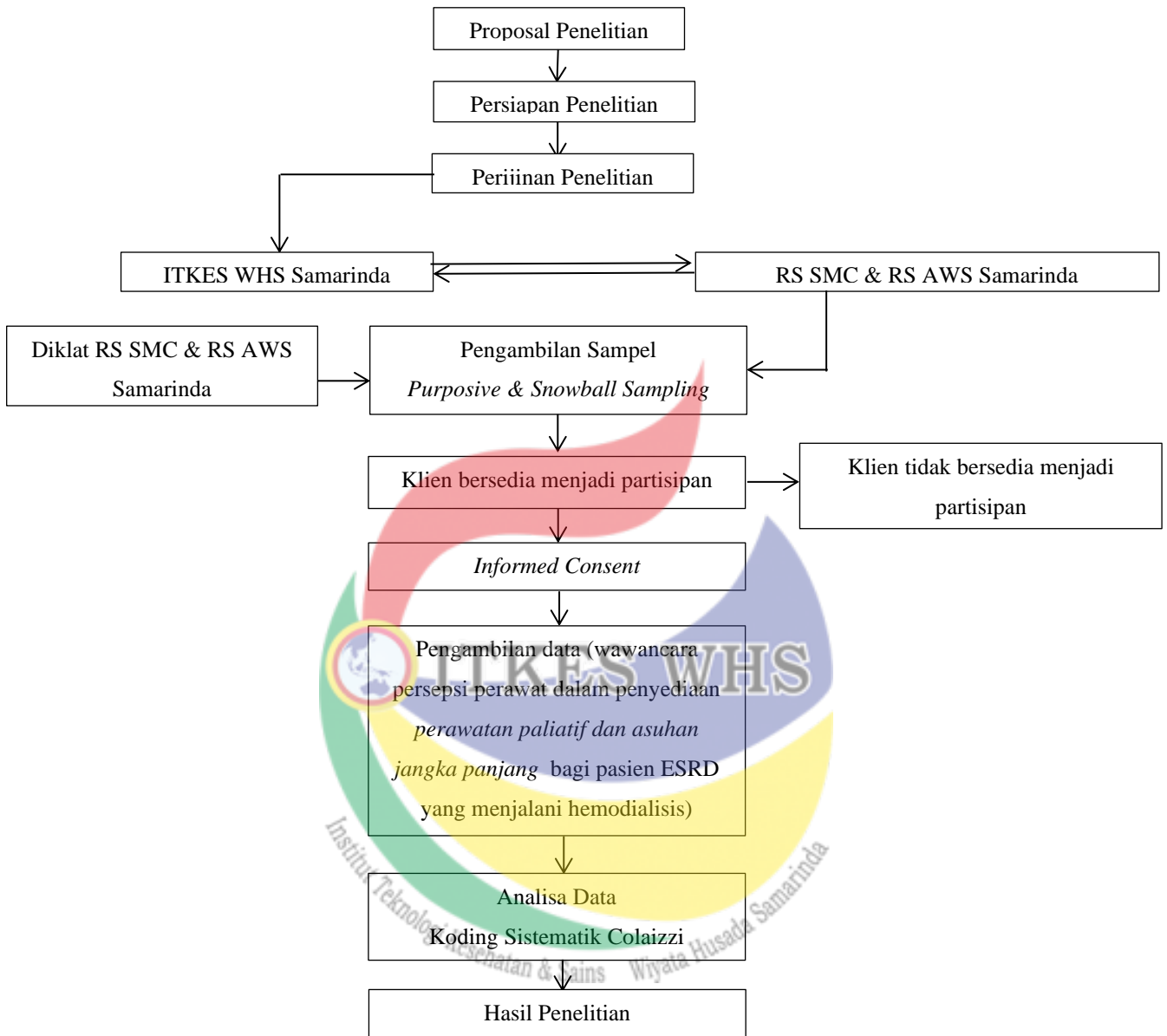
Merupakan etika dalam penelitian untuk menjamin kerahasiaan dari hasil penelitian baik partisipan maupun masalah-masalah lainnya, semua partisipan yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang dilaporkan pada hasil penelitian.

### **4. *Beneficence* (Bermanfaat)**

Merupakan etika dalam penelitian dengan memberikan manfaat untuk partisipan, yaitu mengetahui persepsi perawat dalam penyediaan *hospice* bagi pasien ESRD yang menjalani hemodialisis.

## J. Alur Penelitian

Skema 3. 1 Alur Penelitian



## BAB IV HASIL PENELITIAN

### A. Hasil Penelitian

Bab ini menguraikan hasil penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti untuk menjawab penelitian ‘Persepsi Perawat dalam Perawatan Paliatif bagi Pasien *End Stage Renal Disease* yang Menjalani Hemodialisis’. Hasil penelitian ini dibagi menjadi empat bagian yaitu bagian pertama menguraikan secara singkat gambaran lokasi penelitian, bagian kedua menguraikan data demografi informan, bagian ketiga menguraikan tentang tema-tema yang didapatkan dari penelitian ini, dan bagian keempat tentang makna hidup.

#### 1. Gambaran Lokasi Penelitian

Tempat pengumpulan data pada penelitian ini dilakukan di rumah sakit Samarinda Medika Citra dan rumah sakit Abdoel Wahab Sjahranie Samarinda. Pada saat dilakukan wawancara pada P1-P7 menggunakan *video call* dan rekaman dari aplikasi *Zoom meeting* dari tempat masing-masing partisipan. Wawancara dilakukan dengan menggunakan pedoman wawancara dan sesuai dengan kontrak waktu yang telah disepakati bersama.

#### 2. Gambaran Karakteristik Partisipan

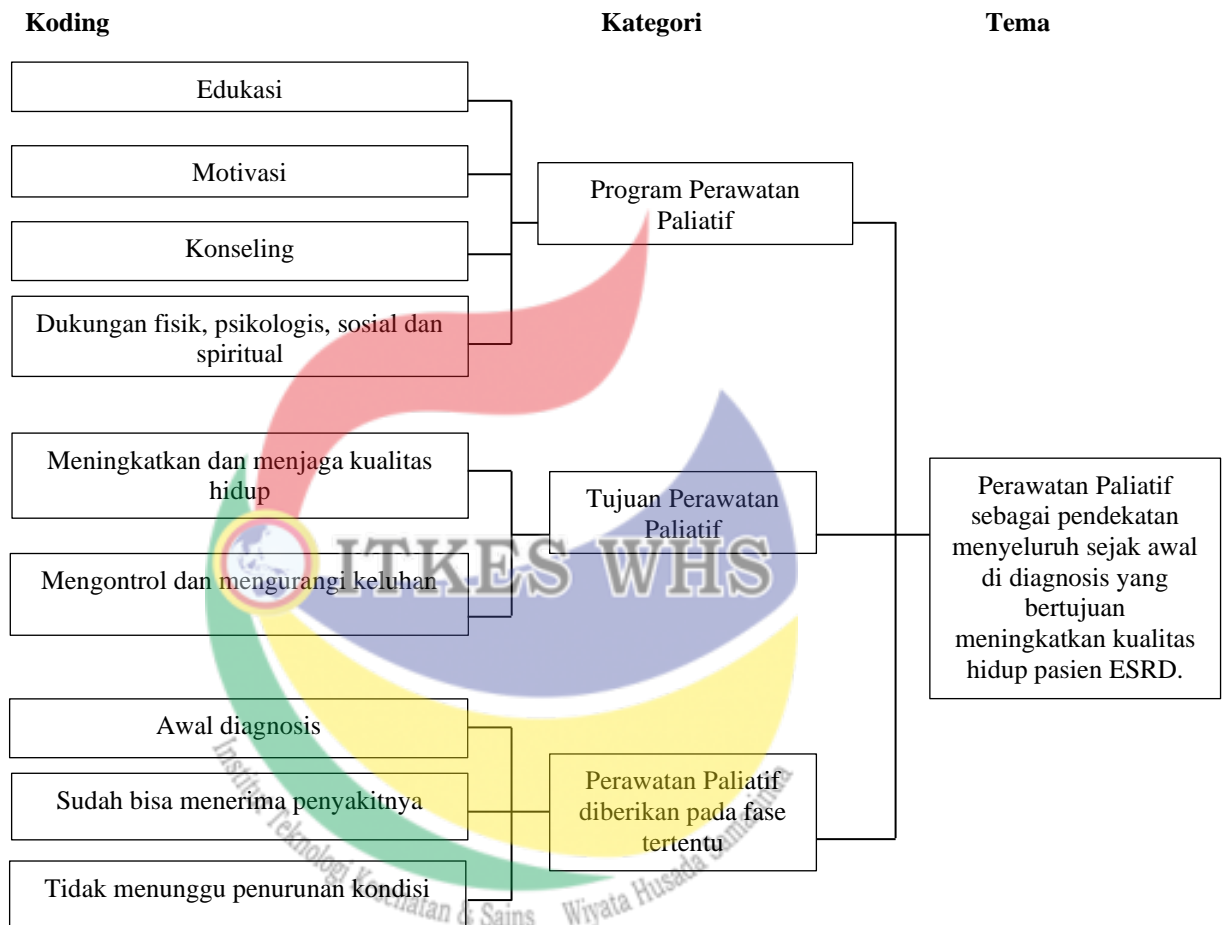
**Tabel 4.1 data demografi karakteristik partisipan**

Partisipan (P)	Umur	Jenis Kelamin	Pendidikan	Lama Bekerja
P1	49	Perempuan	Ners	30 tahun
P2	32	Perempuan	D3 Kep	10 tahun
P3	41	Perempuan	Ners	23 tahun
P4	43	Perempuan	Ners	21 tahun
P5	40	Perempuan	Ners	20 tahun
P6	31	Laki-laki	S1 Kep	8 tahun
P7	27	Perempuan	S1 Kep	6 tahun

### 3. Hasil Penelitian Berdasarkan Tema

Penelitian akan menggambarkan keseluruhan tema yang termasuk berdasarkan jawaban informan dari pertanyaan yang telah disampaikan sesuai dengan tujuan penelitian, dan di dapatkan tiga tema.

#### a. Tema Pertama : Persepsi Perawat tentang Perawatan Paliatif di Unit HD



**Skema 4. 1 Perawatan Paliatif sebagai Pendekatan Menyeluruh Sejak Awal di Diagnosis yang Bertujuan Meningkatkan Kualitas Hidup Pasien ESRD.**

Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) mengartikan persepsi merupakan tanggapan (penerimaan) langsung dari sesuatu, proses seseorang mengetahui beberapa hal melalui panca inderanya. Persepsi juga dapat ditafsirkan sebagai proses menerima, menyeleksi, mengorganisasikan, mengartikan, menguji, dan memberikan reaksi kepada rangsangan panca indra atau data. Persepsi perawat dalam hal ini adalah proses dimana perawat memberikan tafsiran, tanggapan, pengertian mereka

tentang perawatan paliatif, sehingga perawat unit hemodialisis yang menjadi partisipan pada penelitian ini mengungkapkan persepsi mereka, bahwa perawatan paliatif adalah perawatan yang bukan hanya berfokus pada pengobatan penyakit tetapi juga memberikan dukungan psikologis dan spiritual baik melalui edukasi, motivasi maupun konseling yang bertujuan untuk mengurangi nyeri dan keluhan, serta meningkatkan dan menjaga kualitas hidup yang diberikan sejak awal pasien di diagnosis penyakit ESRD.

Tema pertama didapatkan dari 3 kategori yaitu bentuk perawatan paliatif, tujuan perawatan paliatif, dan perawatan paliatif diberikan pada fase tertentu.

1) Kategori Pertama : Program Perawatan Paliatif.

Hasil wawancara dari enam partisipan didapatkan hasil bahwa perawat unit hemodialisis menyampaikan persepsinya tentang program perawatan paliatif bagi pasien *end stage renal disease* yang menjalani hemodialisis. Partisipan pertama menjawab memberikan support, motivasi dan dukungan sosial dan spiritual. Partisipan kedua menjawab memberikan dukungan bukan hanya ke pasien saja tetapi juga dukungan kepada keluarga serta bekerja sama dengan pemuka agama. Partisipan ketiga menjawab memberikan motivasi dan dukungan. Partisipan keempat menjawab perawatan paliatif bukan hanya diberikan oleh petugas medis saja tetapi juga harus bekerja sama dengan keluarga karena perawatan paliatif bagi *pasien end stage renal disease* adalah jangka panjang. Partisipan kelima menjawab memberikan edukasi, konseling, mengingatkan pola makan pasien, dan cara mengatasi bila ada keluhan dirumah. Partisipan keenam menjawab perawatan paliatif diberikan bukan hanya untuk fisik tetapi juga bagi psikologis dan mental pasien. Berikut adalah jawaban dari partisipan yaitu :

*“bukan hanya dengan obat-obatan dan tindakan medis, tetapi dengan sosial, spiritual; kita kasih support, kita kasih motivasi”* (P3, line 16; line 50)

*“pasien yang namanya gagal ginjal terminal itu sangat membutuhkan dukungan, bukan hanya pasien aja yang diberi dukungan, tapi keluarganya juga; bagaimana*

*cara pendekatan kita kepada pasien dan keluarga; kerjasama juga dengan pemuka-pemuka agama” (P4, line 34-35; line 69; line 101)*

*“memberikan motivasi dan dukungan” (P2, line 39)*

*“terapi supporting.. artinya bukan hanya dari petugas medis saja tapi juga dengan keluarga.. jadi kita sama-sama dengan keluarga memberikan perawatan, karena pasien paliatif ini jangka panjang, otomatis gak mungkin hanya petugas saja yang kita ajak tapi juga dengan keluarga” (P5, line 94-98)*

*“mulai dari edukasi, terus memberikan konseling, mengingatkan mulai dari pola makannya, minumannya, terus caranya mengatasi masalah dirumah” (P6, line 66-67)*

*“kita bukan nanganin fisiknya saja tapi psikologis dan mental pasien juga supaya perlahan bisa menerima keadaannya; ada prinsip begini.. kenalilah pasien mu” (P7, line 48-49; line 77-78)*

## 2) Kategori Kedua : Tujuan Perawatan Paliatif.

Hasil wawancara dari empat partisipan didapatkan hasil perawat unit hemodialisis menyampaikan persepsinya tentang tujuan dari perawatan paliatif bagi pasien *end stage renal disease* yang menjalani hemodialisis. Partisipan pertama menjawab perawatan paliatif bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien. Partisipan kedua menjawab agar kualitas hidup pasien tetap terjaga. Partisipan ketiga menjawab perawatan paliatif melibatkan keluarga, bagaimana cara keluarga bekerja sama untuk meningkatkan kualitas hidup pasien. Partisipan keempat menjawab perawatan paliatif mempunyai konsep bukan untuk mengobati atau menyembuhkan, tetapi lebih kepada mengurangi atau mengontrol keluhan-keluhan yang pasien alami, meningkatkan kualitas hidup, dan salah satu konsentrasi perawatan paliatif adalah konseling sehingga perawat dapat mengkaji total dan mengevaluasi. Berikut jawaban dari partisipan yaitu :

*“yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien itu sendiri” (P1, line 17-18)*

*“supaya kualitas hidupnya tetap terjaga” (P5, line 37)*

*“bagaimana cara mereka meningkatkan kualitas hidupnya; maka kualitas hidup mereka juga akan baik” (P4, line 35-36; line 51-52)*

*“mungkin konsepnya bukan mengobati atau menyembuhkan, tapi lebih kepada meningkatkan kualitas hidup mereka selama mereka hidup: mengurangi atau mengontrol keluhan-keluhan yang mereka punya; paliatif concern nya memang ke*

*konseling jadi kita bisa fokus ke satu pasien kita bisa total mengkaji sampai mengevaluasi gitukan apa hasilnya itu..” (P7, line 18-19; line 20-21; line 177-179)*

### 3) Kategori Ketiga : Perawatan Paliatif diberikan pada Fase Tertentu.

Hasil wawancara dari lima partisipan didapatkan hasil perawat unit hemodialisis menyampaikan persepsinya tentang kapan saat yang tepat perawatan paliatif diberikan kepada pasien *end stage renal disease* yang menjalani hemodialisis. Partisipan pertama menjawab perawatan paliatif diberikan dari awal setelah pasien didiagnosis penyakit terminal. Partisipan kedua menjawab perawatan paliatif diberikan pada saat pasien sudah di fase dapat menerima penyakitnya. Partisipan ketiga menjawab sejak pasien di diagnosis penyakit kronis. Partisipan keempat menjawab perawatan paliatif diberikan tidak menunggu pasien mengalami penurunan kondisi. Partisipan kelima menjawab *sedini mungkin, tidak menunggu menjelang ajal* pasien. Berikut adalah jawaban dari informan :

*“dari awal dia di diagnosis penyakitnya” (P2, line 28)*

*“sudah di fase yang bisa menerima penyakitnya” (P3, line 28-29)*

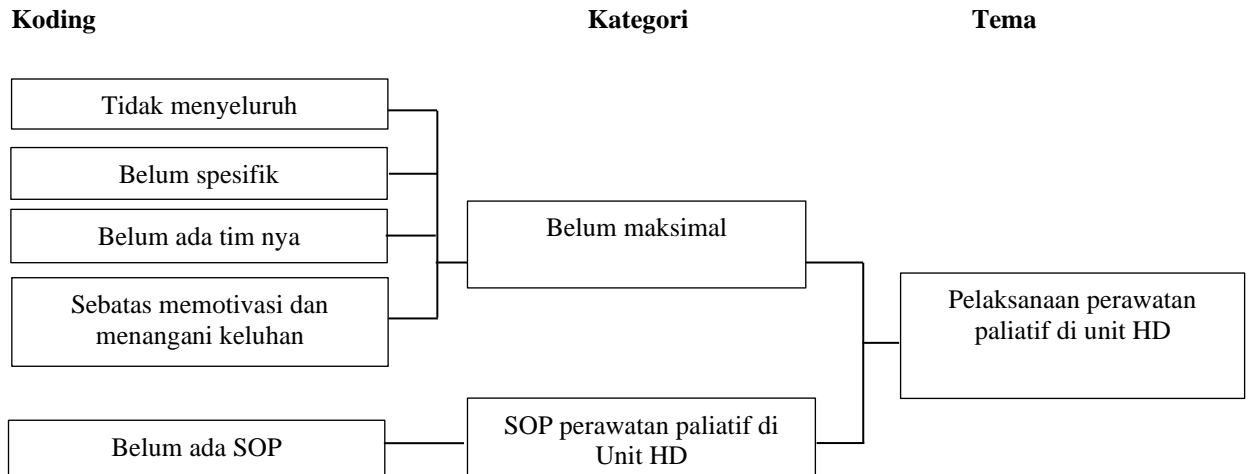
*“sejak dia di diagnose penyakit kronis” (P4, line 58)*

*“walaupun tidak terjadi penurunan kondisi, tetapi sudah harus mengarah kesana” (P5, line 36-37)*

*“sedini mungkin, tidak tunggu pasien dekat meninggal” (P6, line 27)*

#### **b. Tema Kedua : Pelaksanaan Perawatan Paliatif di Unit Hemodialisis**

Pelaksanaan perawatan paliatif di unit hemodialisis belum terlaksana secara maksimal karena belum ada tim perawatan paliatif dan masih sebatas memberikan motivasi dan menangani keluhan saat terapi hemodialisis, serta belum ada SOP terkait perawatan paliatif.



**Skema 4. 2 Pelaksanaan Perawatan Paliatif di Unit Hemodialisis**

Tema kedua didapatkan dari 2 kategori yaitu belum terlaksana sepenuhnya dan SOP perawatan paliatif di unit hemodialisis.

1) Kategori Pertama : Belum Maksimal.

Hasil wawancara dengan lima partisipan didapatkan hasil bahwa perawat unit hemodialisis menyampaikan persepsinya tentang pelaksanaan perawatan paliatif bagi *pasien end stage renal disease* yang menjalani hemodialisis di unit hemodialisis. Partisipan pertama menjawab **sebenarnya perawatan paliatif sudah dilakukan tetapi tidak mencakup keseluruhan dan belum ada tim khusus perawatan paliatif.** Partisipan kedua menjawab **perawatan paliatif secara terstruktur, termanajemen, dan sampai ke spiritual belum ada,** tetapi pada saat terapi hemodialisis **berlangsung** tanpa disadari partisipan telah memberikan dukungan dan motivasi dimana menurut partisipan itu sudah menjadi bagian dari perawatan paliatif. Partisipan ketiga menjawab **belum perawatan paliatif secara khusus,** tetapi dari segi pelaksanaan sehari-hari sudah dilaksanakan. Partisipan keempat menjawab **untuk tim perawatan paliatif secara khusus belum terbentuk,** tetapi menurut partisipan dengan melakukan terapi hemodialisis sudah termasuk perawatan paliatif karena dilakukan seumur hidup. Partisipan kelima menjawab **belum pernah melaksanakan perawatan paliatif dan belum tau persis bagaimana cara dan dimulai dari mana,** sejauh ini hanya sebatas memberikan motivasi

kepada pasien dan menangani keluhan pasien yang muncul pada saat terapi hemodialisis. Berikut adalah jawaban partisipan :

*“sebenarnya sudah kita lakukan; tapi tidak mencakup keseluruhan dan tidak ada timnya itu”* (P1, line 33-34; line 40)

*“kalau dibilang perawatan paliatif kita memang belum; ada masuk tanpa kita sadari, mungkin kita kasih support, kita kasih motivasi gitu kan tapi kalau secara terstruktur, manajemen yang baik itu kita belum; belum sampai ke spiritual”* (P3, line 45; line 48-50; line 68)

*“di tempat kami tidak ada yang namanya perawatan paliatif yang secara khusus, tapi dari segi pelaksanaan hari-hari itu sudah kami laksanakan”* (P4, line 43-44)

*“sudah, dengan melakukan hemodialisa kan termasuk terapi paliatif sebenarnya, karena kan terapinya seumur hidup ya; tapi untuk tim khusus paliatif untuk yang keseluruhan itu belum terbentuk”* (P5, line 67-68; line 108-109)

*“belum pernah sih, belum tau persis lah gimana caranya, ataupun dimulai darimana, tapi ya sebatas memotivasi pasien aja, menangani keluhan pasien yang muncul pada saat itu, sama berusaha supaya si pasien itu gak makin ngedrop ke kondisi yang lebih parah.. mungkin sebatas itu selama ini”* (P7, line 59-62)

## 2) Kategori Kedua : SOP Perawatan Paliatif di Unit Hemodialisis.

Hasil wawancara dari lima partisipan didapatkan hasil bahwa perawat menyampaikan persepsi mereka tentang SOP perawatan paliatif di unit hemodialisis. Partisipan pertama sampai dengan partisipan kelima menjawab belum ada SOP terkait perawatan paliatif di unit hemodialisis. Berikut adalah jawaban partisipan :

*“SOP belum ada untuk perawatan paliatif”* (P1, line 53-54)

*“SOP untuk sekarang tidak ada”* (P2, line 42)

*“belum ada”* (P3, line 83)

*“belum ada”* (P4, line 64)

*“untuk spesifik perawatan paliatif sebenarnya kami belum ada”* (P7, line 55-56)

## c. Tema Ketiga : Persepsi Perawat tentang Asuhan Jangka Panjang bagi Pasien ESRD yang Menjalani Hemodialisis

Asuhan Jangka Panjang bagi pasien ESRD dimulai dari edukasi perilaku pasien, menjaga kondisi fisik pasien, dan memberikan dukungan psiko-spiritual bagi pasien dengan kriteria capaian kualitas

hidup pasien dapat meningkat dan pasien mampu beradaptasi dengan kondisinya.

Tema ketiga didapatkan dari 2 subtema yaitu intervensi dan kriteria capaian asuhan jangka panjang bagi pasien *end stage renal disease* yang menjalani hemodialisis.

**Subtema 1 : Intervensi Asuhan Jangka Panjang** bagi Pasien ESRD yang Menjalani Hemodialisis, di dapatkan 3 kategori yaitu :

1) Kategori pertama : Edukasi Perilaku.

Hasil wawancara dengan tempat partisipan didapatkan hasil bahwa perawat menyampaikan persepsinya tentang edukasi perilaku bagi pasien *end stage renal disease* yang menjalani hemodialisis. Partisipan pertama menjawab pola makan, hemoglobin, dan kalsium pasien harus terkontrol. Partisipan kedua menjawab mengontrol makanan yang dimakan pasien. Partisipan ketiga menjawab pasien harus menjalani pola hidup sehat dan diet yang sudah dianjurkan. Partisipan ketiga menjawab monitoring dan controlling untuk asupan, intake makanan maupun cairan pasien. Berikut adalah jawaban partisipan :

*"jadi bukan hanya dia rutin datang HD nya, tapi dia harus banyak control seperti Hb nya harus terkontrol, pola makannya harus terkontrol, terus juga apa ee kalsiumnya juga harus terkontrol jadi ee semua itu harus dijelaskan semua sama dia bukan hanya HD nya saja yang terkontrol, tapi semuanya harus terkontrol, emosinya juga harus terkontrol"* (P4, line 124-127)

*"mengontrol makanan yang di makan"* (P1, line 72)

*"mengalami pola hidup sehat, diet"* (P4, line 50)

*"monitoring dan controlling untuk asupan.. intake makanan maupun cairan"* (P5, line 143-144)

2) Kategori Kedua : Menjaga Kondisi Fisik

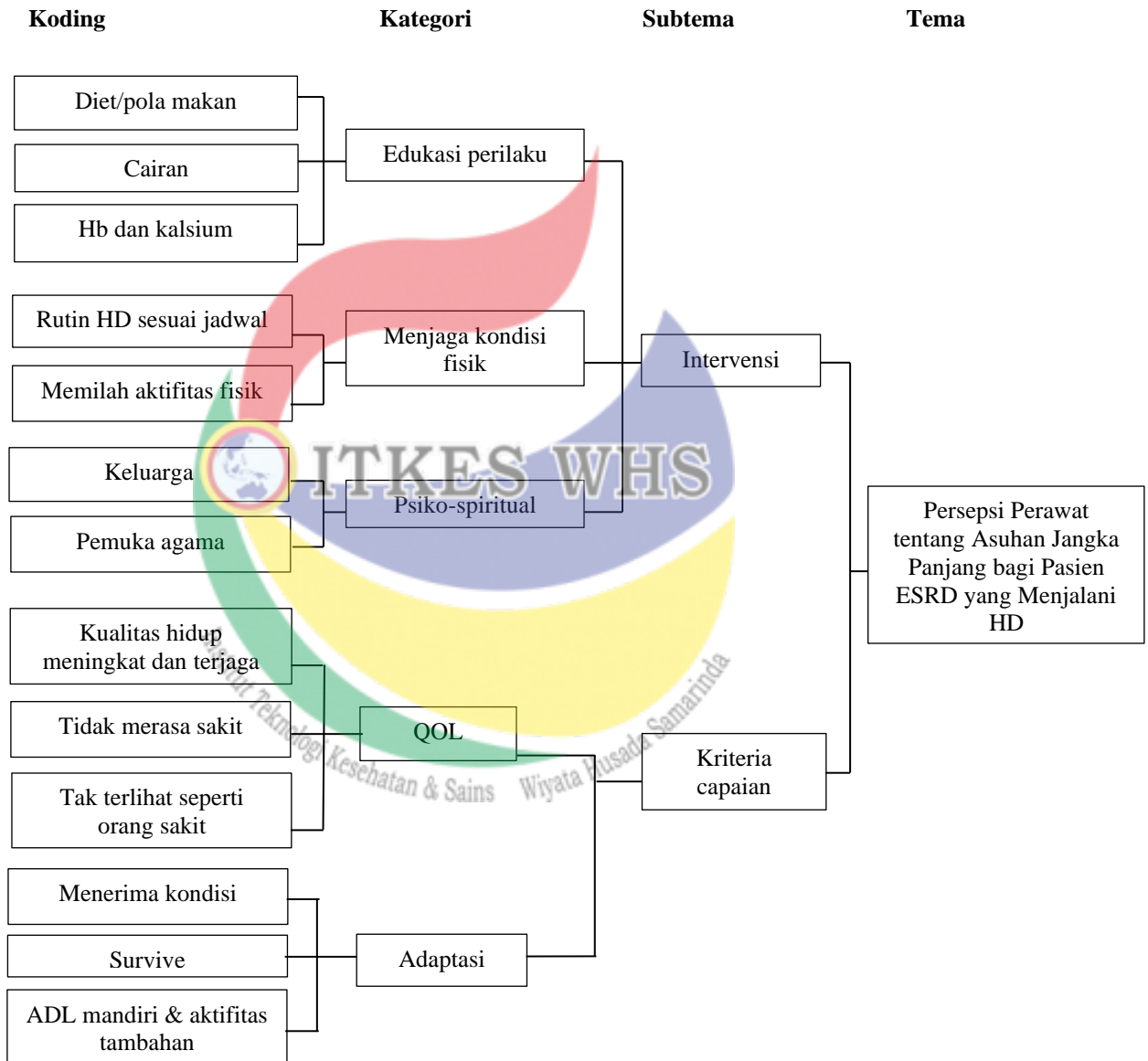
Hasil wawancara yang dilakukan dengan tiga partisipan didapatkan hasil bahwa perawat menyampaikan persepsinya tentang menjaga kondisi fisik bagi pasien *end stage renal disease* yang menjalani hemodialisis. Partisipan pertama menjawab cara menjaga kondisi fisik pasien harus rajin melakukan terapi hemodialisis sesuai jadwal. Partisipan kedua menjawab pasien harus teratur mengikuti terapi hemodialisisnya. Partisipan ketiga menjawab pasien harus menjalani

program terapi hemodialisis 2x dalam seminggu, dan perawat membantu memonitor selalu berat badan datang dan berat badan pulang. Berikut jawaban dari partisipan :

*“rajin cuci darahnya sesuai jadwalnya”* (P1, line 70)

*“teratur mengikuti terapi hemodialisisnya”* (P4, line 51)

*“menjalani program rutin terapi HD seminggu 2x, monitor terus berat badan datang dan berat badan pulang”* (P3, line 95-97)



**Skema 4. 3 Persepsi Perawat tentang Asuhan Jangka Panjang bagi Pasien ESRD yang Menjalani HD**

3) Kategori Ketiga : Psiko-spiritual.

Hasil wawancara dengan dua partisipan didapatkan hasil bahwa perawat menyampaikan persepsinya tentang dukungan psiko-spiritual bagi pasien *end stage renal disease* yang menjalani hemodialisis. Partisipan pertama menjawab keluarga dan pemuka2 agama harus ikut serta dalam memberikan dukungan psiko-spiritual. Partisipan kedua menjawab memberikan dukungan psiko-spiritual adalah terapi *supporting* dimana keluarga harus turut bekerjasama dengan petugas medis. Berikut jawaban dari partisipan :

*“ya kita ikut sertakan dengan keluarganya ya mungkin anaknya suaminya atau istrinya atau orangtua nya; kerjasama juga dengan pemuka-pemuka agama”* (P4, line 69; line 101)

*“terapi supporting.. artinya bukan hanya dari petugas medis tapi juga dengan keluarga.. jadi kita sama-sama dengan keluarga..”* (P5, line 94-95)

**Subtema 2 : Kriteria Capaian Asuhan Jangka Panjang** bagi Pasien ESRD yang Menjalani Hemodialisis, didapatkan 2 kategori yaitu :

1) Kategori Pertama : *Quality of Life* (QOL)

Hasil wawancara dengan empat partisipan didapatkan hasil bahwa perawat menyampaikan persepsi dan harapan mereka terkait *quality of life* pasien *end stage renal disease* yang menjalani hemodialisis. Partisipan pertama menjawab asuhan jangka panjang diberikan agar kualitas hidup pasien ESRD meningkat. Partisipan kedua menjawab perawat perlu mengatasi rasa nyeri yang di rasakan pasien, sehingga pasien tidak mengalami nyeri dan QOL dapat tercapai. Partisipan ketiga menjawab asuhan jangka panjang diberikan agar kualitas hidup pasien bagus, pasien bisa umur panjang, bisa jadi pasien dengan kehidupan normal yang tidak terlihat seperti pasien hemodialisis. Partisipan keempat menjawab asuhan jangka panjang diberikan agar QOL pasien meningkat, dan pasien ESRD yang menjalani hemodialisis jangan sampai tampak seperti orang sakit. Berikut adalah jawaban dari partisipan :

*“supaya kualitas hidupnya tetap terjaga”* (P5, line 7)

“mengatasi nyeri; nyerinya gak terasa; mereka lebih semangat, gak putus asa, dan semangat untuk hidup” (P2, line 36; line 38; line 52-54)

“kualitas hidupnya bagus, umurnya bisa panjang-panjang, bisa jadi pasien dengan kehidupan normal yang gak kelihatan seperti pasien HD.. datang sehat pulang sehat..” (P3, line 110-112)

“kualitas hidupnya meningkat; jadi pasien HD itu memang kondisinya sakit tapi jangannya sampai tampak seperti orang sakit..” (P7, line 222; line 224-227)

## 2) Kategori Kedua : Adaptasi.

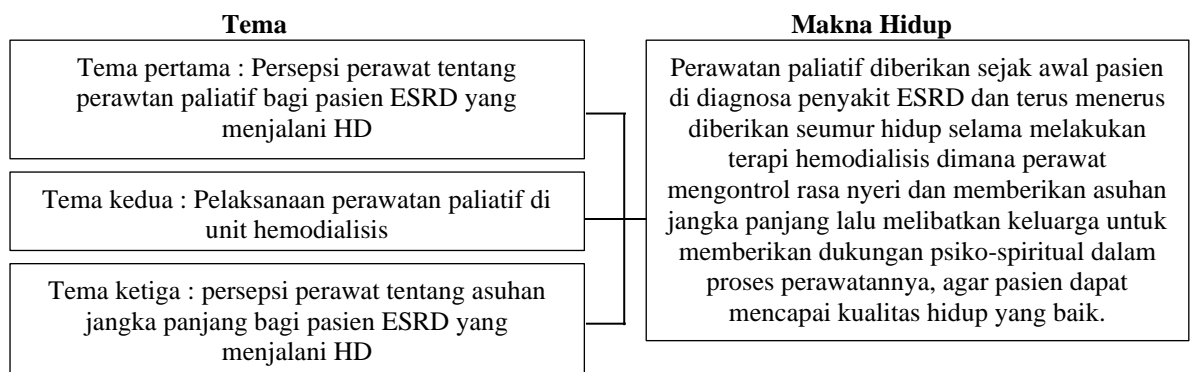
Hasil wawancara dengan tiga partisipan didapatkan hasil bahwa perawat menyampaikan persepsi dan harapan mereka terkait adaptasi pasien end stage renal disease yang menjalani hemodialisis. Partisipan pertama menjawab pasien bisa menerima kondisinya dan survive dengan penyakitnya, serta bisa melakukan aktifitas sehari-hari seperti orang normal. Partisipan kedua menjawab pasien dapat melakukan aktifitas ADL secara mandiri dan lebih baik lagi jika pasien masih mampu bekerja. Partisipan ketiga menjawab minimal pasien bisa melakukan ADL nya, mampu melakukan aktifitas ringan tanpa ada keluhan. Berikut jawaban dari partisipan :

“bisa menerima kondisinya, bisa survive dengan penyakitnya; dia bisa lakukan aktifitasnya sehari-hari seperti orang normal” (P1, line 46-47; line 131)

“aktifitas ADL secara mandiri, apalagi ditambah dia tetap bekerja” (P5, line 188-189)

“minimal ADL nya dia bisa, mampu melakukan aktifitas ringan tanpa ada keluhan lain” (P6, line 129-132)

## 4. Makna Hidup



### 4.4 Makna Hidup

## B. Pembahasan

Setelah dilakukannya wawancara penelitian pada perawat hemodialisis yang merawat pasien end stage renal disease yang menjalani hemodialisis, peneliti memperoleh tiga tema yang dapat menggambarkan hasil penelitian sesuai dengan tujuan penelitian ini. Berikut ini merupakan uraian berdasarkan tema-tema yang telah didapatkan :

### 1. Tema Pertama : Persepsi Perawat tentang Perawatan Paliatif bagi Pasien ESRD yang Menjalani HD

Pasien ESRD yang termasuk pasien penyakit terminal tidak dapat disembuhkan hanya dengan terapi kuratif. Terapi kuratif hanya membantu mengurangi tanda dan gejala yang dirasakan. Kebutuhan pasien terminal adalah perawatan yang membantu mengurangi penderitaan dari proses penyakit secara fisik, sosial dan psikologis (Charley & Jenny, 2018). Perawatan paliatif merupakan sebuah pendekatan yang diberikan untuk meningkatkan kualitas pasien dan keluarga yang menderita penyakit yang tidak dapat disembuhkan lagi yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga melalui pengkajian menyeluruh, mengkaji kondisi pasien secara teratur, penanggulangan dan memberikan dukungan dari fisik, sosial dan psikologis (Ferrell et al.,2015; Yodang, 2015; Gallant & Mori, 2020). Perawatan paliatif juga melibatkan keluarga, dukungan keluarga dalam memenuhi kebutuhan spiritual adalah dengan mendoakan pasien bersama-sama, meyakinkan dan memberi motivasi kesembuhan, serta membawa rohaniawan untuk membimbing pasien secara spiritual (Utama & Yanti 2020).

Dalam penelitian ini partisipan menyampaikan persepsinya tentang perawatan paliatif bagi pasien ESRD yang menjalani hemodialisis yang searah dengan teori diatas, bahwa perawatan paliatif merupakan suatu pendekatan yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup, bukan hanya berfokus pada pengobatan penyakit, tetapi perawatan paliatif juga perawatan yang memberikan dukungan motivasi, dukungan sosial dan psiko-spiritual, edukasi, konseling, mengontrol dan mengurangi nyeri dan yang dialami, sampai cara menanggapi bila ada keluhan dirumah, dimana

pelaksanaanya melibatkan keluarga dan pemuka agama sebagai *support system* karena perawatan paliatif bagi ESRD merupakan perawatan jangka panjang. Partisipan juga mengungkapkan salah satu konsentrasi perawatan paliatif adalah konseling, sehingga perawat dapat mengkaji total secara menyeluruh sampai mengevaluasi hasilnya.

## 2. Tema Kedua : Pelaksanaan Perawatan Paliatif di Unit Hemodialisis

Perawat mempunyai peran yang sangat penting dalam perawatan paliatif karena mereka yang paling lama kontak dengan pasien dibandingkan tenaga kesehatan lain. Perawat mempunyai kesempatan melihat perkembangan dan kondisi pasien. Namun karena keterbatasan pengetahuan perawat tentang perawatan paliatif, sehingga pelaksanaanya kurang maksimal (Adhistry et al., 2016; Gallant & Mori, 2020). Kurangnya pengetahuan perawat menyebabkan perawatan yang aman dan efektif. Pengetahuan merupakan domain yang paling penting dalam terbentuknya perilaku atau sikap terbuka tentang perawatan paliatif (Pravitakari, 2017; Donsu, 2017; Gallant & Mori, 2020).

Dalam penelitian ini partisipan menyampaikan terkait pelaksanaan perawatan paliatif dan keterbatasan pelaksanaan yang pada dasarnya searah dengan teori diatas. Bahwa tanpa disadari sebenarnya perawatan paliatif sudah dilakukan pada saat terapi hemodialisis berlangsung, partisipan telah memberikan dukungan dan motivasi, menangani keluhan pasien yang muncul pada saat terapi hemodialisis, selalu giat untuk mengingatkan dan mengedukasi pasien mulai dari penyakit, terapi hemodialisis yang di jalani, pola makan dan pola minum, serta memberikan nomor telepon perawat yang dapat dihubungi 24 jam oleh pasien dan keluarga bila ada hal yang ingin didiskusikan dan bila ada keluhan atau dalam keadaan *urgent*. Partisipan juga memberikan konseling dan edukasi kepada keluarga serta melibatkan keluarga dan pemuka agama sebagai *support system* dalam pemberian dukungan psiko-spiritual dan perawatan paliatif dirumah, dimana menurut partisipan itu sudah menjadi bagian dari perawatan paliatif, walaupun belum maksimal karena belum ada tim khusus, belum terstruktur dan termanajemen dengan baik, dari

bagaimana caranya dan harus dimulai darimana, serta belum ada SOP terkait perawatan paliatif di unit hemodialisis.

### **3. Tema Ketiga : Persepsi Perawat tentang Asuhan Jangka Panjang bagi Pasien ESRD yang Menjalani Hemodialisis.**

Asuhan Jangka Panjang memberikan manfaat bukan hanya bagi pasien dan keluarga, tetapi juga bagi rumah sakit dan sistem pelayanan kesehatan. Rumah sakit memiliki jumlah kapasitas tempat tidur terbatas, jika pasien stadium terminal masih dirawat di rumah sakit, sementara pasien yang memerlukan tindakan di rumah sakit tidak akan mendapat tempat atau harus mengantri lama. Asuhan Jangka Panjang merupakan pelayanan medis yang diberikan kepada pasien, pelayanan yang diberikan adalah pelayanan medis secara menyeluruh dan memberikan dukungan sosial, emosional, spiritual dengan maksud untuk meringankan rasa sakit pada pasien dan keluarga. Tujuan yang ingin dicapai dari asuhan jangka panjang adalah perawatan paliatif (manajemen kenyamanan) bukan hanya dari pelayanan kuratif (terapi) saja, tetapi memaksimalkan keduanya. Kelebihan dari asuhan jangka panjang ini dapat diberikan di rumah pasien. Pelaku dalam asuhan terfokus salah satunya adalah seorang pekerja atau sebuah tim yang terlatih atau sukarelawan terlatih, mereka dapat datang ke rumah untuk memberikan perawatan. Tim rumah sakit terdiri dari dokter, perawat, pekerja sosial, rohaniwan, dan relawan yang mengkoordinasikan rencana individual perawatan untuk setiap pasien dan keluarga. Pasien ESRD yang tengah menjalani hemodialisis jangka panjang membutuhkan asuhan jangka panjang yang berfokus pada keadaan umum dan status nutrisi, status anemis, keseimbangan cairan dan elektrolit, kardiovaskular, perawatan diri, dan penerimaan perubahan hidup (Deni Yasmara et al., 2016).

Dalam penelitian ini partisipan menyampaikan persepsinya tentang asuhan jangka panjang bagi pasien ESRD yang menjalani hemodialisis yang terbagi menjadi dua yaitu intervensi dan kriteria capaian. Pada intervensi partisipan menyampaikan bahwa intervensi yang diberikan mulai dari mengatasi rasa nyeri yang dirasakan pasien, mengontrol makanan

yang dimakan pasien, menganjurkan pasien harus menjalani pola hidup sehat dan diet yang sudah dianjurkan, monitoring dan controlling untuk asupan intake makanan maupun cairan pasien, keluarga dan pemuka2 agama harus ikut serta dalam memberikan dukungan psiko-spiritual agar kualitas hidup pasien ESRD meningkat, dimana intervensi untuk perawatan diri belum ada disampaikan oleh partisipan yang sudah dibahas pada teori di paragraf sebelumnya. Pada kriteria capaian partisipan menyampaikan bahwa asuhan jangka panjang diberikan agar kualitas hidup pasien meningkat, pasien bisa umur panjang, bisa menjadi pasien dengan kehidupan normal yang tidak terlihat seperti pasien hemodialisis, pasien dapat menerima kondisinya dan survive dengan penyakitnya, serta mampu melakukan aktifitas ringan sehari-hari seperti orang normal dan lebih baik lagi jika pasien masih mampu bekerja tanpa ada keluhan, dimana pada bahasan ini searah dengan teori di paragraf sebelumnya yang menyatakan bahwa maksud dari asuhan jangka panjang bagi pasien ESRD yang menjalani hemodialisis adalah untuk memaksimalkan antara perawatan kuratif dan perawatan paliatif dengan tujuan meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga.

### **C. Keterbatasan Penelitian.**

Peneliti memiliki keterbatasan saat melakukan penelitian dikarenakan masih dalam kondisi pandemic, wawancara dilakukan melalui aplikasi *zoom meeting* dan kontrak waktu dilakukan melalui *chat* aplikasi *whatsapp*.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Penelitian ini mendapatkan tiga tema yaitu tema pertama persepsi perawat tentang perawatan paliatif bagi pasien ESRD yang menjalani hemodialisis, tema kedua pelaksanaan perawatan paliatif di unit hemodialisis, dan tema ketiga persepsi perawat tentang asuhan jangka panjang bagi pasien ESRD yang menjalani hemodialisis.

Penelitian ini mendapatkan tiga tema yang menggambarkan makna hidup dari partisipan. Perawatan paliatif diberikan sejak awal pasien di diagnosa penyakit ESRD dan terus menerus diberikan seumur hidup selama melakukan terapi hemodialisis dimana perawat mengontrol rasa nyeri dan memberikan asuhan jangka panjang lalu melibatkan keluarga untuk bekerjasama memberikan dukungan psiko-spiritual dalam proses perawatannya, agar pasien dapat mencapai kualitas hidup yang baik.

#### **B. Saran**

##### **1. Bagi Perawat**

Bagi perawat dapat mempertahankan pelayanan yang sudah ada dan menambah dengan ilmu pengetahuan dan pelatihan perawatan paliatif agar kedepannya dapat meningkatkan kualitas perawatan paliatif bagi pasien ESRD yang menjalani hemodialisis di unit hemodialisa.

##### **2. Bagi Rumah Sakit**

Bagi rumah sakit dapat meningkatkan fasilitas dan pelayanan yang diperlukan untuk menunjang kelancaran pelaksanaan perawatan paliatif bagi pasien ESRD yang menjalani hemodialisis di unit hemodialisa.

##### **3. Bagi Peneliti Selanjutnya**

Bagi peneliti selanjutnya diharapkan dapat menjelaskan bagaimana pelaksanaan perawatan paliatif dan asuhan jangka panjang bagi pasien ESRD yang menjalani hemodialisis di Unit Hemodialisa, karena penelitian ini menemukan persepsi perawat tentang perawatan paliatif dan asuhan jangka panjang bagi pasien ESRD yang menjalani hemodialisis.

## DAFTAR PUSTAKA

- Deni Yasmara, et al.,(2016).*Rencana Asuhan Keperawatan Medikal\_Bedah: Diagnosis NANDA-I 2015-2017 Intervensi NIC Hasil NOC*.Buku Kedokteran EGC:Jakarta
- Lemone, Pricilla, et al.,(2016).*Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi % Volume 3*.Buku Kedokteran EGC:Jakarta
- Sugiyono.(2014).*Metode Penelitian Pendidikan (Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif dan R&D)*.Alfabeta:Bandung
- Aisyah Kartika Sukmawati.(2018).*Analisis Faktor Yang Berhubungan Penerimaan Diri Pasien Gagal Ginjal Kronis Yang Menjalani Terapi Hemodialisa Di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya*
- Nur Ilmi.(2016).*Analisis Perilaku Perawat Dalam Perawatan Paliatif Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik di RSI Faisal Makassar dan RSUD Labuang Baji Makassar*
- Sheilla Dewi Sadara Widardjo.(2019).*Persepsi dan Sikap Tenaga Kesehatan Terkait Penyediaan Layanan Paliatif Bagi Pasien Penyakit Terminal Di Puskesmas Gondokusuman 1 Yogyakarta*
- Ni Ketut Putri Ariyani.(2018).*Rumah Singgah Dalam Perawatan Paliatif*
- Dame Lestaria Napitupulu.(2014).*Penerapan Teori Peacefull End of Life dan Pengkajian Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) Dalam Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Kanker Kolon Di Rumah Sakit Kanker Dharma Jakarta*
- Kemenkes RI.(2017).INFODATIN.[perawat.pdf](#). Jakarta Selatan. ISSN: 2442 7659

Ghalby, Dinda Julia.(2020).*Persepsi Perawat Tentang Komunikasi Antar Profesi di Rumah Sakit Pendidikan Universitas Sumatera Utara*

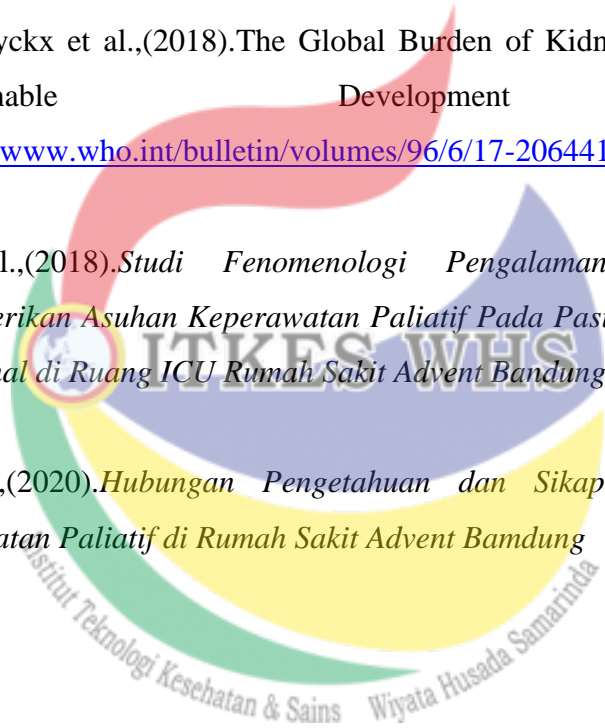
Ariyanto, et al.,(2018).*Beberapa Faktor Resiko Kejadian Penyakit Ginjal Kronik (PGK) Stadium V pada Kelompok Usia Kurang dari 50 Tahun*

I.B.GDE Ananta Mahasvera et al.,(2020).*Prevalensi Penyakit Ginjal Kronik Stadium 5 Yang Manjalani Hemodialisis di RSUD Bandung Periode Tahun 2017-2018*

Valerie A Luyckx et al.,(2018).The Global Burden of Kidney Disease and The Sustainable Development Goals.  
<https://www.who.int/bulletin/volumes/96/6/17-206441/en/>

Charley et.al.,(2018).*Studi Fenomenologi Pengalaman Perawat dalam Memberikan Asuhan Keperawatan Paliatif Pada Pasien Dengan Penyakit Terminal di Ruang ICU Rumah Sakit Advent Bandung*

Gallant et.al.,(2020).*Hubungan Pengetahuan dan Sikap Perawat Tentang Perawatan Paliatif di Rumah Sakit Advent Bamdung*



## PERSEPSI PERAWAT DALAM PERAWATAN PALIATIF BAGI PASIEN *END STAGE RENAL DISEASE* YANG MENJALANI HEMODIALISIS

Gabriell Christien Febbyona Kombong<sup>1</sup>, Kiki Hardiansyah Safitri<sup>2</sup>, Suwanto<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan ITKES Wiyata Husada Samarinda  
e-mail : [febbyonaa@gmail.com](mailto:febbyonaa@gmail.com)

<sup>2</sup>Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan ITKES Wiyata Husada Samarinda  
e-mail : [kikihardiansyah@itkeswhs.ac.id](mailto:kikihardiansyah@itkeswhs.ac.id)

<sup>3</sup>Kepala Bidang Keperawatan RSUD Abdoel Wahab Sjahranie  
e-mail : [wanto\\_71@gmail.com](mailto:wanto_71@gmail.com)

### ABSTRAK

**Latar Belakang :** *End Stage Renal Disease (ESRD)* merupakan salah satu penyakit ditandai dengan kerusakan pada ginjal yang terus berlangsung progressive dan irreversible selama lebih dari enam bulan. Hemodialisis merupakan salah satu terapi pengganti fungsi ginjal yang diberikan pada pasien ESRD. Pasien ESRD yang tengah menjalani hemodialisis dalam jangka panjang membutuhkan Perawatan Paliatif dan Asuhan Jangka Panjang untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga. **Metode :** Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan fenomenologi melalui teknik wawancara semi-terstruktur yang melibatkan 7 orang perawat unit hemodialisis, yang dipilih dengan metode purposive and snowball sampling. Analisa data hasil wawancara semi terstruktur menggunakan tahap analisis Collaizi. **Hasil :** Hasil penelitian mendapatkan 3 tema yaitu : Perawatan Paliatif sebagai Pendekatan Menyeluruh Sejak Awal di Diagnosis yang Bertujuan Meningkatkan Kualitas Hidup Pasien ESRD, Pelaksanaan Perawatan Paliatif di Unit Hemodialisis, Persepsi Perawat tentang Asuhan Jangka Panjang Bagi Pasien ESRD yang Menjalani HD. **Kesimpulan :** Penelitian ini mendapatkan tiga tema yang menggambarkan makna hidup dari partisipan. Perawatan paliatif diberikan sejak awal pasien di diagnosa penyakit ESRD dan terus menerus diberikan seumur hidup selama melakukan terapi hemodialisis dimana perawat mengontrol rasa nyeri dan memberikan asuhan jangka panjang lalu melibatkan keluarga untuk bekerjasama memberikan dukungan psiko-spiritual dalam proses perawatannya, agar pasien dapat mencapai kualitas hidup yang baik.

**Kata Kunci :** Persepsi Perawat, *End Stage Renal Disease*, Perawatan Paliatif, Asuhan Jangka Panjang, Hemodialisis.

<sup>1</sup>Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan, ITKes Wiyata Husada Samarinda

<sup>2</sup>Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan, ITKes Wiyata Husada Samarinda

<sup>3</sup>Kepala Bidang Keperawatan RSUD Abdoel Wahab Sjahranie Samarinda

## NURSES' PERCEPTIONS IN PALLIATIVE CARE FOR *END STAGE* RENAL DISEASE PATIENTS THAT ARE TAKING HEMODIALYSIS

Gabriell Christien Febbyona Kombong<sup>1</sup>, Kiki Hardiansyah Safitri<sup>2</sup>, Suwanto<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Student of Nursing Science Study Program ITKES  
Wiyata Husada Samarinda e-mail :  
[febbyonaa@gmail.com](mailto:febbyonaa@gmail.com)

<sup>2</sup> Lecturer of the Nursing Science Study Program ITKES  
Wiyata Husada Samarinda e-mail :  
[kikihardiansyah@itkeswhs.ac.id](mailto:kikihardiansyah@itkeswhs.ac.id)

<sup>3</sup>Head of Nursing at RSUD  
Abdoel Wahab Sjahranie e-mail  
: [wanto\\_71@gmail.com](mailto:wanto_71@gmail.com)

### ABSTRACT

**Background :** *End-stage renal disease (ESRD)* is a chronic kidney illness defined by gradual and irreversible kidney impairment that lasts longer than six months. Renal function replacement therapy, such as hemodialysis, is one of the treatments available to ESRD patients. Palliative care and long- term care are required for *ESRD* patients undergoing long-term hemodialysis to improve the quality of life of patients and their family. **Method :** Semi-structured interviews with 7 hemodialysis unit nurses were conducted using a qualitative method with a phenomenological perspective, using purposive and *snowball sampling* methods. *The Colaizzi* analysis step is used to analyze data from semi-structured interviews. **Result :** Palliative Care as a Comprehensive Approach from the Beginning of Diagnosis Aiming to Improve the Quality of Life of ESRD Patients, Palliative Care Implementation in Hemodialysis Units, and Nurses' Perceptions of Long-Term Care for ESRD Patients Undergoing HD were the three themes that emerged from the study's findings. **Conclusion:** Three themes emerged from this research that explain the participants' meaning of life. Palliative care begins when a patient is diagnosed with ESRD and continues throughout hemodialysis therapy, with nurses controlling pain and providing long-term care, and then involving families in the treatment process to provide psycho- spiritual support so that patients can achieve quality of life. The one that is good.

**Keywords:** Nurse's Perception, *End Stage Renal Disease*, Palliative Care, Long Term Care, Hemodialysis.

<sup>1</sup>Student of Nursing Science Study Program, ITKes Wiyata Husada Samarinda

<sup>2</sup>Lecturer of the Nursing Science Study Program, ITKes Wiyata Husada Samarinda

<sup>3</sup>Head of Nursing Division of RSUD Abdoel Wahab Sjahranie Samarinda

## PENDAHULUAN

*End Stage Renal Disease (ESRD)* atau penyakit ginjal kronik stadium akhir (stadium lima) adalah kerusakan pada ginjal yang terus berlangsung (*progressive*) selama lebih dari enam bulan dan tidak dapat diperbaiki (*irreversible*), ini disebabkan oleh hilangnya fungsi ginjal dan kerusakan jaringan serta serangan mendadak yang berkembang secara cepat menghancurkan nefron dan akan menimbulkan gangguan multisistem, dimana nilai laju filtrasi glomerulus (LFG) kurang dari 15ml/menit/1,73m<sup>2</sup>, karena keadaannya yang terus berlangsung, tidak dapat diperbaiki maka ESRD dapat disebut sebagai penyakit terminal (I.B.Gde Ananta Mahesvara *et al.*, 2020; Williams and Wilkins, 2010).

Dilihat dari sifatnya yang terminal, perjalanannya dari asimtomatik sampai terjadi sindrom uremia serta penurunan fungsi ginjal, manifestasi komplikasi dan perburukan yang terjadi, serta dampak fisik maupun psikologis yang disebabkan *ESRD*, menyebabkan perlunya terapi pengganti ginjal yaitu terapi Hemodialisis (Copstead dan Banasik, 2010; Lemone *et al.*, 2011).

Terapi hemodialisis tentu saja menimbulkan efek samping yaitu

komplikasi intradialisis yang membutuhkan asuhan pradialisis dan postdialisis guna pemantauan dan penatalaksanaan komplikasi intradialisis. Komplikasi akut yang kemungkinan terjadi selama terapi hemodialisis adalah hipotensi, mual dan muntah, sakit kepala atau pusing, sakit dada, hipoksemia, gatal-gatal, dan kram otot. Untuk mencegah dan menangani komplikasi intradialisis terjadi, maka dilakukanlah asuhan pradialisis dan postdialisis (Deni Yasmara *et al.*, 2016; Lemone *et al.*, 2011).

Pasien *ESRD* yang tengah menjalani hemodialisis dalam jangka panjang membutuhkan Perawatan Paliatif dan Asuhan Jangka Panjang yang berfokus pada keadaan umum dan status nutrisi, status anemis, keseimbangan cairan dan elektrolit, kardiovaskular, perawatan diri, dan penerimaan perubahan hidup. Asuhan Jangka Panjang tidak bisa hanya dilakukan di rumah sakit saja, sehingga dilanjutkan dirumah. Perawatan pasien *ESRD* tidak hanya berfokus pada saat terapi hemodialisis, namun juga asuhan terfokus jangka panjang. Asuhan Jangka Panjang juga mencakup kepada perubahan perilaku untuk mendapatkan kualitas hidup yang baik. Masalah pada pasien *ESRD* yang dikelola pada asuhan terfokus merupakan lanjutan dari asuhan

singkat yang dikelola saat terapi hemodialisis (pra-dialisis dan post-dialisis). Kriteria pencapaian dalam hal ini adalah keadaan pasien yang terkontrol mulai dari keadaan umum dan status nutrisi yang baik, tidak ada presentase anemis, keseimbangan cairan dan elektrolit dalam batas normal, status kardiovaskular yang terkontrol, dapat mempertahankan perawatan diri, dan dapat menerima perubahan hidup (Deni Yasmara et al., 2016; Yennurajalingam and Bruera, 2016).

Pelaksanaan asuhan jangka panjang bagi pasien *ESRD* tidak lepas dari Perawatan Paliatif didalamnya. Perawatan Paliatif merupakan kolaborasi yang terdiri dari dokter, perawat, dan tenaga ahli lainnya untuk menyediakan dukungan untuk pasien penyakit kronik apa saja pada stadium berapa saja dan dapat berdampingan dengan perawatan kuratif, meningkatkan kualitas hidup dengan mengantisipasi, mencegah, dan mengobati penderitaan, melibatkan penanganan fisik, intelektual, emosional, sosial dan spiritual untuk memfasilitasi otonomi pasien dan pilihan dalam kehidupan (Vadivelu, Kaye and Berger, 2013; Pantila et al., 2015; Farrel, 2015).

Penerapan Perawatan Paliatif dan Asuhan Jangka Panjang khususnya bagi pasien *ESRD*, dapat dilandaskan

pada teori *Peacefull End of Life* (*PEOL*). Teori *PEOL* merupakan teori keperawatan yang dilakukan bukan hanya menitik beratkan pada klien saja, tetapi akan melibatkan keluarga juga. Sehingga titik tengah teori ini adalah klien dan keluarga sebagai *support system* (Rulland dan Moore, 1998; Aligood dan Tomey 2010).

*World Health Organization* (*WHO*) 2018 menyatakan, berdasarkan laporan *Global Burden Disease* (*GBD*) pada tahun 2010 diperkirakan 2,3 sampai 7,1 juta orang dengan gagal ginjal dan pada tahun 2015 diperkirakan 1,2 juta orang meninggal akibat gagal ginjal. Prevalensi *ESRD* di dunia berdasarkan *Gobal Burden of Disease* tahun 2010, *ESRD* merupakan penyakit penyebab kematian peringkat ke-18 pada tahun 2010. Berdasarkan *ESRD Patients* pada tahun 2011 sebanyak 2.786.000 orang, tahun 2012 sebanyak 3.018.860 orang dan tahun 2013 sebanyak 3.200.000 orang. Berdasarkan penelitian yang dilakukan *Centers for Disease Control and Prevention* (*CDC*) dan *National Health and Nutrition Examination Survey* (*NHANES*) di Amerika Serikat pada tahun 2013, penyakit *ESRD* berada pada urutan ke-8 penyebab kematian di Amerika Serikat dan diperkirakan sekitar 31 juta penduduk atau sekitar 10% dari populasi

di Amerika Serikat menderita ESRD dan diperkirakan akan terus meingkat sebesar 20-25% setiap tahunnya.

Prevalensi penyakit ESRD di Samarinda dalam setahun terakhir khususnya berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan pada 29 April 2021 di Rumah Sakit Samarinda Medika Citra jumlah pasien ESRD yang menjalani Hemodialisis pada tahun 2018 sebanyak 61 orang, pada tahun 2019 sebanyak 78 orang, pada tahun 2020 sebanyak 156 orang sehingga dapat disimpulkan dari data tersebut setiap tahunnya jumlah pasien ESRD yang menjalani terapi Hemodialisis mengalami peningkatan. Jumlah pasien meninggal dunia dengan ESRD pada tahun 2020 sebanyak 51 orang. Pada tahun 2021 bulan Januari hingga April jumlah pasien ESRD yang menjalani terapi Hemodialisis sebanyak 98 orang.

## **METODE**

Tempat penelitian ini dilakukan di RSUD Abdoel Wahab Sjahranie dan RS Samarinda Medika Citra, menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan fenomenologi.

Pendekatan fenomenologi merupakan pendekatan yang memberikan penjelasan secara rinci berupa deksripsi serta interpretasi dengan menyampaikan intisari yang

berasal dari persepsi, pengetahuan, keyakinan individu terkait apa yang akan diteliti lalu dibuat dalam bentuk narasi (verbatim) yang menghasilkan suatu makna dari persepsi tersebut (Sugiyono, 2009).

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif karena peneliti ingin menggali persepsi perawat dalam perawatan paliatif bagi pasien ESRD yang menjalani hemodialisis. Informan penelitian ini adalah 7 orang perawat unit hemodialisis, yang dipilih dengan *metode purposive and snowball sampling*. Analisa data hasil wawancara semi terstruktur menggunakan tahap analisis *Collaizi*.

## **HASIL**

Pada penelitian ini, metode *collaizi* digunakan unntuk menemukan analisa tematik, yaitu unit analisis yang ditemukan pada transkrip wawancara dianalisis sampai pada menentukan tema. Tema yang didapatkan merupakan persepsi informan yang menggambarkan persepsi perawat dalam perawatan paliatif bagi pasien ESRD yang menjalani hemodialisis.

Dari analisa didapatkan tiga tema yang diperoleh dari beberapa kategori yang didapatkan dengan proses awal koding. Proses analisa diawali dengan mendengarkan hasil wawancara

secara rinci dan berulang agar mendapatkan tema. Tema ini berawal dari proses analisa pada unit analisis yang didapatkan saat wawancara yang didengarkan secara rinci dan berulang agar ditemukan makna yang akan menjadi dasar dalam pembentukan kategori, dari kategori yang ada di kelompokkan ke dalam tema, sehingga pada penelitian ini di temukan tiga tema yaitu: (1) Perawatan paliatif sebagai pendekatan menyeluruh sejak awal di diagnosis yang bertujuan meningkatkan kualitas hidup pasien; (2) Pelaksanaan perawatan paliatif di unit hemodialisis; (3) Persepsi perawat tentang Asuhan Jangka Panjang bagi pasien ESRD yang menjalani hemodialisis.

### **1. Tema 1 : Perawatan Paliatif sebagai Pendekatan Menyeluruh Sejak Awal di Diagnosis yang Bertujuan Meningkatkan Kualitas Hidup Pasien.**

Tema ini diangkat dari tiga kategori yaitu; program perawatan paliatif, tujuan perawatan paliatif, dan perawatan paliatif diberikan pada fase tertentu.

#### **a. Kategori 1 : Program Perawatan Paliatif**

Perawat di unit hemodialisis mengungkapkan bahwa program perawatan paliatif merupakan edukasi, motivasi, konseling, dan

dukungan fisik, psikologis, sosio-spiritual. Ungkapan ini diambil dari partisipan 2,3,5,6,7. Adapun pernyataan yang mewakili hal tersebut adalah sebagai berikut :

*“kita bukan nanganin fisiknya saja tapi psikologis dan mental pasien juga supaya perlahan bisa menerima keadaannya; ada prinsip begini.. kenalilah pasien mu” (P7, line 48-49; line 77-78)*

*“mulai dari edukasi, terus memberikan konseling, mengingatkan mulai dari pola makannya, minumannya, terus caranya mengatasi masalah dirumah” (P6, line 66-67)*

*“bukan hanya dengan obat-obatan dan tindakan medis, tetapi dengan sosial, spiritual; kita kasih support, kita kasih motivasi” (P3, line 16; line 50)*

#### **b. Kategori 2 : Tujuan Perawatan Paliatif**

Perawat di unit hemodialisis mengungkapkan bahwa tujuan perawatan paliatif adalah meningkatkan kualitas hidup, mengontrol dan mengurangi keluhan. Kategori ini diambil dari ungkapan informan 1,4,5,7.

Adapun pernyataan yang mewakili hal tersebut adalah sebagai berikut: *“mungkin konsepnya bukan mengobati atau menyembuhkan, tapi lebih kepada meningkatkan kualitas hidup mereka selama mereka hidup: mengurangi atau mengontrol keluhan-keluhan yang mereka punya; paliatif concern nya memang ke konseling jadi kita bisa fokus ke satu pasien kita bisa total mengkaji sampai mengevaluasi gitukan apa hasilnya itu..”* (P7, line 18-19; line 20-21; line 177-179)

**c. Kategori 3 : Perawatan Paliatif diberikan pada Fase Tertentu**

Perawat di unit hemodialisis mengungkapkan bahwa perawatan paliatif diberikan pada fase tertentu dimana didapatkan dua ungkapan bahwa perawatan paliatif diberikan sejak awal pasien di diagnosis dan pada saat pasien sudah bisa menerima penyakitnya. Kategori ini diambil dari partisipan 2,3,4,5,6. Adapun pernyataan yang mewakili adalah sebagai berikut:

*“dari awal dia di diagnosis penyakitnya”* (P2, line 28)

*“sudah di fase yang bisa menerima penyakitnya”* (P3, line 28-29)

**2. Tema 2 : Pelaksanaan Perawatan Paliatif di Unit Hemodialisis**

Tema ini diangkat dari dua kategori yaitu : belum maksimal dan SOP perawatan paliatif di unit hemodialisis.

**a. Kategori 1 : Belum Maksimal**

Perawat di unit hemodialisis mengungkapkan bahwa pelaksanaan perawatan paliatif di unit hemodialisis sudah dilaksanakan, namun belum maksimal. Kategori ini diambil dari ungkapan partisipan 1,3,4,5,7. Adapun pertanyaan yang mewakili adalah sebagai berikut:

*“sebenarnya sudah kita lakukan; tapi tidak mencakup keseluruhan dan tidak ada timnya itu”* (P1, line 33-34; line 40)

*“kalau dibilang perawatan paliatif kita memang belum; ada masuk tanpa kita sadari, mungkin kita kasih support, kita kasih motivasi gitu kan tapi kalau secara terstruktur, termanajemen yang baik itu kita*

*belum; belum sampai ke spiritual” (P3, line 45; line 48-50; line 68)*

*“di tempat kami tidak ada yang namanya perawatan paliatif yang secara khusus, tapi dari segi pelaksanaan hari-hari itu sudah kami laksanakan” (P4, line 43-44)*

**b. Kategori 2 : SOP Perawatan Paliatif di Unit Hemodialisis**

Perawat di unit hemodialisis mengungkapkan bahwa SOP perawatan paliatif di unit hemodialisis belum ada. Kategori ini diambil dari ungkapan partisipan 1,2,3,4,7. Adapun pertanyaan yang mewakili adalah sebagai berikut: *“SOP belum ada untuk perawatan paliatif” (P1, line 53-54)*

*“SOP untuk sekarang tidak ada” (P2, line 42)*

*“untuk spesifik perawatan paliatif sebenarnya kami belum ada” (P7, line 55-56)*

**3. Tema 3 : Persepsi Perawat tentang Asuhan Jangka Panjang Bagi Pasien ESRD yang Menjalani Hemodialisis**

Tema ini didapatkan dari dua subtema yaitu: intervensi dan kriteria capaian.

**a. Subtema 1 : Intervensi Asuhan Jangka Panjang**

Subtema ini diangkat dari tiga kategori yaitu: edukasi perilaku, menjaga kondisi fisik, dan psiko-spiritual.

**1) Kategori 1: Edukasi Perilaku**

Perawat di unit hemodialisis mengungkapkan bahwa intervensi asuhan jangka panjang bagi pasien ESRD adalah edukasi perilaku. Kategori ini didapatkan dari ungkapan partisipan 1,4,5. Adapun pernyataan partisipan adalah sebagai berikut:

*“jadi bukan hanya dia rutin datang HD nya, tapi dia harus banyak control seperti Hb nya harus terkontrol, pola makannya harus terkontrol, terus juga apa ee kalsiumnya juga harus terkontrol jadi ee semua itu harus dijelaskan semua sama dia bukan hanya HD nya saja yang terkontrol, tapi semuanya harus*

terkontrol, emosinya juga harus terkontrol” (P4, line 124-127)

”mengontrol makanan yang di makan” (P1, line 72)

”mengalami pola hidup sehat, diet” (P4, line 50)

”monitoring dan controlling untuk asupan.. intake makanan maupun cairan” (P5, line 143-144)

## 2) Kategori 2 : Menjaga Kondisi

### Fisik

Perawat di unit hemodialisis mengungkapkan bahwa intervensi asuhan jangka panjang bagi pasien ESRD yang menjalani hemodialisis adalah menjaga kondisi fisik. Kategori ini didapatkan dari ungkapan partisipan 1,3,4. Adapun pernyataan dari informan adalah sebagai berikut:

”rajin cuci darahnya sesuai jadwalnya” (P1, line 70)

”teratur mengikuti terapi hemodialisisnya” (P4, line 51)

”menjalani program rutin terapi HD seminggu 2x, monitor terus berat badan datang dan berat badan pulang” (P3, line 95-97)

## 3) Kategori 3: Psiko-spiritual

Perawat di unit hemodialisis mengungkapkan bahwa intervensi asuhan jangka panjang bagi pasien ESRD adalah dukungan psiko-spiritual. Kategori ini diambil dari ungkapan partisipan 4,5. Adapun pernyataan dari partisipan adalah sebagai berikut :

”ya kita ikut sertakan dengan keluarganya ya mungkin anaknya suaminya atau istrinya atau orangtua nya; kerjasama juga dengan pemuka-pemuka agama” (P4, line 69; line 101)

”terapi supporting.. artinya bukan hanya dari petugas medis tapi juga dengan keluarga.. jadi kita sama-sama dengan keluarga..” (P5, line 94-95)

### b. Subtema 2 : Kriteria Capaian Asuhan Jangka Panjang

Subtema ini diangkat dari dua kategori yaitu: *quality of life* (QOL) dan adaptasi.

### 1) Kategori 1 : Quality of Life (QOL)

Perawat di unit hemodialisis mengungkapkan kriteria capaian asuhan jangka panjang bagi pasien ESRD yang menjalani hemodialisis adalah QOL yang baik. Kategori ini didapatkan dari ungkapan partisipan 2,3,5,7. Adapun pernyataan yang mewakili adalah sebagai berikut:

*“kualitas hidupnya bagus, umurnya bisa panjang-panjang, bisa jadi pasien dengan kehidupan normal yang gak kelihatan seperti pasien HD.. datang sehat pulang sehat..” (P3, line 110-112)*

### 2) Kategori 2 : Adaptasi

Perawat di unit hemodialisis mengungkapkan bahwa kriteria capaian asuhan jangka panjang bagi pasien ESRD adalah pasien bisa beradaptasi dengan kondisinya. Kategori ini didapatkan dari ungkapan partisipan 1,5,6. Adapun pernyataan dari partisipan adalah sebagai berikut:

*“bisa menerima kondisinya, bisa survive dengan penyakitnya; dia bisa lakukan aktifitasnya sehari-*

*hari seperti orang normal” (P1, line 46-47; line 131)*

*“aktifitas ADL secara mandiri, apalagi ditambah dia tetap bekerja” (P5, line 188-189)*

*“minimal ADL nya dia bisa, mampu melakukan aktifitas ringan tanpa ada keluhan lain” (P6, line 129-132)*

## PEMBAHASAN

### 1. Tema 1 : Perawatan Paliatif sebagai Pendekatan Menyeluruh Sejak Awal di Diagnosis yang Bertujuan Meningkatkan Kualitas Hidup Pasien

Tema ini sejalan dengan penelitian (Charley & Jenny, 2018), pasien ESRD yang termasuk pasien penyakit terminal tidak dapat disembuhkan hanya dengan terapi kuratif. Terapi kuratif hanya membantu mengurangi tanda dan gejala yang dirasakan. Kebutuhan pasien terminal adalah perawatan yang membantu mengurangi penderitaan dari proses penyakit secara fisik, sosial dan psikologis.

Dalam penelitian (Utama & Yanti, 2020), perawatan paliatif juga melibatkan keluarga, dukungan keluarga dalam memenuhi kebutuhan spiritual adalah dengan mendoakan pasien bersama-sama, meyakinkan dan memberi motivasi kesembuhan, serta membawa

rohaniawan untuk membimbing pasien secara spiritual.

Perawatan paliatif merupakan sebuah pendekatan yang diberikan untuk meningkatkan kualitas pasien dan keluarga yang menderita penyakit yang tidak dapat disembuhkan lagi yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga melalui pengkajian menyeluruh, mengkaji kondisi pasien secara teratur, penanggulangan dan memberikan dukungan dari fisik, sosial dan psikologis (Ferrell et al., 2015; Yodang, 2015; Gallant & Mori, 2020).

Dalam penelitian ini partisipan menyampaikan persepsinya tentang perawatan paliatif bagi pasien ESRD yang menjalani hemodialisis yang searah dengan teori diatas, bahwa perawatan paliatif merupakan suatu pendekatan yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup, bukan hanya berfokus pada pengobatan penyakit, tetapi perawatan paliatif juga perawatan yang memberikan dukungan motivasi, dukungan sosial dan psiko-spiritual, edukasi, konseling, mengontrol dan mengurangi nyeri dan yang dialami, sampai cara menanggapi bila ada keluhan

dirumah, dimana pelaksanaannya melibatkan keluarga dan pemuka agama sebagai *support system* karena perawatan paliatif bagi ESRD merupakan perawatan jangka panjang. Partisipan juga mengungkapkan salah satu konsenterasi perawatan paliatif adalah konseling, sehingga perawat dapat mengkaji total secara menyeluruh sampai mengevaluasi hasilnya.

## **2. Tema 2 : Pelaksanaan Perawatan Paliatif di Unit Hemodialisis**

Tema ini sejalan dengan penelitian (Adhistry et al., 2016; Gallant & Mori, 2020), Perawat mempunyai peran yang sangat penting dalam perawatan paliatif karena mereka yang paling lama kontak dengan pasien dibandingkan tenaga kesehatan lain. Perawat mempunyai kesempatan melihat perkembangan dan kondisi pasien. Namun karena keterbatasan pengetahuan perawat tentang perawatan paliatif, sehingga pelaksanaannya kurang maksimal. Kurangnya pengetahuan perawat menyebabkan perawatan yang aman dan efektif. Pengetahuan merupakan domain yang paling penting dalam terbentuknya perilaku atau sikap

terbuka tentang perawatan paliatif (Pravitakari, 2017; Donsu, 2017; Gallant & Mori, 2020).

Dalam penelitian ini partisipan menyampaikan terkait pelaksanaan perawatan paliatif dan keterbatasan pelaksanaan yang pada dasarnya searah dengan teori diatas. Bahwa tanpa disadari sebenarnya perawatan paliatif sudah dilakukan pada saat terapi hemodialisis berlangsung, partisipan telah memberikan dukungan dan motivasi, menangani keluhan pasien yang muncul pada saat terapi hemodialisis, selalu giat untuk meningkatkan dan mengedukasi pasien mulai dari penyakit, terapi hemodialisis yang di jalani, pola makan dan pola minum, serta memberikan nomor telepon perawat yang dapat dihubungi 24 jam oleh pasien dan keluarga bila ada hal yang ingin didiskusikan dan bila ada keluhan atau dalam keadaan *urgent*. Partisipan juga memberikan konseling dan edukasi kepada keluarga serta melibatkan keluarga dan pemuka agama sebagai *support system* dalam pemberian dukungan psiko-spiritual dan perawatan paliatif dirumah, dimana menurut partisipan itu sudah menjadi bagian dari perawatan paliatif, walaupun

belum maksimal karena belum ada tim khusus, belum terstruktur dan termanajemen dengan baik, dari bagaimana caranya dan harus dimulai darimana, serta belum ada SOP terkait perawatan paliatif di unit hemodialisis.

### **3. Tema 3 : Persepsi Perawat tentang Asuhan Jangka Panjang bagi Pasien ESRD yang Menjalani Hemodialisis**

Tema ini sejalan dengan (Deni Yasmara et al., 2016), Asuhan Jangka Panjang memberikan manfaat bukan hanya bagi pasien dan keluarga, tetapi juga bagi rumah sakit dan sistem pelayanan kesehatan. Rumah sakit memiliki jumlah kapasitas tempat tidur terbatas, jika pasien stadium terminal masih dirawat di rumah sakit, sementara pasien yang memerlukan tindakan di rumah sakit tidak akan mendapat tempat atau harus mengantri lama. Asuhan Jangka Panjang merupakan pelayanan medis yang diberikan kepada pasien, pelayanan yang diberikan adalah pelayanan medis secara menyeluruh dan memberikan dukungan sosial, emosional, spiritual dengan maksud untuk meringankan rasa sakit pada pasien

dan keluarga. Tujuan yang ingin dicapai dari asuhan jangka panjang adalah perawatan paliatif (manajemen kenyamanan) bukan hanya dari pelayanan kuratif (terapi) saja, tetapi memaksimalkan keduanya. Kelebihan dari asuhan jangka panjang ini dapat diberikan dirumah pasien. Pelaku dalam asuhan terfokus salah satunya adalah seorang pekerja atau sebuah tim yang terlatih atau sukarelawan terlatih, mereka dapat datang ke rumah untuk memberikan perawatan. Tim rumah sakit terdiri dari dokter, perawat, pekerja sosial, rohaniwan, dan relawan yang mengkoordinasikan rencana individual perawatan untuk setiap pasien dan keluarga. Pasien ESRD yang tengah menjalani hemodialisis jangka panjang membutuhkan asuhan jangka panjang yang berfokus pada keadaan umum dan status nutrisi, status anemis, keseimbangan cairan dan elektrolit, kardiovaskular, perawatan diri, dan penerimaan perubahan hidup.

Dalam penelitian ini partisipan menyampaikan persepsinya tentang asuhan jangka panjang bagi pasien ESRD yang menjalani hemodialisis yang terbagi menjadi dua yaitu intervensi dan kriteria capaian. Pada

intervensi partisipan menyampaikan bahwa intervensi yang diberikan mulai dari mengatasi rasa nyeri yang dirasakan pasien, mengontrol makanan yang dimakan pasien, menganjurkan pasien harus menjalani pola hidup sehat dan diet yang sudah dianjurkan, monitoring dan controlling untuk asupan intake makanan maupun cairan pasien, keluarga dan pemuka<sup>2</sup> agama harus ikut serta dalam memberikan dukungan psiko-spiritual agar kualitas hidup pasien ESRD meningkat, dimana intervensi untuk perawatan diri belum ada disampaikan oleh partisipan yang sudah dibahas pada teori di paragraf sebelumnya. Pada kriteria capaian partisipan menyampaikan bahwa asuhan jangka panjang diberikan agar kualitas hidup pasien meningkat, pasien bisa umur panjang, bisa menjadi pasien dengan kehidupan normal yang tidak terlihat seperti pasien hemodialisis, pasien dapat menerima kondisinya dan survive dengan penyakitnya, serta mampu melakukan aktifitas ringan sehari-hari seperti orang normal dan lebih baik lagi jika pasien masih mampu bekerja tanpa ada keluhan, dimana pada bahasan ini searah dengan teori di paragraf

sebelumnya yang menyatakan bahwa maksud dari asuhan jangka panjang bagi pasien ESRD yang menjalani hemodialisis adalah untuk memaksimalkan antara perawatan kuratif dan perawatan paliatif dengan tujuan meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga.

## **PENUTUP**

### **Kesimpulan**

Penelitian ini mendapatkan tiga tema yaitu tema pertama persepsi perawat tentang perawatan paliatif bagi pasien ESRD yang menjalani hemodialisis, tema kedua pelaksanaan perawatan paliatif di unit hemodialisis, dan tema ketiga persepsi perawat tentang asuhan jangka panjang bagi pasien ESRD yang menjalani hemodialisis. Penelitian ini mendapatkan tiga tema yang menggambarkan makna hidup dari partisipan. Perawatan paliatif diberikan sejak awal pasien di diagnosa penyakit ESRD dan terus menerus diberikan seumur hidup selama melakukan terapi hemodialisis dimana perawat mengontrol rasa nyeri dan memberikan asuhan jangka panjang lalu melibatkan keluarga untuk bekerjasama memberikan dukungan psiko-spiritual dalam proses perawatannya, agar pasien

dapat mencapai kualitas hidup yang baik.

## **Saran**

### **1. Bagi Tenaga Kesehatan**

Bagi tenaga kesehatan dapat mempertahankan pelayanan yang sudah ada dan menambah dengan ilmu pengetahuan dan pelatihan perawatan paliatif agar kedepannya dapat meningkatkan kualitas perawatan paliatif bagi pasien ESRD yang menjalani hemodialisis di unit hemodialisa.

### **2. Bagi Rumah Sakit**

Bagi rumah sakit dapat meningkatkan fasilitas dan pelayanan yang diperlukan untuk menunjang kelancaran pelaksanaan perawatan paliatif bagi pasien ESRD yang menjalani hemodialisis di unit hemodialisa.

### **3. Bagi Peneliti Selanjutnya**

Bagi peneliti selanjutnya diharapkan dapat menjelaskan bagaimana pelaksanaan perawatan paliatif dan asuhan jangka panjang bagi pasien ESRD yang menjalani hemodialisis di Unit Hemodialisa, karena penelitian ini menemukan persepsi perawat tentang perawatan paliatif dan asuhan jangka panjang bagi pasien ESRD yang menjalani hemodialisis.

## DAFTAR PUSTAKA

- Deni Yasmara, et al.,(2016).  
*Rencana Asuhan Keperawatan Medikal\_Bedah: Diagnosis NANDA-I 2015-2017 Intervensi NIC Hasil NOC.*Buku Kedokteran EGC:Jakarta
- Lemone, Pricilla, et al.,(2016).  
*Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi % Volume 3.*Buku Kedokteran EGC:Jakarta
- Sugiyono.(2014).  
*Metode Penelitian Pendidikan (Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif dan R&D).*Alfabeta:Bandung
- Aisyah Kartika Sukmawati.(2018).  
*Analisis Faktor Yang Berhubungan Penerimaan Diri Pasien Gagal Ginjal Kronis Yang Menjalani Terapi Hemodialisa Di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya*
- Nur Ilmi.(2016).  
*Analisis Perilaku Perawat Dalam Perawatan Paliatif Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik di RSI Faisal Makassar dan RSUD Labuang Baji Makassar*
- Sheilla Dewi Sadara Widardjo.(2019).  
*Persepsi dan Sikap Tenaga Kesehatan Terkait Penyediaan Layanan Paliatif Bagi Pasien Penyakit Terminal Di Puskesmas Gondokusuman 1 Yogyakarta*
- Ni Ketut Putri Ariyani.(2018).  
*Rumah Singgah Dalam Perawatan Paliatif*
- Dame Lestaria Napitupulu.(2014).  
*Penerapan Teori Peacefull End of Life dan Pengkajian Edmonton Symtom Aseessment System (ESAS) Dalam Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Kanker Kolon Di Rumah Sakit Kanker Dharma Jakarta*
- Kemenkes RI.(2017).  
INFODATIN.[perawat.pdf](#). Jakarta Selatan. ISSN: 2442 7659
- Ghalby, Dinda Julia.(2020).  
*Persepsi Perawat Tentang Komunikasi Antar Profesi di Rumah Sakit Pendidikan Universitas Sumatera Utara*
- Ariyanto, et al.,(2018).  
*Beberapa Faktor Resiko Kejadian Penyakit Ginjal Kronik (PGK) Stadium V pada Kelompok Usia Kurang dari 50 Tahun*

I.B.GDE Ananta Mahasvera et al.,(2020).

*Prevalensi Penyakit Ginjal Kronik Stadium 5 Yang Manjalani Hemodialisis di RSUD Bandung Periode Tahun 2017-2018*

Valerie A Luyckx et al.,(2018).

*The Global Burden of Kidney Disease and The Sustainable Development Goals.*

<https://www.who.int/bulletin/volumes/96/6/17-206441/en/>

Charley et.al.,(2018).


*Studi Fenomenologi Pengalaman Perawat dalam Memberikan Asuhan Keperawatan Paliatif Pada Pasien Dengan Penyakit Terminal di Ruang ICU Rumah Sakit Advent Bandung*

Gallant et.al.,(2020).

*Hubungan Pengetahuan dan Sikap Perawat Tentang Perawatan Paliatif di Rumah Sakit Advent Bamdung.*



Lampiran : Surat Izin Penelitian RS SMC

 **RUMAH SAKIT  
SAMARINDA MEDIKA CITRA**  
Jl KadrieOening No 85 RT 35 Samarinda 75124  
Telp. 0541-727 3000 (Hunting), Fax. 0541-7272 888, UGD 0541-7272911

Nomor : 479/DIR/SMC/XI/2020  
Lampiran : -  
Perihal : Persetujuan Studi Pendahuluan dan Pengambilan Data

**Kepada Yth.  
REKTOR  
ITKES Wiyata Husada  
di -  
Samarinda**

Sehubungan dengan adanya surat permohonan izin melakukan Studi Pendahuluan dan Pengambilan Data mahasiswa jurusan Ilmu Keperawatan ITKES Wiyata Husada ke RS Samarinda Medika Citra, dengan ini kami sampaikan bahwa kami memberikan ijin kepada mahasiswa a/n:

Nama : Gabriell Christien Febbyona Kombong  
NIM : 17.089.089.01  
Program Studi : Ilmu Keperawatan  
Jenjang Studi : S1


Untuk melaksanakan kegiatan Studi Pendahuluan dan Pengambilan Data yang dilanjutkan dengan Penelitian Tugas Akhir di RS Samarinda Medika Citra di Bidang Keperawatan dan Pelayanan Medis periode Desember 2020. Kegiatan tersebut dapat dilaksanakan dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Tidak mengganggu pelayanan RS Samarinda Medika Citra.
2. Mematuhi ketentuan dan prosedur yang telah ditetapkan oleh RS Samarinda Medika Citra.
3. Hasil kegiatan untuk tujuan akademik (tidak untuk dipublikasikan).
4. Menyerahkan laporan hasil kegiatan kepada RS Samarinda Medika Citra melalui bagian Pendidikan dan Pelatihan (DIRLAT) paling lambat 1 (satu) bulan setelah selesai pelaksanaan penelitian.
5. Kegiatan ini dimulai setelah proses administrasi selesai.
6. Bersedia mempresentasikan hasil kegiatan sesuai kebutuhan RS Samarinda Medika Citra dengan waktu yang telah ditentukan berdasarkan kesepakatan bersama.
7. Proses administrasi diselesaikan 3 (hari) sebelum melakukan Studi Pendahuluan dan Pengambilan Data.
8. Apabila Mahasiswa harus melakukan kegiatan secara *onsite* maka wajib melakukan Test CLIA yang biayanya ditanggung oleh mahasiswa.
9. Dalam proses kegiatan secara *onsite*, pihak RS Samarinda Medika Citra akan menyiapkan GOWN APD kepada mahasiswa, untuk APD lain seperti Nurse cap, *Face shield*, masker, *gloves* dll disiapkan oleh mahasiswa.

Untuk memperoleh keterangan lebih lanjut sebelum melaksanakan kegiatan, ybs dapat menghubungi unit Diklat a/n Chindy Pranadia Sandy, S ST (0853 - 9128 - 4273)

Demikian surat ini kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terimakasih.

Samarinda, 30 November 2020  
**RS Samarinda Medika Citra**  
Direktur

  
**Dr. Teguh Nurwanto, MARS,**  
SARINDA MEDIKA CITRA

Tembusan  
1. SDM  
2. Sekretariat

Lampiran : Surat Izin Penelitian dari RSUD Abdoel Wahab Sjahranie

 PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TIMUR  
**RSUD ABDOEL WAHAB SJAHRANIE**  
Jalan Palang Merah Indonesia No. 1 Telp. (0541) 738118 (Hunting System) Fax. (0541) 741793  
SAMARINDA 75123  
E-mail: rsudaws@gmail.com

Samarinda, 13 Juli 2021

Nomor : 070/Diklit/2021/VII/2021  
Lamp : --  
Perihal : Persetujuan Ijin Observasi Data

Kepada Yth,  
Wakil Rektor I  
ITKES WHS Samarinda  
Di -  
Samarinda

Sehubungan dengan surat dari Wakil Rektor I ITKES Wiyata Husada Samarinda Nomor:1069.1/ITKES-WHS/LT/2021 Tanggal 21 Juni 2021, perihal Permohonan ijin Penelitian bersama ini kami sampaikan bahwa:

Pada prinsipnya kami dapat menerima Penelitian Mahasiswa S1 Ilmu Keperawatan ITKES Wiyata Husada Samarinda an.

No	Nama	Judul
1.	Gabriell Christien Febbyona K NIM: 1708908901	Persepsi Perawat Dalam Perawatan Paliatif Bagi Pasien End Stage Renal Disease Yang Menjalani Hemodialisis

untuk melaksanakan Penelitian di RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda;

- Selama melaksanakan kegiatan tersebut, wajib mematuhi ketentuan protokol kesehatan dan tata tertib yang berlaku di RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda.
- Jika ada pembiayaan penunjang yang terkait dengan penelitian (Laboratorium dan Radiologi) dibiayai oleh peneliti yang bersangkutan.
- Sebelum melaksanakan kegiatan agar menghubungi Ka. Bidang Diklit & Mutu RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda.

Demikian kami sampaikan, atas kerja sama yang baik diucapkan terima kasih.

  
Direktur RSUD AWS  
Dr. David Hariadi Masjhoer, Sp.OT, M.K.M (Mars)  
NIP. 19650314 199803 1 001



Lampiran :

### Lembar Persetujuan Menjadi Partisipan

Setelah mendapat penjelasan dari peneliti, maka dengan ini saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :  
Usia :  
Jenis Kelamin :  
Pendidikan :

Menyatakan bersedia berpartisipasi sebagai partisipan dalam penelitian yang berjudul:

Persepsi Perawat dalam Penyediaan Perawatan Paliatif bagi Pasien *End Stage Renal Disease* yang Menjalani Hemodialisis.

Saya mengerti dan memahami bahwa penelitian ini tidak akan merugikan bagi saya, serta segala informasi yang saya berikan akan dijamin kerahasiannya oleh peneliti. Oleh karena itu saya akan memberikan jawaban yang sebenar-benarnya.

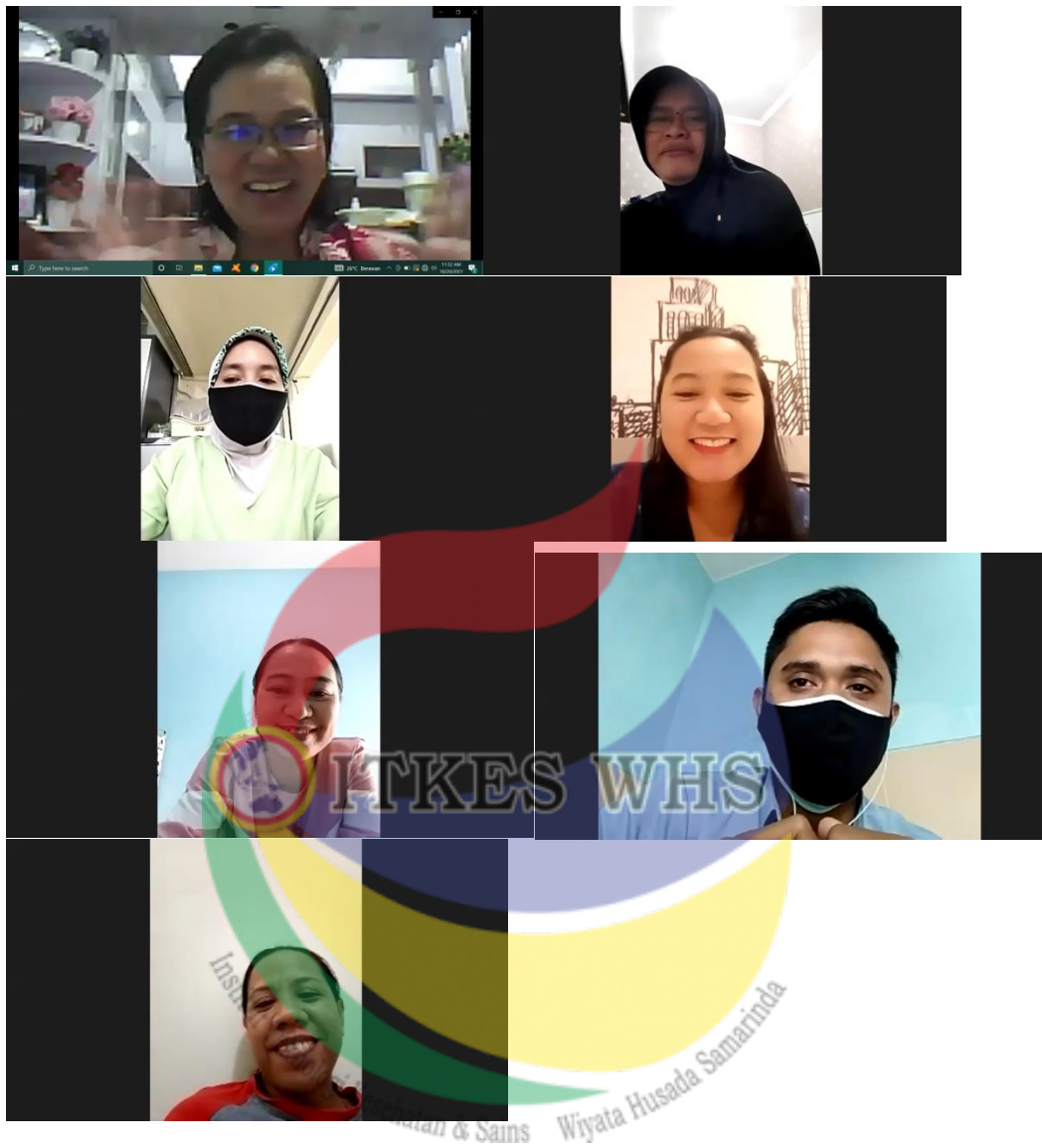
Saya juga berhadap pada hasil penelitian ini akan menjadi bahan masukan bagi semua kalangan baik perawat, pihak pendidikan, pihak rumah sakit dan lainnya, oleh karena itu jawaban yang akan saya berikan adalah sebenar-benarnya.

Samarinda, 2021

Partisipan,

(.....)

Lampiran : Screenshot wawancara via zoom meeting dengan partisipan

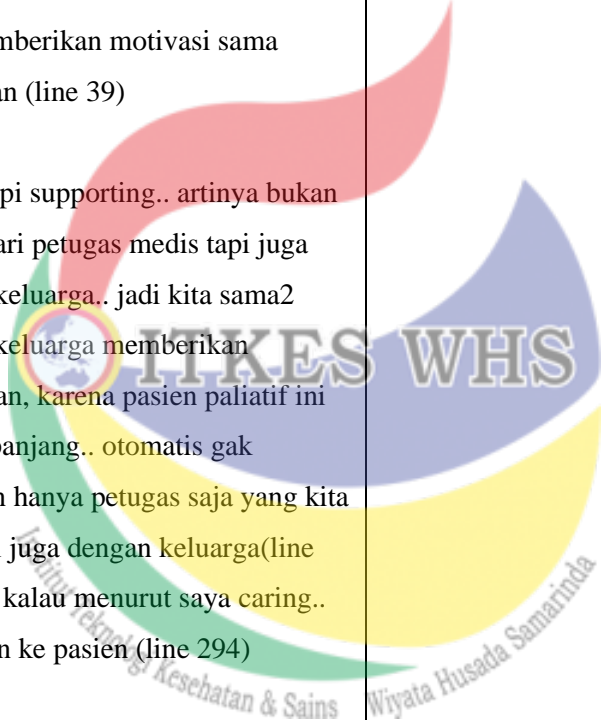


Lampiran : Pedoman Wawancara

Pertanyaan	Probbing
1. Apa yang anda ketahui tentang perawatan paliatif?	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Apa yang anda ketahui tentang perawatan paliatif ?</li> <li>b. Menurut anda, perawatan paliatif cocok diberikan pada pasien dalam keadaan apa ?</li> <li>c. Menurut anda, kapan saat yang tepat perawatan paliatif diberikan kepada pasien ?</li> </ul>
2. Apa yang anda ketahui tentang perawatan paliatif bagi pasien ESRD yang menjalani HD?	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Apakah perawatan paliatif perlu diberikan kepada pasien ESRD yang menjalani HD?</li> <li>b. Apakah perawatan paliatif sudah pernah diterapkan dan diberikan kepada pasien ESRD yang menjalani terapi HD dirumah sakit ini?</li> <li>c. Menurut anda, seberapa penting peran perawatan paliatif dalam meningkatkan kualitas hidup pasien ESRD?</li> <li>d. Apakah pernah ada rencana untuk pembentukan tim perawatan paliatif bagi pasien-pasien tersebut?</li> <li>e. Sejauh ini apa yang menjadi kendala dalam penyediaannya?</li> </ul>
3. Apa yang anda ketahui tentang asuhan jangka panjang bagi pasien ESRD yang menjalani HD?	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Apa yang anda ketahui tentang asuhan jangka panjang pada pasien ESRD yang menjalani HD ?</li> <li>b. Menurut anda, berapa lama asuhan jangka panjang tersebut diberikan?</li> <li>c. Menurut anda, apa saja yang menjadi asuhan jangka panjang pada pasien ESRD yang menjalani HD?</li> <li>d. Menurut anda, bagaimana kriteria capaian dari asuhan jangka panjang tersebut?</li> <li>e. Apakah pernah ada rencana untuk pembentukan tim pemberi asuhan jangka panjang bagi pasien-pasien tersebut?</li> <li>f. Apa yang menjadi kendala dalam penyediaan asuhan jangka panjang tersebut?</li> </ul>

Lampiran : Verbatim wawancara


No	Kategori	Tema
1.	<p>P1 : yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien itu sendiri (line 17-18)</p> <p>P5 : supaya kualitas hidupnya tetap terjaga (line 37)</p> <p>P4 : bagaimana cara mereka meningkatkan kualitas hidupnya (line 35-36); maka kualitas hidup mereka juga akan baik (line 51-52)</p> <p>P7 : mungkin konsepnya bukan mengobati atau menyembuhkan, tapi lebih kepada meningkatkan kualitas hidup mereka selama mereka hidup (line 18-19). mengurangi atau mengontrol keluhan yang mereka punya, lebih disitu.. (line 20-21). paliatif itu concern nya emang ke konseling jadi kita bisa fokus ke satu pasien kita bisa total mengkaji sampai mengevaluasi gitukan apa hasilnya itu.. (line 177-179)</p>	<p><b>Tujuan Perawatan Paliatif</b></p>
2.	<p>P3 : : bukan hanya dengan obat2an dan tindakan medis, tetapi dengan sosial, spiritual (line 16); kasih support, kita kasih motivasi (line 50)</p> <p>P4 : pasien yang namanya gagal ginjal terminal itu sangat membutuhkan dukungan, bukan</p>	<p><b>Bentuk Perawatan Paliatif bagi pasien ESRD</b></p>

<p>hanya pasien aja yang diberikan dukungan, tapi keluarganya juga (line 34-35); ya kita ya ikut sertakan dengan keluarganya ya mungkin anaknya suaminya atau istrinya atau orang tuanya (line 97-100); bagaimana cara kita pendekatan kita kepada pasien dan keluarga (line 69); kerjasama juga dengan pemuka2 agama (line 101)</p> <p>P2 : memberikan motivasi sama dukungan (line 39)</p> <p>P5 : terapi supporting.. artinya bukan hanya dari petugas medis tapi juga dengan keluarga.. jadi kita sama2 dengan keluarga memberikan perawatan, karena pasien paliatif ini jangka panjang.. otomatis gak mungkin hanya petugas saja yang kita ajak tapi juga dengan keluarga(line 94-98); kalau menurut saya caring.. perhatian ke pasien (line 294)</p> <p>P6 : mulai dari edukasi, terus memberikan konseling, <b>mengingatkan mulai dari pola makannya, minumannya</b>, terus caranya mengatasi masalah dirumah. (line 66-67)</p> <p>P7 : kita bukan nanganin fisiknya doang tapi psikologis sama mentalnya</p>	
--	---

	<p>pasien juga supaya perlahan bisa menerima keadaannya, gitu.. (line 48-49)</p> <p>ada prinsip begini, kenalilah pasien mu (line 77-78).</p>	
<p>3.</p>	<p>P1 : bisa menerima kondisinya saat ini, dia bisa survive dengan penyakitnya (line 46-47) ; rutin cuci darahnya sesuai jadwalnya (line 70), <b>mengontrol makanan yang di makan (line 72)</b>, bisa beradaptasi dgn kondisinya (line 73), hipertensinya terkontrol (line 74)</p> <p>P2 : mengatasi nyeri (line 36), nyerinya gak terasa (line 38); mereka lebih semangat, gak putus asa, semangat untuk hidup (line 52-54).</p> <p>P4 : <b>mengalami pola hidup sehat, diet</b>, terus teratur mengikuti terapi hemodialisisnya. (line 50-51)</p> <p>P6 : pasien itu mampu bertahan; mampu menjalani hidupnya mungkin bisa melakukan secara mandiri, minimal ADLnya dia bisa mampu melakukan aktifitas ringan setiap harinya, tanpa ada keluhan lain (line 129-132)</p> <p>P5 : pasien bisa membatasi asupan makanan dan cairan (line 100); <b>monitoring dan controlling untuk</b></p>	<p><b>Kriteria capaian Perawatan Paliatif bagi pasien ESRD</b></p>

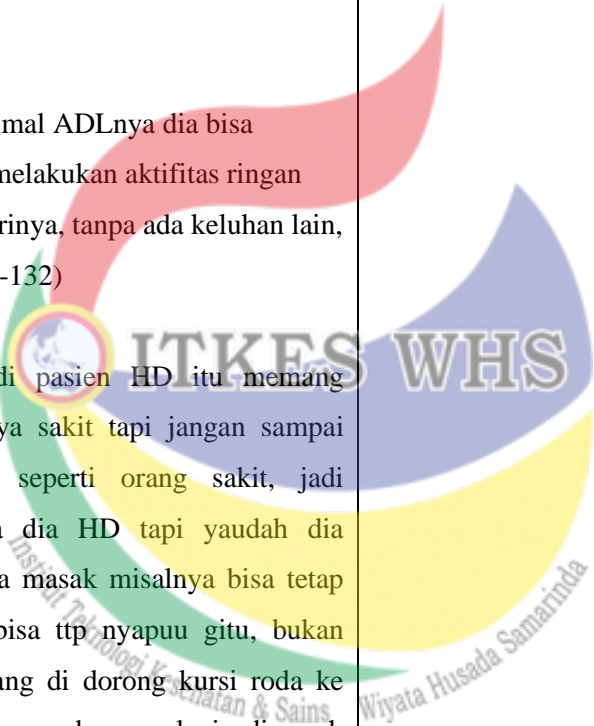
	<p><b>asupan.. intake makanan maupun cairan</b> (line 143-144); kalau menurut saya caring.. perhatian ke pasien, itu sebenarnya lebih dari yang kita bayangkan.. kadang ada pasien yang mau ditusuk sama mantri ini aja, atau suster ini ajaa.. karena disitu dia merasa caring, karena ketika dia ditusuk tidak sakit. ( line 294-298)</p> <p>P7 : kualitas hidupnya harus meningkat (line 222) siap menerima kapan dia meninggal tapi dengan cara yang bermartabat yaa.. (line 149-150)</p>	
4.	<p>P1 : pasien yang sudah tidak dapat disembuhkan lagi (line 21-22)</p> <p>P2 : dari awal di diagnosis penyakitnya (line 28).</p> <p>P3 : udah di fase yang bisa menerima penyakitnya. (line 28-29)</p> <p>P4 : sejak dia di diagnose penyakit kronis. (line 58)</p> <p>P5 : walaupun tidak terjadi penurunan kondisi, tetapi sudah harus mengarah kesana (perawatan paliatif). (line 36-37)</p> <p>P6 : sedini mungkin, tidak tunggu kalau dia mau meninggal. (line 27)</p>	<p><b>Perawatan Paliatif diberikan pada fase tertentu.</b></p>

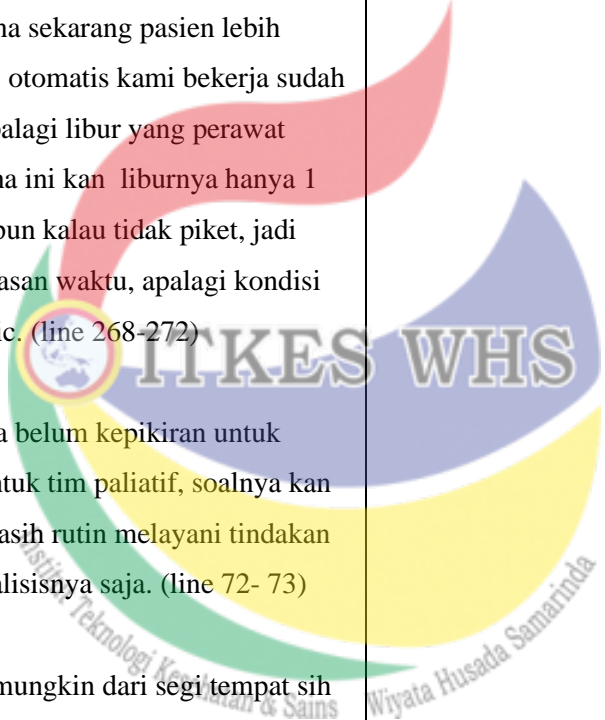
<p>5.</p>	<p>P1 : iya perlu</p> <p>P2 : perlu</p> <p>P3 : sebenarnya sih perlu yaa</p> <p>P4 : sangat perlu</p> <p>P5 : bukan perlu, tapi harus</p> <p>P6 : saya setujuanya kalau pandangan saya sih untuk pasien ESRD itu bagusnya menggunakan teori adaptif, nahh kecuali memang dia sudah dalam kondisi yang berat, meskipun dilakukan HD tidak ada perbaikan yaaa itu kita bisa terapkan teori paliatif care</p>	<p><b>Pasien ESRD perlu diberikan perawatan paliatif.</b></p>
<p>6.</p>	<p>P1 : sebenarnya sudah kita lakukan (line 33-34), tapi tidak mencakup keseluruhan, dan tidak ada timnya itu (line 40)</p> <p>P3 : kalo dibilang perawatan paliatif kita memang belum (line 45); ada masuk tanpa kita sadari, mungkin kita kasih support, kita kasih motivasi gitu kan tapi kalau secara terstruktur termanajemen yang baik itu kita beelum (line 48-50); belum ada yang sampai ke spiritual.(linne 68)</p> <p>P4 : di tempat kami tidak ada yang namanya perawatan paliatif yang secara khusus, tapi dari segi</p>	<p><b>Pelaksanaan Perawatan Paliatif di Unit HD. (belum terlaksana sepenuhnya)</b></p>

	<p>pelaksanaan hari-hari itu sudah kami laksanakan (line 43-44)</p> <p>P5 : sudah, dengan melakukan hemodialisa kan termasuk terapi paliatif sebenarnya. karena kan terapinya seumur hidup ya (line 67-68); tapi untuk tim khusus untuk paliatif untuk yang keseluruhan itu belum terbentuk.(line 108-109)</p> <p>P6 : saya setujuanya kalau pandangan saya pasien ESRD itu bagusnya menggunakan teori adaptif, nahh kecuali memang dia sudah dalam kondisi yang berat, meskipun dilakukan HD tidak ada perbaikan yaaa itu kita bisa terapkan teori paliatif care. (line 49-53)</p> <p>P7 : : belum pernah sih, belum tau persis lahh gimana caranya, ataupun dimulai darimana, tapi ya sebatas memotivasi pasien aja, menangani keluhan pasien yang muncul pada saat itu, sama berusaha supaya si pasien itu gak makin nge drop ke kondisi yang lebih parah.. mungkin sebatas itu selama ini.. (line 59-62)</p>	
7.	<p>P1 : ya sangat penting</p> <p>P2 : sangat penting</p> <p>P3 : sangat penting</p>	<p><b>Pentingnya perawatan paliatif bagi pasien ESRD yang menjalani HD.</b></p>

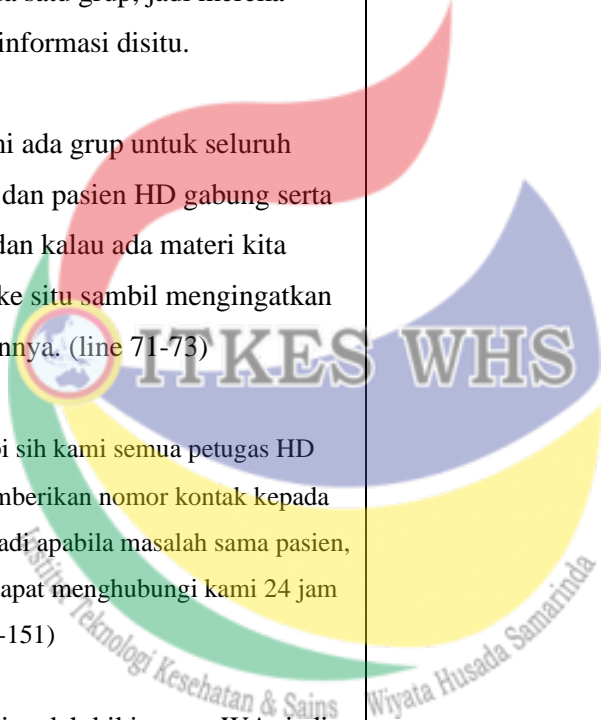
	<p>P4 : sangat penting</p> <p>P5 : sangat penting</p>	
8.	<p>P1 : SOP belum ada untuk perawatan paliatif (line 53-54)</p> <p>P2 : SOP untuk sekarang tidak ada (line 42)</p> <p>P3 : belum ada (line 83)</p> <p>P4 : belum ada (line 64)</p> <p>P7 : untuk spesifik perawatan paliatif sebenarnya kami belum ada.. ( line 55-56)</p>	<b>SOP perawatan paliatif.</b>
9.	<p>P1 : motivasinya, asuhannya (line 101), edukasi dan informasi (line 103), akses hemodialisis (line 58-59)</p> <p>P2 : penkes (line 70)</p> <p>P3 : menjalani program rutin terapi HD seminggu 2x, monitor terus berat badan datang berat badan pulang; manajemen nutrisi (line 95-97); obat2an rutin yang dikonsumsi. (line 101)</p> <p><b>P4 : Hb, pola makannya, kalsiumnya, emosinya terkontrol. (line 124, 125, 127)</b></p>	<b>Asuhan jangka panjang bagi pasien ESRD yang menjalani HD.</b>

	<p><b>P5 : asuhan untuk dirumah juga penting, monitoring dan controlling untuk asupan makanan maupun cairan, akses untuk hemodialisis.</b></p> <p>P6 : setiap bulan itu harus control ke dokternya, edukasi ke pasien menjaga pola hidupnya, mulai dari makannya, terus aktifitasnya juga, maksudnya aktifitas2 mana yang membuat pasien kelelahan. (line 91-95)</p> <p>P7 : banyak ke edukasinya, ke konselingnya, gimana caranya ngatur minumnya, ngatur makannya, gitu.. supaya gak overload (line 112-113). aku pikir sekarang sih karena jamannya juga udah modern mungkin ini, kayak <i>telenursing</i> yaa.. entah video call terjadwal, kita cek berapa dia minum berapa dia buang air kecilnya, gimana cara dia ngontrol hausnya, lebih kesitu sih.. (line 133-135).</p>	
10.	<p>P1 : bisa beradaptasi dengan kondisinya ((line 120-121), dia bisa lakukan aktifitasnya sehari-hari seperti orang normal (line 131)</p> <p>P2 : merasa nyaman selama dilakukan tindakan HD, pasiennya menerima apa yang di sampaikan oleh perawat</p>	<p><b>Kriteria capaian dari Asuhan Jangka Panjang bagi pasien ESRD yang menjalani HD.</b></p>

	<p>(line 85-87)</p> <p>P3 : kualitas hidupnya bagus, umurnya bisa panjang2, bisa jadi pasien dengan kehidupan normal yang gak kelihatan seperti pasien HD. datang sehat, pulang sehat. (line 110-112)</p> <p>P5 : kualitas hidup terjaga (line 183), aktifitas ADL secara mandiri, apalagi ditambah dia tetap bekerja (line 188-189).</p> <p>P6 : minimal ADLnya dia bisa mampu melakukan aktifitas ringan setiap harinya, tanpa ada keluhan lain, (line 129-132)</p> <p>P7 : jadi pasien HD itu memang kondisinya sakit tapi jangan sampai Nampak seperti orang sakit, jadi ibaratnya dia HD tapi yaudah dia tetap bisa masak misalnya bisa tetap cucian, bisa ttp nyapuu gitu, bukan hanya yang di dorong kursi roda ke HD pulang dorong lagi dirumah hanya baring duduk gitu.. (line 224-227).</p>	
11.	<p>P1 : kendalanya kita ini petugas itu sangat terbatas, dinas aja kadang pasiennnya sampe 30, petugasnya hanya 3 sampai 4 orang saja. (line 159-160)</p>	<p><b>Alasan dan kendala penyediaan Asuhan Jangka Panjang bagi pasien ESRD yang menjalani HD.</b></p>

<p>P3 : karena kalau pasien2 HD sudah pasti kita rutin ketemu seminggu 2x, bahkan ada yang 3x. (line 131-132)</p> <p>P4 : karena perawatan paliatif harusnya berlanjut ke rumah. Tapi kami dengan pasien ESRD ini rutin ke rumah sakit setiap seminggu 2x jadi kami bisa memberikan perawatan paliatif dirumah sakit. (LINE 86-90)</p> <p>P5 : karna sekarang pasien lebih banyak , otomatis kami bekerja sudah lelah, apalagi libur yang perawat pelaksana ini kan liburnya hanya 1 kali itu pun kalau tidak piket, jadi keterbatasan waktu, apalagi kondisi pandemic. (line 268-272)</p> <p>P6 : saya belum kepikiran untuk membentuk tim paliatif, soalnya kan disini masih rutin melayani tindakan hemodialisisnya saja. (line 72- 73)</p> <p>P7 : ya mungkin dari segi tempat sih gitu, jadi tempat konselingnya mungkin gitu, dari segitu waktunya, sama yang pastis umber dayanya gitu.. perawat siapa nih yang diberi tugas untuk itu, apakah perlu pelatihan karena kan kita menyampaikan sesuatu jadi konselor itu juga gak sembarangan.. (line 96-100).</p>	
--	---

<p>12.</p>	<p>P1 : keluhan pasca HD, badan lemah (line 111), glucose turun (line 115), simino bermasalah (line 59-60)</p> <p>P2 : sesak nafas (line 81)</p> <p>P3 : paling sering keluhan sesak (line 161), akses CDL resiko perdarahan (line 164), beberapa pasien keluhan demam (line 165)</p> <p>P4 : ureum nya tinggi, rasa gatal dibadan, (line 132); kulit kering, anemi (line 134); <i>body image</i>, disfungsi seksual. (line 53)</p> <p>P5 : sesak napas, siminonya bocor (line 222 dan 227)</p> <p>P6 : sesak nafas, pusing, lemah, untuk pasien2 baru banyak yang mengeluh demam, gampang kelelahan, mual dan muntah. (line 158-161)</p> <p>P7 : sesak nafas sih ( line 195)</p>	<p><b>Keluhan pasca HD.</b></p>
<p>13.</p>	<p>P1 : berikan informasi apa penyebab dari gatal2 itu. bisa karena ureum yang tinggi, ya kita anjurkan dia untuk rutin HD, kemudian biasanya ya orang HD kulitnya kering tuh akan menambah rasa gatal, gunakan lotion aja, untuk mengurangi kulit yang kering itu tadi. (line 167-173)</p>	<p><b>Pruritus dan penanganannya.</b></p>

	<p>P4 : dioles pake minyak kelapa murni atau minyak zaitun (line 141-142)</p> <p>P5 : oles lidah buaya (line 240), tidak menyarankan untuk menggaruk, karena menggaruk kan takutnya tambah infeksi. (line 242-243)</p>	
14.	<p>P1 : kalau WA mereka ada. Misalnya senin kamis ada satu grup, selasa jumat ada satu grup, jadi mereka berbagi informasi disitu.</p> <p>P2 : kami ada grup untuk seluruh perawat dan pasien HD gabung serta dokter, dan kalau ada materi kita sharing ke situ sambil mengingatkan ke pasiennya. (line 71-73)</p> <p>P3 : . tapi sih kami semua petugas HD pasti memberikan nomor kontak kepada pasien.. jadi apabila masalah sama pasien, mereka dapat menghubungi kami 24 jam (line 149-151)</p> <p>P4 : kami sudah bikin grup WA. jadi begitu ada hasil lab atau ada keluhan mereka melaporkan di grup. (line 153-154)</p> <p>P5 : kalau grup sudah ada, mereka sudah punya, dan dari kami ada yang tergabung.(line 253-254)</p>	<p><b>Komunikasi via Whatsapp dan nomor handphone.</b></p> 

	<p>P6 : pasien mempunyai kontak nomor perawat WA atau nomor telepon jika pasien dirumah mengalami masalah, jadi pasien bisa menghubungi perawatnya. (line 148-152)</p> <p>P7 : jadi mereka bisa menyampaikan keluhan mereka di grup atau pun langsung pc ke kami, entah itu kendalanya ataupun keluhannya dirumah.. terus pasien itu selalu nyampaikan juga jika ada keluhan, kalau misalnya ada yang kurang nyaman dan sekiranya urgent gakbisa ditahan gitu ya sebaiknya langsung ke IGD gitu untuk kalau misalnya butuh perawatan lebih lanjut.. gitu sih (line 188-193)</p>	

