

TESIS

**MODEL PERENCANAAN PERAWATAN AKHIR HAYAT (PPAH)
UNTUK PERUBAHAN PERSEPSI, KECEMASAN, DAN
KEPATUHAN KLIEN *CHRONIC KIDNEY DISEASE*
(CKD) YANG MENJALANI HEMODIALISIS**



Oleh:

Caturia Sasti Sulistyana

NIM. 131514153007

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2017**

TESIS

STATE TAYAN KHENA MATAWARINI MAAMAH...
MAD MABAMEDON...
... (DMD)

1990

... 1990

... 1990

... 1990

... 1990

... 1990

... 1990

... 1990

HALAMAN PRASYARAT GELAR

**MODEL PERENCANAAN PERAWATAN AKHIR HAYAT (PPAH) UNTUK
PERUBAHAN PERSEPSI, KECEMASAN, DAN KEPATUHAN
KLIEN *CHRONIC KIDNEY DISEASE* (CKD) YANG
MENJALANI HEMODIALISIS**

TESIS

Untuk Memperoleh Gelar Magister Keperawatan (M.Kep)

Dalam Program Studi Magister Keperawatan

Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Oleh:

**CATURIA SASTI SULISTYANA
NIM. 131514153007**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2017

KATA PENGANTAR

KEPERAWATAN PERAWATAN KATA PENGANTAR
KATA PENGANTAR PERAWATAN PERAWATAN
KATA PENGANTAR PERAWATAN PERAWATAN
KATA PENGANTAR PERAWATAN PERAWATAN
KATA PENGANTAR PERAWATAN PERAWATAN

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI
DAFTAR ISI
DAFTAR ISI
DAFTAR ISI

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI
DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR

KATA PENGANTAR

KATA PENGANTAR

KATA PENGANTAR

KATA PENGANTAR

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Caturia Sasti Sulistyana

NIM : 131514153007

Tanda Tangan :



Tanggal : 25 Juli 2017

LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING TESIS

MODEL PERENCANAAN PERAWATAN AKHIR HAYAT (PPAH) UNTUK
PERUBAHAN PERSEPSI, KECEMASAN, DAN KEPATUHAN
KLIEN *CHRONIC KIDNEY DISEASE* (CKD) YANG
MENJALANI HEMODIALISIS

Caturia Sasti Sulistyana
NIM. 131514153007

TESIS INI TELAH DISETUJUI
PADA TANGGAL 25 JULI 2017

Oleh:
Pembimbing Ketua



Prof. Dr. Suhartono Taat Putra, dr, MS
NIP. 194806021981031002

Pembimbing Kedua



Dr. Padoli, S.Kp, M.Kes
NIP. 196807011992031003

Mengetahui,
Ketua Program Studi Magister Keperawatan UNAIR



Dr. Tintin Sukartini, S.Kp, M.Kes
NIP. 197212172000032001

LEMBAR PENGESAHAN TESIS

Hasil Tesis ini diajukan oleh:

Nama : Caturia Sasti Sulistyana

NIM : 131514153007

Program Studi : Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Judul : Model Perencanaan Perawatan Akhir Hayat (PPAH) untuk Perubahan Persepsi, Kecemasan, dan Kepatuhan Klien *Chronic Kidney Disease* (CKD) yang Menjalani Hemodialisis

Tesis ini telah diuji dan dinilai
Oleh panitia penguji pada
Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga
Pada Tanggal 25 Juli 2017

Panitia penguji :

1. Ketua : Dr. Joni Haryanto, S.Kp., M.Si

(.....)

2. Penguji I : Prof. Dr Suhartono Taat Putra, dr. MS

(.....)

3. Penguji II : Dr. Padoli, S.Kp., M.Kes

(.....)

4. Penguji III : Puji Rahayu, S.Kep.Ns., M.Kep

(.....)

5. Penguji IV : Atika, S.Si., M.Kes

(.....)

Mengetahui,
Ketua Program Studi Magister Keperawatan UNAIR



Dr. Tintin Sukartini, S.Kp, M.Kes
NIP. 197212172000032001

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, karena berkat Rahmat dan Karunia-Nya penyusun dapat menyelesaikan tesis dengan judul “MODEL PERENCANAAN PERAWATAN AKHIR HAYAT (PPAH) UNTUK PERUBAHAN PERSEPSI, KECEMASAN, DAN KEPATUHAN KLIEN *CHRONIC KIDNEY DISEASE* (CKD) YANG MENJALANI HEMODIALISIS”. Ucapan terima kasih penulis sampaikan kepada yang terhormat Prof. Dr. Suhartono Taat Putra, dr. MS selaku pembimbing pertama dan Dr. Padoli, S.Kp, M.Kes selaku pembimbing kedua yang penuh perhatian, kesabaran dalam meluangkan waktu, serta memberikan arahan dan motivasi dalam penyelesaian tesis ini.

Penulis dapat menyelesaikan tesis ini, juga tidak terlepas dari bantuan dan kerjasama dari berbagai pihak, maka perkenankan penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. dr. Adi Wirachjanto, M.Kes, selaku Direktur RSUD Haji Surabaya, serta Diklat RSUD Haji Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan penelitian pada Program Studi Magister Keperawatan
2. Dr.dr.Gunawan, Sp.Pd. FINASIM, selaku kepala Instalasi Hemodialisis RSUD Haji Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan penelitian pada Program Studi Magister Keperawatan
3. Ibu Sri Sunaryati, S.ST, selaku kepala ruangan serta seluruh pengelola dan klien di ruang Hemodialisis RSUD Haji Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan penelitian pada Program Studi Magister Keperawatan.
4. Prof. Dr. Mohammad Nasih, SE.MT.CMA. Ak selaku Rektor Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Magister Keperawatan.
5. Prof. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons), selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan arahan, kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

6. Dr. Tintin Sukartini, S.Kp, M.Kes, selaku Ketua Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Magister Keperawatan.
7. Seluruh pengajar dan staf akademika Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Magister Keperawatan.
8. Mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Angkatan VIII yang selalu kompak, saling mendukung dan mendoakan dalam penyelesaian tesis ini.
9. Bapak, ibu, kakak, dan keponakan yang selalu memberikan doa, semangat, dan bantuan moril maupun materiil dalam menyelesaikan tesis ini.

Semoga Allah SWT membalas kebaikan semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan, dan bantuan dalam menyelesaikan tesis ini. Penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu saran dan kritik sangat diharapkan demi penyempurnaan tesis selanjutnya.

Surabaya, Juli 2017

Penulis

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai civitas akademik Universitas Airlangga, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Caturia Sasti Sulistyana
NIM : 131514153007
Program Studi : Magister Keperawatan
Departemen : Keperawatan Medikal Bedah
Fakultas : Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

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

“Model Perencanaan Perawatan Akhir Hayat (PPAH) untuk Perubahan Persepsi, Kecemasan, dan Kepatuhan Klien *Chronic Kidney Disease* (CKD) yang Menjalani Hemodialisis”

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non eksklusif ini Universitas Airlangga berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat : Surabaya

Pada tanggal : 25 Juli 2017

Yang menyatakan



Caturia Sasti Sulistyana

RINGKASAN

MODEL PERENCANAAN PERAWATAN AKHIR HAYAT (PPAH) UNTUK PERUBAHAN PERSEPSI, KECEMASAN, DAN KEPATUHAN KLIEN *CHRONIC KIDNEY DISEASE* (CKD) YANG MENJALANI HEMODIALISIS

Oleh: Caturia Sasti Sulistyana

Kecemasan sering ditemukan terjadi pada klien *Chronic Kidney Disease* (CKD) yang menjalani hemodialisis. Kecemasan berlebih yang tidak teratasi akan menurunkan mood dan motivasi menjalankan hemodialisis, meningkatkan morbiditas (kesakitan) dan mortalitas (kematian) dini. Kondisi ini membutuhkan perawatan lanjut dengan pendekatan psikoedukatif-supportif untuk meningkatkan penerimaan klien pada kondisinya. Oleh karena itu dikembangkan Model Perencanaan Perawatan Akhir Hayat (PPAH) berbasis Psikoneuroimunologi (PNI), yang terinspirasi dari intervensi *Advance Care Planning* (ACP). Tujuan dari penelitian ini adalah mengembangkan intervensi untuk mengubah persepsi negatif klien pada hemodialisis sehingga menurunkan kecemasan dan meningkatkan kepatuhan mereka terhadap regimen terapi.

Penelitian ini menggunakan desain penelitian operasional 3 tahap untuk mendapatkan solusi optimal melalui metode ilmiah untuk memformulasikan dan merumuskan ke dalam pemodelan matematis, yaitu 1) identifikasi masalah dengan pendekatan kualitatif, 2) diskusi pakar, 3) uji coba model. Tahap satu identifikasi masalah mengenai pengetahuan, perasaan, strategi koping, dukungan sosial klien CKD yang menjalani hemodialisis dengan pendekatan kualitatif pada empat orang partisipan yang memenuhi kriteria inklusi penelitian. Tahap dua pengembangan model sesuai hasil penelitian tahap 1, studi literatur, dan diskusi pakar yang didasarkan pada Psikoneuroimunologi (PNI). Tahap tiga validasi efektifitas model yang telah terbangun dengan desain penelitian *quasy experiment* pada 18 responden pada kelompok perlakuan dan 18 responden pada kelompok kontrol.

Hasil tahap 1 dan 2 didapatkan konsep terapi, pengetahuan, dukungan, dan tuntunan, yang kemudian diintegrasikan dengan konsep dan teori keperawatan dari studi literatur ke dalam pemodelan PPAH, yaitu konsep spiritualitas, komunikasi terapeutik, Model Pemberdayaan Keluarga (*Family Empowerment*), serta teori keperawatan Transpersonal Caring Jean Watson, dan *Peaceful End-of-Life* Ruland & Moore. Hasil uji statistik bivariat menunjukkan ada perubahan persepsi positif, penurunan kecemasan, dan peningkatan kepatuhan klien pada kelompok perlakuan dan terdapat perbedaan signifikan dengan kelompok kontrol. Sedangkan hasil uji statistik multivariat menunjukkan bahwa Model PPAH dapat diterapkan pada semua usia, jenis kelamin, sudah atau belum menikah, tingkat pendidikan rendah hingga tinggi, dan tanpa memperhatikan lama menjalani hemodialisis.

Umumnya, kecemasan dirasakan oleh klien yang baru menjalani hemodialisis karena pemahamannya yang masih kurang mengenai prognosis penyakit sehingga memiliki persepsi negatif terhadap hemodialisis. Klien takut pada tindakan yang akan dilakukan karena untuk pertama kali melihat begitu banyak mesin yang mengeluarkan bunyi nyaring, banyak selang dan kabel yang dihubungkan antara mesin dan tubuhnya. Klien juga mengalami perubahan fungsional ginjal sehingga harus bergantung pada mesin dialisis seumur hidup, menyebabkan ketidakpastian prognosis dan kematian. Persepsi negatif akibat stresor tersebut menyebabkan koping klien melemah, menurunkan personal kontrol, dan meningkatkan kecemasan. Kecemasan berkaitan erat dengan kepatuhan klien menjalankan regimen terapi. Perencanaan Perawatan Akhir Hayat (PPAH) merupakan bentuk pelayanan professional bidang keperawatan Medikal, khususnya paliatif pada penyakit kronis atau terminal.

Intervensi model PPAH diberikan untuk meningkatkan kecerdasan intelektual, emosional, dan spiritual klien dalam mengubah persepsi negatif klien menjadi positif sehingga mampu meningkatkan mekanisme koping dalam mengatasi kecemasan dan meningkatkan kepatuhan menjalankan regimen terapi. Saran untuk penelitian selanjutnya adalah ada pengembangan alat ukur secara objektif untuk menilai tingkat kecemasan dan kepatuhan klien melalui pemeriksaan biologis agar hasil lebih tepat, serta menggunakan variabel dependen lain yang lebih aplikatif.

EXECUTIVE SUMMARY

Perencanaan Perawatan Akhir Hayat (PPAH) Model to Change of Perception, Anxiety, and Adherence on Chronic Kidney Disease (CKD) Clients Undergoing Hemodialysis

By: Caturia Sasti Sulistyana

Anxiety is often found to occur on Chronic Kidney Disease (CKD) clients who are undergoing hemodialysis. The excess anxiety which not handled will reduce of mood and motivation undergo hemodialysis, increase the morbidity and premature mortality. This condition needs treatment with psychoeducative-supportive approach to increase their acceptance on the condition. Therefore developed Perencanaan Perawatan Akhir Hayat (PPAH) model based Psychoneuroimmunology (PNI), inspired by Advance Care Planning (ACP) intervention. The aim of this study is development an intervention to change negative perception clients on hemodialysis for reducing anxiety and improving their adherence on the therapy.

This study used the operational research design to get optimal solution through the scientific method to formulated into mathematical model, which had three steps: 1) Identification of the problems with qualitative approach, 2) critical review of the experts, 3) validation of the model. The first stage was problem identification about knowledge, feels, coping strategy, social support clients undergoing hemodialysis with qualitative approach to four participants who fulfilled the inclusion criteria. The second stage was development of model appropriate the result of the first research, literature review, and critical review of the expert were based Phsychoneuroimmunology (PNI). and the third stage was validate of the effectiveness of the model that has been made with quasy experiment design to eighteen people on intervention group and eighteen people on control group.

The results on first and second steps which had treatment, knowledge, support, and guidance, then integrated with concept and nursing theories on literature review to PPAH model, which spirituality concept, therapeutic communication concept, family empowerment model, Transpersonal caring by Jean Watson, and Peaceful end-of-life nursing theories by Ruland & Moore. The bivariate statistic tests showed that PPAH

model significant effectively on positive perception changed, decreased of anxiety level, and increased of adherence level. And the multivariate statistic tests showed PPAH model can given on all of the age, genders, all of the state of marriage, low to high education level, and without see on length of hemodialysis.

Generally, anxiety perceived by new clients undergoing hemodialysis because their insight were lacking about prognosis and then they have negative perception to hemodialysis. They were very scary when the first time of undergoing hemodialysis because seen so many machine that make a sound loud voice, many hose, and cable connected between machines and their bodies. Clients also changed functional the kidneys so that it should be affair joined on a dialysis a lifetime, caused uncertainty on prognosis and death. A negative perception causes coping weakened, lowering personal control, and increase anxiety. Anxiety related to adherence level on the therapy. Perencanaan Perawatan Akhir Hayat (PPAH) model was the thype of professional sevice on medical nursing, especially palliative in chronic illness.

Perencanaan Perawatan Akhir Hayat (PPAH) model intervention given to increase of clients intellectual, emotional, and spirituality intelligence to change of the perception negative that will increase clients's mechanism coping within overcome anxiety and will increase on adherence level. The suggestion for the next research is the development of the tool measuring objectively to anxiety and adherence level with biological test that more results right, and using the others dependent variable which are applicative.

ABSTRAK

MODEL PERENCANAAN PERAWATAN AKHIR HAYAT (PPAH) UNTUK PERUBAHAN PERSEPSI, KECEMASAN, DAN KEPATUHAN KLIEN *CHRONIC KIDNEY DISEASE* (CKD) YANG MENJALANI HEMODIALISIS

Oleh: Caturia Sasti Sulistyana

Latar Belakang: Kecemasan sering ditemukan terjadi pada klien *Chronic Kidney Disease* (CKD) yang menjalani hemodialisis. Kecemasan berlebih akan meningkatkan kesakitan dan kematian lebih dini. Kondisi ini membutuhkan perawatan lanjut dengan pendekatan psikoedukatif-supportif untuk meningkatkan penerimaan klien pada kondisinya. Oleh karena itu dikembangkan Model Perencanaan Perawatan Akhir Hayat (PPAH) berbasis Psikoneuroimunologi (PNI), yang terinspirasi dari intervensi *Advance Care Planning* (ACP). Tujuan dari penelitian ini adalah mengembangkan intervensi untuk mengubah persepsi negatif klien pada hemodialisis sehingga menurunkan kecemasan dan meningkatkan kepatuhan mereka terhadap regimen terapi. **Metode:** Penelitian ini menggunakan desain penelitian operasional 3 tahap, yaitu 1) identifikasi masalah dengan pendekatan kualitatif, 2) diskusi pakar, 3) uji coba model. **Hasil:** Hasil tahap 1 dan 2 didapatkan konsep terapi, pengetahuan, dukungan, dan tuntunan, kemudian diintegrasikan dengan konsep dan teori keperawatan dari studi literatur ke dalam pemodelan PPAH. Hasil uji statistik menunjukkan ada perubahan persepsi positif, penurunan kecemasan, dan peningkatan kepatuhan klien pada kelompok perlakuan dan terdapat perbedaan signifikan dengan kelompok kontrol. **Analisis:** Umumnya, kecemasan dirasakan oleh klien yang baru menjalani hemodialisis karena pemahamannya yang masih kurang mengenai prognosis penyakit sehingga memiliki persepsi negatif terhadap hemodialisis. Persepsi negatif menyebabkan koping melemah, menurunkan personal kontrol, dan meningkatkan kecemasan. Kecemasan berkaitan erat dengan kepatuhan klien menjalankan regimen terapi. **Kesimpulan dan Saran:** Intervensi model PPAH diberikan untuk mengubah persepsi negatif klien sehingga mampu meningkatkan mekanisme koping dalam mengatasi kecemasan dan meningkatkan kepatuhan menjalankan regimen terapi. Saran untuk penelitian selanjutnya adalah ada pengembangan alat ukur secara objektif untuk menilai tingkat kecemasan dan kepatuhan klien melalui pemeriksaan biologis agar hasil lebih tepat, serta menggunakan variabel dependen lain yang lebih aplikatif.

Kata Kunci: Persepsi, Kecemasan, Kepatuhan, Model Perencanaan Perawatan Akhir Hayat (PPAH), CKD yang Menjalani Hemodialisis

ABSTRACT***Perencanaan Perawatan Akhir Hayat (PPAH) Model to Change of Perception, Anxiety, and Adherence on Chronic Kidney Disease (CKD) Clients Undergoing Hemodialysis***

By: Caturia Sasti Sulistyana

Introduction: Anxiety is often found to occur on Chronic Kidney Disease (CKD) clients who are undergoing hemodialysis. The excess anxiety will increase the morbidity and premature mortality. This condition needs treatment with psychoeducative-supportive approach to increase their acceptance on the condition. Therefore developed Perencanaan Perawatan Akhir Hayat (PPAH) model based Psychoneuroimmunology (PNI), inspired by Advance Care Planning (ACP) intervention. The aim of this study is development an intervention to change negative perception clients on hemodialysis for reducing anxiety and improving their adherence on the therapy. **Method:** This study used the operational research design, which had three steps: 1) Identification of the problems with qualitative approach, 2) critical review of the experts, 3) validation of the model. **Result:** The results on first and second steps which had treatment, knowledge, support, and guidance, then integrated with concept and nursing theories on literature review to PPAH model. The statistic tests showed that PPAH model significant effectively on positive perception changed, decreased of anxiety level, and increased of adherence level. **Analyze:** Generally, anxiety perceived by new clients undergoing hemodialysis because their insight were lacking about prognosis and then they have negative perception to hemodialysis. A negative perception causes coping weakened, lowering personal control, and increase anxiety. Anxiety related to adherence level on the therapy. **Conclusion and Suggestions:** PPAH model intervention given to change the perception negative that will increase clients's mechanism coping within overcome anxiety and will increase on adherence level. The suggestion for the next research is the development of the tool measuring objectively to anxiety and adherence level with biological test that more results right, and using the others dependent variable which are applicative.

KEYWORDS: *Perception, Anxiety, Adherence, Perencanaan Perawatan Akhir Hayat (PPAH) Model, CKD undergoing Hemodialysis*

DAFTAR ISI

| | Halaman |
|--|----------|
| Sampul Depan | |
| Sampul Dalam | i |
| Halaman Prasyarat Gelar | ii |
| Halaman Pernyataan Orisinalitas | iii |
| Lembar Pengesahan Pembimbing Tesis | iv |
| Lembar Pengesahan Tesis | v |
| Kata Pengantar | vi |
| Pernyataan Persetujuan Publikasi Karya Ilmiah | viii |
| Ringkasan | ix |
| <i>Executive Summary</i> | xi |
| Abstrak | xiii |
| <i>Abstract</i> | xiv |
| Daftar Isi | xv |
| Daftar Tabel | xviii |
| Daftar Gambar | xvix |
| Daftar Lampiran | xx |
| Daftar Singkatan | xxi |
| | |
| BAB 1 PENDAHULUAN | 1 |
| 1.1 Latar Belakang | 1 |
| 1.2 Rumusan Masalah | 4 |
| 1.3 Tujuan | 5 |
| 1.3.1 Tujuan umum | 5 |
| 1.3.2 Tujuan khusus | 5 |
| 1.4 Manfaat | 6 |
| 1.4.1 Manfaat teoritis | 6 |
| 1.4.2 Manfaat praktis | 6 |
| | |
| BAB 2 TINJAUAN KASUS | 7 |
| 2.1 <i>Chronic Kidney Disease (CKD)</i> | 7 |
| 2.1.1 Definisi <i>Chronic Kidney Disease (CKD)</i> | 7 |
| 2.1.2 Manifestasi Klinik <i>Chronic Kidney Disease (CKD)</i> | 8 |
| 2.2 Hemodialisis | 9 |
| 2.2.1 Definisi Hemodialisis | 9 |
| 2.2.2 Tujuan Hemodialisis | 10 |
| 2.2.3 Indikasi Hemodialisis | 10 |
| 2.2.4 Proses Hemodialisis | 11 |
| 2.2.5 Adekuasi Hemodialisis | 11 |
| 2.2.6 Prosedur Penatalaksanaan Hemodialisis | 15 |
| 2.2.7 Permasalahan Klien yang Menjalani Hemodialisis | 16 |
| 2.2.8 Penatalaksanaan pada Klien yang Menjalani Hemodialisis | 18 |
| 2.2.9 <i>Self Management</i> Klien dengan Hemodialisis | 24 |
| 2.3 Paradigma Psikoneuroimunologi | 27 |
| 2.3.1 Stres dan <i>Stressor</i> | 27 |
| 2.3.2 Persepsi dan Berpikir | 27 |

| | |
|---|-----------|
| 2.3.3 Pemahaman | 30 |
| 2.4 Kecemasan | 32 |
| 2.4.1 Kecemasan pada Klien CKD dengan Hemodialisis | 32 |
| 2.4.2 Tingkat Kecemasan | 33 |
| 2.4.3 Respon Tubuh terhadap Kecemasan | 34 |
| 2.4.4 Penilaian Tingkat Kecemasan | 34 |
| 2.5 Model Perencanaan Perawatan Akhir Hayat (PPAH) | 35 |
| 2.5.1 Aplikasi Teori Transpersonal Caring oleh Jean Watson dalam Model PPAH | 35 |
| 2.5.2 Aplikasi Teori <i>Peaceful End-of-Life</i> oleh Ruland & Moore dalam Model PPAH | 37 |
| 2.5.3 Aplikasi Komunikasi Terapeutik dalam Model PPAH | 40 |
| 2.5.4 Model Pemberdayaan Keluarga (<i>Family Empowerment</i>) dalam Model PPAH | 44 |
| 2.5.5 Spiritualitas pada Klien CKD yang Menjalani Hemodialisis | 46 |
| 2.6 <i>Theoretical Mapping</i> | 51 |
| BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL | 54 |
| 3.1 Kerangka Konseptual | 54 |
| 3.2 Hipotesis Penelitian | 56 |
| BAB 4 METODE PENELITIAN | 57 |
| 4.1 Tahap 1: Identifikasi Masalah | 58 |
| 4.1.1 Desain Penelitian | 58 |
| 4.1.2 Partisipan Penelitian | 59 |
| 4.1.3 Waktu dan Tempat Penelitian | 59 |
| 4.1.4 Instrumen Penelitian | 59 |
| 4.1.5 Prosedur Pengumpulan Data | 60 |
| 4.1.5 Pengolahan dan Analisis Data | 61 |
| 4.2 Tahap 2: Pengembangan Model | 62 |
| 4.3 Tahap 3: Uji Coba Model | 63 |
| 4.3.1 Desain Penelitian | 63 |
| 4.3.2 Populasi dan Sampel | 64 |
| 4.3.3 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional | 66 |
| 4.3.4 Alat dan Bahan Penelitian | 69 |
| 4.3.5 Instrumen Penelitian | 69 |
| 4.3.6 Lokasi dan Waktu Penelitian | 71 |
| 4.3.7 Prosedur Pengumpulan Data | 72 |
| 4.3.8 Analisis Data | 74 |
| 4.3.9 Etika Penelitian | 75 |
| BAB 5 HASIL PENELITIAN | 76 |
| 5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian | 76 |
| 5.2 Tahap 1: Identifikasi Masalah | 77 |
| 5.2.1 Karakteristik pasrtisipan | 77 |
| 5.2.2 Jawaban pasrtisipan | 77 |
| 5.3 Tahap 2: Pengembangan Model sebagai alternatif solusi masalah | 85 |
| 5.3.1 Deskripsi Model Perencanaan Perawatan Akhir Hayat (PPAH) | 86 |

| | |
|---|------------|
| 5.4 Tahap 3: Validasi Model | 95 |
| 5.4.1 Karakteristik Responden | 95 |
| 5.4.2 Pengaruh Model PPAH terhadap Persepsi Klien CKD yang Menjalani Hemodialisis | 96 |
| 5.4.3 Pengaruh Model PPAH terhadap Kecemasan Klien CKD yang Menjalani Hemodialisis | 97 |
| 5.4.4 Pengaruh Model PPAH terhadap Kepatuhan Klien CKD yang Menjalani Hemodialisis | 98 |
| 5.4.5 Pengaruh Variabel Perancu terhadap Variabel Dependen Persepsi, Kecemasan, dan Kepatuhan Klien CKD yang Menjalani Hemodialisis | 99 |
| BAB 6 PEMBAHASAN | 101 |
| 6.1 Pengembangan Model Perencanaan Perawatan Akhir Hayat (PPAH) | 101 |
| 6.2 Validasi Efektifitas Model Perencanaan Perawatan Akhir Hayat (PPAH) | 103 |
| 6.2.1 Pengaruh Model PPAH terhadap Perubahan Persepsi Klien CKD yang Menjalani Hemodialisis | 103 |
| 6.2.2 Pengaruh Model PPAH terhadap Kecemasan Klien CKD yang Menjalani Hemodialisis | 108 |
| 6.2.3 Pengaruh Model PPAH terhadap Kepatuhan Klien CKD yang Menjalani Hemodialisis | 116 |
| 6.3 Implikasi terhadap Pelayanan Keperawatan | 123 |
| 6.4 Keterbatasan Penelitian | 124 |
| BAB 7 SIMPULAN DAN SARAN | 125 |
| 7.1 Simpulan | 125 |
| 7.2 Saran | 126 |
| Daftar Pustaka | 127 |
| Lampiran | 133 |

DAFTAR TABEL

| | Halaman |
|---|---------|
| Tabel 2.1 Stadium klinis penyakit ginjal..... | 8 |
| Tabel 2.2 Manifestasi sindrom uremik..... | 8 |
| Tabel 2.3 Pembatasan asupan protein pada penderita CKD | 21 |
| Tabel 2.4 Daftar Nutrisi dan Kandungan yang perlu diperhatikan klien | 22 |
| Tabel 2.5 <i>Theoretical mapping</i> | 51 |
| Tabel 4.1 Rancangan penelitian Model PPAH untuk Perubahan Persepsi, Kecemasan, dan kepatuhan Klien CKD yang Menjalani Hemodialisis | 63 |
| Tabel 4.2 Definisi Operasional Penelitian Model PPAH untuk Perubahan Persepsi, Kecemasan, dan Kepatuhan Klien CKD yang menjalani hemodialisis..... | 66 |
| Tabel 4.3 Jadwal Penelitian Model PPAH untuk Perubahan Persepsi, Kecemasan, Dan Kepatuhan Klien CKD yang Menjalani Hemodialisis | 71 |
| Tabel 4.4 Hasil Uji Coba Instrumen Modifikasi <i>Illness Percepton Questionnaire</i> | 73 |
| Tabel 4.5 Analisis Data Penelitian Model PPAH untuk Perubahan Persepsi, Kecemasan, dan Kepatuhan Klien CKD yang menjalani hemodialisis..... | 74 |
| Tabel 5.1 Karakteristik partisipan | 77 |
| Tabel 5.2 Jawaban partisipan | 77 |
| Tabel 5.3 Karakteristik Responden dan Analisis Kesetaraan Kelompok Perlakuan dan Kontrol | 95 |
| Tabel 5.4 Persepsi Klien Kelompok Perlakuan dan Kontrol | 96 |
| Tabel 5.5 Tingkat Kecemasan Klien Kelompok Perlakuan dan Kontrol | 97 |
| Tabel 5.6 Kepatuhan Klien Kelompok Perlakuan dan Kontrol | 98 |
| Tabel 5.7 Hasil Uji Bivariat Kandidat Pemodelan Variabel Konfonder terhadap Variabel Dependen | 99 |

DAFTAR GAMBAR

| | Halaman |
|--|---------|
| Gambar 2.1 Prinsip kerja hemodialisis | 10 |
| Gambar 2.2 Target Kt/V pada klien yang menjalani hemodialisis | 11 |
| Gambar 2.3 Perubahan kadar urea darah bila hemodialisis 3x per minggu..... | 12 |
| Gambar 2.4 Fenomena pencapaian klirens selama hemodialisis berlangsung..... | 13 |
| Gambar 2.5 Tahapan klinis pada klien dengan adekuasi yang tidak tercapai..... | 15 |
| Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Penelitian Model PPAH untuk Perubahan Persepsi, Kecemasan, dan Kepatuhan Klien CKD yang menjalani hemodialisis..... | 54 |
| Gambar 4.1 Rancangan Penelitian Model PPAH untuk Perubahan Persepsi, Kecemasan, dan Kepatuhan Klien CKD yang menjalani hemodialisis ... | 57 |
| Gambar 5.1 Model PPAH pada Klien CKD yang menjalani hemodialisis..... | 86 |
| Gambar 5.2 Penerapan Model PPAH dalam Proses Keperawatan pada Klien CKD yang menjalani hemodialisis | 91 |

DAFTAR LAMPIRAN

| | Halaman |
|---|---------|
| Lampiran 1 Permohonan menjadi Partisipan Tahap 1 | 133 |
| Lampiran 2 Persetujuan menjadi Partisipan..... | 134 |
| Lampiran 3 Permohonan menjadi Partisipan (<i>Critical Review</i>)..... | 135 |
| Lampiran 4 Data Demografi Partisipan <i>Indepth Interview</i> | 136 |
| Lampiran 5 Lembar Penilaian Fungsi Kognitif Responden..... | 137 |
| Lampiran 6 Panduan wawancara | 138 |
| Lampiran 7 Catatan Lapangan (<i>Field Note</i>) | 140 |
| Lampiran 8 Lembar Penjelasan Responden Tahap 3 | 141 |
| Lampiran 9 Lembar <i>Informed Consent</i> | 143 |
| Lampiran 10 Satuan Acara Kegiatan (SAK) | 145 |
| Lampiran 11 Hasil Penelitian Tahap 1 | 151 |
| Lampiran 12 Tabulasi Data Penelitian Tahap 3 | 156 |
| Lampiran 13 Model Perencanaan Perawatan Akhir Hayat (PPAH) | 160 |
| Lampiran 14 Modul Perencanaan Perawatan Akhir Hayat (PPAH) | 183 |
| Lampiran 15 Panduan Pelaksanaan Model Perencanaan Perawatan Akhir Hayat (PPAH) | 206 |
| Lampiran 16 Uji Statistik SPSS | 219 |

DAFTAR SINGKATAN

| | |
|-----------------|---|
| ACP | : <i>Advance Care Planning</i> |
| AV | : <i>Arterio Venousa</i> |
| BB | : Berat Badan |
| BUN | : <i>Blood Urea Nitrogen</i> |
| CKD | : <i>Chronic Kidney Disease</i> |
| CPR | : <i>Cardiopulmonary Resuscitation</i> |
| CVD | : <i>Cardiovascular Disease</i> |
| EWL | : <i>Estimate Water Lost</i> |
| GFR | : <i>Glomerular Filtration Rate</i> |
| GGK | : Gagal Ginjal Kronik |
| HD | : Hemodialiasis |
| HDL | : <i>High-Density Lipoprotein</i> |
| IDWG | : <i>Inter-dialytic Weight Gain</i> |
| IPQ-R | : <i>Illness Perception Questionnaire Revised</i> |
| KDIGO | : Kidney Disease: Improving Global Outcomes |
| K/DOQI | : Kidney Disease Outcomes Quality Initiative |
| KG | ; Kilogram |
| LDL | : <i>Low-Density Lipoprotein</i> |
| LFG | : Laju Filtrasi Glomerular |
| NaCl | : Natrium Clorida |
| NKDEP | : National Kidney Disease Education Program |
| NKF | : National Kidney Foundation |
| ODI | : <i>Office for Disability Issues</i> |
| PERNEFRI | : Perhimpunan Nefrologi Indonesia |
| PFC | : <i>Prefrontal Cortex</i> |
| PPAH | : Perencanaan Perawatan AKhir Hayat |
| PTH | : Paratiroid Hormon |
| SO ₂ | : Saturasi oksigen |
| TD | : Tekanan Darah |
| TMP | : <i>Trans membrane pressure</i> |
| UACR | : <i>Urine Albumin to Creatinine Ratio</i> |
| URR | : <i>Urea Reduction Ratio</i> |

BAB 1 PENDAHULUAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kecemasan sering ditemukan terjadi pada klien *Chronic Kidney Disease* (CKD) yang menjalani hemodialisis. Klien CKD dengan stadium akhir sangat bergantung pada mesin dialisis seumur hidup yang menimbulkan pemahaman dan persepsi negatif terhadap prognosis penyakit. Hal ini menyebabkan kegagalan klien beradaptasi dengan stresor yang ada sehingga timbul kekhawatiran terhadap proses kematian dan kehilangan harapan (Shinde & Mane 2014). Klien sering menganggap hemodialisis mengerikan dan menyebabkan kematian, sehingga klien sering menolak melakukan hemodialisis, mencari alternatif lain, dan kembali dengan kondisi yang lebih berat dari sebelumnya. Kondisi tersebut membutuhkan perawatan lanjut dengan pendekatan psikoedukatif-supportif yang dapat mengubah persepsi negatif dan meningkatkan keyakinan dalam menjalankan hemodialisis. Sejauh ini belum ada pengembangan intervensi dengan pendekatan di atas sehingga kecemasan pada klien CKD belum dapat teratasi.

Prevalensi CKD semakin meningkat, WHO memperkirakan setiap 1 juta jiwa terdapat 23-30 orang mengalami CKD per tahun. Kasus CKD di Indonesia tergolong tinggi, yaitu hampir mencapai 50% kasus baru per tahun dan sebanyak 82% menjalani hemodialisis. Tahun 2014, Jawa Timur menempati urutan kedua penderita terbanyak setelah Jawa Barat, yaitu 3621 jiwa. Jumlah penderita di Surabaya semakin meningkat dari 277 jiwa (2011), 350 jiwa (2012), dan 398 jiwa (Januari-Mei 2013) (PERNEFRI, 2014; Listyanti, 2013). Data kunjungan klien di ruang

hemodialisis RSUD Haji Surabaya juga meningkat, yaitu rata-rata 99 orang/bulan dan 2-3 klien baru/bulan. Insiden kecemasan pada klien hemodialisis sebesar 12-52% (Taylor & Combes, 2014). Kecemasan berlebih menimbulkan respon *denial*, marah, depresi, hingga *suicide*. Bila tidak teratasi akan menurunkan *mood* dan motivasi menjalankan hemodialisis, meningkatkan morbiditas dan mortalitas dini. Studi Macaron *et al* (2014) di Libanon didapatkan 50% dari 51 klien cemas, 45% depresi, dan 37% indikasi *suicide* dengan menolak hemodialisis dan melanggar diet. Studi pendahuluan di ruang hemodialisis RSUD Haji Surabaya 8 November 2016, didapatkan 3 dari 4 klien merasa pesimis, tidak berguna, takut meninggal lebih cepat, dan menyalahkan Tuhan atas takdir yang diberikan. Informasi dari perawat, klien baru (<3 bulan) sering *denial*, marah, dan menolak hemodialisis, sehingga kondisinya memburuk, harus melakukan hemodialisis *cito*. Sedangkan klien lama (>5 tahun) mengalami putus asa dengan mengonsumsi makanan tinggi kalium, Tercatat 2 klien *drop out* dan 2 klien meninggal (2015), 3 klien *drop out* dan 1 klien meninggal (2016). Intervensi yang sudah dilakukan di ruangan berupa edukasi tentang CKD dan hemodialisis, namun belum ada penelitian untuk mengatasi kecemasan klien. Bila intervensi yang dirancang terbukti efektif, maka masalah pada klien CKD yang menjalani hemodialisis dapat diselesaikan.

Umumnya, perawatan klien di rumah sakit hanya fokus pada pemulihan kondisi fisik. Model asuhan keperawatan yang ditujukan pada semua aspek (fisik, psikologis, sosial, spiritual, dan pelibatan keluarga) sudah dikembangkan tetapi masih baru dan belum maksimal diterapkan (Putra, 2011). Klien yang menjalani hemodialisis mengalami kelemahan dan peningkatan komorbiditas akibat ketakutan dan kesedihan dukacita berlebih, serta *denial* terhadap penyakit dan prognosis

(Bristowe *et al* (2015)). Beberapa penelitian telah dilakukan pada klien yang menjalani hemodialisis, yaitu dengan pemberian intervensi *Murottal Alqur'an* dan pendekatan kognitif-perilaku. Kedua intervensi tersebut terbukti menurunkan kecemasan klien, tetapi belum dapat mengatasi sumber penyebab kecemasan dan belum memperhatikan kondisi fisik klien dalam menerima intervensi. Manus dkk (2015) menjelaskan bahwa terdapat kadar ureum dan kreatinin yang tinggi dalam darah sebelum dilakukan hemodialisis sehingga menyebabkan fungsi kognitif (proses pikir) klien terganggu. Mekanisme coping pada individu dengan penyakit kronis juga kurang baik. Klien perlu perawatan yang layak untuk membantu pencapaian harapan dan tujuan realistis hidup, serta akhir hidup yang damai dan bermartabat. Spiritualitas memberikan ketenangan dan makna hidup individu dalam menghadapi penyakit. Klien juga membutuhkan dukungan sosial dari keluarga dan tenaga kesehatan. Keluarga merupakan lingkungan terdekat yang dapat memberikan pengasuhan untuk meningkatkan kenyamanan dan ketahanan fisik klien. Dukungan dari tenaga kesehatan diperlukan untuk memberikan perawatan kesehatan yang holistik dalam membantu klien memperoleh pengetahuan dan mencapai atau mempertahankan kesehatan. Hal ini ditekankan pada peran perawat sebagai edukator, pemberi asuhan (*caring*), dan advokat dengan menitikberatkan pada kemampuan komunikasi terapeutik perawat dalam membicarakan akhir hayat klien.

Berdasarkan fakta di atas, dikembangkan sebuah model berbasis Psikoneuroimunologi (PNI) yang terinspirasi dari sebuah intervensi *Advance Care Planning* (ACP), yaitu Model Perencanaan Perawatan Akhir Hayat (PPAH). Model PPAH ini dikembangkan menggunakan dasar Psikoneuroimunologi (PNI) dengan pendekatan asuhan keperawatan *supportive-psychoeducative* dan spiritual untuk

mempengaruhi area *stress perception* dan menghasilkan perubahan pada *stress response*. Model PPAH disintesis dari konsep spiritualitas, model pemberdayaan keluarga, komunikasi terapeutik, serta teori keperawatan *caring* Jean Watson, dan *peaceful end of life* Ruland & Moore. Penerapan ACP sebagai program perawatan akhir hayat di Indonesia tidak dapat dilakukan karena terdapat perbedaan tingkat pendidikan, budaya, nilai, agama, dan persepsi masyarakat Indonesia dalam membicarakan kematian. Model PPAH diaplikasikan kepada klien melalui media video untuk meminimalkan kesalahpahaman yang dapat terjadi saat membicarakan kematian dan agar informasi yang diterima lebih mudah dipahami. Pemahaman yang baik akan mengubah persepsi negatif klien menjadi positif dalam menurunkan kecemasan. Persepsi positif membuat individu sadar dan mengerti tentang keadaan dirinya sehingga mampu menggunakan koping efektif dalam membentengi tubuh terhadap stress dan meningkatkan *self-management* untuk mencegah penyakit lebih buruk (Lin *et al*, 2012). Berdasarkan uraian di atas, peneliti melakukan penelitian “Model Perencanaan Perawatan Akhir Hayat (PPAH) untuk perubahan persepsi, kecemasan, dan kepatuhan klien *Chronic Kidney Disease* (CKD) yang menjalani hemodialisis”.

1.2 Rumusan Masalah

1. Bagaimana pengembangan model PPAH berbasis PNI pada klien CKD yang menjalani hemodialisis?
2. Apakah terjadi perubahan persepsi positif pada klien CKD yang menjalani hemodialisis setelah mendapat intervensi model PPAH?

3. Apakah terjadi penurunan kecemasan pada klien CKD yang menjalani hemodialisis setelah mendapat intervensi model PPAH?
4. Apakah terjadi peningkatan kepatuhan klien CKD yang menjalani hemodialisis setelah mendapat intervensi model PPAH?
5. Apakah ada pengaruh variabel perancu (karakteristik responden, lama hemodialisis, dan saturasi oksigen) terhadap perubahan persepsi, kecemasan, dan kepatuhan klien CKD yang menjalani hemodialisis?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan umum

Menyelesaikan kecemasan yang sering ditemukan terjadi pada klien CKD yang menjalani hemodialisis untuk meningkatkan kepatuhan regimen terapi.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Tersusun model PPAH berbasis PNI untuk klien CKD yang menjalani hemodialisis.
2. Membuktikan terjadi perubahan persepsi positif pada klien CKD yang menjalani hemodialisis setelah mendapat intervensi model PPAH.
3. Membuktikan terjadi penurunan kecemasan pada klien CKD yang menjalani hemodialisis setelah mendapat intervensi model PPAH.
4. Membuktikan terjadi peningkatan kepatuhan klien CKD yang menjalani hemodialisis setelah mendapat intervensi model PPAH.
5. Membuktikan tidak ada pengaruh variabel perancu (karakteristik responden, lama hemodialisis, dan saturasi oksigen) terhadap perubahan persepsi, kecemasan, dan kepatuhan klien CKD yang menjalani hemodialisis.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat teoritis

Memberikan informasi ilmiah tentang pengaruh intervensi setelah mendapat intervensi model PPAH terhadap perubahan persepsi positif, kecemasan, dan kepatuhan klien CKD yang menjalani hemodialisis dalam menghadapi akhir hayat yang damai sehingga berkontribusi dalam pengembangan khasanah ilmu keperawatan paliatif dengan memperkuat teori yang ada.

1.4.2 Manfaat praktis

1. Bagi klien CKD yang menjalani hemodialisis

Model PPAH mengubah persepsi negatif klien menjadi positif sehingga dapat menurunkan tingkat kecemasan dalam menghadapi penyakit dan meningkatkan kepatuhan terhadap regimen terapi.

2. Bagi perawat

Model PPAH sebagai intervensi mandiri keperawatan dalam menjalankan peran dan fungsi melaksanakan *end-of-life care* serta meningkatkan pelayanan keperawatan pada klien fase terminal, khususnya pada kasus CKD yang menjalani hemodialisis.

3. Bagi rumah sakit

Model PPAH dapat dijadikan sebagai metode pendidikan kesehatan pada klien CKD yang menjalani hemodialisis beserta keluarga.

4. Bagi penelitian selanjutnya

Model PPAH dapat dijadikan dasar pengembangan penelitian selanjutnya mengenai *end of life care* klien CKD yang menjalani hemodialisis.

BAB 2 TINJAUAN KASUS

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 *Chronic Kidney Disease (CKD)*

2.1.1 Definisi *Chronic Kidney Disease (CKD)*

Ginjal berfungsi untuk mengatur komposisi dan volume darah, membuang sampah metabolik melalui urine, mengontrol keseimbangan asam-basa dalam tubuh, mengaktifkan vitamin D yang diperlukan untuk penyerapan kalsium dan memproduksi eritropoietin yang dibutuhkan untuk sintesis sel darah merah. CKD merupakan jenis penyakit progresif yang didefinisikan sebagai penurunan fungsi ginjal, dengan kisaran *glomerular filtration rate (GFR)* <60 ml/min/1,73 m² dan/ atau disertai bukti kerusakan ginjal berupa albuminuria (>30 mg albumin urin per gram kreatinin urin). Gagal ginjal biasanya didefinisikan sebagai *estimated glomerular filtration rate (eGFR)* <15 ml/min/1,73 m² (National Kidney Disease Education Program, 2015).

CKD didefinisikan melalui kriteria berikut:

1. Kerusakan ginjal selama 3 bulan atau lebih, terjadi abnormalitas pada struktur atau fungsi ginjal, dengan atau tanpa penurunan *Glomerular Filtration Rate (GFR)* dan dapat memicu terjadinya penurunan GFR,
2. $GFR < 60$ ml/min/1,73 m² dalam waktu 3 bulan atau lebih, dengan atau tanpa disertai kerusakan ginjal.

(Kidney Disease: Improving Global Outcomes, 2013)

Penyakit ginjal dibedakan berdasarkan stadium klinisnya, yaitu:

Tabel 2.1 Stadium klinis penyakit ginjal

| Derajat | Deskripsi | GFR (ml/menit/1,73 m ²) |
|---------|--|--|
| I | Kerusakan ginjal dengan GFR normal | ≥ 90 |
| II | Kerusakan ginjal dengan penurunan GFR ringan | 60-89 45-59 |
| IIIa | Penurunan GFR tingkat ringan ke sedang | 30-44 |
| IIIb | Penurunan GFR tingkat sedang ke berat | 15-29 |
| IV | Penurunan GFR tingkat berat | < 15 |
| V | Penyakit ginjal terminal atau ESRD | |

Sumber: KDIGO (2013)

2.1.2 Manifestasi klinik *Chronic Kidney Disease* (CKD)

Manifestasi klinis klien CKD adalah dampak dari sindrom uremik, yaitu:

Tabel 2.2 Manifestasi sindrom uremik

| Sistem Tubuh | Manifestasi | Sistem Tubuh | Manifestasi |
|----------------|--|---------------|---|
| Biokimia | <ol style="list-style-type: none"> 1. Asidosis metabolik (HCO₃⁻ serum 18-20 mEq/L) 2. Azotemia (penurunan GFR menyebabkan penurunan BUN dan kreatinin) 3. Hyperkalemia 4. Retensi atau pembuangan natrium 5. Hiperutisernia | Saluran cerna | <ol style="list-style-type: none"> 1. Anoreksia, mual, muntah menyebabkan penurunan berat badan 2. Nafas berbau amoniak 3. Rasa kecap logam 4. Mulut kering 5. Stomatitis 6. Gastritis 7. Enteritis (diare) 8. Perdarahan saluran cerna |
| Genitourinaria | <ol style="list-style-type: none"> 1. Polyuria berlanjut oliguria, lalu anuria 2. Nokturia 3. Berat jenis kemih tetap sebesar 1,010 4. Proteinuria 5. Hilangnya libido 6. Amenore 7. Impotensi dan sterilitas | Metabolisme | <ol style="list-style-type: none"> 1. Protein Intoleransi, sintesis abnormal 2. Karbohidrat Hiperglikemia, kebutuhan insulin menurun 3. Lemak Peningkatan kadar trigliserida, mudah lelah |
| Kardiovaskuler | <ol style="list-style-type: none"> 1. Hipertensi 2. Retinopati ensefalopati hipertensif | Neuromuscular | <ol style="list-style-type: none"> 1. Otot mengecil dan lemah 2. Sistem syaraf pusat Kekacauan mental, konsentrasi buruk, |

| Sistem Tubuh | Manifestasi | Sistem Tubuh | Manifestasi |
|--------------|---|-----------------------------|---|
| | 3. Beban sirkulasi berlebihan 4. Edema 5. Gagal jantung kongestif 6. Pericarditis(<i>friction rub</i>) 7. Disritmia | | apatis, letargi/gelisah, insomnia, koma, otot berkedut, asterisia, kejang 3. Neuropati perifer Konduksi syaraf lambat, sindrom <i>restless leg</i> , perubahan sensorik pada ekstremitas - parestesis, perubahan motorik - <i>foot droop</i> yang menjadi paraplegia |
| Pernafasan | 1. Pernafasan kusmaul 2. Dyspnea 3. Edema paru 4. Preumonitis | Hematologi | 1. Anemia menyebabkan kelelahan 2. Hemolisis 3. Peredaran infeksi karena penurunan sistem imun (infeksi saluran kemih, pneumonia, septicemia) |
| Kulit | 1. Pucat 2. Pigmentasi 3. Perubahan rambut dan kuku (kuku mudah patah, tipis, bergerigi, ada garis merah biru berkaitan dengan kehilangan protein) 4. Kulit kering, pruritus 5. "Kristal"uremik 6. Memar | Gangguan kalsium dan rangka | 1. Hiperfosfatemia, hipokalsemia. Hiperparatiroidisme sekunder 2. Osteodistrofi ginjal 3. Fraktur patologi (demineralisasi tulang) 4. Deposit garam kalsium pada jaringan lunak sekitar sendi, pembuluh darah, jantung, paru 5. Konjungtivitis (mata merah uremik) |

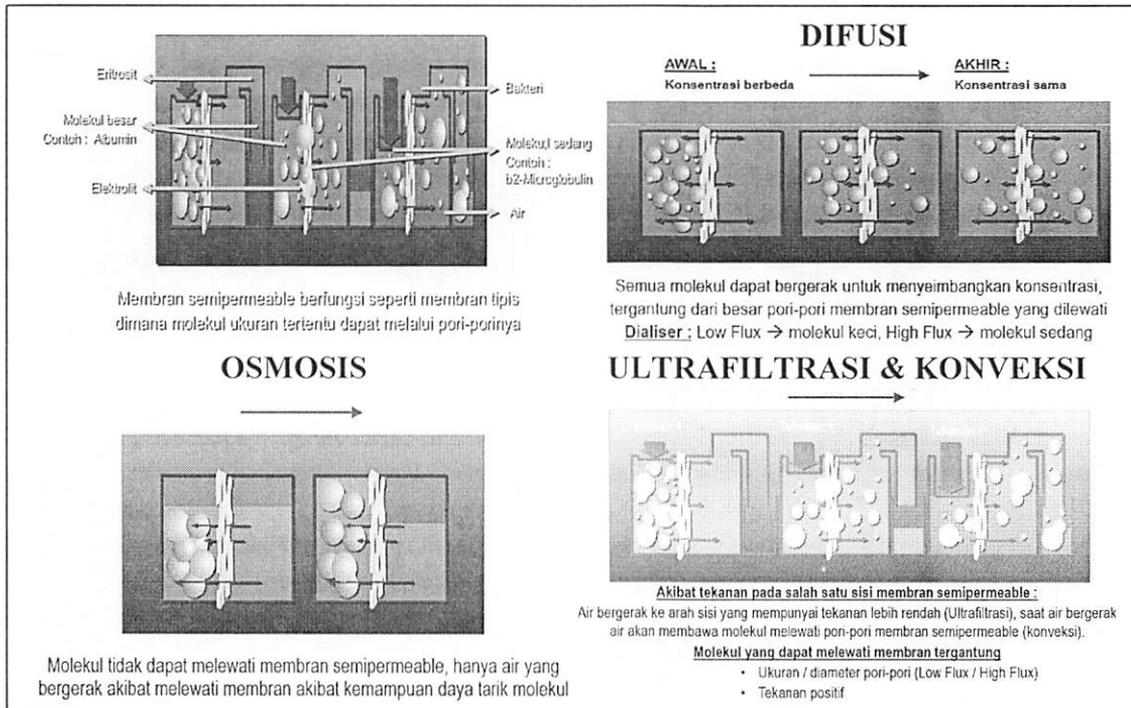
Sumber: Price & Wilson, 2005

2.2 Hemodialisis

2.2.1 Definisi Hemodialisis

Dialisis adalah proses *solute* dan air berdifusi secara pasif melalui suatu membran berpori dari plasma ke larutan dialisis (Corwin, 2009). Hemodialisis merupakan terapi untuk mengeluarkan produk-produk sampah dalam tubuh (urea dan kreatinin), kelebihan cairan, dan menyeimbangkan kadar elektrolit. Tiga prinsip dasar kerja

hemodialisis, yaitu difusi, osmosis, dan ultrafiltrasi. Toksin dan zat limbah di dalam darah dikeluarkan melalui proses difusi (dari darah berkonsentrasi tinggi ke cairan dialisat berkonsentrasi lebih rendah). Hemodialisis perlu dilakukan untuk menggantikan fungsi ekskresi ginjal agar tidak terjadi uremia berat dan mencegah komplikasi yang menyebabkan kematian (Corwin, 2009).



Gambar 2.1 Prinsip kerja hemodialisis

2.2.2 Tujuan Hemodialisis

Tujuan hemodialisis adalah eliminasi sisa produk metabolisme (protein), koreksi gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit tubuh, mengembalikan atau mempertahankan sistem *buffer* tubuh, memperbaiki status kesehatan (Sukandar (2006).

2.2.3 Indikasi Hemodialisis

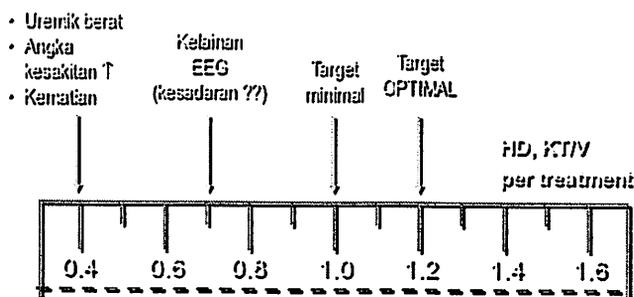
Hemodialisis diindikasikan pada keadaan akut yang memerlukan terapi dialisis jangka pendek (beberapa hari hingga beberapa minggu) atau pada penyakit ginjal tahap akhir yang membutuhkan terapi jangka panjang/ permanen (Smeltzer & Bare, 2008). Secara umum indikasi hemodialisis pada CKD adalah: 1) LFG <15 ml/ menit walau

tanpa gejala; 2) hiperkalemia; 3) asidosis metabolik; 4) kegagalan terapi konservatif; 5) kadar ureum >200 mg/dl dan kreatinin >6 mEq/L; 6) kelebihan cairan berat, oedem seluruh tubuh; 7) oedem paru; 8) nefropati diabetik (Ariyanti, 2016).

2.2.4 Proses Hemodialisis

Sebelum hemodialisis dilakukan pengkajian, lalu memasang *bloodline* dan jarum ke akses vaskuler. Proses hemodialisis dimulai setelah *bloodline* dan akses vaskuler terpasang. Saat dialisis, darah dialirkan keluar tubuh dibantu dengan pompa darah dan disaring di dalam dialiser. Cairan normal saline diletakkan sebelum pompa dan infus heparin pada sebelum atau sesudah pompa. Darah mengalir dari tubuh melalui arteri menuju dialiser, terjadi pertukaran zat sisa, kemudian darah meninggalkan dialiser melewati detektor udara dialirkan kembali ke tubuh melalui akses venosa dengan kecepatan 200-400ml/menit. Dialisis berakhir dengan menghentikan aliran darah dari klien, membuka selang berisi normal saline dan membilas selang untuk mengembalikan darah ke tubuh klien. Akhir dialisis, sisa akhir metabolisme dikeluarkan, keseimbangan elektrolit tercapai dan sistem *buffer* diperbaharui (Smetlzer *et al*, 2006).

2.2.5 Adekuasi hemodialisis



Gambar 2.2 Target Kt/V pada klien yang menjalani hemodialisis

Adekuasi hemodialisis merupakan dosis hemodialisis yang direkomendasikan untuk mendapatkan hasil yang adekuat pada klien. Adekuasi hemodialisis tercapai apabila klien merasa nyaman, keadaan umum baik, serta dapat menjalankan aktivitas seperti biasa. Adekuasi hemodialisis diukur dengan menghitung *Urea Reduction Ratio*

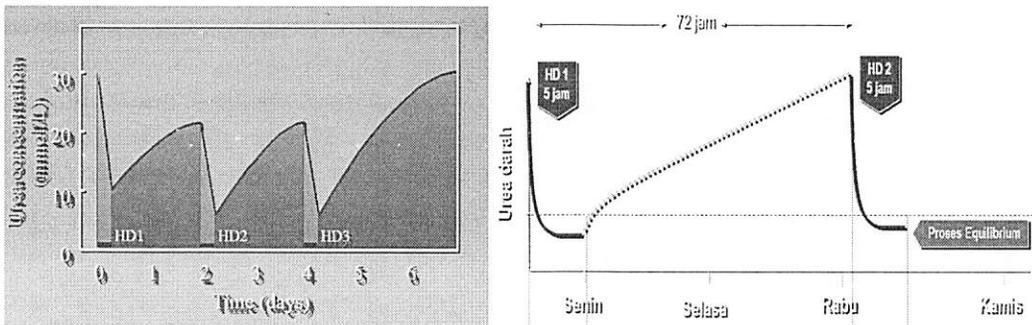
(URR) dan urea kinetic modeling (Kt/V). URR dihitung dengan mencari nilai rasio antara kadar ureum *pre-dialysis* dikurangi kadar ureum *post-dialysis*, dibagi kadar ureum *pre-dialysis*. Sedangkan Kt/V dihitung dari besar kadar ureum dan berat badan (kg) *pre* dan *post-dialysis*, serta lama proses hemodialisis (menit). Hemodialisis 2 kali/minggu dianggap cukup bila nilai URR 65-70% dan nilai Kt/V 1,2-1,4. Besar dosis untuk mencapai adekuasi hemodialisis harus memperhatikan hal-hal berikut:

1. *Time of dialysis*

Time of dialysis adalah lama waktu pelaksanaan hemodialisis ideal, yaitu 10-12 jam per minggu atau 3 kali/minggu selama 4-5 jam/sesi. Bila hemodialisis dilakukan 2 kali/minggu maka lama hemodialisis adalah 5-6 jam/sesi.

2. *Interdialytic time*

Interdialytic time adalah waktu interval atau frekuensi pelaksanaan hemodialisis. Hemodialisis di Indonesia dilakukan 2 kali per minggu selama 4-5 jam, dengan pertimbangan asuransi kesehatan yang berlaku di Indonesia.



Gambar 2.3 Perubahan kadar urea darah bila hemodialisis 3 kali per minggu

3. *Quick of Blood (Blood Flow)*

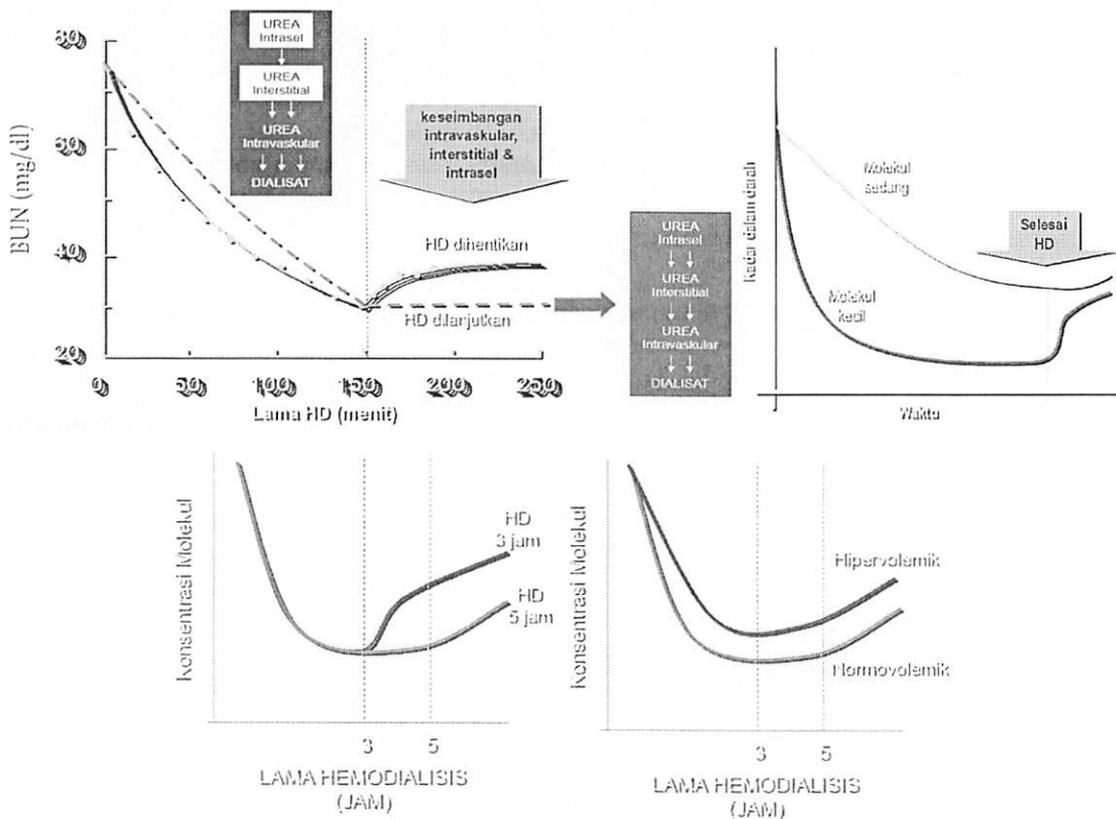
Quick of Blood adalah besar aliran darah yang dialirkan ke dalam dialiser, yaitu antara 200-600 ml/menit dengan cara mengatur pada mesin dialisis. Pengaturan Qb 200 ml/menit akan memperoleh bersihan ureum 150 ml/menit dan peningkatan Qb sampai 400 ml/menit akan meningkatkan bersihan ureum 200 ml/menit.

4. *Quick of Dialysate (Dialysate flow)*

Quick of Dialysate adalah besar aliran dialisat yang menuju dan keluar dari dialiser, dapat mempengaruhi tingkat bersih yang dicapai, diatur sebesar 400-800 ml/menit disesuaikan dengan jenis atau merk mesin. Pencapaian bersih ureum yang optimal dapat dipengaruhi oleh kecepatan aliran darah (Q_b), kecepatan aliran dialisat (Q_d), dan koefisien luas permukaan dialiser.

5. *Clearance of dialyzer*

Klirens menggambarkan kemampuan dialiser unuk membersihkan darah dari cairan dan zat terlarut, dipengaruhi oleh bahan, tebal, dan luas membran.



Gambar 2.4 Fenomena pencapaian klirens selama proses hemodialisis berlangsung

6. Tipe akses vaskuler

Arterio Venousa (AV) Shunt merupakan akses yang direkomendasikan bagi klien hemodialisis. *AV Shunt* yang berfungsi baik mempengaruhi adekuasi dialisis.

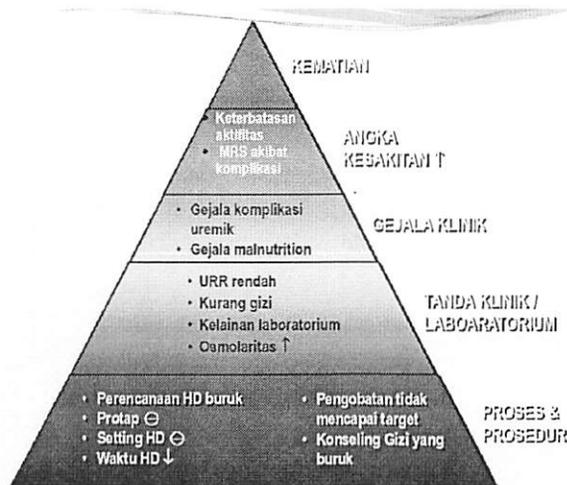
7. *Trans membrane pressure*

Trans membrane pressure adalah besar perbedaan tekanan hidrostatik antara kompartemen dialisis (P_d) dan kompartemen darah (P_b) yang diperlukan agar terjadi proses ultrafiltrasi. Nilainya tidak boleh kurang dari -50 dan P_b harus lebih besar dari P_d , serta dapat dihitung manual dengan rumus $TMP = (P_b - P_d)$ mmHg.

Kriteria klinis adekuasi hemodialisis (RSUD Dr. Soetomo Surabaya, 2013):

1. Tidak didapatkan tanda-tanda uremia, dengan indikasi:
 - 1) $SCr < 16-20$ mg/dl (**berotot**) atau $< 12-15$ mg/dl (**kurus**)
 - 2) Gejala klinis: sesak, bau uremik (+), nafsu makan turun, mual, muntah, sulit tidur, kelemahan otot, kram
2. Tekanan darah sesuai target $< 140/90$ mmHg
3. Tidak ada gejala anemia dengan $Hb > 10$ mg/dl atau $Hct > 25\%$ tanpa hormone anabolik atau eritropoietin, serum iron > 100 mg/dl, dan saturasi Fe $> 20\%$
4. Tercapai keseimbangan air (normovolemik, tidak ada edema), elektrolit (K, Na, Ca, P, Mg), dan asam basa (kadar bikarbonat pre dialisis normal)
5. Tercapai pengendalian metabolisme: protein dan tidak terjadi osteodistrofi renal
6. Status gizi optimal, dengan indikasi serum albumin $> 3,5$ g/dl,
7. Tidak ada infeksi

Hemodialisis yang tidak adekuat dipengaruhi oleh bersihan ureum tidak optimal, waktu dialisis kurang, dan kesalahan dalam pemeriksaan laboratorium (ureum darah).



Gambar 2.5 Tahapan klinis pada klien dengan adekuasi yang tidak tercapai

2.2.6 Prosedur penatalaksanaan hemodialisis

1. Pre hemodialisis

1) Pengukuran berat badan

Dry weight merujuk pada berat yang menunjukkan tidak ada bukti klinis oedema, nafas pendek, peningkatan tekanan nadi leher atau hipertensi. Berat klien untuk menentukan penambahan dan pengurangan cairan selama dialisis, yaitu 1 kg=1 L. Cara menghitung *dry weight* diilustrasikan sebagai berikut:

Berat saat ini : 68,5 kg

Dry weight: 66 kg, Berat yang harus dikurangi: 2,5 kg

Penambahan cairan selama tindakan: *washback saline* (300 ml)

Dua minuman (300 ml)

Total cairan yang harus dibuang: $2,5 + 0,3 + 0,3 = 3,1$ L

2) Pengukuran tekanan darah

Bila mengalami hipertensi sebelum dialisis, maka klien perlu diberi antihipertensi. Bila mengalami hipertensi saat dialisis, dilakukan pengurangan dosis sebelum sesi dialisis berikutnya. Tekanan darah yang disarankan <140/90 mmHg bila berusia <60 tahun dan <160/90 mmHg bila berusia >60 tahun.

2. Intra hemodialisis

Monitoring terjadi hipotensi, mual muntah, kram, ketidakseimbangan cairan dan elektrolit, alergi, hemolisis, emboli, pembekuan aliran darah

3. Post hemodialisis

Observasi tanda-tanda vital, lokasi penusukan (hematom, edema, atau perdarahan), monitoring hasil laboratorium kimia darah (ureum, kreatinin) untuk menentukan frekuensi hemodialisis, dan penimbangan berat badan.

2.2.7 Permasalahan klien yang menjalani hemodialisis

1. Biologi

- 1) Anemia, Hipotensi atau hipertensi, *cardiac dyrhythmia* akibat hiperkalium,
- 2) Masalah teknis: nyeri, infeksi lokal di area tusukan, *clotting*, emboli,
- 3) Kram otot, *Restless legs syndrome*, kelelahan (*fatigue*), gangguan tidur
- 4) Perubahan warna kulit (menghitam), kulit kering, dan gatal,
- 5) Mual, muntah, penurunan berat badan dan massa otot (atrofi otot),
- 6) Perdarahan (subdural, retroperitoneal, dan intraokuler) akibat heparinisasi,
- 7) Reaksi pirogenik, infeksi, seperti bakterimia, endocarditis, hepatitis B.
- 8) Sindrom ekuilibrium dialisis: mental konfusi, perubahan tingkat kesadaran, sakit kepala, kejang, edema serebral.
- 9) Gangguan fungsi kognitif: penurunan kemampuan atensi, memori, konsentrasi, belajar dan menggunakan bahasa, pertimbangan, pemecahan masalah, serta kemampuan eksekutif (merencanakan, menilai, mengawasi, melakukan evaluasi) akibat sindrom azotemia (kadar ureum dan kreatinin dalam darah tinggi) yang menyebabkan penurunan suplai oksigen ke otak sehingga terjadi iskemia kronis pada struktur frontal-subkortikal otak.

2. Psikologi

Stresor yang paling umum dihadapi klien adalah kesulitan keuangan, perubahan dalam hubungan sosial dan perkawinan, masuk rumah sakit secara reguler, pembatasan waktu luang, peningkatan hubungan dengan tenaga medis, takut cacat atau kematian, peningkatan ketergantungan pada mesin dialisis, ketidakpastian masa depan, dan kelelahan. Selain itu klien juga menghadapi stresor pembatasan cairan dan makanan karena bila klien mengonsumsi cairan >500 ml/hari berisiko terjadi edema paru, asupan kalium dan fosfor berlebih menyebabkan gagal jantung, gatal, atau osteodistrofi ginjal. Kehilangan pekerjaan, disfungsi seksual, gangguan *body image* (penurunan berat badan, atrofi otot, perubahan warna kulit, adanya *AV shunt*), penurunan kemampuan aktivitas akibat mengalami gangguan tidur dan kelelahan setelah dialisis juga signifikan menjadi stresor bagi klien (Gerogianni & Babatsikou, 2014).

Penyesuaian psikologis pada pelaksanaan hemodialisis menurut Gerogianni & Babatsikou (2014) terdapat 3 periode, yaitu:

1) Periode *honeymoon*, dimulai 1-3 minggu dari pertama kali dialisis

Periode ini klien datang dengan ketakutan hebat dan cemas akan ketidakmampuan atau kematian, serta fokus pada masalah finansial. Klien mengalami gangguan tidur, gejala depresi, kehilangan otonomi, pekerjaan, peran keluarga, dan disfungsi seksual.

2) Periode kehilangan semangat dan frustrasi, sekitar 3 minggu - 12 bulan

Periode ini klien merasa gejala duka cita yang kuat, kesedihan, dan kelelahan, dengan manifestasi marah yang meledak-ledak dan agresif pada keluarga atau petugas kesehatan yang merawat.

3) Penyesuaian periode panjang, yaitu lebih dari 12 bulan

Periode ini klien mulai menerima berdasarkan pengalaman akan kepuasan dan depresinya saat menjalani dialisis.

3. Sosial

Klien dengan hemodialisis mengalami isolasi sosial, seperti malas berhubungan dengan orang lain, bahkan biasanya menarik diri dari lingkungan sosialnya. Isolasi sosial timbul akibat ketidakyakinan klien melakukan peran dan aktivitas sosial (Gerogianni & Babatsikou. 2014).

4. Spiritual

Distress spiritual yang dialami klien dengan hemodialisis, antara lain cenderung menyalahkan dan menganggap Tuhan tidak adil, menganggap sakit ini adalah hukuman dari Tuhan, tidak mau menjalankan ibadah (Setyaningsih, 2011).

2.2.8 Penatalaksanaan pada klien yang menjalani hemodialisis

1. Nutrisi

Pemenuhan nutrisi pada klien dengan hemodialisis harus memperhatikan diet yang dianjurkan oleh dokter. Tujuan terapi diet adalah untuk mempertahankan status gizi yang baik dan menurunkan morbiditas akibat komplikasi. Komponen diet untuk mencegah, monitor, dan mengatasi komplikasi: pada klien CKD dengan hemodialisis (NKDEP, 2015) adalah:

1) *Cardiovascular Disease (CVD)*

Goals: Kolesterol total < 200 mg/dL, LDL < 100 mg/dL, HDL > 40 mg/dL, trigliserida < 150 mg/dL, dan tekanan darah < 140/90 mmHg. Klien harus mengurangi asupan makanan berlemak dan mengontrol tekanan darah dengan membatasi asupan sodium sampai 2300 mg/hari, dan menurunkan berat badan.

2) Diabetes

Cegah hipoglikemia dapat dilakukan dengan mengonsumsi jus cranberry, koktail, anggur, dan jus apel. 10 jeli dapat mencegah hiperkalemia.

3) Asidosis metabolik

Goals: bikarbonat 21-28 mEq/L. Pembatasan protein meningkatkan serum bikarbonat. Asidosis metabolik diduga menyebabkan hilangnya massa tulang dan otot, keseimbangan nitrogen negatif, meningkatkan katabolisme protein, dan menurunkan sintesis protein.

4) Hiperkalemia

Goals: kalium 3,5-5,0 mEq/L, Anjurkan klien membatasi asupan kalium jika kalium serum $\geq 5,0$ mEq/L, hindari pengganti garam yang mengandung kalium, cegah dan obati hipoglikemia, patuhi terapi natrium bikarbonat, dan koreksi asidosis. Kandungan kalium pada sayuran dapat dikurangi melalui proses pencucian. Pencucian dilakukan dengan cara mengiris dan merendam sayuran dalam air semalam, kemudian bilas dan rebus sayuran tersebut di air yang baru. Hasil penelitian Bethke & Jansky (2008) menunjukkan bahwa kentang putih tidak perlu direndam semalam. Kandungan kalium pada sayur umbi-umbian dapat berkurang bila dimasak dua kali.

5) CKD *Mineral and Bone Mineral Disorder* (CKD-MBD)

Goals: kalsium 8,5-10,2 mg/dL, fosfor 2,7-4,6 mg/d, paratiroid hormon (PTH) < 65 pg/mL, vitamin D ≥ 20 ng/mL. CKD-MBD merupakan hasil interaksi penurunan fungsi ginjal mempertahankan level Ca dan fosfor, serta aktivasi vitamin D. Pemberian suplemen meningkatkan risiko hiperkalemia.

6) Anemia

Goals: Hb 11-12 g/dL Pemberian suplemen iron dan injeksi *erythropoiesis-stimulating agents (ESAs)* untuk koreksi anemia.

7) Edema

Batasi asupan cairan. Input dan output cairan harus seimbang. Sedangkan elektrolit yang harus diawasi adalah natrium karena menyebabkan retensi cairan pada ekstrasvaskuler sehingga terjadi edema.

8) Albuminuria

Goals: *Urine Albumin to Creatinine Ratio (UACR)* normal 0-30 mg/g atau albuminuria > 30 mg/g. Pemberian protein:

- a. Non-diabetik : 0,8 g/kgBB/hari
- b. Diabetik : 0,8-1,0 g/kgBB/hari
- c. Tanpa dialisis : 0,6-1 gr/kgBB/hari
- d. Dengan dialisis : 1-1,2 gr/kgBB/hari, mencegah ketoasidosis dan atrofi jaringan (osteodistrofi)

Hasil penelitian menunjukkan bahwa menurunkan asupan protein hingga 0,6 g/kgBB/hari pada klien non-diabetik lebih baik. Pembatasan protein dapat mengaktifkan respon adaptif terhadap penurunan albuminuria dan meningkatkan serum albumin, tanpa peningkatan risiko malnutrisi protein. Menurunkan kelebihan protein juga dapat mengurangi kadar BUN dan metabolisme protein toksik, kalium, fosfat, fosfor, dan produksi ion hidrogen. Pembatasan asupan protein berdasarkan Laju Filtrasi Glomerulus (LFG):

Tabel 2.3 Pembatasan asupan protein pada penderita CKD

| LFG ml/menit | Asupan protein g/kg/hari |
|---------------------------|---|
| >60 | Tidak dianjurkan |
| 25-60 | 0,6-0,8/kg/hari termasuk $\geq 0,35$ gr/kg/hari nilai biologi tinggi |
| 5-25 | 0,6-0,8/kg/hari termasuk $\geq 0,35$ gr/kg/hari nilai biologi tinggi atau tambahan 0,3 gr asam amino esensial atau asam keton |
| <60 (Sindrom nefrotik) | 0,8.kg/hari plus 1 gr protein atau 0,3 gr/kg tambahan asam amino esensial atau asam keton |

Sumber: Suwitra (2009)

9) Malnutrisi

Goals: albumin 3,4-5,0 g/dL dan *blood urea nitrogen* (BUN) <20 mg/dL.

Klien dengan diet rendah protein (0,6 g/kgBB/hari) memerlukan suplemen *riboflavin* dan *cyanocobalamini*. Pemberian thiamin dan asam folat perlu pertimbangan. Serum albumin digunakan untuk monitor status nutrisi. Hipoalbumin merupakan hasil dari penurunan asupan makanan. Jumlah kalori yang diberikan sebesar 30-35 kkal/kgBB/hari.

Tujuan dari pemenuhan nutrisi pada klien adalah memberikan cukup energi, mencegah infeksi, membentuk massa otot, mempertahankan kesehatan, menjaga fungsi ginjal agar tidak semakin memburuk. Nutrisi yang baik untuk klien (National Kidney Foundation, 2010b). Klien dapat makan di luar (*restaurant*) dengan syarat *restaurant* tersebut mengizinkan klien untuk *request* bahan dan bumbu pada masakan tersebut (NKF, 2013a).

Tabel 2.4 Daftar Nutrisi dan Kandungan yang perlu diperhatikan klien

| No | Nutrisi | Manfaat | Kandungan | |
|----|-------------|--|---|-------------------------------|
| | | | Tinggi | Rendah |
| 1 | Protein | 1. Membentuk otot 2. Regenerasi sel 3. Melawan infeksi | Daging merah (daging sapi, lembu, domba), daging babi, daging unggas (ayam, kalkun), ikan dan seafood lain, telur | Sayur-sayuran, padi |
| 2 | Karbohidrat | 1. Membantu tetap sehat dan pertahankan berat badan 2. Memberi energi | Tepung, gula, selai, jelly, permen, makanan ringan, mie, madu, sirup, margarin, minyak, makanan cepat saji | - |
| 3 | Natrium | 1. Berperan pada tekanan darah 2. Keseimbangan cairan tubuh | Garam laut, saus kedelai (kecap), daging babi, bacon, hot dog, snack keripik, sup kaleng, makanan cepat saji | Makanan kaleng yang dibekukan |
| 4 | Fosfor | Membentuk pembuluh darah, kerja jantung, sendi, otot, dan kulit | Susu, keju, yogurt, ice cream, pudding, kacang-kacangan (selai kacang, kacang tanah, kacang polong, kapri), sereal, bir, cola, tepung, snack, susu | <i>Creamer</i> |
| 5 | Kalsium | Membentuk kekuatan otot (pemberian suplemen vitamin D tidak dianjurkan) | Sama dengan bahan nutrisi yang mengandung fosfor | - |
| 6 | Kalium | Membantu otot dan jantung bekerja dengan baik | Pisang, melon, jeruk, kentang, tomat, stroberi, kiwi, buah yang dikeringkan, kacang, alpukat, sayuran segar (hijau), buncis, beberapa jus, susu dan yogurt, pengganti garam, makanan tinggi protein | Bayam, selada, wortel |
| 7 | Cairan | Penyusun sel | Melon, semangka | - |

Sumber: NKDEP, 2015

2. Latihan fisik (*exercise*)

Tujuan dari latihan fisik (*exercise*) adalah: 1) Meningkatkan kesehatan jantung dan sirkulasi, 2) Meningkatkan kekuatan dan fungsi otot, serta kepadatan tulang

3) Mencegah sarcopenia (kehilangan massa otot), 4) Meningkatkan kontrol tekanan darah, 5) Menurunkan risiko diabetes mellitus melalui peningkatan kontrol glukosa dan meningkatkan sensitifitas insulin, 6) Meningkatkan status kesehatan berhubungan dengan kualitas hidup, 7) Membantu manajemen berat badan. 8) Menurunkan kecemasan dan depresi, 9) Meningkatkan percaya diri dan membantu agar dapat tidur nyenyak. Rekomendasi *exercise* (NKF, 2010a):

1) Latihan peregangan (*stretching*) atau pelenturan (*flexibility*)

Meningkatkan pergerakan sendi, melenturkan kaku otot

2) Latihan *strengthening* atau *resistance*

Meningkatkan kekuatan otot. Bentuk latihan antara lain meningkatkan kekuatan otot kaki, pinggul, punggung, abdomen, dada, bahu, dan lengan.

3) Latihan *cardiovascular* atau *endurance (aerobic)*

Meningkatkan fungsi jantung, sirkulasi, ketahanan tubuh dan level energi. Bentuk latihan antara lain jalan, *jogging*, bersepeda dengan sepeda stasioner, renang, dan fitness. Prinsip pelaksanaan:

1. Konsultasi dengan dokter kapan dapat memulai *exercise*
2. Dilakukan secara bertahap dari intensitas rendah, berangsur-angsur meningkat, disesuaikan dengan level toleransi aktifitas dan stadium CKD
3. Dilakukan mulai dari 10 menit tiap latihan, berangsur-angsur meningkat hingga maksimal 30-45 menit
4. Lebih baik melakukan di pagi hari dan/ atau sore hari
5. Jangan lakukan *exercise* di hari menjalankan hemodialisis
6. Indikator melakukan *exercise* adalah badan terasa panas, nafas cukup terengah-engah dan berkeringat

7. Bila lelah dapat istirahat sejenak, lalu lanjutkan bila masih mampu
8. Stop latihan bila kepala pusing, sakit, merasa tidak sehat, sangat letih, nyeri otot. Sendi, nafas berat, jantung berpacu cepat
9. Segera ke dokter bila nyeri dada, susah bernafas, jantung berdetak cepat dan irregular, sangat keletihan, dan pandangan kabur

Klien CKD yang menjalani hemodialisis dapat tetap bekerja dengan cara memodifikasi posisi dan waktu. Pada umumnya klien mengalami kelemahan dan keletihan sehingga memerlukan posisi pekerjaan yang tidak banyak mengeluarkan energi dan lama. Waktu aktifitas dan istirahat klien harus seimbang. Selain itu klien memerlukan pekerjaan yang fleksibilitas waktunya dapat dibagi dengan jadwal dialisis yang harus dijalani (Office for Disability Issues, 2011).

2.2.9 *Self Management* Klien dengan Hemodialisis

Self management adalah tindakan seseorang untuk memperoleh kondisi yang lebih baik. Manajemen diri meliputi keterampilan dalam pemecahan masalah, pengambilan keputusan dalam merespon perubahan yang terjadi akibat dari penyakit. Lindberg (2010) menjelaskan bahwa manajemen diri pada klien dengan hemodialisis merupakan proses dari adaptasi perilaku. Ketidakpatuhan merupakan bentuk manajemen diri yang kurang. Lorig & Holman (2003) menjelaskan bahwa kepatuhan terhadap regimen terapeutik merupakan komponen penting dalam manajemen diri dalam perawatan kesehatan. Kepatuhan terhadap regimen terapeutik klien yang menjalani hemodialisis meliputi kepatuhan terhadap pembatasan diet, pembatasan cairan, regimen pengobatan, dan kepatuhan mengikuti jadwal hemodialisis (Ariyanti, 2016).

Patuh adalah sikap positif terhadap adanya perubahan sesuai dengan tujuan pengobatan yang ditetapkan. Syamsiah (2011) menyebutkan bahwa faktor-faktor yang

mempengaruhi kepatuhan klien yang menjalani hemodialisis adalah usia, jenis kelamin, pendidikan, lama hemodialisis, motivasi, dan dukungan keluarga. Manajemen diri klien CKD yang menjalani hemodialisis antara lain (Engelke, 2014):

1. Manajemen diet

60% dari jumlah protein yang diperbolehkan untuk klien dengan hemodialisis, berasal dari protein hewani. Sebelum menjalani hemodialisis, klien dianjurkan membatasi asupan protein, tetapi ketika dialisis dimulai, klien dianjurkan meningkatkan konsumsi makanan tinggi protein karena untuk mengganti protein yang hilang saat dialisis. Protein dibutuhkan untuk membangun massa otot, perbaikan jaringan, melawan infeksi, dan mencegah malnutrisi.

Selain itu klien juga dianjurkan untuk menghindari makanan atau obat-obatan tinggi kalium, diantaranya alpukat, pisang, melon, kiwi, buah-buahan yang dikeringkan, kentang, tomat, jeruk, kacang, labu, bayam. Parameter kepatuhan diet kalium adalah dengan mengukur kadar kalium darah.

2. Manajemen cairan

Asupan cairan yang dianjurkan untuk klien dengan hemodialisis adalah sesuai dengan keluaran urin selama 24 jam ditambah 500 ml sebagai asumsi kehilangan cairan yang tidak disadari. Penambahan berat badan yang umum pada klien dengan hemodialisis adalah 0,9-1,3 kg, diklasifikasikan menjadi 3 kelompok, yaitu penambahan berat badan <4% adalah ringan, 4-6% adalah rata-rata, dan >6% adalah bahaya. Asupan cairan dan natrium yang terlalu bebas dapat menyebabkan kelebihan beban sirkulasi, edema perifer dan paru, hipertensi, dan gagal jantung kongestif. Sedangkan asupan yang kurang optimal menyebabkan dehidrasi, hipotensi, dan perburukan fungsi ginjal.

Parameter kepatuhan pembatasan asupan cairan dan natrium adalah mengukur *Inter-dialytic Weight Gain* (IDWG) dan tekanan darah. IDWG adalah penambahan berat badan diantara sesi dialisis, tepat untuk mengidentifikasi asupan cairan pada klien yang menjalani hemodialisis. IDWG berasal dari akumulasi asupan cairan (air minum, air dari kuah makanan) yang tidak mampu dikeluarkan oleh ginjal. Berat badan setelah dialisis disebut berat badan kering. Penentuan berat badan yang dikeluarkan selama hemodialisis adalah berat badan pre dibandingkan post hemodialisis. 1 kg berat badan setara dengan 1000 ml.

Tekanan darah tanpa obat-obatan antihipertensi merupakan *biomarker* adanya retensi natrium yang menyebabkan beban sirkulasi darah meningkat. Asupan cairan dan natrium berlebih merangsang pompa Na-K dan pengaktifan renin angiotensin yang meningkatkan pelepasan renin dan angiotensin 2 sehingga resistensi pembuluh darah dan tekanan darah meningkat. Batas tekanan darah pre dialisis berkisar 140/90 mmHg dan 130/80 mmHg saat post dialisis. Pada pasien hemodialisis regular, dikatakan tekanan darah normal bila rata-rata <135/85 mmHg saat pagi hari dan <120/80 mmHg saat malam hari.

3. Manajemen pengobatan dan mengikuti jadwal hemodialisis

Parameter kepatuhan pengobatan dapat dilihat dari keteraturan klien menjalani hemodialisis perminggu. Kepatuhan pengobatan ini berkaitan erat dengan adekuasi hemodialisis klien. Lama waktu pelaksanaan hemodialisis yang ideal, yaitu 10-12 jam per minggu (Black & Hawks, 2014).

2.3 Paradigma Psikoneuroimmunologi

2.3.1 Stres dan stressor

Putra (1999) menjelaskan bahwa *stressor* adalah sumber stress atau suatu rangsang yang mengancam atau merusak. *Stressor* direspon baik oleh individu (manusia atau binatang), sistem organ, sel, molekul, sampai gen yang *immunokompeten*. Pusat otak yang berhadapan dengan emosi atau informasi ada di sistem limbik, tepatnya di hipotalamus. Individu yang merespon *stressor* akan mempersepsi *stressor* tersebut. Persepsi merupakan seleksi, organisasi, dan interpretasi sensasi yang diterima. Persepsi memicu terjadinya kognisi sebagai hasil dari proses belajar, selanjutnya akan mengubah perilaku individu (Nihayati, 2015).

2.3.2 Persepsi dan berpikir

Persepsi dimaknai sebagai *stress perception* dan perubahan perilaku sebagai *stress response*. *Stress perception* merupakan tahap awal mengartikan *stressor* yang diterima oleh organ sensoris, melibatkan akal dan emosi. *Stress perception* diempiriskan melalui pengukuran stress respon, yaitu perubahan biologis dari sistem yang terkait dengan ketahanan tubuh. Individu yang telah menerima dan mempersepsikan *stressor* tersebut akan merespon hingga mencapai keseimbangan baru (*eustress*) atau timbul gangguan keseimbangan (*distress*). *Stress perception* merupakan istilah untuk menggambarkan *internal mental event*, yaitu proses pembelajaran atau persepsi (Putra, 2011).

Persepsi membuat individu sadar dan mengerti tentang keadaan sekitarnya serta keadaan individu yang bersangkutan. Persepsi merupakan suatu proses mulai dari stimulus (rangangan) melalui alat indera, kemudian diteruskan oleh syaraf ke otak untuk dikode, diartikan, dan selanjutnya menjadi konsep berpikir individu. Berpikir adalah aktivitas jiwa yang mempunyai kecenderungan final (*final tendency*) sebagai

pemecahan masalah yang dihadapi. Berpikir dilakukan untuk mengambil keputusan (*decision making*), memecahkan masalah (*problem solving*), dan menghasilkan yang baru (*creativity*) (Nihayati, 2015).

Persepsi klien terhadap penyakit adalah konsep sentral dari *Common Sense Model* (CSM) sebagai model *self-regulation* yang dapat mengancam kesehatan. Persepsi dibangun dari gambaran kognitif dan emosional diri terhadap ancaman yang di latarbelakangi berbagai macam kondisi sosial dan budaya, pendidikan, pengalaman diri, menyaksikan pengalaman orang lain, buku, atau pengalaman lain. Gambaran kognitif dan emosional klien terhadap penyakit dan pengobatan juga dapat menentukan bagaimana coping untuk beradaptasi dengan penyakitnya, meningkatkan personal kontrol, dan menurunkan respon emosional. Temuan beberapa studi, di antara klien yang akan atau sedang menjalani hemodialisis dilaporkan memiliki personal kontrol yang rendah terhadap penyakitnya. Personal kontrol penting untuk meningkatkan kesehatan, perilaku *self care* untuk mengoptimalkan kondisi, dan berkontribusi pada terbentuknya otonomi klien (Jansen *et al*, 2012).

Persepsi klien terhadap penyakit CKD dan *treatment* hemodialisis yang harus dijalani mengakibatkan masalah psikologis sebagai berikut:

1) Kecemasan

Klien khawatir pada ketidakpastian masa depannya, tidak mampu beraktivitas seperti sediakala dan menjalankan peran atau takut akan kematian, masalah finansial, kehilangan otonomi, dan pekerjaan.

2) *Low self-efficacy*

Klien pesimis dengan kehidupannya dan merasa tidak berdaya karena harus bergantung pada mesin dialisis seumur hidup. Keyakinan diri yang rendah menyebabkan hilangnya otonomi klien.

3) *Low self-esteem*

Dialisis mempengaruhi *body image*, misalnya prosedur pembuatan akses dialisis melalui fistula, vena leher, atau adanya kateter yang menyebabkan perubahan penampilan tubuh. Selain itu klien merasa minder (*low self esteem*) karena adanya perubahan warna kulit (menghitam), kering, gatal, keletihan, penurunan berat badan akibat dari penurunan nafsu makan, dan atrofi otot akibat penurunan massa otot. Kehilangan otonomi juga menyebabkan *low self esteem* pada klien (Gerogianni & Babatsikou, 2014).

4) Depresi

Sering terjadi pada klien yang menjalani hemodialisis selama 3–9 tahun dan perempuan lebih berisiko. Manifestasi depresi: sedih, penurunan mood, penurunan libido, gangguan tidur, dan penurunan nafsu makan. Depresi timbul karena klien selalu merasa bersalah bergantung pada orang lain akibat ketidakberdayaannya. Depresi menyebabkan penurunan kepatuhan klien terhadap *treatment* dan diet.

5) Bunuh diri

Bunuh diri (*suicide*) merupakan respon emosional negatif yang timbul akibat dari kecemasan dan depresi yang tidak tertangani dengan baik. Klien mengalami putus asa karena hemodialisis harus dilakukan seumur hidup. Satu dari 500 klien yang baru memulai hemodialisis mencoba untuk bunuh diri (*suicide*) dengan melanggar aturan diet atau tidak rutin menjalankan hemodialisis. *Suicide*

merupakan respon emosional negatif yang timbul akibat dari kecemasan dan depresi yang tidak teratasi.

Pengukuran persepsi menggunakan instrumen *Illness Perception Questionnaire Revised* (IPQ-R) yang dikembangkan oleh Moss-Morris & Petrie (2001), sensitif mengidentifikasi persepsi individu terhadap penyakit yang diderita dan respon yang berhubungan dengan kesehatan (Pagels, 2015).

2.3.3 Pemahaman

Notoadmojo (2007) menjelaskan bahwa pengetahuan yang dicakup di dalam domain kognitif Bloom mempunyai 6 tingkat, yaitu:

1. Tahu (*know*)

Tingkat pengetahuan paling dasar setelah melakukan pengamatan atau sebagai penguat suatu materi yang telah dipelajari atau *recall* (mengingat kembali).

2. Memahami (*comprehension*)

Kemampuan menjelaskan dan menginterpretasi suatu objek secara benar. Orang yang paham harus dapat menjelaskan, menyebutkan, menyimpulkan, meramalkan terhadap objek yang akan dipelajari.

3. Aplikasi (*aplication*)

Suatu kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi nyata.

4. Analisis (*analysis*)

Kemampuan menjabarkan materi atau objek ke dalam berbagai komponen yang saling berkaitan. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari kemampuan untuk menggambarkan, membedakan, memisahkan, dan mengelompokkan.

5. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjukkan pada suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari berbagai formulasi yang ada.

6. Evaluasi (*evaluation*)

Kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap materi atau objek.

Berdasarkan uraian di atas, pemahaman berada pada tingkatan kedua pengetahuan dari domain kognitif. Faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang:

1. Umur

Semakin cukup umur, seseorang akan lebih matang dalam berpikir dan berpengalaman. Semakin muda klien harus menjalani hemodialisis, semakin negatif respon emosionalnya. Hal tersebut dikarenakan adanya ketidakpastian terhadap masa depan mereka yang masih panjang dan produktif.

2. Tingkat pendidikan

Semakin tinggi pendidikan seseorang, semakin mudah menerima informasi sehingga semakin banyak pengetahuan yang dimiliki tentang CKD dan hemodialisis. Tetapi pada beberapa orang, semakin banyak menerima informasi, semakin khawatir dengan penyakit dan perawatan yang dijalani.

3. Pekerjaan

Individu yang bekerja bisa mendapat tambahan informasi dari teman, tetapi pekerjaan juga dapat menghambat seseorang mengakses informasi karena waktu dan tenaga digunakan untuk menyelesaikan pekerjaan. Umumnya informasi dari orang lain, bersifat negatif yang meningkatkan rasa takut dan khawatir klien.

4. Pengalaman dan sumber informasi

Pengetahuan dapat dipengaruhi dari pengalaman sendiri atau orang lain. Pengalaman pribadi melihat teman atau saudara yang meninggal karena CKD dan pengalaman merasakan nyeri saat penusukan *AV shunt* meningkatkan kecemasan klien menjalani hemodialisis.

2.4 Kecemasan

2.4.1 Kecemasan pada klien CKD dengan hemodialisis

Stresor yang dirasakan pada penyakit kronis secara umum memiliki persamaan, yaitu ancaman terhadap integritas tubuh, kesejahteraan, kebebasan dan otonomi, pemenuhan kebutuhan keluarga, ekonomi, sosial, pekerjaan, serta kehilangan makna dan tujuan hidup. Stresor yang umum dihadapi klien CKD yang menjalani hemodialisis adalah perubahan fungsional ginjal sehingga harus bergantung pada mesin dialisis seumur hidup, menyebabkan ketidakpastian prognosis dan kematian (Shinde & Mane 2014). Kecemasan timbul sebagai akibat dari kegagalan klien beradaptasi dengan stresor yang ada. Kegagalan adaptasi terjadi karena pengetahuan klien yang kurang terkait penyakit sehingga mudah menerima pendapat negatif dari orang lain. Hal tersebut menimbulkan pemahaman, persepsi dan asumsi klien yang salah, serta sikap pesimis terhadap penyakit dan *treatment* yang harus dijalani untuk mempertahankan fungsional fisik mereka. Persepsi negatif mempengaruhi strategi koping klien untuk beradaptasi terhadap stresor dan dianggap sebagai prediktor kecemasan (Clarke *et al*, 2016).

2.4.2 Tingkat kecemasan

Stuart (2006) mengidentifikasi kecemasan dalam 4 tingkat:

1. Cemas ringan

Cemas ringan merupakan cemas normal berhubungan dengan ketegangan, menyebabkan seseorang menjadi waspada. Kecemasan ini umum didapatkan pada kehidupan sehari-hari, produktif, bahkan membantu memenuhi tantangan hidup.

2. Cemas sedang

Cemas sedang memungkinkan seseorang mengalami perhatian selektif (memusatkan pada hal yang penting, mengesampingkan hal yang lain). Kecemasan ini mempersempit lapang persepsi individu. Kehadiran orang lain, seperti anggota keluarga yang selalu menemani klien akan dapat membantu.

3. Cemas berat

Cemas berat mengakibatkan penurunan signifikan pada kemampuan pemusatan pikiran dan berinteraksi dengan lingkungan kecuali pada beberapa hal yang terinci dan spesifik. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan. Pada kecemasan tingkat ini mulai timbul gejala fisik, seperti palpitasi jantung, bernafas cepat, pelupa, berkeringat, mulut kering, gangguan lambung, usus besar, dan gangguan tidur.

4. Panik

Panik berhubungan dengan terperangah, ketakutan, dan teror. Individu yang mengalami panik tidak mampu melakukan sesuatu, karena individu tersebut mengalami kehilangan kendali, terjadi peningkatan aktifitas motorik, penurunan kemampuan berkomunikasi dan bersosialisasi, persepsi menyimpang, serta pikiran irrasional. Panik melibatkan disorganisasi kepribadian, tidak sejalan

dengan kehidupan, dan bila berlangsung terus menerus dalam waktu lama dapat menyebabkan kelelahan dan kematian.

2.4.3 Respon Tubuh terhadap kecemasan

Respon individu terhadap kecemasan, yaitu

1. Kardiovaskuler: Jantung berdebar, tekanan darah meningkat, palpitasi

Kecemasan mempengaruhi aktivitas syaraf otonom dan hemodinamik. Saat tubuh mengalami stress berat atau emosional negatif, terjadi aktivasi berlebihan pada hipotalamus-pituitari-adrenal (HPA) axis dan sistem syaraf simpatik menyebabkan reaktivitas jantung dan disfungsi barorefleks yang meningkatkan tekanan darah dan *heart rate*.

2. Pernafasan: Sesak nafas, nafas cepat, dangkal, terengah-engah, seperti tercekik, tekanan pada dada

3. Neuromuskuler: Reaksi terkejut, insomnia, tremor, rigiditas, wajah tegang

4. Gastrointestinal: Kehilangan nafsu makan, mual, nyeri ulu hati, diare

5. Perkemihan: Sering berkemih, inkontinensia

6. Kulit; Kulit kemerahan, telapak tangan berkeriat, gatal, rasa panas, dingin, pucat pada kulit

2.4.4 Penilaian tingkat kecemasan

Instrumen kecemasan menggunakan *distress thermometer and problem list* yang dibuat oleh *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) untuk skrining distress pada klien onkologi. *Distress thermometer* terdiri dari skala 0-10 yang menggambarkan kecemasan atau distress individu.

2.5 Model Perencanaan Perawatan Akhir Hayat (PPAH)

Model PPAH dikembangkan dari sebuah intervensi akhir hayat *Advance Care Planning* (ACP), sebagai program perawatan akhir hayat pada lanjut usia (lansia) atau kasus terminal, dengan tujuan mengajak klien berpikir dan berdiskusi mengenai perencanaan perawatan kesehatan lanjutan sesuai harapannya. Model ini mendokumentasikan keputusan klien untuk melakukan inisiasi atau penghentian dialisis, serta menunjuk seseorang yang dapat menggantikan klien dalam mengambil keputusan saat mengalami kehilangan kekuatan atau kemampuan komunikasi. Penerapan ACP di Indonesia tidak dapat dilakukan karena terdapat perbedaan tingkat pendidikan, budaya, nilai, agama, dan persepsi masyarakat Indonesia dalam membicarakan kematian. Tahap pelaksanaan model PPAH diadaptasi dari tahap pelaksanaan ACP pada perawatan akhir hayat, yaitu:

1. Tahap 1: Pengenalan konsep penyakit, *treatment*, prognosis dan perencanaan perawatan akhir hayat.
2. Tahap 2: Diskusi perencanaan perawatan klien dengan *caregiver* dan keluarga.
3. Tahap 3: Dokumentasi pilihan perawatan akhir hayat klien.
4. Tahap 4: Review untuk mengubah atau melanjutkan rencana yang telah dibuat.
5. Tahap 5: Aplikasi perawatan akhir hayat sesuai harapan dan keinginan klien.

2.5.1 Aplikasi Teori Transpersonal Caring oleh Jean Watson dalam Model PPAH

Caring adalah sentral dari praktik keperawatan yang ditujukan untuk memberikan perawatan kesehatan yang holistik membantu klien memperoleh pengetahuan, mencapai atau mempertahankan kesehatan atau kematian yang damai. *Caring* merupakan proses interpersonal yang terdiri dari intervensi yang menghasilkan pemenuhan kebutuhan manusia. *Caring* menyangkut upaya memperlakukan klien secara manusiawi dan utuh

sebagai manusia yang berbeda dengan lainnya. Dalam teori *caring*, nilai, pengetahuan, dan praktik keperawatan diintegrasikan dengan proses penyembuhan dari dalam diri dan pengalaman hidup klien sehingga memerlukan seni perawatan penyembuhan (*carrative*), yang kemudian dikembangkan menjadi *caritas*. *Caritas* merupakan perawatan yang dapat memberikan kebahagiaan, perhatian atau kasih sayang yang spesial. Asuhan keperawatan pada klien CKD yang menjalani hemodialisis tergambar pada proses *caritas* berikut :

1. Praktik keperawatan diberikan dengan keramahan dan ketenangan hati, dengan prinsip humanistik dan altruistik (mengutamakan kepentingan orang lain).
2. Mampu menampilkan dan mempertahankan sistem kepercayaan mendalam dan kehidupan subjektif klien.
3. Mengupayakan praktik spiritual dan transpersonal, mengesampingkan ego pribadi, membuka cara pandang orang lain dengan sensitifitas dan perasaan kasihan.
4. Mengembangkan dan mempertahankan hubungan perawatan dengan rasa tolong menolong dan saling percaya.
5. Mampu mengekspresikan, mendukung perasaan negatif dan positif orang yang diberikan perawatan.
6. Proses pemecahan masalah yang kreatif, sistematis, disertai pengetahuan perawatan yang dimiliki, dan seni praktik terapeutik.
7. Menyediakan lingkungan fisik, psikis, sosial, dan spiritual yang *supportif*, protektif, korektif, dan kondusif untuk proses perawatan dengan energi positif, kenyamanan, harga diri, dan kedamaian tumbuh dengan maksimal).
8. Membantu pemenuhan kebutuhan dasar manusia, penuh kesadaran, dan memperhatikan seluruh aspek perawatan (jiwa dan spiritual).

9. Mengizinkan kekuatan spiritual-fenomenal-eksistensial menjadi pembuka dimensi kehidupan dan kematian seseorang.

Transpersonal caring mengakui kesatuan dalam hidup dan hubungan yang terdapat dalam lingkup perawatan yang konsentrik, dari individu pada orang lain, masyarakat, dunia, dan alam semesta. *Transpersonal caring* menggambarkan bagaimana perawat berperan dalam memberikan perawatan untuk meningkatkan kenyamanan dan mempertahankan kesehatan klien. Tujuan utama dari perawatan transpersonal Watson (2010) adalah melindungi, meningkatkan, memunculkan kemanusiaan, dan kebersamaan. Dalam hal ini perawat memberikan asuhan suportif dan penuh kasih kepada klien CKD yang menjalani hemodialisis (Sheldon, 2009).

2.5.2 Aplikasi Teori *Peaceful End-of-Life* oleh Ruland & Moore dalam Model PPAH

Hal yang paling ditakuti oleh klien CKD dengan hemodialisis adalah kematian. Kematian adalah akhir hidup manusia yang merampas semua makna dari kehidupan. Senang tidak senang, kematian harus dijalani oleh setiap manusia, seperti halnya pengalaman kelahiran. Teori *peaceful end-of-life* merupakan salah satu teori yang digunakan untuk membangun model perawatan paliatif yang holistik untuk pasien dengan kondisi terminal. Ruland & Moore (1998) menjelaskan bahwa klien dengan penyakit terminal, khususnya klien CKD stadium akhir beserta keluarga berhak mendapatkan pelayanan profesional berupa perawatan akhir hayat dengan mempertimbangkan pencapaian hasil positif yang terdiri dari (Alligood, 2014):

1) Bebas dari nyeri

Nyeri adalah pertimbangan perasaan ketidaknyamanan atau emosional yang aktual atau potensial. Asuhan keperawatan diberikan dengan tujuan membebaskan klien dari nyeri yang menyebabkan distress pada akhir hidup klien. Tindakan

untuk membebaskan klien dari nyeri dapat berupa intervensi farmakologi (anti nyeri, anti ansietas) dan atau non farmakologi (relaksasi, musik, humor).

2) Merasakan kenyamanan

Kenyamanan menurut Kolcaba (1991) merupakan bantuan atas ketidaknyamanan untuk mencapai kemudahan dan kepuasan yang dapat membuat hidup lebih mudah atau menyenangkan.

3) Bermartabat (*dignity*) dan terhormat (*respect*)

Tiap klien dengan penyakit terminal memiliki nilai keberadaan yang tetap harus diperlakukan secara bermartabat, empati, terhormat, dan penuh perhatian terhadap kebutuhan, harapan, dan keinginannya di masa datang. Konsep ini menggabungkan ide dari nilai personal, seperti yang diungkapkan oleh prinsip etika otonomi. Otonomi merupakan salah satu dari dasar kebutuhan psikologi manusia yang berkontribusi pada kehidupan dan kondisi sejahtera. Postulat *Self-Determination Theory* (SDT) menyatakan bahwa kebutuhan akan otonomi memberi energi pada aktivitas manusia dan menimbulkan kepuasan untuk kesehatan psikologis jangka panjang (Gerogianni & Babatsikou, 2014).

Tujuan utama pemberian perawatan akhir hayat adalah meningkatkan kualitas hidup hingga mencapai kematian yang bermartabat (*dignified*). *Dignity* diartikan sebagai kelayakan yang memiliki karakteristik utama:

1. Mampu membuat keputusan atas hidupnya
2. Mampu dipercaya bukan dari ucapan, melainkan dari tindakannya
3. Tidak mudah mengeluh dan putus asa
4. Selalu berusaha mendapatkan kenyamanan hidup

4) Damai

Damai merupakan perasaan tenang, harmoni, puas, bebas dari kecemasan, kegelisahan, kekhawatiran, dan ketakutan. Keadaan damai meliputi dimensi fisik, psikologis, dan spiritual.

5) Memiliki waktu untuk dekat dengan keluarga terdekat atau orang tercinta

Konsep ini melibatkan kedekatan fisik atau emosional melalui hubungan yang hangat. Intervensi yang diberikan adalah memfasilitasi klien mendapat dukungan dan perawatan dari orang terkasih, memiliki waktu berduka, mengucapkan perpisahan atau minta maaf, dan menghabiskan waktu bersama dengan keluarga.

Hikmah sakit menjelang kematian akan diilustrasikan pada kisah berikut

Anton adalah orang yang baik serta sukses dalam karir di kantor dan sukses dalam membina rumah tangga. Kemana pun dia pergi dan bertemu teman atau keluarga, selalu mampu menciptakan suasana yang menyenangkan. Anak dan istrinya selalu diberi kenikmatan berlebih, jauh dari kesusahan dan kekurangan. Suatu hari terdengar kabar dari teman-teman kantor bahwa Anton meninggal mendadak di rumah, sementara anak dan istrinya sedang wisata di luar negeri. Anton meninggal tanpa ada isyarat apapun, badannya sehat, karir dan hubungan sosial dengan rekan kerja juga sangat baik. Istri dan anak-anak Anton sangat berduka dan menyesal. Mereka memandang Anton sangat baik, tetapi ketika Anton pergi keluarga tidak sempat melihat dan melepasnya. Keluarga merasa belum meminta maaf dan mengucapkan terima kasih atas kebaikan Anton selama ini. Terlebih belum membalas kebaikan Anton, paling tidak ingin merawat dan melayani Anton jika masih diberi sakit. Satu minggu setelah kepergian Anton, masih tampak jelas kesedihan di wajah anak dan istri Anton. Mereka tidak tahu harus bagaimana menjalani hidup. Istri Anton mengalami goncangan jiwa yang berat karena belum merelakan kepergian suaminya. Ia ingin Anton diberi sakit dulu 1 atau 3 hari agar semua keluarga dapat berkumpul, saling memaafkan, dan mendoakan.

Hikmah dari kisah yang diceritakan oleh Hidayat (2015) adalah meninggal mendadak tanpa sakit bukanlah cara kematian yang paling baik dan menyenangkan. Ibarat seseorang mau bepergian, lebih baik jika membuat persiapan, terlebih dengan

mengajak keluarga agar mereka memiliki persiapan dan waktu untuk berkumpul, meminta maaf, mengucapkan terima kasih, perpisahan, dan membalas kebaikan melalui pemberian perawatan ketika sakit menjelang wafat.

Latief (2008) menyebutkan beberapa kalimat renungan agar selalu berpikiran positif tentang kehidupan dan kematian:

1. Mengapa takut pada kematian? Sesungguhnya kematian adalah sebuah kepastian nyata, bersabarlah menunggu antrian jadwal kita
2. Kematian adalah takdir Allah yang tidak bisa ditolak oleh siapapun
3. Kematian tidak mengenal waktu dan siapapun, tua atau muda, kaya atau miskin, sehat atau sakit
4. Dimana saja kamu berada, kematian akan mendapatkanmu
5. Renungi hakekat hidupmu dan persiapkan diri menghadapi kematian
6. Setiap orang hidup hanya sibuk mencari gelar, padahal gelar terakhir kita semua adalah “almarhum”
7. Senyaman apapun ranjang yang kita miliki, ranjang terakhir yang kita tiduri adalah tanah di pemakaman
8. Semewah apapun busana yang kita miliki, busana terakhir yang kita kenakan adalah beberapa lapis kain kafan
9. Semewah apapun kendaraan yang kita miliki, kendaraan terakhir yang mengantarkan kita adalah keranda jenazah
10. Hiduplah seolah-olah hari ini adalah hari terakhir Engkau hidup

2.5.3 Aplikasi Komunikasi Terapeutik dalam Model PPAH

Diagnosis penyakit yang berpotensi memperpendek hidup seperti CKD merupakan prospek yang sangat menakutkan bagi klien dan keluarga. Klien dapat

mengalami dustres emosional dan spiritual sehubungan dengan kemungkinan harapan hidup yang memendek. Ia dapat berduka sebelum waktunya akibat memikirkan kehilangan yang akan datang dan kesibukan hidup yang belum selesai. Intervensi keperawatan dapat memberikan pengaruh yang besar dalam penyesuaian diri klien terhadap pandangan akan masa depan (Sheldon, 2009).

Membicarakan kematian adalah bukan hal yang mudah. Membicarakan kematian di Indonesia merupakan hal yang tabu dan orang yang membicarakan hal tersebut dianggap tidak sensitif, serta mengarah pada *euthanasia*, oleh karena itu diskusi perencanaan akhir hayat ini menitikberatkan pada komunikasi terapeutik perawat dalam menjalin hubungan interpersonal dengan klien berdasarkan perasaan dan emosi. Komunikasi terapeutik didasarkan pada prinsip *humanity of nurses and clients* yang dapat membantu perawat menghadapi, mempersepsikan, merasakan, bereaksi, dan menghargai keunikan klien. Komunikasi ini direncanakan secara sadar untuk menyembuhkan klien dan memudahkan perawat menjalin hubungan saling percaya dengan klien sehingga lebih efektif memberikan asuhan keperawatan. Prinsip dalam komunikasi terapeutik meliputi (Mundakir, 2006):

1. Perawat harus mengenal dirinya sendiri dan nilai yang dianut
2. Komunikasi harus didasari sikap saling menerima, percaya, dan menghargai
3. Perawat menyadari kebutuhan klien, baik fisik maupun mental
4. Perawat harus menciptakan suasana yang kondusif untuk memotivasi klien
5. Perawat harus mampu menguasai perasaannya sendiri
6. Mampu menentukan batas waktu yang sesuai
7. Memahami sikap empati sebagai tindakan terapeutik
8. Jujur dan terbuka

9. Berperan sebagai *role model* dalam kesehatan
10. Berpegang pada etika dan berdasarkan prinsip kesejahteraan manusia
11. Tanggungjawab atas tindakan yang dilakukan dan apa yang dikomunikasikan

Sikap perawat dalam berkomunikasi (Mundakir, 2006):

1. Kehadiran secara fisik: 1) Berhadapan, 2) Mempertahankan kontak mata, 3) Membungkuk ke arah klien, 4) Mempertahankan sikap terbuka (tidak melipat kaki/ tangan), 5) Rileks, 6) Berekspresi sejuk dan hangat, 7) Sentuhan
2. Kehadiran secara psikologis
 - 1) Dimensi respon: ikhlas, menghargai, empati, konkrit (khusus dan jelas)
 - 2) Dimensi tindakan: kehangatan dan pengertian

Fase komunikasi terapeutik (Mundakir, 2006):

1. Pra-interaksi: pengumpulan data klien, eksplorasi perasaan dan ketakutan diri, menganalisa kekuatan profesional diri dan keterbatasan, membuat rencana pertemuan dengan klien (kegiatan, waktu, tempat)
2. Orientasi: memberi salam dan tersenyum pada klien, memperkenalkan diri, validasi kondisi klien dan alasan klien mencari pertolongan, membantu klien mengidentifikasi masalah dan bantuan yang diperlukan
3. Kerja: memberi kesempatan klien bertanya, menanyakan keluhan utama klien/ keluhan yang mungkin berkaitan dengan kelancaran kegiatan, melakukan kegiatan dengan baik dan sesuai rencana
4. Terminasi: mengevaluasi kemajuan intervensi sesuai tujuan yang ditentukan, menyimpulkan hasil kegiatan, meninjau waktu yang telah digunakan, memberi *reinforcement* positif, merencanakan tindak lanjut dan kontrak pertemuan selanjutnya, mengakhiri kegiatan dengan baik

Kunci berbicara dengan klien CKD yang menjalani hemodialisis (Sheldon, 2009):

1. Jelaskan mengenai penyakit dan pengobatannya, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain, misal dokter untuk mendiskusikan prognosis penyakit
2. Beri waktu klien untuk mengutarakan pikiran, perasaan, dan ketakutannya mengenai diagnosis dan hemodialisis yang mempengaruhi kehidupannya
3. Berbicara lambat dan singkat, hindari bersikap tegang atau defensif jika klien mulai mengekspresikan perasaannya
4. Bantu klien mengeksplorasi sumber dukungan dan strategi koping mengatasi masalahnya, misal berbicara dengan kerabat, ulama atau pendeta, membaca literatur terkait penyakit, bergabung dengan kelompok pendukung, meditasi
5. Bekerjasama dengan klien dan keluarga dalam membuat keputusan mengenai perawatan lanjutan klien
6. Amati tanda-tanda ketidakefektifan strategi koping klien
7. Beri umpan balik positif bagi penggunaan strategi klien mengatasi masalah

Seorang individu dengan penyakit kronis atau terminal, khususnya CKD yang menjalani hemodialisis perlu membuat perencanaan tentang pengobatan dan perawatannya di masa datang untuk mencapai kualitas hidup yang baik. Teori perawatan akhir hayat mendefinisikan "*Good life*" sebagai keberhasilan seseorang mendapatkan sesuatu yang diinginkan hingga tercapai kepuasan hidup. Hal tersebut mempunyai arti perluasan otonomi klien dalam menentukan *stage* hidupnya.

Advance directive adalah pembuatan intruksi lanjutan berupa dokumen legal berisi harapan dan keputusan medis yang diinginkan atau tidak diinginkan klien, dibuat oleh klien bersama *caregiver* untuk merencanakan perawatannya di masa datang, disaat kondisi kritis tidak dapat berkomunikasi. Dokumen ini akan menjelaskan keinginan

klien mengenai resusitasi kardiopulmonal, pemberian makanan melalui selang, dan bantuan hidup lanjutan, serta penunjukan orang lain yang dipercaya sebagai pembuat keputusan mengenai asuhan keperawatannya jika klien tidak mampu melakukannya lagi. Dokumen ini dapat mencakup wasiat kematian (*living will*), surat kuasa jangka panjang (*durable power of attorney*), dan panduan legal dalam melakukan asuhan keperawatan atau tindakan medis di masa depan.

Diskusi mengenai *advance directive* harus dilakukan ketika klien masih mampu berpartisipasi dan mengekspresikan keinginannya, bukan selama kritis akut ketika mengalami kecemasan berat atau panik, dalam pengaruh obat-obatan, atau nyeri karena dapat mengaburkan pengambilan keputusan (Sheldon, 2009).

2.5.4 Model Pemberdayaan Keluarga (*Family Empowerment*) dalam Model PPAH

Keluarga merupakan kumpulan dua orang/ lebih hidup bersama dengan keterikatan aturan dan emosional, dan setiap individu mempunyai peran masing-masing. Klien yang menjalani hemodialisis perlu dukungan sosial yang dapat memberikan kenyamanan fisik dan psikologis. Rambod & Raffi (2010) menyatakan bahwa dukungan sosial yang diperoleh dari orang-orang terdekat, seperti pasangan hidup, keluarga, atau saudara merupakan sumber dukungan terbesar yang dapat meningkatkan ketahanan fisik dan kepuasan hidup klien. Hal tersebut dikarenakan keluarga adalah lingkungan pertama dan terdekat bagi kehidupan individu (Mas'adah, 2014). Intervensi diperlukan untuk optimalkan dukungan dan pengasuhan keluarga (*caring*) yang dapat memberikan rasa nyaman pada klien dalam perencanaan akhir hayatnya (Taylor & Combes, 2014).

Paradigma intervensi keperawatan pemberdayaan keluarga berpusat pada perawatan dan interaksi kolaboratif antara keluarga dengan tenaga kesehatan. Pemberdayaan keluarga tidak dapat dipisahkan dengan pemberian dukungan oleh

keluarga. Dukungan keluarga merupakan dukungan yang diberikan keluarga untuk memberikan rasa nyaman secara fisik dan psikologis anggota keluarga yang merasa tertekan atau stress. Jenis-jenis dukungan keluarga:

1) Dukungan emosional

Dukungan yang diberikan berupa empati dan perhatian untuk membuat klien merasa lebih baik, mendapatkan kembali keyakinannya, merasa dimiliki dan dicintai orang lain. Dukungan emosional keluarga diberikan dengan cara selalu mendampingi klien menjalani hemodialisis, tetap mencintai dan memperhatikan keadaan klien selama sakit, serta selalu mengingatkan klien untuk tetap patuh menjalankan diet dan jadwal dialisis.

2) Dukungan penilaian (*esteem support*)

Keluarga sebagai pemberi bimbingan dan umpan balik atas pencapaian anggota keluarga dengan cara memberi support, pengakuan, penghargaan, dan perhatian sehingga timbul percaya diri klien. Penghargaan positif kepada klien CKD diberikan melalui ungkapan hormat, pujian, dan memaklumi keadaan klien dan memberi kesempatan klien melakukan aktivitas sesuai kemampuan.

3) Dukungan instrumental (*instrumental support*)

Keluarga menjadi sumber pemberi bantuan secara nyata, misalnya materi, tenaga, dan sarana. Dukungan ini diberikan dengan cara selalu menyediakan waktu dan fasilitas transportasi untuk menjalankan hemodialisis, berperan aktif dalam pengobatan dan perawatan, pembiayaan, serta penyedia sarana dan peralatan yang dibutuhkan selama sakit.

4) Dukungan informasional (*informational support*)

Keluarga sebagai pemberi informasi, nasihat, dan bimbingan kepada anggota keluarga untuk menyelesaikan permasalahan yang dihadapi. Pemberian dukungan ini dapat menekan stresor karena informasi yang diberikan keluarga dapat membawa pengaruh sugesti pada klien.

5) Dukungan psikososial

Bentuk dukungan ini terwujud dalam kondisi seseorang menjadi bagian dari suatu kelompok tertentu yang dipercaya memiliki kesamaan dalam hal minat, perhatian, kepedulian, atau kegiatan. Dukungan psikososial diberikan oleh keluarga untuk membantu klien menghadapi masalah psikososial selama menderita CKD dan harus menjalani hemodialisis.

2.5.5 Spiritualitas pada klien CKD yang menjalani hemodialisis

Spiritualitas adalah suatu dimensi esensial yang membawa makna dalam kehidupan individu. Dimensi spiritual berupaya untuk mempertahankan keharmonisan dengan alam, berjuang untuk mendapatkan kekuatan ketika sedang menghadapi stress emosional, penyakit fisik, atau kematian. Nilai umum spiritual adalah kebenaran, percaya diri, integritas, sabar, bersyukur, ikhlas, hikmah dan keteguhan. Peran spiritualitas dalam asuhan keperawatan menurut Fradelos *et al.* (2015):

1. Respon relaksasi

Beberapa agama mempraktikkan meditasi atau doa yang menimbulkan respon relaksasi untuk menciptakan mekanisme batin, menghilangkan pikiran negatif, mempermudah kontrol diri, menyelamatkan jiwa dan memberikan kesehatan.

2. Dukungan sosial

Spiritualitas dapat sebagai dukungan yang membawa kenyamanan bagi klien.

3. Makna kehidupan

Asuhan keperawatan saat ini menggunakan pendekatan holistik untuk menjadikan klien sebagai individu yang terhormat serta memiliki makna dan tujuan hidup. Spiritualitas digunakan untuk menggambarkan pencarian makna dan keseimbangan energi yang diharapkan.

4. Koping

Agama sebagai mekanisme koping yang sangat kuat dalam membentengi stress dan memberikan ketenangan.

5. Status psikologi positif

Agama sebagai penahan dari emosi negatif (takut, marah) dan pendorong emosi positif (kasih sayang, gembira). Pada kasus penyakit kronis, spiritualitas memberikan harapan positif yang dapat mempengaruhi memanjangnya usia dan proses pemulihan lebih cepat. Spiritualitas mendorong individu untuk memberdayakan emosinya sebagai harapan, pengampunan, dan tujuan sehingga mempengaruhi gaya seseorang mengatasi persepsi yang salah penyebab distress.

Spiritualitas mempengaruhi adaptasi psikologis klien terhadap penyakit. Fradelos *et al.* (2015) menjelaskan bahwa di masa kritis atau menghadapi masalah buruk, individu memiliki mekanisme koping yang kurang baik. Keyakinan agama digunakan sebagai strategi klien mengatasi kecemasannya secara efektif. Spiritual berpotensi memberikan harapan dan kepedulian yang dapat melindungi klien dari persepsi negatif sehingga dapat lebih tenang dan nyaman menghadapi penyakit. Spiritual membuat *mood* individu baik, puas, dan bahagia, serta meningkatkan kualitas hidup dan memberikan makna hidup pada klien CKD. Dimensi utama spiritualitas menurut Fradelos *et al* (2015):

1. Memiliki makna dan tujuan hidup

Perasaan mengetahui makna hidup diidentikkan dengan kedekatan dengan Tuhan, merasakan hidup sebagai suatu pengalaman positif, membuat hidup lebih terarah, penuh harapan tentang masa depan, merasa dicintai dan dicintai oleh orang lain. Aspek untuk mengukur makna hidup seseorang: 1) tujuan hidup, 2) kepuasan hidup, yaitu penilaian seseorang terhadap hidupnya, sejauhmana bisa menikmati dan merasakan kepuasan hidup dan aktifitas yang dijalani, 3) kebebasan, 4) sikap terhadap kematian, yaitu pandangan dan kesiapan individu menghadapi kematian, 5) pikiran tentang bunuh diri, orang yang memiliki makna hidup akan selalu menghindari keinginan untuk bunuh diri atau tidak memikirkannya, 6) kepantasan hidup.

2. Memiliki komitmen untuk aktualisasi potensi positif

3. Memiliki rasa cinta dan kerendahan hati

4. Memiliki ketentraman hati

5. Memiliki kedekatan dengan Tuhan

Salah satu terapi yang dapat meningkatkan keyakinan spiritual klien dengan gangguan emosional karena proses duka cita adalah melalui Biblioterapi. Biblioterapi adalah suatu cara menggunakan literatur (teks tertulis, materi audiovisual, atau karangan kreatif) untuk meningkatkan kesehatan mental atau emosional seseorang. Klien dengan penyakit atau cacat tertentu dapat merasakan kepuasan dengan membaca biografi atau cerita keberhasilan penyesuaian diri orang yang mengalami penderitaan yang sama. Kisah Ayub merupakan salah satu cerita yang dapat memberikan inspirasi dan motivasi individu untuk lebih sabar dan dekat dengan Allah ketika mendapat ujian atau tantangan hidup. Berikut adalah Kisah Ayub (Nihayati, 2015):

Ayub adalah sosok manusia yang paling sabar, menjadi teladan kesabaran dan keimanan bagi manusia di dunia. Melihat hal itu, setan tidak suka. Dengan seijin Allah, setan menghancurkan semua kenikmatan (harta) dan membunuh anak-anak Ayub sehingga Ayub menjadi fakir dan hidup dengan istrinya saja. Ayub tidak bersedih atas itu. Ia selalu berpikir positif pada takdir Allah untuk dirinya dan senantiasa kembali pada Allah dengan dzikir (mengingat Allah), syukur, dan sabar. Melihat itu, setan tidak suka lagi. Dengan seijin Allah, setan mengganggu kesehatan Ayub dengan memukul tubuhnya dari kepala sampai kaki hingga Ayub menderita penyakit kulit, membusuk dan mengeluarkan nanah mulai kepala hingga kaki sehingga Ayub ditinggalkan oleh keluarga dan pada sahabat, kecuali istrinya. Namun Ayub tetap sabar dan bersyukur pada Allah. Setan kembali mengganggu hingga istri Ayub meninggalkan Ayub sendiri. Dalam kesendiriannya, Ayub tetap bersabar dan bersyukur pada Allah. Ayub merasakan segitiga penderitaan dalam hidupnya cukup lama, yaitu sakit, kesedihan, dan kesendirian. Setan kembali hadir untuk mengganggu pikiran Ayub dengan menawarkan penderitaan tersebut akan hilang bila Ayub berhenti sabar dan mengingat Allah. Namun Ayub mampu menghilangkan pikiran tersebut dan tidak berhenti bersabar, bersyukur, dan beribadah kepada Allah.

Hikmah dari kisah Ayub di atas adalah senantiasa berpikir positif, tabah, sabar, bersyukur dan mengingat Allah, serta tidak putus asa karena tiap individu memiliki kemampuan untuk bertahan dan berjuang ketika dihadapkan pada masalah hidup. Apapun yang Allah anugerahkan hakikatnya adalah terbaik untuk kita, tidak dapat dicegah, ditolak, dan dihalangi siapa pun. Allah sangat adil, bijaksana dan Maha Tahu akan keadaan tubuh dan kapasitas kita dalam menghadapinya. Begitu pula bila Allah menghendaki kita sakit, itu adalah hal yang wajar karena tubuh kita adalah milik Allah. Tugas kita adalah ikhlas menerimanya dan tetap berikhtiar seoptimal mungkin untuk berobat. Bila kita mampu melakukan itu, kita akan mencapai hidup yang bahagia, produktif, dan kontributif meski menderita penyakit kronis (Nihayati, 2015).

Bahagia adalah tanda orang yang senantiasa yakin dan bersyukur pada Allah atas segala nikmat yang diberikan pada kita. Kebahagiaan tidak mudah dimiliki semua

orang, diperlukan dukungan spiritual, emosional, intelektual, dan operasional fisik untuk mencapainya. Dukungan spiritual mampu menghadirkan keyakinan, ketenangan, kedamaian, ketentraman, semangat, keberanian, kekuatan, harapan, serta keberadaan diri bagi sesama. Dukungan emosional menghadirkan kehangatan kasih sayang keluarga, kesetiaan persahabatan, serta kepedulian dengan sesama. Dukungan intelektual memerlukan ilmu pengetahuan dan operasional fisik membuat kita dapat bergerak, bekerja, berolahraga, dan beraktivitas. Produktif dan kontributif berarti mampu menghasilkan suatu nilai tambah bagi kehidupannya sendiri dan berkontribusi pada sesama manusia. Orang yang senantiasa bersabar dan optimis akan mampu menjadi individu yang produktif dan kontributif. Tidak ada krisis yang tidak dapat ditakhlukkan, kapasitas dirilah yang membuat krisis tersebut terasa berat untuk dihadapi (Nihayati, 2015).

2.6 Theoretical Mapping

IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

Tabel 2.6 Theoretical Mapping

| No | Judul Karya Ilmiah & Penulis | Variabel | Jenis Penelitian | Hasil |
|----|---|--|---|--|
| 1 | <i>The diverse impact of advance care planning: a long-term follow-up study on patients' and relatives' experiences</i> (Andreassen et al, 2015) | Var Independen: <i>Advance Care Planning</i> Var Dependen: Partisipasi keluarga | <i>Qualitative follow-up interview study</i> | Beberapa klien dan keluarga merasa “lega, dengan adanya ACP. Keinginan klien dapat terpenuhi. ACP membuka komunikasi, memaksimalkan kualitas waktu bersama klien dengan keluarga. Namun beberapa klien lain menyatakan bahwa ACP tidak relevan, tidak dapat realistis, dan menyebabkan konflik antara klien dan keluarga |
| 2 | <i>Exploring Advance Care Planning from The Nephrology Nurse Perspective: A Literature Review</i> (Haras et al., 2015) | Var Independen: <i>Advance Care Planning</i> Var Dependen: Kepuasan <i>end stage</i> | <i>Literatur review</i> | <i>Advance Care Planning</i> dibutuhkan klien CKD selama proses perawatan |
| 3 | <i>Thinking ahead-the need for early Advance Care Planning for people on haemodialysis: A qualitative interview study</i> (Bristowe et al, 2015) | Var independen: <i>Advance Care Planning</i> Var Dependen: - Keputusan pengobatan - Kualitas hidup | <i>Semi-structured qualitative interview study</i> | Klien mengalami emosi saat menghadapi hemodialisis karena kurangnya kesempatan mendiskusikan masa depannya dengan penyedia pelayanan kesehatannya |
| 4 | <i>Integrating Chronic Kidney Disease Patient's Spirituality in Their Care: Health Benefits and Reseach Perspectives</i> (Fradeloz et al., 2015) | Var independen: Spiritualitas Var Dependen: Mekanisme koping, makna hidup, kualitas hidup | <i>Study description</i> | Spiritualitas memberikan <i>support</i> untuk menemukan makna hidup, sejahtera, meningkatkan kepuasan hidup dan koping dalam menghadapi kesulitan hidup, serta memberikan hasil positif pada kualitas hidup, kesehatan mental, dan harapan hidup. |
| 5 | <i>Increasing Comfort with End-of-Life Discussions</i> (Berton, 2015) | Var Independen: Kenyamanan <i>healthcare providers</i> Var Dependen: Kualitas <i>end-of-life care</i> | <i>Quasi Eksperimental pre and post intervention design</i> | Kenyamanan <i>providers</i> dalam melaksanakan diskusi meningkatkan <i>end of life care</i> pada klien |
| 6 | <i>Advance Care Planning in Elderly Chronic Dialysis Patients</i> (Holley, 2014) | Var Independen: <i>Advance Care Planning</i> Var Dependen: <i>Quality of life</i> | Deskriptif analitik korelasional | Ada hubungan antara <i>advance care planning</i> dengan kepuasan lansia tentang <i>end of life care</i> |

| No | Judul Karya Ilmiah & Penulis | Variabel | Jenis Penelitian | Hasil |
|----|--|---|--|---|
| 7 | <i>Anxiety, Depression and Suicidal Ideation in Lebanese Patients Undergoing Hemodialysis</i> (Macaron <i>et al</i> 2014) | Var Independen: Usia, jenis kelamin, status pernikahan, pendidikan, agama, lama dialisis, merokok, konsumsi alkohol Var Dependen: kecemasan, depresi, ide <i>suicide</i> | IR - PERPUSDIKAWI <i>Survey descriptive</i> | 50% pasien memperlihatkan gejala cemas, 45% gejala depresi, dan 37% risiko tinggi <i>suicide</i> |
| 8 | Efek Program Modifikasi <i>Advance Care Planning</i> terhadap Sikap Lansia tentang Pemilihan Perawatan Akhir Hayat di Panti Tresna Wredha Hargo Dedali, Surabaya (Fauziningtyas, Rista, 2014) | Var Independen: Modifikasi ACP tahap 1 dan 2 Var Dependen: Pemahaman, keyakinan diri, sikap, dan pilihan perawatan akhir hayat | <i>Randomized control group pretest posttest</i> | Intervensi modifikasi ACP dapat meningkatkan pemahaman, keyakinan diri, dan sikap lansia mengenai pemilihan perawatan kesehatan akhir hayat, namun peningkatan tersebut belum disertai pemilihan perawatan akhir hayat secara lengkap |
| 9 | Upaya Keluarga dalam Meningkatkan Kepatuhan Pasien Gagal Ginjal Kronis yang Menjalani Hemodialisis (Kurniawati, 2014) | Var Independen: Keterlibatan keluarga Var Dependen: Kepatuhan diit, Kepatuhan stres, Kepatuhan hemodialisis | Penelitian Kualitatif | Ada pengaruh antara keterlibatan keluarga terhadap kepatuhan pasien gagal ginjal yang menjalani hemodialisis |
| 10 | <i>Effect of Family Empowerment Model on Quality of Life in Children with Chronic Kidney Disease</i> (Ghazavi <i>et al.</i> , 2014) | Var.Independen: Family Empowerment Model Var. Dependen: Quality of life | <i>Quasi Eksperimental study</i> | Terdapat perbedaan signifikan pada kualitas hidup kedua kelompok antara sebelum dan sesudah intervensi |
| 11 | <i>Supporting The Emotional and Psychological Needs of End-stage Renal Disease Patiens</i> (Taylor & Combes, 2014) | Var.Independen: Dukungan emosional dan psikologi Var Dependen: Manajemen penyakit | <i>Literature Review</i> | 1. Dukungan emosional dan psikologi sangat dibutuhkan klien CKD untuk membuat keputusan mengenai penyakitnya 2. Contoh dukungan psikologi yang diberikan: <i>support groups</i> , konseling |

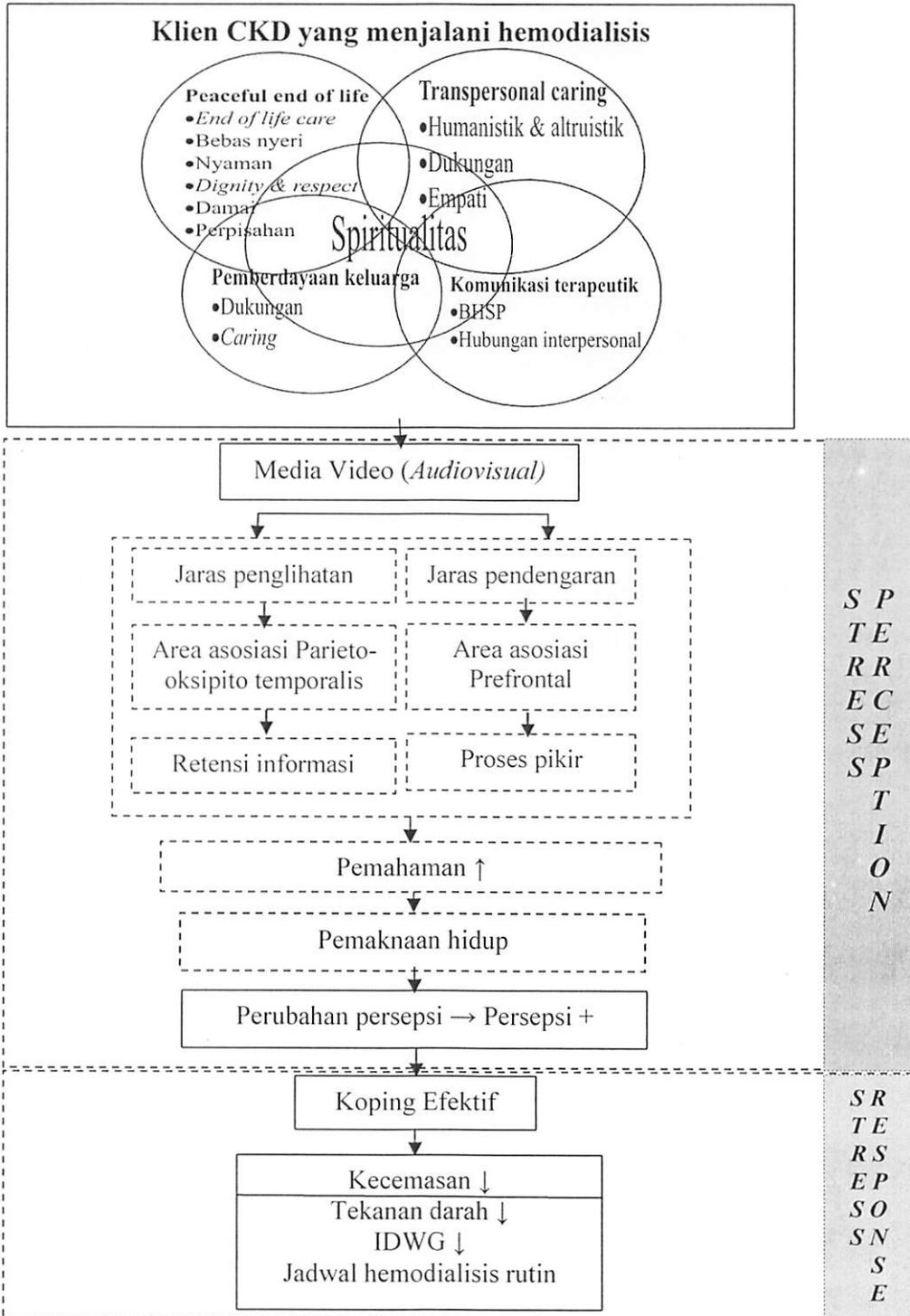
| No | Judul Karya Ilmiah & Penulis | Variabel | Jenis Penelitian | Hasil |
|----|---|--|---|--|
| 12 | <i>A Randomized Controlled Trial on The Efficacy of Advance Care Planning on The Quality of End-of-life care and Communication in Patients with COPD: The Research Protocol</i> (Houben et al. 2013) | Var Independen: <i>Advance Care Planning</i> Var Dependen: <i>Quality of communication. symptoms of anxiety and depression, quality of end-of-life care, quality of death and dying</i> | <i>Randomized Control Trial</i> | Pesawat memiliki keterampilan komunikasi dalam merencanakan <i>end-of-life care</i> dengan klien |
| 13 | Pengaruh Pemberian Terapi <i>Murrotal Alquran</i> terhadap Tingkat Kecemasan pada Pasien Hemodialisa di RS PKU Muhammadiyah Surakarta (Zahrofi, 2013) | Var Independen: Terapi <i>Murrotal Alquran</i> Var Dependen: Kecemasan | <i>Quasi Eksperimen pretest posttest design</i> | Terdapat pengaruh pemberian terapi <i>Murrotal Alquran</i> terhadap tingkat kecemasan pasien hemodialisa |
| 14 | <i>The View of Patients with Severe Chronic Obstructive Pulmonary Disease on Advance Care Planning: A Qualitative Study</i> (MacPherson et al., 2012) | Var Independen: <i>Advance Care Planning</i> Var Dependen: <i>Decision making</i> | <i>Qualitative Study</i> | Klien ingin dilibatkan dalam pengambilan keputusan tentang pengobatannya dan tertarik berdiskusi dengan professional kesehatan mengenai diagnosis dan prognosis penyakit mereka. |
| 15 | Pendekatan Kognitif-Perilaku untuk Mengurangi Kecemasan pada Pasien Gagal Ginjal Terminal (Vivi, 2012) | Var Independen: Pendekatan Perilaku Var Dependen: Kecemasan | <i>Small-N design</i> | Terdapat penurunan tingkat kecemasan dan perubahan kognisi mengenai prosedur hemodialisis. |

BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Penelitian Model PPAH untuk Perubahan Persepsi, Kecemasan, dan Kepatuhan Klien CKD yang Menjalani Hemodialisis

Keterangan kerangka konseptual

Klien CKD stadium akhir sangat bergantung pada mesin dialisis seumur hidup sehingga mengalami kelemahan dan peningkatan komorbiditas akibat ketakutan dan kesedihan dukacita berlebih, serta *denial* terhadap penyakit dan prognosisnya. Kecemasan adalah masalah psikososial tersering pada klien CKD yang baru menjalani hemodialisis. Kecemasan terjadi akibat dari kurangnya pengetahuan akan penyakit dan prosedur pengobatan. Pengetahuan dan asumsi yang salah menimbulkan persepsi negatif. Klien dengan hemodialisis membutuhkan perawatan lanjut untuk membantu pencapaian harapan dan tujuan realistis hidup (Bristowe *et al.* 2015). Klien perlu perawatan yang layak untuk mencapai akhir hidup yang damai dan bermartabat.

Spiritualitas memberikan ketenangan dan makna hidup seseorang menghadapi penyakit. Klien juga membutuhkan dukungan sosial dari keluarga dan tenaga kesehatan. Keluarga merupakan lingkungan terdekat yang dapat memberikan pengasuhan untuk meningkatkan kenyamanan dan ketahanan fisik klien. Dukungan dari tenaga kesehatan diperlukan untuk memberikan perawatan kesehatan yang holistik dalam membantu klien memperoleh pengetahuan dan mencapai atau mempertahankan kesehatan. Dalam hal ini ditekankan pada peran perawat sebagai edukator, pemberi asuhan (*caring*), dan advokat dengan menitikberatkan pada kemampuan komunikasi terapeutik perawat dalam membicarakan akhir hayat klien.

Oleh karena itu, dikembangkan sebuah model yang terinspirasi dari sebuah intervensi *Advance Care Planning* (ACP), yaitu Model Perencanaan Perawatan Akhir Hayat (PPAH). Model PPAH ini dikembangkan menggunakan dasar Psikoneuroimunologi (PNI), merupakan pendekatan asuhan keperawatan *supportive-psychoeducative* dan spiritual untuk mempengaruhi area *stress perception* dan menghasilkan perubahan pada *stress response*. Model ini disintesis dari konsep

spiritualitas, model pemberdayaan keluarga, komunikasi terapeutik, serta teori keperawatan *caring* Jean Watson, dan *peaceful end of life* Ruland & Moore. Penerapan ACP sebagai program perawatan akhir hayat di Indonesia tidak dapat dilakukan karena terdapat perbedaan tingkat pendidikan, budaya, nilai, agama, dan persepsi masyarakat Indonesia dalam membicarakan kematian.

Model PPAH diaplikasikan pada klien melalui media video untuk meminimalkan kesalahpahaman yang dapat terjadi saat membicarakan kematian dan agar informasi yang diterima lebih mudah dipahami. Stimulus yang diterima oleh organ sensori (area asosiasi parieto-okspito temporalis dan prefrontal) akan diteruskan ke korteks serebri sehingga terjadi retensi informasi dan proses pikir yang meningkatkan pemahaman klien. Pemahaman yang baik akan mengubah persepsi negatif menjadi positif sehingga klien sadar dan mengerti tentang kondisinya dan mampu menggunakan koping efektif dalam membentengi tubuh terhadap stress, serta meningkatkan *self-management* untuk mencegah penyakit lebih buruk. Dalam hal ini adalah meningkatkan kepatuhan.

3.2 Hipotesis Penelitian

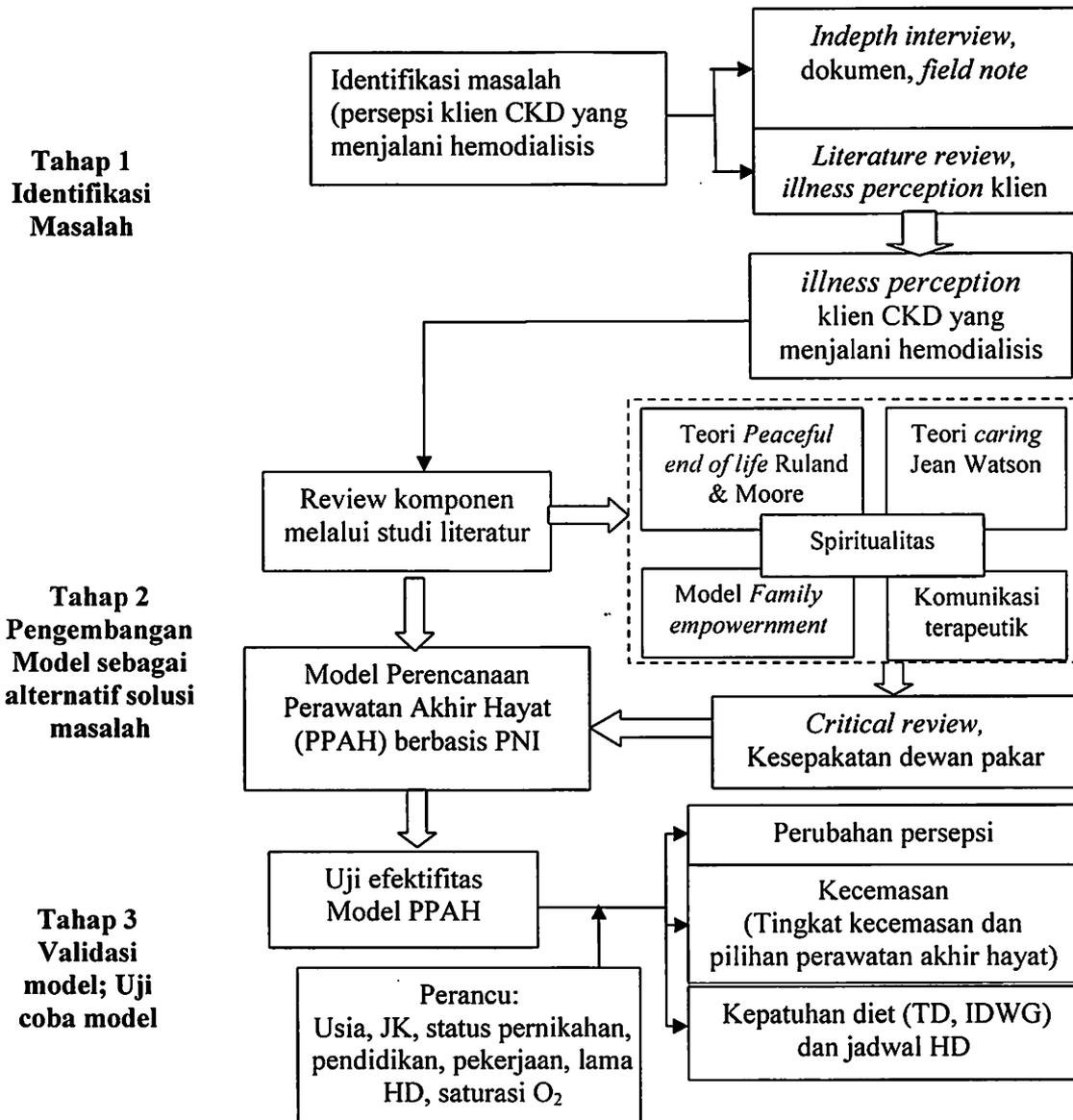
1. Terjadi perubahan persepsi positif pada klien CKD yang menjalani hemodialisis setelah mendapat intervensi model PPAH.
2. Terjadi penurunan kecemasan pada klien CKD yang menjalani hemodialisis setelah mendapat intervensi model PPAH.
3. Terjadi peningkatan kepatuhan klien CKD yang menjalani hemodialisis setelah mendapat intervensi model PPAH.
4. Tidak ada pengaruh variabel perancu (karakteristik responden, lama hemodialisis, dan saturasi oksigen) terhadap perubahan persepsi, kecemasan, dan kepatuhan klien CKD yang menjalani hemodialisis.

BAB 4 METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan desain penelitian operasional (*operational research*), yaitu penelitian yang dilakukan dengan tiga tahap untuk mendapatkan solusi optimal melalui metode ilmiah untuk memformulasikan dan merumuskan ke dalam pemodelan matematis (Haryanto, 2015).



Gambar 4.1 Rancangan Penelitian Model PPAH untuk Perubahan Persepsi, Kecemasan, dan Kepatuhan Klien CKD yang Menjalani Hemodialisis

Desain penelitian operasional digunakan untuk mengatasi suatu masalah kesehatan dan keperawatan, yaitu pengembangan model yang dilakukan melalui tahap pertama identifikasi masalah pengumpulan data tentang *illness perception* klien CKD yang menjalani hemodialisis secara mendasar. Tahap kedua yaitu pengembangan model Perencanaan Perawatan AKhir Hayat (PPAH) berbasis Psikoneuroimunologi (PNI) sebagai alternatif solusi masalah. Model tersebut untuk meningkatkan pemahaman klien tentang CKD dan hemodialisis, sehingga dapat mengubah persepsi klien menjadi positif yang dapat menurunkan kecemasan serta mampu membuat pilihan perawatan akhir hayat untuk mematuhi pembatasan diet dan jadwal hemodialisis yang harus dijalani. Tahap ketiga yaitu validasi atau uji coba model untuk mengetahui efektifitas model yang telah terbuat.

4.1 Tahap 1: Identifikasi Masalah

Pengembangan model melalui penelitian kualitatif bertujuan untuk menghasilkan model dari hasil temuan persepsi klien CKD berbasis PNI dalam upaya mengubah persepsi stres untuk menurunkan respon stres (kecemasan, meningkatkan kepatuhan menjalankan diet dan hemodialisis).

4.1.1 Desain Penelitian

Desain penelitian pada tahap 1 adalah deskriptif eksploratif, dengan pendekatan kualitatif untuk mengeksplorasi, memahami, dan menafsirkan pemahaman, asumsi, perasaan, sumber informasi, strategi koping, dukungan sosial terkait penyakit CKD yang harus menjalani hemodialisis berbasis PNI.

4.1.2 Partisipan Penelitian

Partisipan penelitian adalah klien CKD yang menjalani hemodialisis di ruang hemodialisis RSUD Haji Surabaya pada bulan Februari-April 2017 dengan melihat catatan medik, dengan kriteria:

1. Bersedia menjadi partisipan dengan menandatangani lembar *informed consent*.
2. Dewasa (usia 18-65 tahun).
3. Mampu berkomunikasi dengan bahasa Indonesia yang dapat dipahami peneliti.
4. Skor MMSE > 16 dan saturasi oksigen > 90%.

Partisipan dalam penelitian ini ditetapkan secara *purposive sampling* sebanyak 4 orang yang telah menjalani hemodialisis kurang dari 3 bulan hingga lebih dari 10 tahun.

4.1.3 Waktu dan Tempat Penelitian

Waktu penelitian dimulai pada minggu ke 3 - 4 Maret 2017. Tempat di *bed* klien di ruang hemodialisis RSUD Haji Surabaya.

4.1.4 Instrumen Penelitian

Pengukuran persepsi akan dilakukan dengan teknik wawancara mendalam (*indepth interview*) menggunakan jenis pertanyaan terbuka (semi terstruktur) menggunakan panduan wawancara, *tape recorder*, dan catatan lapangan (*field note*). Panduan wawancara berisi 10 pertanyaan mengenai pengetahuan, persepsi, perasaan, strategi koping, *support* klien terkait CKD dan hemodialisis. Catatan lapangan (*field note*) digunakan untuk mengidentifikasi respon non verbal dan situasi selama proses wawancara agar dapat dituangkan dalam bentuk verbatim yang lebih rinci, terdiri dari nama pewawancara, tanggal dan tempat wawancara, kode partisipan, posisi partisipan, kondisi lingkungan, dan catatan non verbal partisipan saat wawancara berlangsung. Peneliti juga berperan sebagai instrument penelitian.

4.1.5 Prosedur Pengumpulan Data

1. Tahap persiapan

- 1) Mengajukan ijin kepada Direktur RSUD Haji Surabaya melalui surat pengantar dari Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.
- 2) Koordinasi dengan Kepala Ruangan Hemodialisis RSUD Haji Surabaya
- 3) Uji coba kemampuan peneliti melakukan wawancara dan mengisi *field note*
- 4) Uji coba instrumen *field note* dan *tape recorder*
- 5) Rekrutmen partisipan dengan melihat catatan medik, yaitu klien yang menjalani hemodialisis < 3 bulan, 3-12 bulan, 1 tahun-5 tahun, 5-10 tahun, >10 tahun masing-masing berjumlah 1 orang yang memenuhi kriteria inklusi penelitian.
- 6) Peneliti memberikan *informed consent* kepada partisipan.
- 7) Peneliti melakukan kontrak waktu dan tempat untuk wawancara.

2. Tahap pelaksanaan

Partisipan menandatangani lembar persetujuan. Wawancara dilakukan pada partisipan di *bed*, pada jam ke-2 proses hemodialisis, dengan posisi peneliti berada di sisi kanan dan menghadap partisipan, jarak sekitar 1 meter dan alat perekam diletakkan sekitar 50 cm dari peneliti dan partisipan dengan arah mikrofon menghadap partisipan. Posisi ini tidak menghambat peneliti mengamati respon non verbal partisipan. Peneliti selalu mengajukan pertanyaan terbuka, saat ada jawaban partisipan yang belum jelas, peneliti melakukan pertanyaan klarifikasi. Wawancara pada 1 klien diakhiri saat semua informasi yang dibutuhkan sesuai tujuan penelitian telah diperoleh. Setelah itu, peneliti membuat kontrak kembali melalui telepon bila ada data yang kurang lengkap atau perlu klarifikasi.

4.1.6 Pengolahan dan Analisis Data

1. Uji validitas dan reliabilitas

Peneliti melakukan uji coba wawancara dan pengisian *field note* pada 1 responden yang memenuhi kriteria inklusi. Hasil uji coba menggambarkan durasi peneliti melakukan wawancara, pertanyaan mudah dipahami oleh partisipan dan kedalaman informasi yang didapat. *Field note* juga perlu dilakukan uji coba untuk mengidentifikasi bahwa *field note* mampu memberikan informasi non verbal partisipan dan kondisi lingkungan saat wawancara berlangsung.

2. Pengolahan data

Data tahap 1 berupa hasil wawancara, observasi, catatan lapangan dan hasil diskusi terarah (narasi atau pernyataan) mengenai *illness perception* partisipan. Subyektifitas dalam penafsiran data dikurangi dengan membaca, memahami, menelaah, dan menganalisa makna yang terkandung dalam jawaban partisipan.

3. Analisis data

Analisis data dalam penelitian ini dilakukan hanya untuk menemukan tema sebagai dasar untuk membangun model, adapun langkah analisis sebagai berikut:

- 1) Membaca seluruh transkrip partisipan dan *field note* untuk memperoleh gambaran umum persepsi klien menjalani hemodialisis.
- 2) Mendengarkan hasil wawancara dan membaca transkrip berulang-ulang untuk memilih pernyataan yang bermakna
- 3) Mengidentifikasi kata kunci melalui penyaringan pernyataan partisipan yang signifikan dengan fenomena yang diteliti
- 4) Mengorganisaikan makna yang telah teridentifikasi ke dalam beberapa kelompok tema

- 5) Mengintegrasikan semua hasil penelitian dalam suatu narasi
- 6) Memvalidasi hasil penelitian pada partisipan dan mengecek kembali apakah data yang ditampilkan sudah sesuai dengan yang dialami partisipan

4.2 Tahap 2: Pengembangan Model

Setelah dilakukan studi kualitatif, tahap selanjutnya adalah mengadakan *Focus Group Discussion* (FGD) dengan dewan pakar dalam membentuk model yang fit untuk dilakukan uji coba. Dewan pakar yang dipilih berjumlah 8 orang, yaitu:

1. Pakar Psikoneuroimunologi (PNI) 1 orang
2. Kepala bidang keperawatan RSUD Haji Surabaya 1 orang
3. DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pelayanan) ruang hemodialisis 1 orang
4. Kepala ruang hemodialisis 1 orang
5. *Registered Nurse* (RN) atau perawat Profesional Pemberi Asuhan (PPA) ruang hemodialisis, dengan tingkat pendidikan min Ners, jenjang karir min PK (Perawat Klinik) III, memiliki sertifikat komunikasi terapeutik 1 orang
6. Psikolog RSUD Haji Surabaya, dengan tingkat pendidikan min S-1 1 orang
7. Nutrisiawan RSUD Haji Surabaya, dengan tingkat pendidikan min S-1 1 orang
8. Rohaniawan RSUD Haji Surabaya 1 orang

Setelah menetapkan dewan pakar, peneliti melakukan kontrak waktu dan tempat pelaksanaan. FGD dilakukan 1 kali, hasil dinarasikan, dianalisis, dan sintesis dengan hasil studi kualitatif sehingga terbentuk model Perencanaan Perawatan Akhir Hayat (PPAH) berbasis PNI yang fit dan siap untuk dilakukan uji coba.

4.3 Tahap 3: Uji Coba Model

4.3.1 Desain Penelitian

Jenis penelitian tahap III adalah *quasi experiment* dengan desain *pre-post test control group*, melibatkan dua kelompok yaitu kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Kelompok perlakuan diberikan intervensi model PPAH sedangkan kelompok kontrol mendapatkan perawatan standar di ruang hemodialisis RSUD Haji Surabaya. Kedua kelompok diawali dengan *pre-test* dan setelah diberi intervensi dilakukan *post-test* (Nursalam, 2016). Berikut adalah rancangan penelitian ini:

Tabel 4.1 Rancangan penelitian Model PPAH untuk Perubahan Persepsi, Kecemasan, dan Kepatuhan Klien CKD yang Menjalani Hemodialisis

| Subjek | Pre-test | Perlakuan | Post-test |
|--------|----------|-----------|-----------|
| K-A | O-A | I | OI-A |
| K-B | O-B | - | OI-B |
| | Waktu 1 | Waktu 2 | Waktu 3 |

Keterangan :

K-A : Kelompok perlakuan

K-B : Kelompok kontrol

O-A : *Pretest* persepsi, kecemasan, observasi tekanan darah, IDWG, dan lembar jadwal hemodialisis pada kelompok perlakuan

O-B : *Pretest* persepsi, kecemasan, observasi tekanan darah, IDWG, dan lembar jadwal hemodialisis pada kelompok kontrol

I : Intervensi Model Perencanaan Perawatan Akhir Hayat (PPAH)

OI-A : *Post-test* persepsi, kecemasan, observasi tekanan darah, IDWG, dan lembar jadwal hemodialisis pada kelompok perlakuan

OI-B : *Post-test* kecemasan, observasi tekanan darah, IDWG, dan lembar jadwal hemodialisis pada kelompok kontrol

4.3.2 Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi pada penelitian ini adalah klien CKD yang menjalani hemodialisis di ruang hemodialisis RSUD Haji Surabaya pada bulan Februari-April 2017.

2. Sampel dan besar sampel

Sampel pada penelitian ini adalah klien CKD yang menjalani hemodialisis di ruang hemodialisis RSUD Haji Surabaya dengan kriteria sebagai berikut:

1) Kriteria inklusi

- a. Dewasa (usia 18-65 tahun)
- b. Beragama Islam
- c. Klien dengan hemodialisis reguler 2 kali per minggu
- d. Klien dengan pendampingan keluarga
- e. Mampu berkomunikasi dengan bahasa Indonesia
- f. Mampu mendengar dan melihat
- g. Bersedia menjadi responden

2) Kriteria eksklusi

- a. Klien yang mengalami penurunan kesadaran
- b. Klien yang mengalami *dyspnea* (sesak nafas)
- c. Klien dengan gangguan kognitif (skor MMSE <16)

3) Kriteria *drop out*

- a. Klien meninggal pada saat penelitian belum selesai
- b. Klien tidak mengikuti 2 sesi pertemuan
- c. Klien yang tiba-tiba kritis (penurunan kesadaran, *dyspnea*)
- d. Klien yang tidak bersedia mengulang sesi yang ditinggalkan

Penentuan sampel penelitian ini berdasarkan rumus *Lemeshow S.Hosner*, yaitu sebagai berikut:

$$\begin{aligned} n &= \frac{2\alpha^2 (Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2} \\ &= \frac{2(2,86)^2(1,96 + 0,84)^2}{(2,83)^2} \\ &= 16,03 \end{aligned}$$

Keterangan:

n = Besar sampel (16 orang)

α = Standart deviasi (2,86) (Maulidia, 2015)

$Z_{1-\alpha/2}$ = Nilai Z pada derajat kemaknaan 0,05 pada $1 - \alpha/2 = 1,96$

$Z_{1-\beta}$ = Nilai Z pada kekuatan uji 80 % pada $1 - \beta = 0,84$

μ_1 = *Mean* kecemasan sebelum intervensi penelitian sebelumnya (35,11)
(Maulidia, 2015)

μ_2 = *Mean* kecemasan setelah intervensi penelitian sebelumnya (32,28)
(Maulidia, 2015)

Berdasarkan rumus di atas, maka besar sampel yang diperlukan untuk setiap kelompok adalah 16 orang, dengan antisipasi keluar dari penelitian 10% maka jumlah tiap kelompok sebesar 18 orang.

3. Sampling

Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *non probability sampling* dengan teknik *consecutive sampling*, yaitu memilih sampel sesuai kriteria penelitian sampai kuota terpenuhi (Nursalam, 2016).

4.3.3 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

1. Variabel Penelitian

1) Variabel independen

Model Perencanaan Perawatan Akhir Hayat (PPAH).

2) Variabel dependen

Persepsi, kecemasan, kepatuhan.

3) Variabel Perancu

Usia, jenis kelamin, status pernikahan, tingkat pendidikan, pekerjaan, lama hemodialisis, saturasi oksigen (O₂).

2. Definisi Operasional

Tabel 4.2 Definisi Operasional Penelitian Model PPAH untuk Perubahan Persepsi, Kecemasan, dan Kepatuhan Klien CKD yang Menjalani Hemodialisis

| Variabel | Definisi Operasional | Parameter | Alat Ukur | Skala | Hasil ukur |
|--|--|--|-----------|---------|--|
| Variabel Independen | | | | | |
| Model Perencanaan Perawatan Akhir Hayat (PPAH) | Serangkaian intervensi keperawatan untuk merencanakan perawatan akhir hayat klien CKD dengan memperhatikan persepsi stres dan respon stres saat menjalani hemodialisis | Intervensi terdiri dari 5 tahap, yaitu: 1. Tahap Pengenalan 1) Pertemuan 1 Video 1: Pengenalan CKD dan hemodialisis Video 2: Pemenuhan gizi pada klien CKD dengan hemodialisa 2) Pertemuan 2 Video 3: Ketabahan Nabi Ayub AS dan motivasi menghadapi sakit Video 4: Hikmah sakit 2. Tahap Diskusi Perencanaan perawatan akhir hayat 3. Tahap Dokumentasi Pengisian lembar "Perawatan Pilihanku" 4. Tahap Review 5. Tahap Aplikasi | SAK | Nominal | 1= Mendapat model 2= Tidak mendapat model |

| Variabel | Definisi Operasional | Parameter | Alat Ukur | Skala | Hasil ukur |
|--------------------------|---|---|---|---------|---|
| | | <p>Model PPAH yang diberikan adalah tahap 1, 2, dan 3, sebanyak 3 kali pertemuan, tahap 1 dan 2 diberikan sebanyak 2 kali pertemuan dengan durasi 15-30 menit pemutaran video dan 30 menit diskusi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rencana perawatan akhir hayat, 10 pertanyaan dengan tema: <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi klien dan keluarga penanggung jawab 2. Hal yang berharga bagi klien 3. Harapan dan ketakutan klien 4. Perawatan medis pada saat kritis 5. Tempat perawatan akhir hayat 6. Tempat pemakaman | Lembar "PERAWATAN PILIHAN KU", modifikasi dari guideline <i>Advance Care Planning</i> (ACP) | Nominal | <ol style="list-style-type: none"> 1. Lengkap 2. Tidak lengkap |
| Variabel Dependen | | | | | |
| Persepsi | Kemampuan memahami <i>stressor</i> , terkait penyakit CKD, hemodialisis, dan diet yang harus dijalani | Persepsi klien tentang: <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Timeline chronic</i> 2. <i>Timeline cyclical</i> 3. <i>Consequences</i> 4. <i>Personal control</i> 5. <i>Treatment control</i> 6. <i>Coherence</i> 7. <i>Emotional representations</i> | Kuesioner <i>Illness Perception Questionnaire Revised</i> (IPQ-R) | Nominal | <ol style="list-style-type: none"> 1. Persepsi positif: skor 1-37 2. Persepsi negatif: skor 38-75 |
| Kecemasan | Perasaan takut dan khawatir yang mendalam sejak didiagnosa CKD yang harus menjalani hemodialisis | <ul style="list-style-type: none"> • Skala kecemasan klien 0-10 dan 40 <i>problem list</i> yang dimodifikasi dengan <i>Hemodialysis Stressor Scale</i> (HSS) terdiri dari: <ol style="list-style-type: none"> 1. Masalah praktis 2. Masalah keluarga 3. Masalah psikologis 4. Masalah fisik 5. Masalah pengetahuan 6. Fokus spiritual | <i>Distress thermometer and problems check list</i> | Ordinal | <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak cemas: skor 0 2. Cemas ringan: skor 1-3 3. Cemas sedang: skor 4-6 4. Cemas berat: skor 7-10 |

| Variabel | Definisi Operasional | Parameter | Alat Ukur | Skala | Hasil ukur |
|-----------------------------|--|---|--|---------|---|
| Kepatuhan | Ketepatan klien menjalankan hemodialisis sesuai jadwal dan mengonsumsi nutrisi sesuai aturan pembatasan diet, yang dapat dinilai dari tekanan darah, IDWG, dan jadwal hemodialisis | 1. Tekanan darah | Spigmoma-nometer dan stetoskop | Nominal | 1. <140/90 mmHg 2. >140/90 mmHg |
| | | 2. <i>Inter-dialytic weight gain</i> (IDWG) | Timbangan berat badan | Ordinal | 1. Ringan: <4% 2. Rata-rata: 4-6% 3. Bahaya: >6% |
| | | 3. Jadwal hemodialisis | Lembar observasi jadwal hemodialisis | Nominal | 1: Sesuai jadwal 2: tidak sesuai jadwal |
| | | | | | Kesimpulan: 1. Patuh: min 2 penilaian baik 2. Tidak patuh: maks 1 penilaian baik |
| Variabel Perancu | | | | | |
| Demografi: Usia | Lama hidup klien sejak lahir hingga ulang tahun terakhir | Jumlah waktu dalam tahun | Kuesioner kategori usia menurut Depkes RI (2009) | Ordinal | 1:18-45 tahun 2:46-60 tahun 3:61-65 tahun |
| Jenis kelamin | Gender yang dibawa sejak lahir oleh klien | Dinyatakan dengan laki-laki dan perempuan | Kuesioner | Nominal | 1: Laki-laki 2: Perempuan |
| Status pernikahan | Ikatan 2 orang beda jenis kelamin dalam legalitas hukum/ agama | Status perkawinan dalam KTP | Kuesioner | Nominal | 1: Menikah 2:Belum menikah |
| Pendidikan | Tingkat pengetahuan klien berdasarkan ijazah terakhir yang dimiliki | Tingkat pendidikan formal | Kuesioner | Ordinal | 1: Tidak sekolah 2: SD 3: SMP 4: SMA 5: PT |
| Lama menjalani hemodialisis | Rentang waktu klien menjalani hemodialisis pertama hingga saat pengambilan data | Lama menjalani cuci darah dalam bulan | Kuesioner | Ordinal | 1: < 3 bulan 2: 3 - 12 bulan 3: 13 bulan – 5 tahun 4: 6 - 10 tahun 5: >10 tahun |

| Variabel | Definisi Operasional | Parameter | Alat Ukur | Skala | Hasil ukur |
|------------------|--|--|-----------|---------|--|
| Saturasi oksigen | Jumlah oksigen yang diikat oleh hemoglobin di dalam aliran darah | Jumlah kadar oksigen di aliran darah dalam % | Oksimetri | Ordinal | Baik: 90-100 Cukup: 60-89% Kurang: 0-59% |

4.3.4 Alat dan Bahan Penelitian

Penelitian ini membutuhkan media penunjang untuk memudahkan peneliti melakukan intervensi. Berikut ini adalah alat yang dibutuhkan dalam penelitian ini:

1. Laptop sebagai media untuk memutar video
2. Format kuesioner persepsi dan kecemasan
3. Oksimetri dan lembar observasi
4. Lembar observasi tekanan darah, IDWG, dan jadwal hemodialisis
5. Format tes *Mini Mental State Examination* (MMSE)

4.3.5 Instrumen Penelitian

1. Instrument dokumentasi model PPAH

Instrumen untuk pelaksanaan tahap 3 menggunakan lembar “PERAWATAN PILIHANKU”, diadaptasi dari guideline ACP oleh *Ministry of Health, New Zealand*, berisi 10 pertanyaan. Bila klien mampu mengisi lembar tersebut secara lengkap, maka klien diidentifikasi mengalami penurunan kecemasan dan telah menerima kondisinya.

2. Instrumen fungsi kognitif

Pengukuran fungsi kognitif menggunakan tes *Mini Mental State Examination* (MMSE) yang dimodifikasi sesuai kemampuan fisik klien CKD yang menjalani hemodialisis. Instrument ini menilai aspek orientasi waktu, tempat, ingatan hal yang segera, memori jangka pendek, kemampuan berhitung dan bahasa, terdiri

dari 8 item pertanyaan dengan skor terendah 0 dan tertinggi 30. Semakin tinggi skor yang didapatkan menunjukkan fungsi kognitif yang baik.

3. Instrumen stress persepsi

Pengukuran persepsi menggunakan instrumen *Illness Perception Questionnaire Revised* (IPQ-R) yang dimodifikasi untuk klien CKD yang menjalani hemodialisis, terdiri dari domain *timeline chronic* (2 item), *timeline cyclical* (2 item), *consequences* (3 item), *personal control* (2 item), *treatment control* (2 item), *coherence* (2 item), dan *emotional representations* (2 item). Cara penilaian yaitu dengan menjumlahkan nilai 15 item tersebut, tiap item bernilai: 1 = sangat tidak setuju, 2 = tidak setuju, 3 = ragu-ragu, 4 = setuju, 5 = sangat setuju. Skor minimal pada kuesioner ini 15 dan maksimal 75.

4. Instrumen kecemasan

Instrumen kecemasan menggunakan *distress thermometer and problem list* yang dibuat oleh *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) untuk skrining distress pada klien onkologi. *Distress thermometer* terdiri dari skala 0-10 yang menggambarkan kecemasan atau distress individu, disertai *problem list* yang dimodifikasi peneliti menggunakan *Hemodialysis Stressor Scale* (HSS), terdiri dari masalah praktis, masalah keluarga, masalah psikologis, masalah fisik, masalah pengetahuan, dan fokus spiritual klien CKD yang menjalani hemodialisis. Skala 0 menggambarkan klien dalam kondisi rileks (tidak cemas), skala 1-4 menggambarkan cemas ringan, skala 5-7 menggambarkan cemas sedang, dan skala 8-10 menggambarkan cemas berat.

3. Pengukuran tekanan darah, IDWG, dan observasi jadwal hemodialisis

Instrumen untuk mengukur tekanan darah adalah *spigmomanometer* air raksa dan stetoskop, pengukuran IDWG menggunakan timbangan berat badan. Hasil dituliskan pada lembar observasi klien. Tekanan darah yang tinggi menunjukkan beban sirkulasi darah akibat retensi natrium tinggi, berat badan meningkat melebihi berat badan kering menunjukkan asupan cairan dalam tubuh banyak, dan jadwal hemodialisis dihitung dalam jam per minggu.

4. Karakteristik klien, lama hemodialisis, saturasi oksigen

Karakteristik klien meliputi usia, jenis kelamin, status pernikahan, pendidikan, pekerjaan, dan lama hemodialisis diidentifikasi menggunakan lembar data demografi. Saturasi oksigen diukur menggunakan oksimetri, dengan penilaian kurang = 0-59%, cukup (hipoksemia) = 60-89%, baik = 90-100%.

4.3.6 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di ruang hemodialisis RSUD Haji Surabaya, mulai 27 Maret – 26 Mei 2017. Jadwal penelitian yang akan dilakukan adalah sebagai berikut:

Tabel 4.3. Jadwal Penelitian Model PPAH untuk Perubahan Persepsi, Kecemasan, dan Kepatuhan Klien CKD yang Menjalani Hemodialisis

| No | Kegiatan | Waktu Pelaksanaan Penelitian | | | | | | | |
|----|---|------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| | | Maret | | April | | | Mei | | |
| | | Mgg 5 | Mgg 1 | Mgg 2 | Mgg 3 | Mgg 4 | Mgg 1 | Mgg 2 | Mgg 3 |
| 1 | Penelitian tahap 1 <i>indepth interview</i> | ■ | | | | | | | |
| 2 | Pembuatan <i>manuscript</i> | | ■ | | | | | | |
| 3 | Penelitian tahap 2 diskusi pakar | | | ■ | | | | | |
| 4 | Penelitian tahap 3 | | | | ■ | | | | |
| | a. Pre tes | | | | ■ | | | | |
| | b. Pelaksanaan intervensi | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | |
| | c. Post tes | | | | | | | | ■ |

4.3.7 Prosedur Pengumpulan Data

1. Tahap persiapan

- 1) Mengurus perijinan pada pihak RSUD Haji Surabaya sebagai kelanjutan penelitian tahap 1.
- 2) Melakukan uji coba instrumen.
- 3) Memilih pendamping penelitian sebanyak 2 orang, dengan kriteria:
 - a. *Registered Nurse* (RN) atau tingkat pendidikan setingkat Ners
 - b. Bertugas sebagai Ketua Tim (Katim)
 - c. Jenjang karir minimal PK (Perawat Klinik) III
 - d. Memiliki sertifikat komunikasi terapeutik dan komunikatif
- 4) Melakukan persamaan persepsi mengenai pemberian intervensi model PPAH dengan pendamping penelitian.
- 5) Peneliti memberikan *informed consent* pada responden.
- 6) Peneliti melakukan pembagian responden ke dalam kelompok perlakuan dan kontrol dengan teknik *consecutive sampling* dan *matching*

2. Tahap pelaksanaan

- 1) Penelitian diawali dengan melakukan pengukuran fungsi kognitif dan saturasi oksigen, kedua kelompok setiap sebelum intervensi.
- 2) Pengisian kuesioner tentang data demografi pada kedua kelompok.
- 3) Observasi hasil tekanan darah, IDWG, dan jadwal hemodialisis pada *raport* klien sejak 1 minggu sebelum intervensi diberikan pada kedua kelompok.
- 4) *Pre-test* persepsi, kecemasan pada kedua kelompok di pertemuan hari ke-1.
- 5) Peneliti memberikan intervensi model PPAH pada setiap jam ke-3 setelah hemodialisis dimulai dengan jadwal pelaksanaan sebagai berikut:

a. Hari ke-2:

Tahap 1 (pemutaran video 1 dan 2) 15-30 menit dan tahap 2 30 menit.

b. Hari ke 3

Tahap 1 (pemutaran video 3 dan 4) 15-30 menit dan tahap 2 30 menit.

c. Hari ke 4

Tahap 3 pembuatan dokumentasi “PERAWATAN PILIHANKU”.

Metode tiap pertemuan dijelaskan dalam Satuan Acara Kegiatan (SAK).

Kelompok kontrol mendapat intervensi standar di ruangan.

6) Observasi tekanan darah, IDWG dan jadwal hemodialisis pada pertemuan 1 dan 2 setelah semua intervensi diberikan pada kedua kelompok

7) *Post-test* persepsi dan kecemasan pada pertemuan ke 2 (1 minggu) setelah semua intervensi diberikan pada kedua kelompok.

4.3.8 Analisis Data

1. Uji validitas dan reliabilitas

Sebelum melakukan penelitian, instrumen diuji coba dulu dengan menyebarkan kuesioner pada 10 orang yang bukan subjek penelitian di ruang hemodialisis RSU Haji Surabaya. Uji validitas dilakukan dengan menggunakan teknik korelasi *Pearson's Product Moment* dengan nilai korelasi antara skor item dan skor total yang baik adalah $\geq 0,3$. Sedangkan uji reliabilitas dilakukan pengujian berdasarkan konsistensi internal dari skala dengan teknik *Cronbach Alpha* (α) dengan $\alpha > 0,60$.

Tabel 4.4 Hasil Uji Coba Instrumen Modifikasi *Illness Perception Questionnaire*

| Variabel | Domain | No. Soal | Validitas | Reliabilitas |
|----------|--------------------------|----------|---------------|--------------|
| | <i>Timeline Chronic</i> | 1 – 2 | 0,944 – 0,947 | |
| | <i>Timeline Cyclical</i> | 3 – 4 | 0,945 – 0,947 | |
| | <i>Consequences</i> | 5 – 7 | 0,943 – 0,947 | |

| | | | | |
|----------|-------------------|---------|---------------|-------|
| Persepsi | Personal Control | 8 – 9 | 0,944 – 0,947 | 0,949 |
| | Treatment Control | 10 – 11 | 0,947 – 0,948 | |
| | Coherence | 12 – 13 | 0,944 – 0,948 | |
| | Emotional | 14 – 15 | 0,947 – 0,948 | |
| | Representations | | | |

2. Analisis data

Hasil pengolahan data dianalisis dan disajikan dalam bentuk tabel. Penelitian ini menggunakan analisis univariat untuk melihat data frekuensi dan persentase, Analisis bivariate untuk melihat hubungan antara variabel independen yaitu intervensi model PPAH dengan dependen yaitu perubahan persepsi, tingkat kecemasan, dan kepatuhan, serta analisis multivariat untuk menguji apakah variabel demografi, lama hemodialisis, dan saturasi oksigen merupakan variabel perancu atau bukan. Hipotesis alternatif diterima jika $p < 0,05$. Analisis data pada penelitian ini akan dijelaskan dalam tabel berikut:

Tabel 4.5 Analisis Data Penelitian Model PPAH untuk Perubahan Persepsi, Kecemasan, dan Kepatuhan Klien CKD yang Menjalani Hemodialisis

| No | Variabel | Analisis Univariat | Analisis Bivariat | Analisis Multivariat |
|----|--|--------------------------|----------------------------------|----------------------|
| 1 | Data Demografi 1. Usia 2. Jenis kelamin 3. Status pernikahan 4. Tingkat pendidikan 5. Pekerjaan | Frekuensi dan persentase | - | Regresi Logistik |
| | Data Khusus 1. Lama hemodialisis 2. Saturasi oksigen | | | |
| 2 | Persepsi | Frekuensi dan persentase | <i>Mc Nemar dan Chi Square</i> | |
| 3 | Kecemasan | Frekuensi dan persentase | <i>Wilcoxon dan Mann-whitney</i> | |
| 4 | Kepatuhan | Frekuensi dan persentase | <i>Mc Nemar dan Chi Square</i> | |

4.3.9 Etika Penelitian

Sebelum melakukan penelitian, peneliti mengajukan *ethical clearance* terhadap kelayakan penelitian di RSUD Haji Surabaya. Setelah mendapatkan persetujuan dari semua pihak, peneliti mulai penelitian dengan menekankan prinsip etika, meliputi:

1. Kerahasiaan (*confidentiality*) dan tanpa nama (*anonymity*)

Kerahasiaan informasi responden dijamin oleh peneliti. Semua data yang terkumpul tidak mencantumkan identitas responden, hanya menggunakan kode.

2. Menghormati martabat manusia (*respect for persons*)

Peneliti memberikan penjelasan tentang penelitian kepada responden yang diminta untuk berpartisipasi dalam penelitian. Bila klien bersedia menjadi responden, maka harus menandatangani lembar *informed consent*.

3. Kemanfaatan (*beneficence*) dan tidak merugikan (*non-maleficence*)

Hasil penelitian bermanfaat untuk mengubah persepsi negatif klien CKD menjadi positif dalam menjalani hemodialisis sehingga kecemasannya turun dan kepatuhan terhadap pelaksanaan hemodialisis dan pembatasan diet meningkat.

4. Kejujuran (*veracity*) dan keadilan (*justice*)

Responden diminta menjawab pertanyaan dalam kuesioner dengan jujur sesuai kenyataan. Kelompok kontrol dalam penelitian ini akan mendapatkan intervensi model PPAH setelah penelitian selesai.

5. Otonomi (*autonomy*) dan kebebasan (*freedom*)

Peneliti menjelaskan bahwa keikutsertaan responden dalam penelitian bersifat sukarela dan tanpa paksaan. Klien CKD yang menjalani hemodialisis memiliki hak untuk mengikuti atau menolak berpartisipasi setelah memperoleh penjelasan.

BAB 5

HASIL PENELITIAN

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Hasil penelitian diuraikan ke dalam 3 tahap penelitian, yaitu tahap 1: penelitian kualitatif untuk menggali persepsi klien CKD yang menjalani hemodialisis; tahap 2: pengembangan model Perencanaan Perawatan Akhir Hayat (PPAH) berbasis PNI; dan tahap 3: validasi model.

5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di ruang Instalasi Hemodialisis RSUD Haji Surabaya yang menyediakan pelayanan hemodialisis di gedung Al Aqsa (sisi barat belakang ruang Instalasi Gawat Darurat), beralamat di Jalan Manyar Kertoaji, Kelurahan Klampis Ngasem, Kecamatan Sukolilo, Kota Surabaya. Ruang Instalasi Hemodialisis RSUD Haji Surabaya berkapasitas 15 tempat tidur (30 pasien/hari), memiliki 1 dokter, 12 perawat, 3 PRS, dan 2 administratif. Layanan hemodialisis diberikan sebanyak 2 shift selama 6 hari dalam seminggu untuk pasien reguler serta melayani hemodialisis cito, *travelling*, dan jamaah haji *on call* 24 jam.

Ruang Instalasi Hemodialisis RSUD Haji Surabaya memiliki motto “berupaya semaksimal mungkin untuk menggapai kesehatan”, memiliki visi menjadi Instalasi hemodialisis pilihan masyarakat yang prima dan Islami dalam pelayanan, pendidikan, dan penelitian, dan misi: 1) memberi pelayanan hemodialisis dan pendidikan berkualitas melalui SDM yang profesional, muklis, dan berkomitmen tinggi sesuai perkembangan IPTEKDOK, 2) meningkatkan kualitas hidup pasien hemodialisis, 3) mengutamakan *patient safety*, 4) mewujudkan sarana dan prasarana yang memadai. 5) mewujudkan wahana pembelajaran dan penelitian dalam upaya membentuk profesional yang handal, 6) menanamkan budaya kerja sebagai bagian dari ibadah dan profesionalisme.

Perawat hemodialisis berperan sebagai *care giver* dan edukator bagi klien yang sedang menjalankan hemodialisis. Edukasi diberikan oleh perawat saat akan memulai atau mengakhiri hemodialisis. Edukasi yang diberikan berupa pembatasan asupan cairan, diet, perawatan *AV shunt* atau *double lumen*, serta keluhan-keluhan umum yang dirasakan oleh klien secara spontanitas tanpa menggunakan media ketika ada klien yang bertanya atau memiliki keluhan terkait hemodialisis. Edukasi juga diberikan oleh dokter saat melakukan *visite* pada klien. *Follow up* paska edukasi tidak pernah dilakukan oleh perawat ataupun dokter. Bidang keperawatan hanya memiliki form catatan edukasi terintegrasi untuk unit rawat jalan secara umum, sehingga belum bisa diterapkan di ruang hemodialisis karena kurang spesifik.

5.2 Tahap 1: Identifikasi Masalah

5.2.1 Karakteristik partisipan

Tabel 5.1 Karakteristik Partisipan

| Kode | Jenis Kelamin | Usia (Tahun) | Suku | Tingkat Pendidikan | Pekerjaan | Lama Hemodialisis |
|------|---------------|--------------|-------|--------------------|---------------|-------------------|
| P1 | Laki-laki | 57 | Jawa | S-1 | Guru | 2 bulan |
| P2 | Perempuan | 64 | Jawa | SD | Tidak bekerja | 4 bulan |
| P3 | Laki-laki | 55 | Ambon | D-III | Tidak bekerja | 3 tahun |
| P4 | Laki-laki | 54 | Jawa | S-2 | Wiraswasta | 12 tahun |

Partisipan dalam penelitian ini berjumlah empat orang, yaitu 3 orang laki-laki dan 1 orang perempuan, berusia antara 54-64 tahun, dari suku Jawa dan Ambon, tingkat pendidikan mulai dari SD sampai S-2, pekerjaan wiraswasta, guru, dan 2 orang lainnya tidak bekerja, serta sudah menjalani hemodialisis selama 2 bulan hingga 12 tahun.

5.2.2 Jawaban Partisipan

Tabel 5.2 Klasifikasi jawaban partisipan berdasarkan masing-masing tema

| No | Tema | Sub tema | P1 | P2 | P3 | P4 |
|----|-------------|---|----|----|----|----|
| 1 | Pengetahuan | <i>Timeline chronic</i> (Definisi) | + | - | + | - |
| | | <i>Timeline cyclical</i> (Siklus penyakit) | - | - | + | - |

| No | Tema | Sub tema | P1 | P2 | P3 | P4 |
|---|----------------|--|-------|------------|------------|------------|
| | | <i>Coherence</i> (Gejala) | - | - | - | - |
| | | <i>Treatment control</i> (Penatalaksanaan) | + | - | + | - |
| | | <i>Personal control</i> (Diet) | + | + | + | + |
| Keterangan: + = jawaban benar, - = jawaban salah | | | | | | |
| 2 | Persepsi | <i>Consequence</i> (Dampak) | - | - | + | - |
| | | Prognosis | - | - | + | + |
| Keterangan: + = persepsi positif, - = persepsi negative | | | | | | |
| 3 | Perasaan | Awal hemodialisis | - | - | - | - |
| | | Saat ini | - | - | + | + |
| Keterangan: + = perasaan emosional negatif, - = perasaan emosional positif | | | | | | |
| 4 | Koping | Bentuk koping | Anger | Bargaining | Acceptance | Acceptance |
| | | Usaha mencari informasi | - | - | + | - |
| | | Motivasi (makna hidup) | + | + | + | + |
| | | Komitmen (hemodialisis, diet, aktivitas) | - | - | + | - |
| | | Spiritualitas | + | - | + | - |
| Keterangan: + = baik, - = tidak baik | | | | | | |
| | | Keluarga | + | + | + | + |
| | | Teman | + | - | + | + |
| 5 | <i>Support</i> | Tenaga kesehatan | + | + | + | + |
| | | Lingkungan sosial | + | - | + | - |
| | | Sesama pasien | - | - | + | + |
| Keterangan: + = mendapat <i>support</i> , - = tidak mendapat <i>support</i> | | | | | | |

Hasil *indepth interview* berdasarkan tabel 5.2, didapatkan 5 tema yang diidentifikasi dari 4 partisipan, yaitu pengetahuan, persepsi, perasaan, koping, dan *support*. Tema 1 pengetahuan terbagi menjadi 5 sub tema, yaitu *timeline chronic*, *timeline cyclical*, *coherence*, *treatment control*, dan *personal control*.

Sub tema *timeline chronic* diberikan pertanyaan: Apa yang Anda ketahui tentang penyakit ginjal kronik? Berdasarkan pertanyaan tersebut didapatkan 2 orang belum mengerti apa yang dimaksud dengan penyakit ginjal kronik, yaitu partisipan 2 dan 4.

“G tau, kata dokter ya ginjel sampeyan sakit gitu aja, harus cuci darah”. (P2)

“Ya penyakit yang sudah dinyatakan gawat, yang bermasalah di fungsinya karena syarafnya rusak”. (P4)

Menurut pengetahuan partisipan 4, penurunan fungsi ginjal pada penyakit ginjal kronik disebabkan oleh syaraf yang rusak.

Sub tema *timeline cyclical* diberikan pertanyaan: Apa yang Anda rasakan setelah menderita penyakit ini dan selama menjalani hemodialisis? Berdasarkan pertanyaan tersebut didapatkan hanya partisipan 3 yang mengerti.

“Saat ini yang saya rasakan **kalau jalan jauh atau kecapekan agak sesak**”.
(P3)

Sub tema *coherence* diberikan pertanyaan: Apa yang Anda ketahui tentang gejala pada penyakit ginjal kronik? Berdasarkan pertanyaan tersebut didapatkan keempat partisipan belum mengerti bagaimana gejala umum dari penyakit ginjal kronik. Mereka hanya menyebutkan keluhan yang mereka rasakan.

“Secara **stamina**, fisik saya rasakan hampir **50% turun**. bekerja lebih dari 8 jam, **kayak ndak mampu gitu badan saya**. (P1)

“Yang saya tahu saya **harus ditransfusi 3-4 kantong** tiap 4 bulan sekali, gak mau makan, **punggung sakit** sampai gak bisa duduk”. (P2)

“Saat itu saya merasakan **pinggang** saya **sakit**, **gak nafsu makan**, dan akhirnya tidak sadarkan diri”. (P3)

“**Kepala pusing, tidur gak enak, semua lah yang dirasakan hanya sakit** tok, tulang-tulang seperti nyeri, kaku, jadi serba gak bisa kita bayangkan”. (P4)

Sub tema *treatment control* diberikan pertanyaan: Apa yang Anda ketahui tentang hemodialisis? Berdasarkan pertanyaan tersebut didapatkan 2 orang yang belum mengetahui apa dan fungsi hemodialisis, yaitu partisipan 2 dan 4.

“Kata dokter disini cuci darah itu untuk ginjalnya yang sudah rusak, supaya dia bertahan, ngluarkan racun. **Kalau gak cuci darah gak bisa**. Suamiku bilang **nanti lek wes sembuh gak cuci lagi** (suami saya mengatakan nanti kalau sudah sembuh tidak cuci lagi)”. (P2)

“Kalau **digantikan oleh mesin cuci darah berarti syaraf-syarafnya**, pasti ada yang **rusak**. Cuci darah untuk membersihkan ginjal yang tidak berfungsi, membuang racun, air. Pokoknya **untuk memfungsikan ginjal lagi**”. (P4)

Sub tema *personal control* diberikan pertanyaan: Apa yang Anda ketahui tentang makanan yang dianjurkan dan makanan yang dibatasi untuk penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis? Berdasarkan pertanyaan tersebut didapatkan semua partisipan mengetahui diet untuk penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis.

"*Saya gak makan buah-buahan, sayur, terus minum ya gak banyak-banyak*". (P1)

"*Aku gak boleh makan buah sama sayur mbek bapake, minum ya gak boleh banyak-banyak (saya tidak boleh makan buah dan sayur sama suami saya, minum juga tidak banyak)*". (P2)

"*Saya batasi makanan yang dilarang kayak sayur, buah, minum gak boleh terlalu banyak*". (P3)

"*Buah, sayur, sama air dibatasi*". (P4)

Tema 2 persepsi terbagi menjadi 2 sub tema yaitu *consequence* dan prognosis. Sub tema *consequence* diberikan pertanyaan: Apakah penyakit ginjal kronik dan pelaksanaan hemodialisis ini membawa pengaruh besar terhadap hidup Anda? Jelaskan! Berdasarkan pertanyaan tersebut didapatkan hanya 1 orang yang berpersepsi positif tentang pengaruh penyakit dan hemodialisis, yaitu partisipan 3.

"*Sekarang saya bisa bikin gerobak sendiri untuk jualan keliling. Cuci darah juga tidak pengaruhi hubungan suami istri kami*". (P3)

Sub tema prognosis diberikan pertanyaan: Apa menurut Anda hemodialisis dapat menyebabkan seseorang meninggal lebih cepat atau justru dapat menyembuhkan? Berdasarkan pertanyaan tersebut didapatkan 2 orang yang berpersepsi negatif tentang prognosis penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis, yaitu partisipan 1 dan 2.

"*Penyakit gagal ginjal itu membuat seseorang cepat meninggal*". (P1)

"*Pokoknya kalau orang cuci ya pasti mati*". (P2)

Tema 3 perasaan terbagi menjadi 2 sub tema, yaitu perasaan awal hemodialisis dan perasaan saat ini. Sub tema perasaan awal hemodialisis diberikan pertanyaan:

Bagaimana perasaan Anda saat pertama kali didiagnosa dokter menderita gagal ginjal kronik dan harus menjalani hemodialisis? Berdasarkan pertanyaan tersebut didapatkan semua partisipan mengalami respon emosional negatif.

*”Ya **shock** lah awal memulai. Jangankan melihat, disebut cuci darah **bayangan saya sudah gak punya harapan hidup lagi**”.* (P1)

*“Pertama masuk sini, saya **triak-triak ndak mau**, diapakan saya ini (pertama masuk sini, saya teriak-teriak tidak mau dilakukan hemodialisis)”.* (P2)

*”**Saya tidak bisa menerima diagnosa dokter**, hingga berobat ke shinse. **Saya sudah pikirannya gak lama lagi saya akan mati, sampai saya minta istri saya pindah dari RS ini biar bebas dari cuci darah, pikiran kacau**”.* (P3)

*”Ya **menyesal, kaget**, jadinya ya **takut, putus asa 5 tahunan** wong namanya menghadapi penyakit berat. Rasanya **gak percaya sama dokter**”.* (P4)

Sub tema perasaan saat ini diberikan pertanyaan: Apakah saat ini Anda bisa menerima apapun kondisi Anda saat ini dan yang akan datang? Berdasarkan pertanyaan tersebut didapatkan 2 orang masih berespon negatif, yaitu partisipan 1 dan 2.

*”Sampai sekarang masih merasakan **takut**, di rumah masih **gelisah, gak bisa tidur** saat malam hari”.* (P1)

*”Sampai sekarang saya gak bisa tidur kalau malam hari. Takut kalau harus cuci darah seumur hidup. **Takut gak ada harapan hidup lagi** saya”.* (P2)

Tema 4 koping terbagi menjadi 5 sub tema, yaitu bentuk koping, usaha mencari informasi, komitmen (menjalankan hemodialisis, diet, aktivitas), motivasi (makna hidup), dan spiritualitas. Sub tema bentuk koping semua partisipan diberikan pertanyaan: Bagaimana tanggapan Anda bila ada orang yang membicarakan sakit Anda secara negatif? Misalnya mengatakan Anda akan segera meninggal karena hemodialisis. Berdasarkan pertanyaan tersebut didapatkan 2 orang yang masih berada di fase *anger* dan *bargaining*, yaitu partisipan 1 dan 2.

*“Pasti jadi **ada pikiran takut mati**. **Kalau ada teman/tetangga ngomong jelek** tentang penyakit saya, **langsung tak suruh pergi** orangnya. **Sering juga saya merasa bersalah dan membebani istri, karna tak marahi terus**”.* (P1)

“Saya takut gak ada harapan hidup lagi. Kok ya mesti aku yang dikasik sakit ini (menangis)”. (P2)

Sub tema usaha mencari informasi diberikan pertanyaan: Apa usaha yang telah Anda lakukan untuk mendapat informasi terkait penyakit dan mencari kesembuhan? Berdasarkan pertanyaan tersebut didapatkan 1 orang yang memiliki sumber informasi kurang, yaitu partisipan 2 dikarenakan keluarga sengaja menutupi informasi kesehatan dari partisipan. Hal tersebut didukung oleh pernyataan partisipan 2, *“Anak saya sudah lihat di internet, tapi dirahasiakan dari saya ya sudah”*. Sampai saat ini partisipan 1, 2, dan 4 menggunakan terapi alternatif selain terapi medis hemodialisis.

“Info dari teman, bisa pake alternatif obat-obatan herbal atau ramuan 9 lembar daun kumis kucing sama seledri yang direbus air $\frac{1}{4}$ gelas sampai mendidih, diminum 1x sehari. Ramuan itu membantu buang kencing lebih banyak, ya saya lanjutkan sampai sekarang”. (P1)

“Anak-anak cuma nyuruh minum daun sukun 1 lembar direbus dari 3 gelas jadi 1 gelas”. (P2)

”Semua saya jalani, contohnya ya sholat, terapi tusuk jarum, ke orang pinter untuk mendapat nasehat, wawasan, belajar sabar, penasehat, bimbingan, doa, dan sharing agar kita mampu menanggulangi penyakit yang saya derita. Atas inisiatif sendiri, saya juga melakukan terapi air panas mandi di daerah pacet karena selama ini otot-otot badan kan kaku semua, aliran darah agar lancar perlu air panas, supaya otot-ototnya lemes, peredaran darah lancar. Sampai saat ini semua masih saya lakukan”. (P4)

Sub tema motivasi diberikan pertanyaan: Apa yang dapat membantu Anda menjalani hidup dengan baik? Berdasarkan pertanyaan tersebut didapatkan keempat partisipan mempunyai motivasi hidup yang tinggi.

“Saya masih kepengen hidup panjang untuk diri sendiri dan keluarga, anak-anak dan istri”. (P1)

“Anak-anak nyuruh aku gak boleh mikir, nangis. Gak kepengen lihat cucunya ta”. (P2)

“Semangat hidup saya untuk istri dan anak-anak saya”. (P3)

“Kita harus punya prinsip, masalah umur bukan manusia yang menentukan, bukan mesin”. (P4)

Sub tema komitmen diberikan pertanyaan: Apakah Anda siap menjalankan hemodialisis dan mematuhi diet untuk perawatan yang akan datang, meskipun itu harus dilakukan seumur hidup? Berdasarkan pertanyaan tersebut didapatkan 3 orang yang belum mampu berkomitmen terhadap terapi yang dijalani, yaitu partisipan 1, 2, dan 4.

“Insya Allah saya siap cuci darah seumur hidup. Kalau makan makanan yang dilarang, tidak berlebihan. Yang masih belum bisa menanggulangi adalah minum, kadang berlebih. Sementara ini, aktivitas keluar selain bekerja saya kurang”. (P1)

“Saya mau coba sekali gak masuk cuci darah tapi gak boleh sama perawat. Saya takut dimarahi bapak kalau minta buah atau sayur. Sekarang aktivitas berhenti semua, cuma makan dan tidur”. (P2)

“Saya trima bila harus cuci darah seumur hidup. Sekarang saya gak ada pantangan mbak, semua saya makan. Saat ini aktivitas saya sudah bisa berjalan baik, dapat bekerja dan pergi keluar kota”. (P4)

Sub tema spiritualitas diberikan pertanyaan: Bagaimana penilaian dan keyakinan Anda terhadap penyakit ginjal dan hemodialisis yang saat ini Anda jalankan? Berdasarkan pertanyaan tersebut didapatkan 2 orang yang masih jarang menjalankan ibadah kepada Tuhan dan menilai negatif penyakitnya, yaitu partisipan 2 dan 4.

“Awal sakit aku gak sholat, males. Allah gak adil. Sekarang pasrah sama Allah, Tapi ya sholatku bolong-bolong, badan krasa gak enak”. (P1)

“Saya sembahyangnya ke leluhur”. (P4)

Tema 5 *support* terbagi menjadi 5 sub tema, yaitu keluarga, teman, tenaga kesehatan, lingkungan sosial, dan sesama pasien. Sub tema keluarga diberi pertanyaan: Apakah keluarga selalu memberi dukungan pada Anda? Jika ya, siapa? Jelaskan bentuk dukungan keluarganya! Berdasarkan pertanyaan tersebut didapatkan keempat partisipan mendapat *support* yang baik dari keluarga, yaitu suami/ istri beserta anak-anaknya.

“Dukungan dari istri sungguh luar biasa. Istri mendukung dan menyelesaikan semua kebutuhan saya. Anak-anak belum pernah menjenguk, hanya saat telepon menanyakan kondisi saya”. (P1)

“Anak-anak ngasih semangat, katanya anggep ae nglencer selasa sama jumat (Anak-anak memberi semangat, katanya anggap saja wisata)”. (P2)

“Istri yang paling memperhatikan dan menguatkan mental saya, jaga makan, gak boleh bawa motor, gak boleh pergi sendirian. Anak juga pernah mendampingi cuci darah. Mereka pesan agar saya jaga kesehatan, jaga makan, jaga minum, apa yang dilarang dokter diikuti aja”. (P3)

“Istri selalu memberikan masukan spiritual (sholat), mengingatkan makan penambah darah, nyuruh saya jaga makanan”. (P4)

Sub tema teman diberikan pertanyaan: Bagaimana hubungan Anda dengan teman kerja setelah menderita penyakit ginjal ini? Berdasarkan pertanyaan tersebut didapatkan hanya partisipan 2 yang tidak mendapat *support* dari teman.

“Gak ada mbak”. (P2)

Sub tema tenaga kesehatan diberikan pertanyaan: Apakah bentuk dukungan yang diberikan oleh dokter dan perawat di ruang hemodialisis ini? Berdasarkan pertanyaan tersebut didapatkan keempat partisipan mendapat *support* yang baik dari dokter dan perawat yang merawat di ruang hemodialisis.

“Saya sudah banyak dibantu di ruangan ini, baik dari dokter dan perawat. Perawat memberi saran-saran, larangan yang dimakan, informasi menjaga kondisi”. (P1)

Sub tema lingkungan sosial diberikan pertanyaan: Bagaimana hubungan Anda dengan tetangga dan masyarakat setelah menderita penyakit ginjal ini? Berdasarkan pertanyaan tersebut didapatkan 2 orang yang merasa tidak mendapat *support* dari tetangga atau masyarakat di sekitar tempat tinggalnya, yaitu partisipan 2 dan 4.

“Saya gak keluar rumah jadi ya gak pernah ngomong sama mereka”. (P2)

“Saya jarang ikut kegiatan di kampung”. (P4)

Sub tema sesama pasien diberikan pertanyaan: Bagaimana hubungan Anda dengan rekan sesama pasien di ruang hemodialisis ini? Berdasarkan pertanyaan tersebut didapatkan hanya partisipan 2 yang tidak merasa mendapat *support* baik dari rekan sesama pasien di ruang hemodialisis. Partisipan tampak jarang berinteraksi dengan rekan sesama pasien saat menjalankan hemodialisis.

“Takut kalau ngelihat teman yang kritis seperti itu, aku nanti bisa kayak gitu”. (P2)

5.3 Tahap 2: Pengembangan Model sebagai Alternatif Solusi Masalah

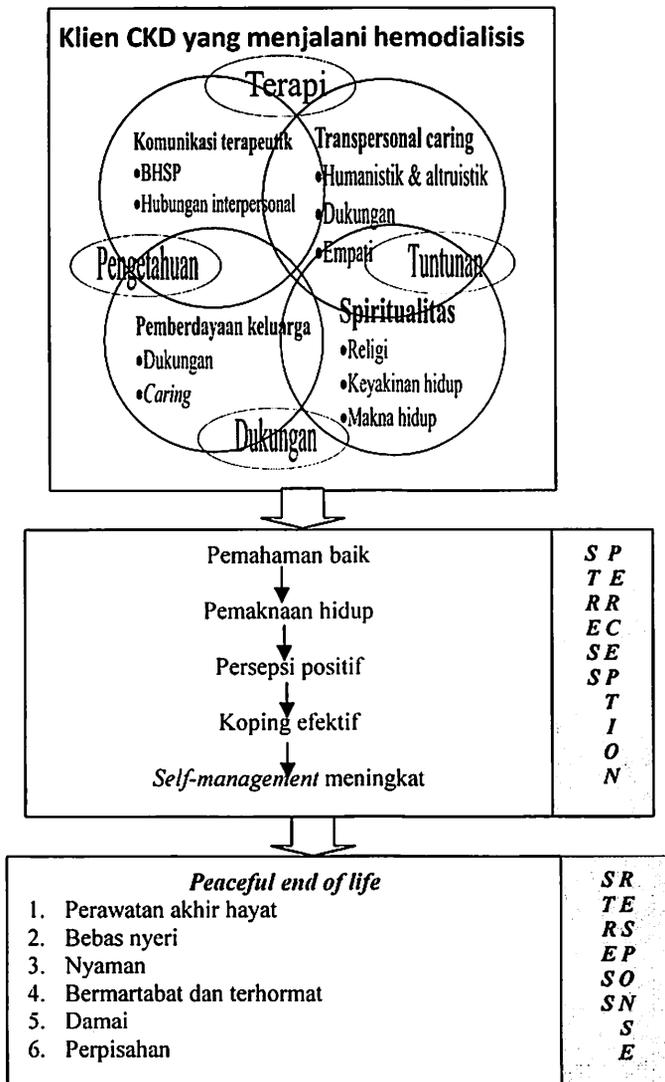
Hasil penelitian tahap 1 didapatkan bahwa klien yang kurang mendapat dukungan sosial memiliki pengetahuan yang kurang tentang penyakitnya saat ini, yaitu CKD dan harus menjalani hemodialisis. Hal tersebut menyebabkan timbul persepsi negatif klien terhadap prognosis penyakit dan respon emosional negatif berupa amarah, ketakutan, kecemasan, atau perasaan sedih yang mendalam terhadap penyakit. Respon emosional negatif menyebabkan penurunan mekanisme koping dalam berkomitmen menjalankan hemodialisis sesuai jadwal atau diet yang telah ditentukan, serta menyalahkan Tuhan atas penyakit yang diderita dan tidak mau menjalankan ibadah sesuai keyakinan agama.

Hasil penelitian tahap 1 yang telah teridentifikasi selanjutnya di diskusikan bersama para pakar yang terdiri dari: 1) Pakar PNI, 2) Kepala Bidang Keperawatan RSU Haji Surabaya, 3) Dokter Penanggung Jawab Pelayanan ruang hemodialisis RSU Haji Surabaya, 4) kepala ruang hemodialisis RSU Haji Surabaya, 5) *Registered Nurse* (RN) ruang hemodialisis RSU Haji Surabaya, 6) Psikolog RSU Haji Surabaya, 7) Nutrisi RSU Haji Surabaya, dan 8) Rohaniawan Islam RSU Haji Surabaya pada 12 April 2017. Hasil dari diskusi pakar yang telah dilakukan adalah klien yang menjalankan hemodialisis memerlukan perawatan terintegrasi meliputi: 1) terapi medis,

2) pengetahuan mengenai penyakit CKD dan hemodialisis 3) dukungan sosial dari keluarga dan perawat, 4) tuntunan rohani menghadapi sakit dan akhir hayat.

5.3.1 Deskripsi Model Perencanaan Perawatan Akhir Hayat (PPAH)

Berdasarkan hasil penelitian tahap 1 dan diskusi pakar, peneliti merumuskan model Perencanaan Perawatan Akhir Hayat (PPAH) pada klien CKD yang menjalani hemodialisis. Berikut adalah gambar model PPAH yang dikembangkan:



Gambar 5.1 Model Perencanaan Perawatan Akhir Hayat (PPAH) pada Klien CKD yang Menjalani Hemodialisis

Gambar 5.1 menjelaskan tentang pengembangan model keperawatan berbasis Psikoneuroimunologi (PNI), yaitu Model Perencanaan Perawatan Akhir Hayat (PPAH). Model PPAH ini dikembangkan menggunakan dasar PNI dengan pendekatan asuhan

keperawatan *supportive-psychoeducative* dan spiritual untuk mempengaruhi area *stress perception* melalui pemberian stimulus positif yang diterima oleh Prefrontal Cortex (PFC) atau pusat kognitif luhur manusia dan menghasilkan perubahan pada *stress response*. Model PPAH merupakan pola dari konsep dan teori spiritualitas, model pemberdayaan keluarga, komunikasi terapeutik, serta teori keperawatan *caring* Jean Watson, dan *peaceful end of life* Ruland & Moore pada bab 2, hasil penelitian tahap 1, dan diskusi pakar. Model ini diharapkan mampu menimbulkan persepsi positif klien dalam mengatasi kecemasan saat menjalani hemodialisis. Hasil akhir yang ingin dicapai oleh model ini adalah perubahan *stress response* sesuai dengan teori keperawatan *Peaceful end of life* oleh Ruland & Moore, yaitu dengan kriteria perawatan akhir hayat yang layak sesuai keinginan atau harapan klien, bebas nyeri, nyaman, bermartabat (*dignity*) dan terhormat (*respect*), damai, dan memiliki waktu untuk berpisah dengan keluarga atau orang-orang yang dicintainya.

Peaceful end of life dapat dicapai bila klien lebih tenang dan positif menghadapi penyakitnya. Hal tersebut dikarenakan kecemasan sangat mempengaruhi status kesehatan seseorang. Kecemasan dapat menimbulkan komplikasi yang akan memperburuk kondisi kesehatan sehingga akan meningkatkan morbiditas dan mortalitas dini bagi klien yang menjalani hemodialisis.

1. Falsafah

Filosofi dari pengembangan model ini adalah setiap manusia pasti akan merasakan kecemasan bila divonis dokter menderita penyakit kronis, khususnya CKD dan harus menjalani hemodialisis. Klien CKD mengalami perubahan fungsional ginjal sehingga harus bergantung pada mesin dialisis seumur hidup, menyebabkan ketidakpastian prognosis dan kematian. Pengetahuan yang kurang terkait penyakit

menyebabkan klien gagal beradaptasi dengan stresor yang ada sehingga mudah menerima pendapat negatif dari orang lain. Hal tersebut menimbulkan pemahaman, persepsi dan asumsi yang salah, serta sikap pesimis terhadap penyakit dan *treatment* yang harus dijalani untuk mempertahankan fungsional fisik mereka. Persepsi negatif mempengaruhi strategi koping untuk beradaptasi terhadap stressor dan dianggap sebagai prediktor kecemasan. Kecemasan berkaitan erat dengan ketidakpatuhan. Kecemasan menurunkan *mood* dan motivasi klien menjalankan hemodialisis. Bila tidak teratasi, cemas semakin meningkat dan menimbulkan respon marah, sedih, putus asa, hingga *suicide*. Kecemasan sangat mempengaruhi kesehatan seseorang.

Hasil penelitian tahap 1 yang dapat diintegrasikan dalam pemodelan ini adalah variabel terapi, pengetahuan, dukungan, dan tuntunan. Terapi, diartikan sebagai pengobatan medis untuk menggantikan fungsi ginjal klien yang telah rusak. Pengetahuan merupakan informasi mengenai CKD dan hemodialisis yang diperoleh melalui pengamatan, lalu diproses dan diorganisasikan menjadi pemahaman. Dukungan merupakan tindakan yang diperlukan oleh klien, yaitu motivasi, semangat, nasehat, teman, bantuan, kasih sayang, pemahaman, dan saran untuk penyelesaian masalah. Tuntunan merupakan bimbingan, petunjuk, pedoman, atau panduan menghadapi sakit.

Variabel terapi dapat mendukung pencapaian bebas nyeri (ketidaknyamanan) akibat komplikasi yang ditimbulkan dari CKD. Variabel pengetahuan akan meningkatkan pemahaman dan pencapaian respon adaptif klien dalam menghadapi akhir hayat. Variabel dukungan dapat meningkatkan kenyamanan dan martabat klien dalam kondisi sakit. Dukungan dapat berasal dari teman sejawat, keluarga, tenaga kesehatan. Keluarga dapat memberikan pengasuhan untuk meningkatkan kenyamanan dan ketahanan fisik klien. Dukungan dari tenaga kesehatan diperlukan untuk

menyediakan lingkungan yang kondusif untuk meningkatkan kenyamanan klien selama menjalankan hemodialisis, serta memberikan perawatan kesehatan yang holistik untuk membantu klien mencapai atau mempertahankan kesehatan. Perawat adalah profesi yang tepat untuk memberikan dukungan pada klien karena berperan sebagai pemberi asuhan dan advokat yang memiliki jiwa *caring*. Variabel tuntunan akan menjadi pedoman perawatan akhir hayat yang damai bagi klien.

Variabel yang didapat pada tahap 1 diintegrasikan dengan hasil studi literatur dari konsep dan teori keperawatan 1) spiritualitas, 2) komunikasi terapeutik, 3) model pemberdayaan keluarga, 4) *transpersonal caring*, 5) *peaceful end of life*. Keseluruhan variabel di atas dijadikan dasar dalam perumusan model keperawatan yang tepat untuk intervensi pada klien CKD yang mengalami kecemasan menjalankan hemodialisis, yaitu Model Perencanaan Perawatan Akhir Hayat (PPAH). Perencanaan Perawatan Akhir Hayat merupakan bentuk pelayanan profesional bidang keperawatan Medikal, khususnya paliatif pada penyakit kronis atau terminal. Model PPAH ini bertujuan mempengaruhi area *stress perception* (perubahan persepsi negatif menjadi positif) dan menghasilkan perubahan pada area *stress response* (penurunan kecemasan) klien CKD menjalankan hemodialisis sehingga tercapai kualitas akhir hayat yang optimal.

2. Nilai

Beberapa hal yang harus diperhatikan dalam menerapkan Model PPAH adalah:

- 1) Perawat yang melakukan tindakan menggunakan Model PPAH harus mempunyai kemampuan komunikasi terapeutik yang telah tersertifikasi dan menerapkan etika.
- 2) Klien CKD yang menjalani hemodialisis mempunyai harkat dan martabat sebagai manusia yang harus dihargai dan dihormati.

- 3) Klien adalah seseorang yang membutuhkan perawatan terintegrasi berupa aplikasi Model PPAH yang mempunyai unsur bio-psiko-sosio-spiritual.

3. Tujuan

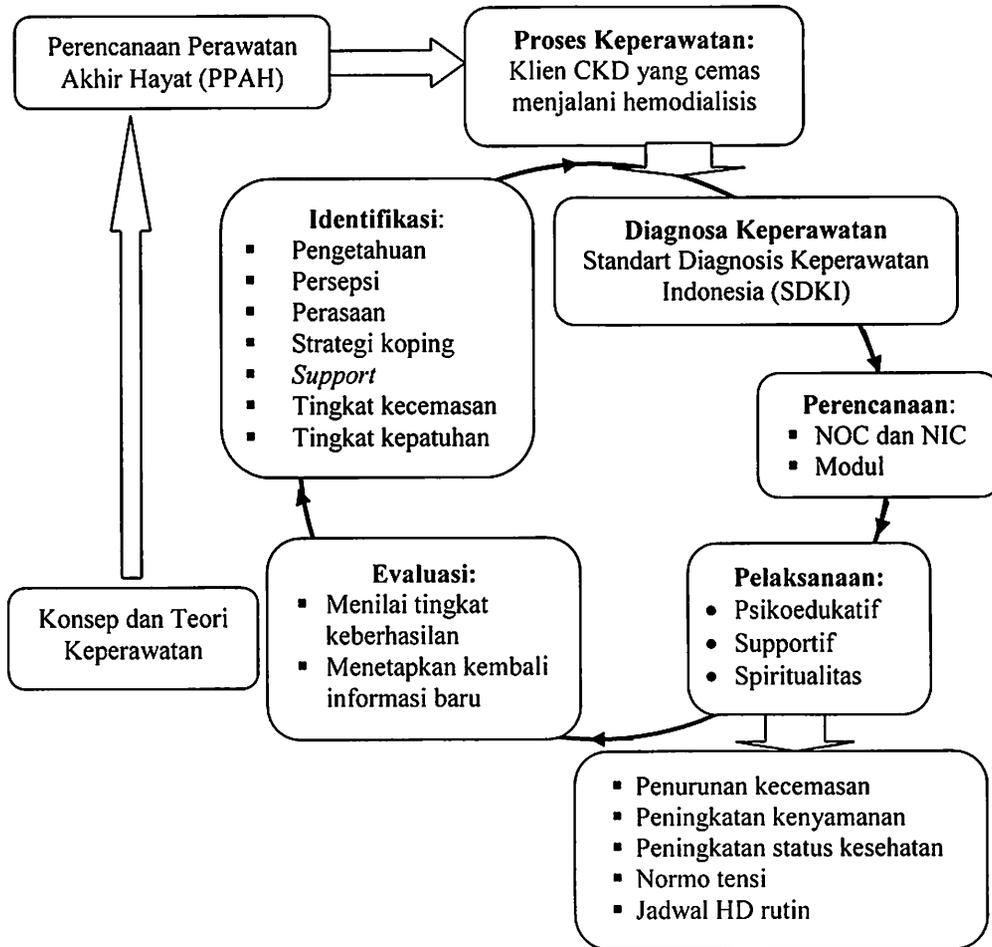
Penerapan model PPAH memiliki tujuan sebagai berikut:

- 1) Mencapai kenyamanan sehingga akan menurunkan tingkat kecemasan klien dalam menjalankan hemodialisis.
- 2) Mencegah komplikasi penyakit yang ditimbulkan dari kecemasan klien.
- 3) Meningkatkan kepatuhan klien menjalankan terapi (hemodialisis dan diet).
- 4) Meningkatkan martabat klien hingga mencapai kualitas akhir hidup yang optimal.

4. Model keperawatan yang diharapkan

Model keperawatan yang diharapkan berkaitan dengan konsep dan teori yang dikembangkan, filosofi, nilai, tujuan, dan sesuai hasil penelitian tahap 1 adalah:

- 1) Klien harus mendapatkan terapi medis untuk menggantikan fungsi ginjal yang telah rusak, yaitu hemodialisis, diet, dan terapi farmakologis.
- 2) Klien memerlukan pengetahuan mengenai penyakit dan hemodialisis untuk mengubah persepsi negatif klien terhadap penyakitnya.
- 3) Klien memerlukan dukungan sosial dari keluarga, tenaga kesehatan, teman sejawat, atau kelompok sosial untuk meningkatkan motivasi menjalankan regimen terapi.
- 4) Tuntunan rohani meningkatkan makna hidup klien menghadapi sakit dan akhir hayat.



Gambar 5.2 Penerapan Model PPAH dalam Proses Keperawatan pada Klien CKD yang Menjalani Hemodialisis

Asuhan keperawatan perencanaan perawatan akhir hayat

1. Mengidentifikasi Masalah pada Klien yang Menjalani Hemodialisis

Identifikasi masalah klien dengan cara mengumpulkan data subyektif secara langsung kepada klien dan keluarga mengenai pengetahuan, persepsi, perasaan, strategi koping, *support*, serta data obyektif berupa tingkat kecemasan dan kepatuhan klien menjalankan regimen terapi (hemodialisis dan diet). Hal-hal yang perlu diperhatikan selama pengkajian, yaitu memahami situasi yang dihadapi oleh klien (fisik, psikologis, emosi, sosial, kultural, spiritual) yang dapat mempengaruhi tingkat kecemasan klien. Langkah-langkah pengumpulan data dasar mengenai masalah atau sesuatu yang berpotensi menjadi masalah bagi klien adalah:

- 1) Wawancara mendalam (*indepth interview*) pada klien yang menjalani hemodialisis beserta keluarga.
- 2) Memperoleh data tentang pengetahuan, persepsi, perasaan kecemasan, strategi koping, *support*, serta kepatuhan klien menjalani hemodialisis.
- 3) Membuat kesepakatan untuk menggunakan model PPAH dalam menyelesaikan kecemasan klien yang menjalani hemodialisis.

2. Diagnosis keperawatan pada Klien yang Menjalani Hemodialisis

Diagnosis keperawatan melibatkan proses berpikir kompleks, dibuat oleh perawat berdasarkan ilmu pengetahuan selama dalam pendidikan. Permasalahan klien diputuskan dengan analisa data subyektif dan obyektif hasil pengkajian pada klien dan keluarga, disesuaikan dengan kemungkinan penyebab dan masalah, berformulasi P+E+S, yaitu Problem + Etiologi + Symptom. Diagnosis keperawatan dalam pemenuhan kenyamanan klien yang menjalani hemodialisis disesuaikan dengan literatur Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), yaitu ansietas berhubungan dengan krisis situasional (perawatan jangka panjang).

3. Perencanaan Penurunan Kecemasan Klien

Perawat merencanakan pemenuhan kenyamanan klien yang menjalani hemodialisis dengan menetapkan hasil yang diinginkan (*outcome*) menggunakan *Nursing Outcome Criteria* (NOC) dan intervensi yang disesuaikan dengan *Nursing Intervention Criteria* (NIC). Intervensi yang direncanakan sesuai dengan modul, yaitu 1) peningkatan pengetahuan tentang CKD, hemodialisis, dan pemenuhan gizi sesuai dengan diet yang dianjurkan selama menjalani hemodialisis, 2) tuntunan rohani menghadapi ujian hidup berupa sakit, 3) pemberdayaan dukungan atau peran serta

keluarga dalam perawatan klien yang menjalani hemodialisis, 4) perencanaan perawatan akhir hayat sesuai harapan klien. Hasil (*outcome*) yang diinginkan sebagai berikut:

- 1) Keterangan subjektif penurunan kecemasan atau cemas terselsaikan,
- 2) Klien tampak rileks
- 3) Pemenuhan tidur minimal 8 jam/hari
- 4) Peningkatan kepatuhan dengan indikator 1) *interdialytic Weight Gain* (IDWG) stabil ($\leq 4\%$), 2) hemodialisis sesuai jadwal, 3) tekanan darah stabil ($\leq 140/90$ mmHg).

Intervensi direncanakan sesuai dengan *Nursing Intervention Criteria* (NIC) yang dituangkan dalam modul PPAH yaitu:

- 1) Observasi pengetahuan, pengalaman, persepsi, dan tingkat kecemasan klien menjalankan hemodialisis. Identifikasi informasi yang telah diberikan oleh dokter.
- 2) Beri informasi mengenai penyakit CKD dan prognosis, hemodialisis, serta pemenuhan gizi sesuai dengan program diet yang harus dijalani.
- 3) Beri informasi yang tepat mengenai proses menjelang ajal dan hindari pemberian harapan palsu saat memberikan dukungan emosional
- 4) Pertahankan kontak yang sering dengan klien, gunakan teknik menyentuh dan komunikasi terapeutik saat berinteraksi dengan klien.
- 5) Beri tuntunan rohani menghadapi sakit dan akhir hayat yang damai.
- 6) Libatkan peran serta orang terdekat (keluarga) dalam perawatan klien.
- 7) Motivasi interaksi klien dengan sistem pendukung (keluarga) dalam mengenali perasaan negatif klien untuk mengembangkan strategi koping yang tepat menghadapi rasa takut menjelang ajal
- 8) Perhatikan koping tidak efektif, seperti interaksi sosial yang buruk, tidak berdaya, atau menyerah, putus asa.

4. Pelaksanaan Penurunan Kecemasan Klien

Pelaksanaan pemenuhan kenyamanan klien adalah perwujudan dari rencana keperawatan untuk menurunkan kecemasan klien saat menjalani hemodialisis. Jenis tindakan pada tahap pelaksanaan ini terdiri dari tindakan *supportive-psychoeducative* dan spiritualitas. Model PPAH diberikan pada klien yang sedang menjalani hemodialisis sebanyak 3 kali pertemuan, yaitu 1) Pertemuan pertama diberikan materi pendidikan kesehatan mengenai konsep penyakit CKD dan hemodialisis, serta perawatannya (diet), 2) Pertemuan kedua diberikan materi tuntunan rohani dalam menghadapi ujian hidup berupa sakit, 3) Pertemuan ketiga diberikan materi pementapan hikmah sakit dan Perencanaan Perawatan Akhir Hayat sesuai harapan klien. Materi yang diberikan berupa video dan modul Perencanaan Perawatan untuk Klien Penyakit Ginjal Kronik dengan durasi 30-60 menit setiap pertemuan. Sebelum melaksanakan tindakan, perawat perlu memvalidasi secara singkat terlebih dahulu apakah rencana tindakan yang telah direncanakan masih sesuai dan dibutuhkan oleh klien dengan kondisi saat ini.

5. Pemantauan dan Evaluasi Penurunan Kecemasan Klien

Evaluasi mengacu pada pemantauan, penilaian, dan perbaikan. Tahap ini perawat mengidentifikasi proses keperawatan dapat berhasil atau gagal. Perawat mengidentifikasi respon klien terhadap intervensi keperawatan yang telah diberikan dan menetapkan apakah sasaran dapat menerima rencana keperawatan yang diberikan. Hasil dari identifikasi perawat tersebut digunakan sebagai informasi untuk melanjutkan, menambah, mengganti, atau menghapus diagnosa keperawatan, tujuan, atau rencana keperawatan yang telah tersusun. Evaluasi merupakan kegiatan *replanning* untuk mencapai tujuan dan hasil yang diinginkan yaitu penurunan kecemasan dan peningkatan kepatuhan klien selama menjalani hemodialisis.

5.4 Tahap 3: Validasi Model

Penelitian Tahap 3 adalah validasi model PPAH. Tahap ini berisi tentang karakteristik responden, persepsi, tingkat kecemasan, dan kepatuhan klien CKD yang menjalankan hemodialisis sebelum dan sesudah diberikan intervensi model PPAH.

5.4.1 Karakteristik Responden

5.3 Karakteristik Responden dan Analisis Kesetaraan Kelompok Perlakuan dan Kontrol

| No | Karakteristik | Frekuensi | | | | Analisis Kesetaraan Nilai P |
|--------------------|------------------------|-----------|------|---------|------|-----------------------------|
| | | Perlakuan | | Kontrol | | |
| | | N | % | N | % | |
| DATA UMUM | | | | | | |
| 1 | Usia | | | | | |
| | a. 18 - 45 tahun | 9 | 50 | 9 | 50 | 0,888* |
| | b. 46 - 60 tahun | 8 | 44,4 | 7 | 38,9 | |
| | c. 61 - 65 tahun | 1 | 5,6 | 2 | 11,1 | |
| | Total | 18 | 100 | 18 | 100 | |
| 2 | Jenis Kelamin | | | | | |
| | a. Laki-laki | 12 | 66,7 | 13 | 72,2 | 0,717** |
| | b. Perempuan | 6 | 33,3 | 5 | 27,8 | |
| | Total | 18 | 100 | 18 | 100 | |
| 3 | Status Pernikahan | | | | | |
| | a. Menikah | 17 | 94,4 | 18 | 100 | 0,310** |
| | b. Belum menikah | 1 | 5,6 | 0 | 0 | |
| | Total | 18 | 100 | 18 | 100 | |
| 4 | Tingkat Pendidikan | | | | | |
| | a. Tidak sekolah | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,988* |
| | b. SD | 2 | 11,1 | 1 | 5,6 | |
| | c. SMP | 0 | 0 | 1 | 5,6 | |
| | d. SMA | 10 | 55,6 | 10 | 50 | |
| | e. Perguruan Tinggi | 6 | 33,3 | 6 | 38,9 | |
| | Total | 18 | 100 | 18 | 100 | |
| 5 | Pekerjaan | | | | | |
| | a. Bekerja | 4 | 22,2 | 3 | 16,7 | 0,574** |
| | b. Tidak bekerja | 14 | 77,8 | 15 | 83,3 | |
| | Total | 18 | 100 | 18 | 100 | |
| DATA KHUSUS | | | | | | |
| 6 | Lama hemodialisis | | | | | |
| | a. Kurang dari 3 bulan | 2 | 11,1 | 3 | 16,7 | 0,791* |
| | b. 3-12 bulan | 12 | 66,7 | 11 | 61,1 | |
| | c. 1-5 tahun | 3 | 16,6 | 4 | 22,2 | |
| | d. 5-10 tahun | 1 | 5,6 | 0 | 0 | |
| | e. Lebih dari 10 tahun | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | Total | 18 | 100 | 18 | 100 | |

| No | Karakteristik | Frekuensi | | | | Analisis Kesetaraan Nilai P |
|----|------------------|-----------|-----|---------|-----|-----------------------------|
| | | Perlakuan | | Kontrol | | |
| | | N | % | N | % | |
| 7 | Saturasi Oksigen | | | | | |
| | a. 90 - 100% | 18 | 100 | 18 | 18 | 1* |
| | b. 60 - 89% | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | c. < 59% | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | Total | 18 | 100 | 18 | 100 | |

Keterangan: *Mann-Whitney, **Chi-Square

Tabel 5.3 menunjukkan pada kedua kelompok memiliki persamaan proporsi terbesar pada klien yang berusia 18-45 tahun, berjenis kelamin laki-laki, berstatus menikah, tingkat pendidikan SMA, tidak bekerja, dengan lama hemodialisis 3-12 bulan, dan saturasi O₂ 90-100%.

Analisis kesetaraan pada karakteristik responden kedua kelompok yang terdiri dari usia, jenis kelamin, status pernikahan, tingkat pendidikan, pekerjaan, lama hemodialisis, dan saturasi oksigen didapatkan P value > 0,05, menunjukkan tidak ada perbedaan karakteristik responden antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol, berarti kedua kelompok setara.

5.4.2 Model PPAH terhadap Persepsi Klien CKD yang Menjalani Hemodialisis

5.4 Persepsi Klien Kelompok Perlakuan dan Kontrol

| Persepsi | Frekuensi | | | | | | | |
|-----------|-----------|------|------|-----|---------|------|------|-----|
| | Perlakuan | | | | Kontrol | | | |
| | Pre | | Post | | Pre | | Post | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Positif | 6 | 33,3 | 18 | 100 | 7 | 38,9 | 9 | 50 |
| Negatif | 12 | 66,7 | 0 | 0 | 11 | 61,1 | 9 | 50 |
| Total | 18 | 100 | 18 | 100 | 18 | 100 | 18 | 100 |
| Nilai P* | < 0,001 | | | | 0,500 | | | |
| Nilai P** | | | | | 0,001 | | | |

Keterangan: *McNemar, **Chi Square

Tabel 5.4 menunjukkan terdapat persamaan proporsi terbesar saat sebelum (pre) pemberian intervensi pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol yaitu persepsi negatif. Tabel tersebut juga menunjukkan terdapat perubahan persepsi dari negatif ke positif yang signifikan sebanyak 12 orang setelah diberikan intervensi model

PPAH pada kelompok perlakuan dan didapatkan nilai $P < 0,05$, artinya ada perbedaan persepsi antara sebelum dan sesudah diberikan intervensi model PPAH. Kelompok kontrol terdapat perubahan persepsi negatif ke positif yang tidak signifikan sebanyak 2 orang setelah diberikan pendidikan kesehatan standar ruangan dan didapatkan nilai $P > 0,05$, artinya tidak ada perbedaan persepsi antara sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan standar ruangan. Hasil perbandingan antara kelompok perlakuan dan kontrol didapatkan nilai $P < 0,05$, artinya ada perbedaan persepsi pada kedua kelompok setelah diberikan intervensi.

5.4.3 Model PPAH terhadap Kecemasan Klien CKD yang Menjalani Hemodialisis

Tabel 5.5 Tingkat Kecemasan Klien Kelompok Perlakuan dan Kontrol

| Tingkat Kecemasan | Frekuensi | | | | | | | |
|-------------------|-----------|------|------|------|---------|------|------|------|
| | Perlakuan | | | | Kontrol | | | |
| | Pre | | Post | | Pre | | Post | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Tidak cemas | 1 | 5,6 | 7 | 38,9 | - | - | 1 | 5,6 |
| Cemas ringan | 7 | 38,9 | 11 | 61,1 | 10 | 55,6 | 9 | 50 |
| Cemas sedang | 6 | 33,3 | - | - | 7 | 38,9 | 8 | 44,4 |
| Cemas berat | 4 | 22,2 | - | - | 1 | 5,6 | - | - |
| Total | 18 | 100 | 18 | 100 | 18 | 100 | 18 | 100 |
| Nilai P * | < 0,001 | | | | 0,157 | | | |
| Nilai P ** | | | | | 0,001 | | | |

Keterangan: **Wilcoxon*, ***Mann-whitney*

Tabel 5.5 menunjukkan terdapat persamaan proporsi terbesar saat sebelum (pre) pemberian intervensi pada kelompok perlakuan maupun kontrol yaitu tingkat kecemasan ringan. Tabel tersebut juga menunjukkan terdapat penurunan kecemasan yang signifikan setelah diberikan intervensi model PPAH pada kelompok perlakuan dan didapatkan nilai $P < 0,05$, artinya ada perbedaan tingkat kecemasan antara sebelum dan sesudah diberikan intervensi model PPAH. Kelompok kontrol terdapat penurunan kecemasan yang tidak signifikan setelah diberikan pendidikan kesehatan standar ruangan dan didapatkan nilai $P > 0,05$, artinya tidak ada perbedaan tingkat kecemasan antara sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan standar ruangan. Hasil

perbandingan antara kelompok perlakuan dan kontrol didapatkan nilai $P < 0,05$, artinya ada perbedaan tingkat kecemasan antara kedua kelompok setelah diberikan intervensi.

5.4.4 Model PPAH terhadap Kepatuhan Klien CKD yang Menjalani Hemodialisis

Tabel 5.6 Kepatuhan Klien Kelompok Perlakuan dan Kontrol

| Kepatuhan | Frekuensi | | | | | | | |
|----------------------------|-----------|------|------|------|---------|------|------|------|
| | Perlakuan | | | | Kontrol | | | |
| | Pre | | Post | | Pre | | Post | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| IDWG | | | | | | | | |
| a. < 4 % | 2 | 11,1 | 12 | 66,7 | 6 | 33,3 | 8 | 44,4 |
| b. 4 – 6 % | 7 | 38,9 | 6 | 33,3 | 6 | 33,3 | 7 | 38,9 |
| c. > 6 % | 9 | 50 | 0 | 0 | 6 | 33,3 | 3 | 16,7 |
| Total | 18 | 100 | 18 | 100 | 18 | 100 | 18 | 100 |
| Nilai P* | 0,001 | | | | 0,236 | | | |
| Nilai P** | | | | | 0,161 | | | |
| Jadwal hemodialisis | | | | | | | | |
| a. Sesuai jadwal | 16 | 88,9 | 18 | 100 | 16 | 88,9 | 15 | 83,3 |
| a. Tidak sesuai jadwal | 2 | 11,1 | 0 | 0 | 2 | 11,1 | 3 | 16,7 |
| Total | 18 | 100 | 18 | 100 | 18 | 100 | 18 | 100 |
| Nilai P ^a | 0,5 | | | | 0,219 | | | |
| Nilai P ^b | | | | | 0,406 | | | |
| Tekanan darah | | | | | | | | |
| a. < 140/90 mmHg | 3 | 16,7 | 8 | 44,4 | 4 | 22,2 | 4 | 22,2 |
| b. > 140/90 mmHg | 15 | 83,3 | 10 | 55,6 | 14 | 77,8 | 14 | 77,8 |
| Total | 18 | 100 | 18 | 100 | 18 | 100 | 18 | 100 |
| Nilai P ^a | 0,180 | | | | 1 | | | |
| Nilai P ^b | | | | | 0,265 | | | |
| Kesimpulan: | | | | | | | | |
| Patuh | 4 | 22,2 | 17 | 94,4 | 6 | 33,3 | 8 | 44,4 |
| Tidak patuh | 14 | 77,8 | 1 | 5,6 | 12 | 66,7 | 10 | 55,6 |
| Total | 18 | 100 | 18 | 100 | 18 | 100 | 18 | 100 |
| Nilai P ^a | < 0,001 | | | | 0,687 | | | |
| Nilai P ^b | | | | | 0,001 | | | |

Keterangan: **Wilcoxon*, ***Mann-whitney*, ^a*McNemar*, ^b*Chi Square*

Tabel 5.6 menunjukkan terdapat perbedaan penurunan *inter-dialytic Weight Gain* (IDWG) signifikan antara sebelum (pre) dan sesudah (post) diberi intervensi model PPAH pada kelompok perlakuan (nilai P 0,001) tetapi tidak ada perbedaan yang signifikan dengan kelompok kontrol (nilai P 0,161). Hasil uji statistik pada jadwal hemodialisis dan tekanan darah menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan antara sebelum dan sesudah diberikan intervensi model PPAH pada kelompok

perlakuan dan tidak ada perbedaan yang signifikan dengan kelompok kontrol. Hal itu menunjukkan intervensi model PPAH cenderung menurunkan IDWG dan tekanan darah, serta meningkatkan kepatuhan menjalankan hemodialisis sesuai jadwal. Secara umum, tabel 5.6 menunjukkan terdapat perubahan kepatuhan yang signifikan setelah diberikan intervensi model PPAH pada kelompok perlakuan dan didapatkan nilai $P < 0,05$, maka ada perbedaan tingkat kepatuhan yang signifikan antara sebelum dan sesudah diberikan intervensi model PPAH. Kelompok kontrol terdapat perubahan kepatuhan yang tidak signifikan setelah diberikan pendidikan kesehatan standar ruangan dan didapatkan nilai $P > 0,05$, maka tidak ada perbedaan tingkat kepatuhan antara sebelum dan sesudah diberi pendidikan kesehatan standar ruangan. Hasil perbandingan antara kelompok perlakuan dan kontrol adalah nilai $P < 0,05$, maka ada perbedaan tingkat kepatuhan antara kedua kelompok setelah diberikan intervensi.

5.4.5 Pengaruh Variabel Perancu terhadap Variabel Dependen

Intervensi model PPAH terhadap persepsi, kecemasan, dan kepatuhan klien yang menjalankan hemodialisis perlu dipertimbangkan adanya variabel lain yang mengganggu hasil atau variabel perancu. Variabel yang diduga sebagai variabel perancu pada penelitian ini adalah usia, jenis kelamin, status pernikahan, tingkat pendidikan, pekerjaan, lama hemodialisis, dan saturasi oksigen.

1. Uji Kandidat

Tabel 5.7 Hasil Uji Bivariat Kandidat Pemodelan Variabel Konfonder terhadap Variabel Dependen

| No | Variabel Independen | Variabel Dependen | | | | | |
|----|---------------------|---------------------|---------|----------------------|---------|----------------------|---------|
| | | Persepsi Nilai P | | Kecemasan Nilai P | | Kepatuhan Nilai P | |
| | | Perlakuan | Kontrol | Perlakuan | Kontrol | Perlakuan | Kontrol |
| 1 | Usia | 0,278 | 0,279 | 0,245* | 0,140* | 0,278 | 0,696 |
| 2 | Jenis kelamin | 0,034* | 0,352 | 0,596 | 0,457 | 0,239* | 0,261 |
| 3 | Status pernikahan | 0,467 | - | 0,716 | - | 0,146* | - |
| 4 | Tingkat pendidikan | 0,549 | 0,615 | 0,148* | 0,031* | 0,407 | 0,794 |

| No | Variabel Independen | Variabel Dependen | | | | | |
|----|---------------------|---------------------|---------|----------------------|---------|----------------------|---------|
| | | Persepsi Nilai P | | Kecemasan Nilai P | | Kepatuhan Nilai P | |
| | | Perlakuan | Kontrol | Perlakuan | Kontrol | Perlakuan | Kontrol |
| 5 | Pekerjaan | 0,109* | 0,502 | 0,423 | 0,502 | 0,423 | 0,612 |
| 6 | Lama hemodialisis | 0,015* | 0,489 | 0,033* | 0,161* | 0,203* | 0,468 |
| 7 | Saturasi oksigen | - | - | - | - | - | - |

Keterangan: *Nilai P < 0,25 (*Chi-square*)

Tabel 5.7 menunjukkan hasil uji kandidat pemodelan variabel independen terhadap variabel dependen persepsi kelompok perlakuan yang memiliki nilai $P < 0,25$ adalah jenis kelamin, pekerjaan, dan lama hemodialisis, sedangkan pada kelompok kontrol semua variabel independen memiliki nilai $P > 0,25$. Variabel independen terhadap variabel dependen kecemasan kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol yang memiliki nilai $P < 0,25$ adalah usia, tingkat pendidikan, dan lama hemodialisis. Variabel independen terhadap variabel dependen kepatuhan kelompok perlakuan yang memiliki nilai $P < 0,25$ adalah jenis kelamin, status pernikahan, dan lama hemodialisis, sedangkan pada kelompok kontrol semua variabel independen memiliki nilai $P > 0,25$. Variabel yang memiliki nilai $P > 0,25$ akan dikeluarkan dari pemodelan. Variabel independen saturasi oksigen memiliki nilai yang konstan (tidak ada perubahan) sehingga tidak memiliki nilai P.

2. Pemodelan Akhir

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa karakteristik responden (usia, jenis kelamin, status pernikahan, tingkat pendidikan, pekerjaan), lama hemodialisis, dan saturasi oksigen tidak mempengaruhi perubahan persepsi, kecemasan, dan kepatuhan klien CKD yang menjalani hemodialisis secara signifikan. Perubahan persepsi, kecemasan, dan kepatuhan klien terjadi akibat dari pemberian intervensi model PPAH. Oleh karena itu Model PPAH dapat diterapkan pada semua usia, jenis kelamin, sudah atau belum menikah, tingkat pendidikan rendah hingga tinggi, dan tanpa memperhatikan lama menjalani hemodialisis.

BAB 6

PEMBAHASAN

BAB 6

PEMBAHASAN

Bab ini membahas tentang hasil penelitian efektifitas model Perencanaan Perawatan Akhir Hayat (PPAH) terhadap perubahan persepsi, kecemasan, kepatuhan klien CKD yang menjalani hemodialisis, implikasi penelitian terhadap ilmu keperawatan, dan keterbatasan penelitian.

6.1 Pengembangan Model Perencanaan Perawatan Akhir Hayat (PPAH)

Perencanaan Perawatan Akhir Hayat merupakan bentuk pelayanan profesional bidang keperawatan Medikal, khususnya paliatif pada penyakit kronis atau terminal. Pengembangan intervensi Perencanaan Perawatan Akhir Hayat ini dilakukan secara tiga tahap penelitian, yaitu 1) Identifikasi masalah, 2) Diskusi pakar, dan 3) Uji coba model. Hal tersebut bertujuan agar mendapatkan sebuah model keperawatan yang fit untuk mencapai kualitas akhir hayat yang optimal bagi klien CKD yang menjalani hemodialisis. Penelitian tahap 1 dilakukan dengan teknik *indepth interview* untuk mengidentifikasi pengetahuan, persepsi, perasaan, strategi koping, dan *support* klien dalam menjalankan hemodialisis. Hasil penelitian pada tahap 1 ini selanjutnya digunakan sebagai dasar penelitian tahap 2 yaitu diskusi pakar yang membahas tentang pengembangan model Perencanaan Perawatan Akhir Hayat (PPAH) pada klien CKD yang menjalani hemodialisis. Diskusi pakar yang dilakukan pada penelitian ini dihadiri oleh: 1) Pakar PNI, 2) Kepala Bidang Keperawatan RSUD Haji Surabaya, 3) Dokter Penanggung Jawab Pelayanan ruang hemodialisis RSUD Haji Surabaya, 4) kepala ruang hemodialisis RSUD Haji Surabaya, 5) *Registered Nurse* (RN) ruang hemodialisis RSUD Haji Surabaya, 6) Psikolog RSUD Haji Surabaya, 7) Nutrisisionis RSUD Haji Surabaya, dan 8) Rohaniawan Islam RSUD Haji Surabaya

Berdasarkan hasil penelitian tahap 1 dan tahap 2 tersebut, didapatkan konsep baru yaitu terapi, pengetahuan, dukungan, dan tuntunan sesuai dengan kebutuhan klien saat menjalani hemodialisis. Konsep yang di dapatkan dari hasil penelitian tahap 1 dan 2 ini kemudian diintegrasikan bersama konsep dari studi literatur bab 2, yaitu konsep spiritualitas, komunikasi terapeutik, model pemberdayaan keluarga, teori keperawatan *Transpersonal Caring* Jean Watson dan *Peaceful End of Life* Ruland and Moore ke dalam pemodelan PPAH.

Model PPAH ini dikembangkan menggunakan dasar Psikoneuroimunologi (PNI), merupakan pendekatan asuhan keperawatan *supportive-psychoeducative* dan spiritual untuk mempengaruhi area *stress perception* dan menghasilkan perubahan pada *stress response*. Spiritualitas yang dibangun dalam model PPAH ini untuk memberikan tuntunan rohani pada klien agar mampu meningkatkan kecerdasan emosi dan spiritualitas dalam mengatasi kecemasan menghadapi penyakit dan menjalani hemodialisis melalui pemaknaan hidup dan pikiran positif. Area *stress perception* yang akan dipengaruhi adalah pemahaman klien terhadap penyakit CKD dan hemodialisis. Pemahaman yang baik akan menimbulkan pemaknaan hidup positif menuju perubahan persepsi yang positif. Klien dengan persepsi positif akan memiliki coping yang efektif dalam meningkatkan *self management* menjalankan hemodialisis dan diet. Bila area *stress perception* teratasi akan menghasilkan perubahan pada area *stress response*, yaitu akhir hayat yang layak sesuai keinginan klien dengan indikator bebas nyeri, nyaman, bermartabat (*dignity*) dan terhormat (*respect*), damai, dan memiliki waktu untuk berpisah dengan orang-orang yang dicintainya.

Efektifitas model PPAH berbasis PNI terhadap perubahan persepsi, kecemasan, dan kepatuhan klien yang menjalani hemodialisis akan dijelaskan sebagai berikut.

6.2 Validasi Efektifitas Model Perencanaan Perawatan Akhir Hayat (PPAH)

6.2.1 Pengaruh Model PPAH terhadap Perubahan Persepsi Klien CKD yang Menjalani Hemodialisis

Hasil uji statistik menunjukkan ada perbedaan persepsi yang bermakna antara sebelum dan sesudah diberi intervensi model PPAH pada kelompok perlakuan (nilai $P < 0,001$). Perbedaan utama tampak pada perubahan persepsi negatif klien terhadap penyakit CKD dan hemodialisis menjadi positif. Hasil perbandingan antara kelompok perlakuan dan kontrol menunjukkan ada perbedaan persepsi yang bermakna pada kedua kelompok setelah diberi intervensi (nilai $P = 0,001$). Hal ini menunjukkan bahwa ada pengaruh intervensi model PPAH terhadap perubahan persepsi positif klien CKD yang menjalani hemodialisis. Perubahan persepsi positif klien antara lain keterangan subyektif klien telah memahami penyakit CKD, prosedur hemodialisis, dan diet yang harus dipatuhi sehingga mereka tidak beranggapan lagi akan cepat meninggal, serta lebih berpasrah diri pada kehendak Tuhan atas hidupnya.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Agustin dkk (2015) yaitu responden yang belum mengenal hemodialisis mempunyai persepsi negatif terhadap tindakan hemodialisis karena mereka belum mengetahui prosedur tindakan yang akan dilakukan, khawatir akan tindakan dan prognosa pengobatan. Persepsi responden mengenai hemodialisis adalah tindakan yang menakutkan dan mempercepat kematian. Namun, setelah diberikan edukasi mengenai prosedur hemodialisis dan merasakan hemodialisis sebagai pengalamannya sendiri, klien mulai mengerti prosedur tindakan yang dilakukan dan sudah mulai beradaptasi dengan tindakan hemodialisis sehingga persepsinya berubah menjadi positif dan tingkat kecemasannya menjadi berkurang. Hasil penelitian Nihayati (2015) juga sesuai dengan hasil penelitian ini, yaitu intervensi dengan

pendekatan asuhan psikospiritual SEHAT (Syukur Selalu Hati dan Tubuh) mampu meningkatkan respon adaptif positif penderita kanker payudara berupa peningkatan strategi coping, pemaknaan hidup, dan penerimaan diri melalui pikiran positif dan percaya diri dalam menghadapi penyakit.

Kecemasan merupakan suatu respon alamiah yang dialami oleh setiap manusia dalam menghadapi ancaman. Cemas sangat berhubungan dengan perasaan tidak pasti dan ketidakberdayaan sebagai hasil penilaian terhadap suatu objek atau keadaan yang dianggap stresor. Kecemasan pada klien dengan penyakit kronik sering dianggap sebagai kondisi yang wajar. Stresor yang umum dirasakan oleh klien dengan penyakit kronis berhubungan dengan krisis situasional, seperti perubahan status kesehatan, ancaman kematian, perubahan konsep diri, kesejahteraan, kebebasan dan otonomi akibat hospitalisasi, pemenuhan kebutuhan keluarga, ekonomi, sosial, pekerjaan, serta kehilangan makna dan tujuan hidup (Agustin dkk, 2015). Klien yang menjalani hemodialisis mengalami perubahan fungsional ginjal sehingga harus bergantung pada mesin dialisis seumur hidup, menyebabkan kelemahan, peningkatan morbiditas akibat ketakutan dan kesedihan dukacita berlebih karena ketidakpastian prognosis dan kematian (Shinde & Mane 2014).

Tingkat kecemasan klien meningkat saat berada di ruang hemodialisis pada tindakan hemodialisis pertama. Klien takut pada tindakan yang akan dilakukan karena untuk pertama kali melihat begitu banyak mesin yang mengeluarkan bunyi nyaring, banyak selang dan kabel yang dihubungkan antara mesin dan tubuhnya. Saat itu klien mulai memiliki persepsi negatif mengenai kondisi tubuhnya, seperti tidak ada harapan hidup atau tidak dapat sembuh seperti sedia kala (Agustin dkk, 2015). Persepsi dimaknai sebagai tahap awal (*stress perception*) mengartikan *stressor* yang diterima

oleh organ sensoris, diteruskan ke otak untuk dikode, diartikan untuk menjadi konsep berpikir. Persepsi dibangun dari gambaran kognitif (intelektual) dan emosional diri. Individu yang sakit memiliki perasaan yang sensitif dan tidak mampu berpikir secara logika (Shinde & Mane, 2014).

Klien dengan hemodialisis sering mengalami respon emosional negatif akibat dari pengetahuan yang kurang terkait penyakit sehingga mudah menerima stimulus atau pendapat negatif dari orang lain. Oleh karena itu klien memerlukan informasi mengenai penyakitnya. Komunikasi yang baik antara perawat dengan klien akan menciptakan program edukasional yang baik untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman klien terkait penyakitnya (Arici, 2014). Informasi yang disampaikan melalui media audio dan visual akan lebih mudah dipahami klien karena stimulus yang diterima oleh jaras penglihatan (area asosiasi parieto-oksipito temporalis) dan jaras pendengaran (area asosiasi prefrontal) akan diteruskan ke korteks serebri otak sehingga terjadi proses pikir yang meningkatkan pemahaman klien. Pemahaman yang baik akan mengubah persepsi negative klien menjadi positif sehingga klien akan sadar dan mengerti tentang keadaan dirinya (Putra, 2011).

Divonis oleh dokter menderita CKD dan harus menjalani hemodialisis sering kali dianggap sebagai hal yang sangat menakutkan dan merupakan akhir dari kehidupan. Bila sudah hemodialisis, harus dilakukan seumur hidup, membuat tidak berdaya, dan tetap akan meninggal. Klien membutuhkan informasi mengenai penyakit dan pengobatannya, prognosis penyakit, serta membutuhkan waktu untuk mengutarakan pikiran, perasaan, dan ketakutannya mengenai diagnosis penyakit dan prosedur hemodialisis yang akan mempengaruhi kehidupannya untuk mengubah persepsi negatif mereka menjadi positif dengan menerima kondisinya saat ini. Intervensi model PPAH

diawali dengan pemberian edukasi kesehatan terkait penyakit CKD, prosedur hemodialisis, dan pemenuhan gizi selama menjalani hemodialisis. Edukasi dilakukan oleh perawat dengan menekankan pada peran perawat sebagai edukator, pemberi asuhan (*caring*), dan advokat dengan menitikberatkan pada kemampuan komunikasi terapeutik perawat dalam membicarakan penyakit dan akhir hayat klien.

Komunikasi terapeutik membantu klien dalam meningkatkan pengetahuan, mengurangi beban perasaan, serta mengurangi keraguan dalam mengambil keputusan untuk melakukan tindakan efektif atau mengubah situasi yang diperlukan oleh klien. Komunikasi terapeutik juga dapat membantu perawat dalam membina hubungan saling percaya dengan klien, sehingga klien dapat berbagi perasaan dalam menyikapi penyakitnya. Sedangkan sikap *caring* perawat dalam memberikan asuhan keperawatan dapat mendukung perasaan negatif klien dengan memperlakukannya secara manusiawi. Intervensi model PPAH diberikan pada klien yang sedang menjalani hemodialisis melalui media video karena membicarakan konsep akhir hayat pada kasus penyakit kronis sangat sensitif. Oleh karena itu model PPAH ini diberikan melalui video untuk meminimalkan kesalahpahaman klien saat membicarakan kematian dan agar informasi yang diterima lebih mudah dipahami, diingat, dan dapat diaplikasikan oleh klien.

Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada pengaruh variabel konfonder usia, jenis kelamin, status pernikahan, tingkat pendidikan, pekerjaan, dan lama hemodialisis terhadap perubahan persepsi positif pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol. Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan yang dikemukakan oleh Notoadmojo (2007) bahwa faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang adalah 1) Umur, 2) Tingkat pendidikan, 3) Pekerjaan, 4) Pengalaman dan sumber informasi. Klien pada kelompok perlakuan mengalami perubahan persepsi negatif menjadi positif setelah

diberikan intervensi. Hal ini berarti perubahan persepsi terjadi bukan karena faktor demografi, lama hemodialisis, dan saturasi oksigen responden, melainkan karena pengaruh intervensi model PPAH pada kelompok perlakuan, sedangkan pada kelompok kontrol karena pemberian intervensi pendidikan kesehatan standar ruangan.

Notoadmojo (2007) menjelaskan bahwa semakin cukup umur, seseorang akan lebih matang dalam berpikir. Semakin tinggi pendidikan seseorang, semakin mudah menerima informasi sehingga semakin banyak pengetahuan yang dimiliki. Semakin lama menjalani hemodialisis, klien sering terpapar informasi dari beberapa sumber, khususnya tenaga kesehatan serta telah merasakan hemodialisis sebagai pengalamannya sendiri. Cara memperoleh pengetahuan dapat juga berasal dari pengalaman pribadi atau orang lain dan jalan pikirannya, baik melalui induksi atau deduksi pengalaman yang ia alami, kemudian dicari hubungannya untuk dibuat suatu kesimpulan. Individu yang bekerja dapat memperoleh tambahan informasi dari teman atau orang lain. Namun pada umumnya, informasi dari orang lain bersifat negatif yang berakibat pada peningkatan rasa takut dan khawatir. Pengetahuan juga dipengaruhi oleh kesiapan emosi dalam menerima informasi. Saat menerima informasi dengan kondisi emosional tenang, maka informasi tersebut akan diolah secara rasional atau logis dan cepat dipahami (Notoadmojo, 2007).

Hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa tidak ada pengaruh antara variabel konfonder, seperti usia, jenis kelamin, status pernikahan, tingkat pendidikan, pekerjaan, dan lama hemodialisis terhadap perubahan persepsi positif klien CKD yang menjalani hemodialisis. Oleh karena itu, model PPAH dapat diterapkan pada semua usia, jenis kelamin, sudah atau belum menikah, tingkat pendidikan rendah hingga tinggi, dan tanpa memperhatikan lama menjalani hemodialisis. Perubahan persepsi klien dapat

disebabkan faktor lain, seperti motivasi dan dukungan keluarga yang tidak diteliti pada penelitian ini. Namun dapat juga diakibatkan karena sakit secara fisik akan mempengaruhi cara berpikir dan psikis seseorang. Pikiran kalut dan kondisi psikis yang tidak stabil membuat seseorang sulit menerima informasi dan tidak dapat berpikir secara logis atau rasional.

6.2.2 Pengaruh Model Perencanaan Perawatan Akhir Hayat (PPAH) terhadap Kecemasan Klien CKD yang Menjalani Hemodialisis

Hasil uji statistik menunjukkan ada perbedaan tingkat kecemasan yang bermakna antara sebelum dan sesudah diberi intervensi model PPAH pada kelompok perlakuan (nilai $P < 0,000$). Perbedaan utama tampak pada penurunan tingkat kecemasan klien dalam menjalankan hemodialisis. Hasil perbandingan antara kelompok perlakuan dan kontrol menunjukkan ada perbedaan tingkat kecemasan yang bermakna pada kedua kelompok setelah diberi intervensi (nilai $P=0,001$). Hal ini menunjukkan bahwa intervensi model PPAH berpengaruh terhadap penurunan tingkat kecemasan klien CKD yang menjalani hemodialisis. Penurunan tingkat kecemasan pada penelitian ini antara lain keterangan subyektif klien hatinya lebih tenang, lebih menerima kondisinya, penurunan gangguan tidur, peningkatan nafsu makan, mau keluar rumah dan berinteraksi dengan orang lain, mampu melakukan aktivitas sehari-hari sesuai kemampuan fisiknya, dan dapat mengontrol amarah.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Nihayati (2015), yaitu terdapat perubahan stres (aspek fisik, psikologis, sosial) dan penurunan rerata kadar kortisol pada kelompok perlakuan antara sebelum dan sesudah mendapatkan intervensi asuhan psikospiritual SEHAT (Syukur Selalu Hati dan Tubuh). Hasil penelitian Nihayati (2015) juga menunjukkan terdapat perbedaan stres yang bermakna pada penderita kanker

payudara antara kelompok perlakuan dan kontrol. Perbedaan tersebut dibuktikan dengan rerata selisih penurunan kadar kortisol pada kelompok perlakuan lebih tinggi dibandingkan kelompok kontrol. Kadar kortisol pada kelompok perlakuan mengalami penurunan, sedangkan kadar kortisol pada kelompok kontrol mengalami peningkatan.

Diagnosis penyakit yang berpotensi memperpendek hidup seperti CKD merupakan prospek yang sangat menakutkan bagi klien dan keluarga. Klien dapat mengalami distress emosional dan spiritual sehubungan dengan kemungkinan harapan hidup yang memendek. Ia dapat berduka sebelum waktunya akibat cemas memikirkan kehilangan yang akan datang dan kesibukan hidup yang belum selesai. Kecemasan ini terjadi sebagai akibat dari kegagalan klien beradaptasi dengan stresor yang ada. Kegagalan adaptasi terjadi karena pengetahuan klien yang kurang terkait penyakit sehingga mudah menerima pendapat negatif dari orang lain yang menimbulkan persepsi dan asumsi yang salah, serta sikap pesimis terhadap penyakit dan *treatment* yang harus dijalani untuk mempertahankan fungsional fisik mereka (Pagels, 2015).

Persepsi dan asumsi yang negatif akan mempengaruhi strategi koping klien dalam menghadapi stresor. Persepsi dibangun dari gambaran kognitif dan emosional diri terhadap ancaman. Gambaran kognitif dan emosional klien terhadap penyakit dan pengobatan juga dapat menentukan bagaimana koping klien untuk beradaptasi dengan penyakitnya, meningkatkan personal kontrol dalam menurunkan respon emosional berupa kecemasan. Selain itu, keadaan jasmani atau fisik klien yang lemah akibat hemodialisis juga dapat mempengaruhi timbulnya perasaan atau respon emosional negatif. Klien mengalami kehilangan harapan dan makna hidup, serta ketakutan pada kematian. Penyakit CKD dan pelaksanaan hemodialisis sering dianggap sebagai penyebab seseorang cepat meninggal (Bristowe *et al*, 2015).

Klien memerlukan perawatan holistik untuk meningkatkan pengetahuan mengenai penyakit serta mengoptimalkan dukungan sosial dan emosional menghadapi akhir hayat untuk mencapai kualitas hidup yang optimal (Shinde & Mane 2014). Informasi yang diberikan melalui media audio dan visual akan mudah meningkatkan pemahaman. Pemahaman yang baik akan mengubah persepsi negatif klien menjadi positif sehingga klien akan sadar dan mengerti tentang kondisinya dan mampu menggunakan coping efektif dalam membentengi tubuh terhadap stres penyebab kecemasan (Nihayati, 2015).

Sejauh ini kecemasan (ansietas) telah diangkat sebagai masalah keperawatan tersendiri pada Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) dengan kemungkinan penyebab tersering adalah krisis situasional, ancaman terhadap kematian, disfungsi sistem keluarga, atau kurang terpapar informasi. Kecemasan pada klien sering ditandai dengan timbul perasaan bingung, khawatir terhadap kondisi yang dihadapi, sulit konsentrasi, gelisah, hingga timbul keluhan penurunan nafsu makan, dan sulit tidur (PPNI, 2017). Kondisi tersebut membutuhkan intervensi keperawatan terintegrasi seperti meningkatkan interaksi atau *caring* pada klien, melibatkan keluarga dalam perawatan, memberikan informasi terkait kondisi klien, dan kolaborasi dengan psikolog atau rohaniawan untuk menenangkan psikologis klien (Bulechek *et al*, 2013). Hasil akhir (*outcome*) yang diharapkan dari intervensi keperawatan tersebut adalah keterangan subjektif penurunan kecemasan, klien tampak rileks, pemenuhan tidur minimal 8 jam/hari, serta peningkatan kepatuhan dengan indikator 1) IDWG \leq 4%, 2) hemodialisis sesuai jadwal, 3) tekanan darah \leq 140/90 mmHg (Moorhead *et al*, 2013).

Kubler-Ross (1998) menjelaskan bahwa kecemasan yang dirasakan oleh klien yang menderita penyakit kronis atau terminal memiliki 5 tahap dukacita, yaitu:

1. Penyangkalan (*denial*)

Tahap ini merupakan reaksi pertama atau tahap awal adaptasi dan pertahanan yang harus dilakukan manusia dalam menghadapi kondisi menekan (ancaman). Klien melakukan penyangkalan terhadap penyakit, menolak pengobatan, dan gelisah. Klien membutuhkan persahabatan yang hangat untuk memberikan perhatian, mendengarkan keluhannya tentang ancaman kematian yang tak terlakkan. Prinsip tindakan perawat pada tahap ini:

- 1) Tidak memberikan harapan palsu pada klien
- 2) Tunjukkan rasa empati
- 3) Ulangi kunjungan bila klien tidak ingin bicara pada pertemuan pertama atau kedua. Saat klien siap untuk bicara, duduk dan dengarkan keluhan klien tersebut dengan sabar, serta berikan motivasi. Klien akan percaya inilah seseorang yang memperhatikannya, selalu siap sedia, dan setia untuknya
- 4) Libatkan klien dengan aktivitas yang dapat mengalihkan fokus kegelisahan terhadap penyakit, seperti ikut aktivitas kerajinan tangan

2. Marah (*anger*)

Tahap ini klien sering gusar, menaikkan nada suaranya, lebih sensitif dengan situasi atau orang sekitar, melakukan tuntutan, mengeluh, dan meminta perhatian. Klien ingin dihormati dan dimengerti kebutuhannya agar dapat melunakkan suaranya dan mengurangi permintaan yang penuh kemarahan. Prinsip tindakan perawat pada tahap ini:

- 1) Dengarkan, tetap tenang, dan rileks saat menghadapi klien
- 2) Hindari bersikap defensif, menarik diri, atau agresif selama klien marah

- 3) Hindari terlalu banyak tersenyum atau memberi respon hafalan, seperti “*tenangkan diri Anda*”
- 4) Hargai dan hormati klien dengan memperlakukannya sebagai manusia
- 5) Beri waktu klien untuk mengungkapkan amarahnya
- 6) Klarifikasi pesan apa yang telah disampaikan oleh klien saat marah
- 7) Tawarkan bantuan atau kerjasama dalam menyelesaikan masalah yang menjadi beban hati klien

3. Menawar (*bargaining*)

Menawar merupakan usaha untuk menunda “*deadline*” yang dibebankan pada diri sendiri. Hampir semua tawar-menawar itu dibuat dengan Tuhan dan dirahasiakan atau diungkapkan secara tersirat. Prinsip tindakan perawat pada tahap ini adalah:

- 1) Kolaborasi dengan rohaniawan untuk memberikan perhatian dan dukungan spiritual (tuntunan rohani) pada klien.
- 2) Beri informasi yang tepat mengenai penyakit
- 3) Beri motivasi pada klien agar terlepas dari ketakutan yang irasional.
- 4) Libatkan peran serta orang terdekat (keluarga) dalam perawatan klien

4. Depresi (*depression*)

Tahap ini kemarahan klien digantikan rasa kehilangan, kesedihan mendalam akibat ancaman kematian di depan mata. Prinsip tindakan perawat pada tahap ini:

- 1) Tunjukkan pemahaman, kepedulian (empati dan gunakan teknik sentuhan), dan sikap ingin membantu klien dengan tulus
- 2) Bicara lambat dan singkat, hindari kalimat hafalan “*jangan bersedih*”

- 3) ,Bantu klien ungkapkan perasaannya, temani dan dengarkan ungkapan kedukaannya
 - 4) Tingkatkan pemahaman dan peran serta keluarga dalam pemenuhan kebutuhan klien sebagai sistem pendukung klien
 - 5) Beri motivasi pada klien untuk melihat sisi cerah kehidupan, fokus pada kemampuan klien, realistis, dan hindari pemberian harapan palsu
 - 6) Dukung aktivitas sederhana, seperti jalan-jalan, berkebun, menonton tv, mendengarkan musik, atau mengerjakan kerajinan tangan lainnya
 - 7) Perhatikan koping inefektif, seperti interaksi sosial yang buruk, tidak berdaya, atau menyerah, putus asa
 - 8) Cegah klien membuat keputusan untuk mengakhiri hidupnya
5. Menerima (*acceptance*)

Tahap ini klien mampu membuat keputusan untuk dirinya. Prinsip tindakan perawat pada tahap ini:

- 1) Tenangkan keluarga. Tahap ini keluarga klien membutuhkan bantuan, pengertian, dan dukungan lebih banyak daripada klien.
- 2) Motivasi interaksi klien dengan sistem pendukung (keluarga) selama proses berduka untuk mengembangkan strategi koping yang tepat menghadapi rasa takut menjelang ajal

Menurut Caplan dalam Friedman (1998), keluarga merupakan bagian dari pemberi asuhan perawatan yang holistik pada klien dengan penyakit kronis, seperti CKD stadium akhir yang memiliki delapan fungsi suportif, yaitu 1) dukungan informasional yaitu sebagai penyebar informasi, pengetahuan, nasehat atau saran, dan petunjuk, 2) dukungan penilaian yaitu sebagai sebuah bimbingan umpan balik,

membimbing, dan menengahi pemecahan masalah, sumber dan validator identitas anggota, 3) dukungan instrumental yaitu sebagai sumber pertolongan praktis dan konkrit, 4) dukungan emosional yaitu sebagai sebuah tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi berupa pemberian ungkapan empati, kepedulian, dan perhatian (Nihayati, 2015).

Klien yang menjalani hemodialisis sering mengalami kelemahan psikologis sehingga rentan terjadi kecemasan. Klien membutuhkan perawatan lanjut untuk membantu pencapaian harapan dan tujuan realistis hidup melalui pemberian dukungan sosial dan emosional yang dapat memberikan kenyamanan dan ketenangan psikologis. Dukungan dapat berasal dari keluarga dan tenaga kesehatan yang merawat. Keluarga merupakan lingkungan terdekat klien. Peran serta keluarga dalam perawatan klien tidak dapat dipisahkan dengan pemberian dukungan, pengasuhan, informasi, nasehat, bimbingan, dan solusi pemecahan masalah.

Selain itu intervensi keperawatan juga dapat memberikan pengaruh yang besar dalam penyesuaian diri klien terhadap penyakit. Perawat adalah profesi yang tepat untuk meningkatkan kenyamanan dan ketenangan hati klien dalam menjalani hemodialisis karena memiliki jiwa *caring* dan kemampuan komunikasi terapeutik. *Caring* perawat dapat memberikan kebahagiaan, perhatian, serta mendukung perasaan negatif klien. Teknik komunikasi terapeutik perawat dapat membantu perawat menghadapi, merasakan, menghargai kondisi klien. Dukungan spiritualitas juga diperlukan klien untuk mengatasi stres melalui peningkatan kecerdasan emosi dan spiritual, berupa pemaknaan hidup, peningkatan pikiran positif, dan penerimaan diri terhadap kondisinya. Dukungan spiritual ini membantu memberikan ketenangan dan makna hidup, serta semangat klien menghadapi penyakit. Intervensi model PPAH diberikan

pada klien dengan menggunakan media video agar informasi yang disampaikan lebih mudah diterima dan dipahami oleh klien. Pemahaman yang baik dapat meningkatkan coping klien dalam menghadapi stresor.

Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada pengaruh variabel konfunder usia, jenis kelamin, status pernikahan, tingkat pendidikan, pekerjaan, dan lama hemodialisis terhadap perubahan tingkat kecemasan pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Astiti dkk (2014) yaitu faktor usia, tingkat pendidikan, status pernikahan, dan lama hemodialisis tidak berhubungan dengan kecemasan pada klien Penyakit Ginjal Kronis yang menjalani hemodialisis. Klien pada kelompok perlakuan mengalami penurunan tingkat kecemasan setelah diberikan intervensi. Hal ini berarti penurunan kecemasan pada klien yang menjalani hemodialisis terjadi bukan karena faktor demografi, lama hemodialisis, dan saturasi oksigen responden, melainkan karena pengaruh intervensi model PPAH pada kelompok perlakuan, sedangkan pada kelompok kontrol karena pemberian intervensi pendidikan kesehatan standar ruangan.

Cemas merupakan sikap alamiah yang dialami setiap manusia sebagai bentuk respon menghadapi ancaman. Cemas sangat berhubungan dengan perasaan tidak pasti sebagai hasil penilaian terhadap suatu objek atau keadaan. Faktor yang mempengaruhi tingkat kecemasan adalah lingkungan dan kondisi fisik. Keadaan jasmani atau fisik klien yang lemah akibat hemodialisis mempengaruhi timbulnya perasaan atau respon emosional negatif. Klien yang menjalani hemodialisis mengalami perubahan fungsional ginjal sehingga harus bergantung pada mesin dialisis seumur hidup, menyebabkan ketidakpastian prognosis dan kematian. Klien khawatir pada ketidakpastian masa depannya, kehilangan kebebasan untuk beraktivitas seperti sediakala, dan menjalankan

peran atau takut akan kematian, masalah finansial, kehilangan otonomi, dan pekerjaan. Selain itu menjalankan diet makanan dan pembatasan asupan minum yang harus dilakukan seumur hidup merupakan faktor penyebab klien mengalami distress. Kecemasan yang tidak teratasi akan menyebabkan terjadi depresi. Klien yang menjalani hemodialisis selama 3-9 tahun berisiko kehilangan makna hidup sehingga terjadi depresi (Shinde & Mane 2014).

Hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa tidak ada pengaruh antara variabel konfonder, seperti usia, jenis kelamin, status pernikahan, tingkat pendidikan, pekerjaan, dan lama hemodialisis terhadap penurunan tingkat kecemasan klien CKD yang menjalani hemodialisis. Kecemasan dapat dirasakan oleh siapa dan kapan saja. Bila kecemasan pada klien yang menjalani hemodialisis ini tidak teratasi dengan baik mengakibatkan klien mengalami depresi dan putus asa karena ketidakpastian prognosis penyakit dan kejenuhan menjalankan *treatment*. Oleh karena itu, model PPAH dapat diterapkan pada semua usia, jenis kelamin, sudah atau belum menikah, tingkat pendidikan rendah hingga tinggi, dan tanpa memperhatikan lama menjalani hemodialisis. Penurunan kecemasan klien dapat disebabkan faktor lain, seperti dukungan keluarga yang tidak diteliti pada penelitian ini.

6.2.3 Pengaruh Model Perencanaan Perawatan Akhir Hayat (PPAH) terhadap Kepatuhan Klien CKD yang Menjalani Hemodialisis

Hasil uji statistik menunjukkan terdapat perbedaan penurunan IDWG signifikan antara sebelum dan sesudah diberi intervensi model PPAH pada kelompok perlakuan tetapi tidak ada perbedaan yang signifikan dengan kelompok kontrol. Sedangkan hasil uji statistik pada jadwal hemodialisis dan tekanan darah menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan antara sebelum dan sesudah diberikan intervensi model

PPAH pada kelompok perlakuan dan tidak ada perbedaan dengan kelompok kontrol. Hal ini menunjukkan bahwa intervensi model PPAH cenderung menurunkan IDWG dan tekanan darah, serta meningkatkan kepatuhan klien menjalankan hemodialisis sesuai jadwal. Namun, secara umum dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan tingkat kepatuhan yang bermakna antara sebelum dan sesudah dilakukan intervensi model PPAH pada kelompok perlakuan (Nilai $P < 0,000$). Perbedaan utama tampak pada penurunan *Inter-dialytic Weight Gain* (IDWG) antara sebelum dan sesudah diberi intervensi model PPAH. Hasil perbandingan antara kelompok perlakuan dan kontrol menunjukkan juga ada perbedaan tingkat kepatuhan yang bermakna pada kedua kelompok setelah diberi intervensi (Nilai $P = 0,001$).

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Ariyanti (2016) bahwa kelompok perlakuan mengalami penurunan kadar kalium dan dan *Inter-dialytic Weight Gain* (IDWG) yang bermakna setelah dilakukan *self efficacy training* dengan metode *peer mentoring*. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa ada perbedaan yang bermakna pada penurunan kadar kalium dan IDWG pada kelompok perlakuan dan kontrol setelah diberi intervensi. Perbedaan tersebut dibuktikan dengan rerata selisih penurunan kadar kalium dan IDWG pada kelompok perlakuan lebih tinggi dibandingkan kelompok kontrol.

Hemodialisis merupakan terapi untuk mengeluarkan produk hasil metabolisme tubuh (urea dan kreatinin), mengeluarkan kelebihan cairan dan menyeimbangkan kadar elektrolit klien CKD. Kompleksitas masalah dan komplikasi penyakit yang timbul pada klien adalah dampak dari kecemasan yang klien rasakan. Klien menjadi depresi dan putus asa menjalankan hemodialisis beserta dietnya. Indikator keberhasilan hemodialisis dan kualitas hidup klien sangat bergantung pada kepatuhan menjalankan hemodialisis dan diet. *Inter-dialytic Weight Gain* (IDWG) dan tekanan darah merupakan instrumen

yang dapat diukur untuk menunjukkan nilai koefisien positif terhadap kontrol asupan air dan natrium, sedangkan jadwal hemodialisis menunjukkan kepatuhan klien menjalankan pengobatan (Ramelan dkk, 2013).

Inter-dialytic Weight Gain (IDWG) adalah penambahan berat badan di antara dua waktu dialisis. Kenaikan IDWG dapat disebabkan karena ada rasa haus yang berlebihan walaupun klien sudah dalam keadaan *overload* sehingga menyebabkan kenaikan cairan berlebih secara kronis. Pemantauan IDWG dapat membantu perawat untuk mengetahui jumlah klien hemodialisis yang mengalami kehausan, mencegah, dan mengobati kehausan klien tersebut sehingga dapat melakukan pengoptimalan asupan keperawatan dalam hal pembatasan cairan. Kenaikan IDWG yang terlalu ekstrem pada klien hemodialisis merupakan salah satu penyebab timbul komplikasi yang mengakibatkan mortalitas pada klien CKD (Hadiyanti, 2017). Penurunan IDWG disebabkan proses dialisis rutin dan kepatuhan klien dalam membatasi asupan cairan (Ariyanti, 2016).

Instrumen kedua yang dapat digunakan sebagai petunjuk kepatuhan klien terhadap kontrol asupan cairan dan natrium adalah tekanan darah. Perubahan tekanan darah tergantung pada mekanisme yang mengontrol kontriksi dan relaksasi pembuluh darah di pusat vasomotor, yaitu pada medulla di otak. Pusat vasomotor ini bermula dari jaras syaraf simpatis ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medulla spinalis ke ganglia simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak ke bawah melalui system syaraf simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, neuron melepaskan asetilkolin yang merangsang serabut syaraf paska ganglion ke pembuluh darah. Pelepasan norepinefrin mengakibatkan kontriksi pembuluh darah. Sistem syaraf simpatis menstimulasi pembuluh darah dan kelenjar adrenal, mengakibatkan tambahan aktivitas vasokontriksi. Medulla adrenal mensekresi

epinefrin yang menyebabkan vasokonstriksi. Korteks adrenal mensekresi kortisol dan steroid lain yang memperkuat respon vasokonstriksi pembuluh darah sehingga mengakibatkan penurunan aliran darah ke ginjal. Penurunan aliran darah ke ginjal ini menyebabkan pelepasan renin. Renin merangsang pembentukan angiotensin 1 yang kemudian diubah menjadi angiotensin II (vasokonstriktor kuat) yang merangsang sekresi aldosterone oleh korteks adrenal. Hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal yang menyebabkan peningkatan volume intravaskuler dan terjadi peningkatan tekanan darah (Haryanto, 2016).

Asupan cairan dan natrium berlebih mengakibatkan vasokonstriksi pembuluh darah semakin kuat, menyebabkan peningkatan tekanan darah yang ekstrem. Kondisi ini klien memerlukan dukungan sosial agar dapat mempertahankan atau meningkatkan kepatuhannya menjalankan terapi, khususnya dalam mengontrol asupan cairan dan natrium untuk menurunkan kejadian komplikasi penyebab morbiditas pada klien. Keluarga merupakan lingkungan terdekat yang dapat memberikan dukungan, pengasuhan, perawatan, dan pemantauan untuk meningkatkan kepatuhan klien. Keluarga berperan penting dalam menentukan perilaku anggota keluarga yang sakit, bersifat mendukung selama masa penyembuhan dan pemulihan (Mas'adah, 2014).

Hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa pengukuran IDWG lebih peka untuk menilai kontrol asupan air dan natrium klien CKD yang menjalani hemodialisis. Hal tersebut menunjukkan terdapat peningkatan kepatuhan klien terhadap asupan cairan. Peningkatan kepatuhan pada klien tidak sekedar dibutuhkan peningkatan pengetahuan saja, tetapi juga dibutuhkan motivasi dan manajemen diri yang efektif dalam menghadapi suatu masalah. Model PPAH dibangun dari konsep pemberdayaan keluarga dan *caring* perawat yang diawali dengan pemberian edukasi kesehatan terkait penyakit

CKD, prosedur hemodialisis, dan pemenuhan gizi selama menjalankan hemodialisis, dilanjutkan dengan peningkatan kecerdasan spiritual dalam memaknai hidup dan peningkatan peran serta keluarga dalam memberikan dukungan dan motivasi klien menjalankan terapi.

Keluarga merupakan lingkungan terdekat dan tersering yang dapat berinteraksi dengan klien. Bila dukungan dari keluarga kurang, maka keberhasilan program penyembuhan dan pemulihan pada klien juga akan kurang. Sikap *caring* perawat juga dapat meningkatkan keyakinan dan motivasi klien dalam mematuhi terapi beserta dietnya untuk meningkatkan atau mempertahankan status kesehatannya. Model PPAH memerlukan waktu untuk mempengaruhi kepatuhan klien, ditandai dengan ada kecenderungan penurunan IDWG dan tekanan darah, serta peningkatan kepatuhan klien menjalankan hemodialisis sesuai jadwal pada kelompok perlakuan setelah diberi intervensi model PPAH.

Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada pengaruh variabel konfonder usia, jenis kelamin, status pernikahan, tingkat pendidikan, pekerjaan, lama hemodialisis, dan saturasi oksigen terhadap perubahan tingkat kepatuhan pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Ramelan dkk (2013) yaitu faktor jenis kelamin, pendidikan, lama menjalani hemodialisis tidak berpengaruh terhadap kepatuhan pembatasan asupan cairan pada klien yang menjalani hemodialisis. Penelitian lain yang sejalan dengan hasil penelitian ini adalah penelitian Ariyanti (2016) yaitu tidak ada hubungan antara penurunan kadar kalium dan IDWG dengan usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan lama hemodialisis. Klien pada kelompok perlakuan mengalami peningkatan kepatuhan setelah diberikan intervensi *self efficacy training* dengan metode *peer mentoring*. Hal ini berarti peningkatan kepatuhan

terjadi bukan karena faktor demografi, lama hemodialisis, dan saturasi oksigen responden, melainkan karena pengaruh intervensi model PPAH pada kelompok perlakuan, sedangkan pada kelompok kontrol karena pemberian intervensi pendidikan kesehatan standar ruangan.

Klien yang menjalani hemodialisis mengalami kondisi kesehatan yang tidak stabil. Ada banyak faktor yang dapat mempengaruhi kondisi kesehatan mereka, yaitu tingkat kepatuhan menjalankan hemodialisis, diet, dan pembatasan cairan. *Inter-dialytic Weight Gain* (IDWG) dan tekanan darah merupakan instrumen yang dapat diukur untuk menunjukkan nilai koefisien positif terhadap kepatuhan klien dalam kontrol asupan air dan natrium, sedangkan jadwal hemodialisis menunjukkan kepatuhan klien menjalankan pengobatan (Ramelan dkk, 2013). Beberapa faktor yang mempengaruhi peningkatan IDWG adalah masukan cairan, rasa haus, dukungan sosial, dan *self efficacy* (Hadiyanti, 2017). Sedangkan beberapa faktor predisposisi yang mempengaruhi peningkatan tekanan darah adalah genetik, lingkungan, hiperaktivitas susunan syaraf simpatis, sistem renin-angiotensin, defek dalam ekskresi natrium, peningkatan natrium dan kalsium intraseluler, penggunaan estrogen (pil kontrasepsi), serta faktor presipitasi seperti stres, obesitas, alkohol, dan merokok. Peningkatan tekanan darah juga dapat disebabkan oleh penyakit lain, seperti kelainan ginjal (penyakit ginjal) dan gangguan kelenjar tiroid, hipertensi vascular renal, hiperaldosteronisme primer, *cushing syndrome*, *feokormositoma* (Haryanto, 2016).

Saat di rumah sakit, faktor yang menyebabkan penurunan kondisi kesehatan (peningkatan tekanan darah dan asupan cairan berlebih) klien selalu dipantau oleh tenaga kesehatan terkait yang merawat. Namun saat di rumah, mereka sering menggunakan perkiraan atau asumsi, sehingga mereka membutuhkan informasi atau

pengetahuan mengenai perawatan yang dibutuhkan agar dapat mempertahankan kondisi kesehatannya (Oluyombo *et al*, 2016).

Informasi yang adekuat akan meningkatkan pemahaman terhadap penyakit serta memberdayakan kemampuan mereka dalam meningkatkan perawatan kesehatan mereka sendiri, manajemen pengobatan, ketetapan menjalankan diet, serta optimis dalam melakukan manajemen klinik untuk mencapai kualitas hidup yang optimal. Klien juga memerlukan dukungan dan motivasi dari orang terdekat untuk meningkatkan kenyamanan, semangat, dan ketahanan fisik dalam berkomitmen menjalankan *treatment* tersebut seumur hidupnya, serta tidak mengalami putus asa menjalani hidup sebagai ketentuan dari Tuhan (Oluyombo *et al*, 2016).

Hemodialisis sering diasumsikan sebagai tindakan medis yang sangat menakutkan karena klien harus rutin menjalankan hemodialisis, mematuhi diet, dan pembatasan asupan cairan secara ketat. Klien yang baru menjalani hemodialisis sangat membutuhkan informasi terkait diet apa yang harus dipatuhi, berapa banyak asupan cairan yang dianjurkan, dampak bila tidak rutin menjalankan hemodialisis atau tidak patuh menjalankan diet, serta berapa lama mereka harus menjalankan hemodialisis dan pembatasan diet. Klien juga memerlukan dukungan sosial dan emosional dari orang terdekat, keluarga, dan tenaga kesehatan yang merawat. Hasil penelitian ini menunjukkan tidak ada pengaruh antara variabel konfonder, seperti usia, jenis kelamin, status pernikahan, tingkat pendidikan, pekerjaan, dan lama hemodialisis terhadap peningkatan kepatuhan klien CKD yang menjalani hemodialisis. Klien yang sudah lama menjalankan hemodialisis dapat mengalami depresi dan putus asa karena tidak dapat sembuh seperti sedia kala meskipun telah menjalani hemodialisis. Oleh karena itu, model PPAH dapat diterapkan pada semua usia, jenis kelamin, sudah atau belum

menikah, tingkat pendidikan rendah hingga tinggi, dan tanpa memperhatikan lama menjalani hemodialisis. Peningkatan kepatuhan dapat disebabkan ada faktor lain, seperti pengetahuan dan dukungan keluarga yang tidak diteliti pada penelitian ini.

6.3 Implikasi terhadap Pelayanan Keperawatan

6.3.1 Model PPAH teruji mampu mengubah persepsi negatif klien menjadi positif melalui peningkatan kecerdasan intelektual, emosional, dan spiritual dalam memaknai hidup dan menyadari kondisinya saat ini. Persepsi positif meningkatkan mekanisme koping klien dalam mengatasi stresor sehingga mempercepat respon adaptif klien terhadap penyakit dan terapi pengobatan yang harus dijalani.

6.3.2 Model PPAH teruji mampu mengurangi kecemasan klien menjalankan hemodialisis dan memotivasi klien untuk berkomitmen menjalankan hemodialisis beserta dietnya sebaik mungkin.

6.3.3 Model PPAH memberi kesempatan klien berinteraksi dengan keluarga dan perawat untuk mendapat dukungan psikologis dan spiritual, berbagi informasi dan perasaan selama menjalankan hemodialisis.

6.3.4 Model PPAH memberi kesempatan klien untuk meningkatkan otonominya dalam menentukan atau memilih perawatan kesehatan sesuai harapannya.

6.3.5 Model PPAH dapat diterapkan sebagai intervensi mandiri perawat dalam memberikan perawatan akhir hayat pada klien CKD yang holistik untuk meningkatkan kepuasan klien serta kualitas perawatan akhir hayat yang baik.

6.4 Keterbatasan Penelitian

- 6.4.1 Intervensi model PPAH sensitif bila diberikan pada klien yang baru menjalani hemodialisis sehingga membutuhkan waktu yang lebih lama dari rencana untuk menyelesaikan tiap sesinya agar klien dapat menerima informasi dengan positif. Oleh karena itu sebelum memberikan intervensi model PPAH, sebaiknya perhatikan kondisi emosional klien terlebih dahulu. Berikan intervensi model PPAH pada klien yang sudah tenang dan siap menerima intervensi (koperatif).
- 6.4.2 Pemberian intervensi model PPAH sering mundur dari kontrak yang telah disepakati bersama klien di pertemuan sebelumnya karena harus menyesuaikan dengan aktivitas klien selama menjalankan hemodialisis, seperti makan dan tidur. Oleh karena itu sehari sebelum memberikan intervensi model PPAH sebaiknya membuat kontrak terlebih dahulu dengan klien beserta keluarganya. Model PPAH dapat diberikan pada jam ke-2 setelah proses hemodialisis berlangsung karena pada jam tersebut klien telah selesai melakukan aktivitasnya makan dan tidur, serta kondisi klien sudah optimal dalam menerima intervensi, khususnya fungsi kognitif klien akibat proses dialisis.
- 6.4.3 Intervensi model PPAH bila diberikan menjelang hemodialisis berakhir, konsentrasi klien terganggu dengan tindakan keperawatan untuk mengakhiri hemodialisis, seperti pemberian injeksi vitamin, hormon, pembilasan selang dengan larutan NaCl. Oleh karena itu intervensi model PPAH dapat diberikan pada jam ke-2 setelah proses hemodialisis berlangsung dan diakhiri pada menit ke-30 sebelum proses hemodialisis berakhir agar klien tetap dapat fokus pada pemberian intervensi model PPAH.

BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

Bab ini membahas tentang simpulan hasil penelitian yang diuraikan berdasarkan tahapan penelitian serta saran sebagai bahan rekomendasi terhadap peningkatan pelayanan keperawatan.

7.1 Simpulan

1. Terbentuk model Perencanaan Perawatan Akhir Hayat (PPAH) berbasis Psikoneuroimunologi (PNI) sebagai intervensi pada klien CKD yang menjalani hemodialisis dengan pendekatan psikoedukatif-supportif dan spiritual.
2. Model PPAH terbukti efektif mengubah persepsi negatif klien CKD yang menjalani hemodialisis menjadi positif.
3. Model PPAH terbukti efektif menurunkan kecemasan klien CKD yang menjalani hemodialisis.
4. Model PPAH terbukti efektif meningkatkan kepatuhan klien CKD yang menjalani hemodialisis.
5. Model PPAH dapat diterapkan pada semua usia, jenis kelamin, sudah atau belum menikah, tingkat pendidikan rendah hingga tinggi, dan tanpa memperhatikan lama menjalani hemodialisis.

7.2 Saran

1. Pemberian intervensi model PPAH sebaiknya memperhatikan kondisi emosional klien. Intervensi model PPAH dapat dilakukan saat klien tenang dan siap menerima intervensi (kooperatif).
2. Pemberian intervensi model PPAH sebaiknya diberikan pada jam ke-2 setelah proses hemodialisis berlangsung karena pada jam tersebut klien dalam kondisi (fungsi kognitif) optimal menerima intervensi akibat proses dialisis.
3. Sebelum memberikan intervensi, sebaiknya membuat kontrak waktu dan tempat satu hari sebelum pemberian intervensi. Kontrak disesuaikan dengan kesiapan klien menerima intervensi.
4. Mengakhiri pemberian intervensi pada menit ke-30 sebelum proses hemodialisis berakhir agar klien tetap dapat fokus pada pemberian intervensi.
5. Penelitian selanjutnya sebaiknya dilakukan uji statistik untuk mendapatkan model yang fit, menggunakan sampel yang lebih besar secara random, variabel dependen lebih banyak dan aplikatif, serta menggunakan instrumen pengukuran biologis agar hasil penelitian lebih akurat.
6. Pelaksanaan model PPAH di ruang hemodialisis diperlukan seorang edukator dengan kualifikasi:
 - 1) Tingkat pendidikan minimal Ners
 - 2) Jenjang karir minimal Perawat Klinik (PK) III
 - 3) Memiliki sertifikat komunikasi terapeutik dan edukasi, khususnya mengenai perawatan akhir hayat.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Agustin, Putriningrum, Hargyowati. 2015. Tingkat Kecemasan Pasien yang Dilakukan Tindakan Hemodialisa di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Soehadi Prijonegoro Sragen. *Jurnal Kusuma Husada*, 2015(2), hal.7-12
- Alligood, M.R. 2014. *Nursing theorists and their work Eighth edition*. Elsevier Mosby. United States of America
- Allmark, P. 2002. Death with dignity. *Journal Med Ethics*, 2002(28), pp.255-257
- Arici, Mustafa (Ed). 2014. *Management of chronic Kidney Disease: A Clinician's Guide*. Springer. New York
- Ariyanti, FM. 2016. *Pengaruh self efficacy training dengan metode peer mentoring terhadap self efficacy dan kepatuhan klien End Stage Renal Disease (ESRD) yang menjalani hemodialisis*. Tesis. Universitas Airlangga, Surabaya
- Andreassen, Neergaard, Brogaard, Skorstengaard, Jensen. 2015. The diverse impact of advance care planning: a long-term follow-up study on patients' and relatives' experiences. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 2015(0), pp.1-6
- Astiti, Anin. 2014. *Analisis Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Depresi pada Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis di RSUD Panembahan Senopati Bantul*. Skripsi. Universitas Muhammadiyah, Yogyakarta
- Benson, WF, Aldrich, N. 2012. *Advance Care Planning :Ensuring Your Wishes Are Known and Honored If You Are Unable to Speak for Yourself, Critical Issue Brief, Centers for Disease Control and Prevention*. Dimuat dalam www.cdc.gov/aging
- Berton, T.C. 2015. *Increasing comfort with end-of-life discussions*. Disertasi. University of Nevada. Las Vegas
- Bulechek, Butcher, Dochterman, Wagner. 2013. *Nursing Interventions Classificatin (NIC) 6th ed*. ELSEVIER. USA
- Bristowe, Horsley, Shepherd, Brown, Carey, Mattews, O'Donoghue, Vinen, Murtagh, 2015. Thinking ahead – the need for early Advance Care Planning for people on haemodialysis : A qualitative interview study, 28(8), pp.1000-1025
- Carpenito, L.J. 2013. *Handbook of Nursing Diagnosis*, 13th ed. EGC. Jakarta
- Clarke, Yates, Smith, Chilcot. 2016. Patient's perceptions of chronic kidney disease and their association with psychosocial and clinical outcomes:a narrative review, pp.1–9
- Corwin, E. 2009. *Buku Saku Patofisiologi*. EGC. Jakarta

- Deep, Hunter, Murphy, Volandes. 2010. It helps me see with my heart: How video informs patients' rationale for decisions about future care in advanced dementia. *Patient education and counseling*, 81, pp.229-234
- Engelke, Z. 2014. Patient Education: Dietary and Fluid Compliance for Patients on Hemodialysis. *Nursing Practice & Skill*
- Fauziningtyas, Rista. 2014. *Efek Program Modifikasi Advance Care Planning terhadap Sikap Lansia tentang Pemilihan Perawatan Akhir Hayat di Panti Tresna Wredha Hargo Dedali Surabaya*. Tesis. Universitas Airlangga, Surabaya
- Fradelos, Tzavella, Koukia, Papathanasiou, Alikari, Stathoulis, Panoutsopoulos, Zyga. 2015. Integrating Chronic Kidney Disease Patient's Spirituality in Their Care: Health Benefits and Research Perspectives. *Mater Sociomed*, 27(5), pp.354-358
- Gatot, D. 2003. *Rasio Reduksi Ureum Dializer 0,90; 2,10 dan 2 Dializer Seri 0,90 dengan 1,20*. Tesis. Sumatra Utara
- Gerogianni, S & Babatsikou, Fotoula. 2014. Psychological aspects in chronic renal failure. *Health Science Journal*, 8(2)
- Ghazavi, Minooei, Abdeyazdan, Gheissari. 2014. Effect of family empowerment model on quality of life in children with chronic kidney disease. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 19(4), pp. 371-375
- Graves, NK & Shelton, T. 2007. Family empowerment as a mediator between family-centered systems of care and changes in child functioning: identifying an important mechanism of change. *Springer science business media*
- Hadiyanti, Sonia. 2017. *Pengaruh Self Management Education terhadap Kepatuhan Asupan Cairan pada Klien yang Menjalani Hemodialisis di RSUD Provinsi NTB*. Tesis. Universitas Airlangga, Surabaya
- Haras, Astroth, Woith, Kossman. 2015. "Exploring advance care planning from the nephrology nurse perspective: A Literature Review". *Nephrology Nursing Journal*, 42(1), pp.23-35
- Haryanto, J. 2015. *Efektifitas Model Keperawatan sugesti Pola Tidur Sehat Lansia terhadap Kualitas dan Kuantitas Tidur, Status Kesehatan dan Penurunan Tekanan Darah Lansia Insomnia dengan Hipertensi di Surabaya*. Disertasi. Universitas Indonesia. Jakarta.
- Hidayat, K. 2015. *PSIKOLOGI KEMATIAN: Mengubah ketakutan menjadi optimisme*. PT Mizan Publika. Bandung
- Holley, L.J. 2011. Advance care planning in elderly chronic dialysis patients. *International Urology and Nephrology*, 35(4), pp.565-568

- Houben, Spruit, Wouters, Janssen. 2014. A randomized controlled trial on the efficacy of advance care planning on the quality of end-of-life care and communication in patients with COPD: the research protocol. *BMJ Open*, 2014(4)
- Jansen, *et al.* 2012. *Chronic Kidney Disease and Renal Transplantation*. China: University Campus STeP Ri, hal 4-74.
- John, J.F, Thomas, V.J. 2013. Research article the psychosocial experience of patients with end-stage renal disease and its impact on quality of life: findings from a needs assessment to shape a service. *Hindawi publishing corporation*, 2013(8)
- Kaufman & Kiernan. 2006. Negotiating a “good death”, what you need to know about American hospitals. *Oxford journal*, 47(4), pp.565-568
- Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). 2013. Kidney International Supplements: Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Official journal of the international society of nephrology*, 3(1)
- Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (K/DOQI). 2002. *Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification, and Stratification*. New York: National Kidney Foundation
- Kowalak (dkk). 2011. *Buku Ajar Patofisiologi*. EGC, Jakarta. Hal 137-145
- Kubler-Ross. 1998. *On Death and Dying*. Gramedia Pustaka Utama. Jakarta
- Latief, S. 2008. *Psikologi fenomenologi eksistensialisme*. Pustaka Ilalang. Lamongan
- Listyanti, A.S. 2013. Penderita Gagal Ginjal Makin Didominasi Kaum Muda. <http://m.tempo.co/read/news/2013/07>. Diakses 27 Desember 2016, 08.05 WIB
- Lin, Chen Wu, Anderson, Sung Chang, Chen Chang, Jyh Hwang, Chun Chen 2012. The Chronic Kidney Disease Self-Efficacy (CKD-SE) instrument: development and psychometric evaluation. *Nephrol Dial Transplant*, vol 2012,1-6
- Macaron, Fahed, Matar, Khalil, Kazour, Chlela, Richa. 2014. Anxiety, Depression and Suicidal Ideation in Lebanese Patients Undergoing Hemodialysis, pp.235–238
- Macpherson, Walshe, O'Donnell. Vyas. 2012. The views of patients with severe chronic obstructive pulmonary disease on advance care planning: A qualitative study. *Palliative Medicine*, 27(3), pp.265-272
- Manus, Moeis, Mandang. 2015. Perbandingan Fungsi Kognitif Sebelum dan Sesudah Dialisis pada Subjek Penyakit Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis. *Jurnal e-Clinic (eCi)*, 3(3), pp.816-819

- Mas'adah. 2014. *Strategi Paternal Social Support dan Family Empowerment terhadap Peningkatan Perilaku Menyusui Ibu Post Sectio Caesaria di RSUP Nusa Tenggara Barat*. Tesis. Universitas Airlangga, Surabaya
- Moorhead, Johnson, Maas. 2013. *Nursing Outcomes Classification (NOC): Measurement of Health Outcomes 5th ed.* ELSEVIER. USA
- Mundakir. 2006. *Komunikasi Keperawatan Aplikasi dalam Pelayanan*. Graha Ilmu. Yogyakarta
- Muttaqin, Arif. 2011. *Asuhan Keperawatan gangguan Sistem Perkemihan*. Salemba Medika, Jakarta. Hal 83-91
- National Kidney Foundation (NKF). 2010a. *Staying Fit With Kidney Disease*. New York
- _____. 2010b. *Nutrition and Chronic Kidney Disease (Stages 1-4: Are You Getting What You Need?)*. New York
- _____. 2013a. *Dining Out With Confidence: A Guide for Patients With Kidney Disease*. New York
- _____. 2013b. *Advance Directives: A Guide for Patients and Their Families*. New York
- National Kidney Disease Education Program (NKDEP). 2015. *Chronic Kidney Disease (CKD) and Diet: Assessment, Management, and Treatment Revised*. NKDEP.
- Nadhiroh, Meuthia., Dwi Fitri.,Amelia. 2013. *Pengaruh Reuse Dializer terhadap Penurunan Ureum Kreatinin pada Penderita GGK di RSUD Raden Mattaher Jambi*. <http://online-journal.unja.ac.id/index.php/kedokteran/article/view/987/795>.
- Nihayati, H.E. 2015. *Perubahan Persepsi Positif dan Penurunan Kadar Kortisol pada Penderita Kanker Payudara yang diberi Asuhan Keperawatan SEHAT (Syukur Selalu Hati dan Tubuh)*. Disertasi. Universitas Airlangga, Surabaya.
- Nurarif & Kusuma, 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda NIC-NOC*. Medication Yogya. Yogyakarta
- Nursalam. 2016. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis Ed.4*. Salemba Medika, Jakarta.
- Notoadmojo. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. PT. Rhineka Cipta. Jakarta
- _____. 2007. *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni*. PT. Rhineka Cipta. Jakarta
- Oluoyombo, Ayodele, Akinwusi, Okunola, Gbadegesin, Soje,Akinsola. 2016. Awareness, knowledge and perception of chronic kidney disease in a rural community of South-West Nigeria. *Nigerian journal of clinical practice*, 19(2), pp.161-169

- Pagels, Soderquist, Heiwe. 2015. Evaluating the Illness Perception Questionnaire on patients with chronic kidney disease in Evaluating the illness perception questionnaire on patients, 10(1), pp.1-11.
- PERNEFRI. 2014. *7th Report of Indonesian Renal Registry*. Indonesian Renal Registry.
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). 2017. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*. Dewan Pengurus Pusat PPNI. Jakarta.
- Pratama, JH. 2012. *Pengaruh Komunikasi Terapeutik terhadap Harga Diri Klien dengan Gagal Ginjal Kronis di Unit Hemodialisis Rumah Sakit Umum Provinsi NTB*. Skripsi. Universitas Airlangga, Surabaya.
- Price, SA & Wilson, LM. 2005. *Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-proses Penyakit 4th*, ed. C. Wijaya. EGC, Jakarta.
- Putra, S, Taat. 2011. *Psikoneuroimunologi Kedokteran Ed. 2*. Pusat Penerbitan dan Percetakan Unair, Surabaya.
- Potter & Perry. 2005. *Fundamental Keperawatan*. EGC. Jakarta
- Ramelan, Ismonah, Hendrajaya. 2013. Analisis Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Pembatasan Asupan Cairan pada Klien dengan *Chronic Kidney Disease* yang Menjalani Hemodialisis. *Jurnal Stikes Telogorejo*, 2013(3), 22-31
- Robison, Dickinson, Rousseau, Beyer, Clark, Hughes, Howel, Exley. 2012. A systematic review of the effectiveness of advance care planning interventions for people with cognitive impairment and dementia. *Age and aging*, pp.263-269.
- RSU Dr.Soetomo. 2013. *Kualitas Dialisis (Adekuasi Hemodialisis)*. Surabaya
- Schonfeld, Nicolas & Tosten Blum. 2012. Palliative care in oncology. *Breathe*, 9(2). pp.1-9
- Setyaningsih, Tri, Mustikasari, Nuraini, 2011. Peningkatan Harga Diri pada Klien Gagal Ginjal Kronik melalui *Cognitive Behavior Therapy (CBT)*. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 14(3), 165-170.
- Sheldon, L.K. 2009. *Communication for Nurses: Talking with Patients, 2nd Edition*. Jones & Bartlett Publishers. England
- Shinde, M. & Mane, S.P., 2014. Stressors and the Coping Strategies among Patients Undergoing Hemodialysis, 3(2), pp.266–276.
- Smeltzer *et al*, 2006. *Brunner and Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing 11th ed*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Stoppelenburg, Rietjens, Heide. 2014. The effects of advance care planning on end-of-life-care: A systematic review. *Palliative Medicine*, 28(8), pp.1000-1025.
- Sudoyo, Aru W. 2010. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Edisi kelima jilid II*. Interna Publising, Jakarta. Hal 101-114.
- Suharyanto dan Sbdul Madjid. 2009. *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Perkemihan*. Trans Info Media. Jakarta
- Sukandar, E. 2006. *Terapi Pengganti Ginjal dengan Dialisis dalam Nefrologi Klinis 3*. FK UNPAD, Bandung.
- Suwitra. 2009. *Penyakit Ginjal Kronis: Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Departemen Ilmu Penyakit Dalam FK Universitas Indonesia, Jakarta. Hal 571-573.
- Syamsiah, Nita. 2011. *Faktor-faktor yang Berhuungan dengan Kepatuhan Pasien CKD yang Menjalani Hemodialisa di RSPAU Dr. Esnawan Antariksa Halim Perdana Kusuma Jakarta*. Tesis. Universitas Indonesia, Jakarta
- Taylor, F & Combes, G. 2014. Supporting the emotional and psychological needs of end- stage renal disease patients Study Report Appendix 6 : Literature Review Authors : Acknowledgements, pp.1-66.
- The National Advance Care Planing Cooperative. 2011. *Advance Care Planning Guide: Planning for the medical treatment and care you want in the future*. New Zealand.
- Vivi. 2012. *Pendekatan Kognitif-Perilaku untuk Mengurangi Kecemasan pada Pasien Gagal Ginjal Terminal*. Tesis. Universitas Indonesia, Jakarta.
- Volandes, Orlow, Barry, Gillick, Minaker, Chang, Cook, Abbo, El-jawahri, Mitchell. 2009. Video decision support tool for asvance care planning in dementia: randomized controlled trials. *BMJ*, pp.1-8.
- Witteman, Bolks, Hutschemaekers. 2011. Development of the illness perception questionnaire mental health. *Journal of Mental Health*, 20(2), pp.115-125.
- Zahrofi. 2013. Publikasi Skripsi. *Pengaruh Pemberian Terapi Murottal Alquran terhadap Tingkat Kecemasan pada Pasien Hemodialisa di RS PKU Muhammadiyah Surakarta*. Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta, Surakarta.

LAMPIRAN



UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913754, 5913257, 5913756, 5913752 Fax. (031) 5913257, 59137
Website <http://ners.unair.ac.id> | email : dekan@fkip.unair.ac.id

Nomor : 127 /UN3.1.13/PPd/S2/2017
Lampiran : 1 (Satu) berkas
Perihal : Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian
Mahasiswa Prodi Magister Keperawatan – FKp Unair

14 Februari 2017

Kepada Yth.
Direktur RSU Haji
Surabaya

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama : Caturia Sasti Sulistyana, S.Kep., Ns.
NIM : 131514153007
Judul Proposal : Model Perencanaan Perawatan Akhir Hayat (PPAH) untuk Perubahan Persepsi, Kecemasan, dan Kepatuhan Klien *Chronic Kidney Disease (CKD)* dengan Hemodialisis

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

a/n.Dekan
Wakil Dekan I



Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes.
NIP. 196808291989031002

Tembusan :

1. Kepala Diklat RSU Haji Surabaya
2. Kepala Bidang Keperawatan RSU Haji Surabaya



UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913754, 5913257, 5913756, 5913752 Fax. (031) 5913257, 59137
Website <http://ners.unair.ac.id> | email : dekan@fkp.unair.ac.id

Nomor : 128 /UN3.1.13/PPd/S2/2017
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Ijin Uji Validitas

14 Februari 2017

Kepada Yth.
Kepala Diklat RSU Haji
Surabaya

Sehubungan dengan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu berkenan memberikan ijin untuk uji validitas dan reliabilitas instrumen penelitian kepada mahasiswa kami di bawah ini sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama : Caturia Sasti Sulistyana, S.Kep., Ns.
NIM : 131514153007
Judul Proposal : Model Perencanaan Perawatan Akhir Hayat (PPAH) untuk Perubahan Persepsi, Kecemasan, dan Kepatuhan Klien *Chronic Kidney Disease (CKD)* dengan Hemodialisis

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

a/n. Dekan,
Wakil Dekan I



Dr. Kurnanto, S.Kp., M.Kes.
NIP. 196808291989031002

Tembusan :

1. Kepala Bidang Keperawatan RSU Haji Surabaya
2. Kepala Ruang Hemodialisis RSU Haji Surabaya

RUMAH SAKIT UMUM HAJI SURABAYA BIDANG PENDIDIKAN DAN PENELITIAN

NOTA DINAS

Kepada : Yth. Ka. Bidang Keperawatan
Dari : Kepala Bidang Diklit RSU Haji Surabaya
Tanggal : 27 Maret 2017
Nomor : 070/ 69 / 03.2/2017
Lampiran : -
Perihal : Penghadapan Mahasiswa Penelitian

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Berdasarkan permohonan ijin penelitian yang disetujui oleh Ka. Komite Etik RSU Haji Surabaya pada tanggal 16 Maret 2017, bersama ini kami hadapkan mahasiswa tersebut,

Nama : Caturia Sasti Sulistyana,SKepNs
NIM : 131514153007
Institusi : Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan UNAIR
Judul : Model Perencanaan Perawatan Akhir hayat (PPAH) Untuk Perubahan Persepsi, Kecemasan dan Kepatuhan Klien Chronic Kidney Disease (CKD) Dengan Hemodialisis

Untuk melaksanakan penelitian di unit kerja Saudara dalam rangka penyusunan Tesis, mulai tanggal 29 Maret 2017 s.d 28 April 2017. Untuk kebenaran data serta memantau pelaksanaan penelitian oleh mahasiswa tersebut, dimohon memberikan tanda tangan pada lembar monitoring bagi pemberi data dan pembimbing di unit kerja.

Demikian atas perhatian dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Kepala Bidang Diklit



Drg. EDISON SIREGAR,MPd.I
NIP. 19600421 199012 1 001

Tembusan : Yth.

1. Ka. Instalasi Hemodialisa



**PANITIA ETIK PENELITIAN KESEHATAN
RSU HAJI SURABAYA**

**KETERANGAN KELAIKAN ETIK
("ETHICAL CLEARANCE")**

No. 073/05 /KOM.ETIK/2017

PANITIA KELAIKAN ETIK RSU HAJI SURABAYA TELAH MEMPELAJARI SECARA SEKSAMA PROPOSAL PENELITIAN YANG DIUSULKAN, MAKA DENGAN INI MENYATAKAN BAHWA PENELITIAN BERJUDUL :

"Model Perencanaan Perawatan Akhir Hayat (PPAH) Untuk Perubahan Persepsi, Kecemasan dan Kepatuhan Klien Chronic Kidney Disease ((CKD) Yang Menjalani Hemodialisis"

PENELITI : **Caturia Sasti Sulistyana**
INSTITUSI : Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan UNAIR
TEMPAT PENELITIAN : Instalasi Hemodialisa RSU Haji Surabaya

DINYATAKAN LAIK ETIK

Surabaya, 16 Maret 2017

Ketua,



Dr. ROOSENO, SpTHT-KL
NIP. 19550504 198312 1 003



SURAT KETERANGAN

No.070 / 173 / 03.2 / 2017

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama : Drg. Edison Siregar, M.Pd.I
NIP : 19600421 199012 1 001
Pangkat/Golongan : Pembina Tk.I / IV-b
Jabatan : Kepala Bidang Diklit RSU Haji Surabaya

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : Caturia Sasti Sulistyana, SKepNs
NIM : 131514153007
Institusi : Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan
UNAIR
Judul : Model Perencanaan Perawatan Akhir Hayat (PPAH) Untuk
Perubahan Persepsi, Kecemasan dan Kepatuhan Klien
Chronic Kidney Disease (CKD) Dengan Hemodialisis

Telah selesai melaksanakan penelitian di Instalasi Hemodialisa RSU Haji Surabaya pada bulan Mei 2017.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya, 2017
Kepala Bidang Diklit
RSU Haji Surabaya


Drg. EDISON SIREGAR, M.Pd.I
NIP. 19600421 199012 1 001

Lampiran 1 Permohonan menjadi Partisipan Tahap 1

SURAT PERMOHONAN MENJADI PARTISIPAN

Yang terhormat Bapak/ Ibu/ Saudara/ I

Salam sejahtera,

Saya Caturia Sasti Sulistyana, mahasiwa Program Studi Magister Keperawatan, Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya akan melakukan penelitian "**Model Perencanaan Perawatan Akhir Hayat (PPAH) untuk Perubahan Persepsi, Kecemasan dan Kepatuhan Klien CKD yang Menjalani Hemodialisis**". Penelitian ini dilaksanakan dalam rangka menyelesaikan Tugas Akhir Ilmiah (Tesis) pada pendidikan Magister Keperawatan yang saat ini sedang peneliti tempuh.

Pada penelitian ini, Anda akan berperan sebagai partisipan yang akan diwawancarai secara mendalam oleh peneliti secara perorangan untuk memperoleh gambaran kasus yang diteliti, yaitu persepsi terhadap penyakit CKD dan *treatment* yang dijalani (hemodialisis dan diet).

Wawancara akan dilakukan satu kali pertemuan selama 30 menit di tempat tidur, pada jam ke-2 saat proses hemodialisis berlangsung. Jika terdapat kekurangan informasi akan dilakukan wawancara kedua sesuai kontrak waktu yang ditentukan berikutnya. Proses wawancara akan didokumentasikan dengan *tape recorder* dan catatan lapangan.

Saya menjamin segala kerahasiaan yang telah Anda sampaikan pada penelitian ini dan tidak ada pemaksaan dalam partisipasi ini. Keterlibatan Anda dalam penelitian ini tidak memiliki risiko yang merugikan dan tidak memberikan keuntungan langsung pada Anda, namun hasil dari penelitian ini dapat bermanfaat untuk pengembangan ilmu selanjutnya melalui penelitian yang saya lakukan. Adapun alamat saya yang dapat dihubungi berkaitan dengan penelitian ini adalah:

Caturia Sasti Sulistyana

Program Studi Magister Keperawatan, Fakultas Keperawatan Unair

0857 3098 5468

Jika Bapak/ Ibu/ Saudara/ I bersedia menjadi partisipan dalam penelitian ini, kami persilahkan menandatangani surat persetujuan menjadi partisipan yang telah peneliti persiapkan. Atas kesediaan dan partisipasinya, saya ucapkan terima kasih.

Surabaya, 2017
Hormat saya,

Caturia Sasti Sulistyana

Lampiran 2 Persetujuan menjadi Partisipan

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI PARTISIPAN

Setelah membaca, mendengarkan, dan memahami penjelasan tentang tujuan, manfaat, tindakan, dan resiko dalam penelitian ini, maka saya:

Nama :

Alamat :

No.Telepon :

Menyatakan **bersedia/ tidak bersedia*)** berpartisipasi dalam penelitian ini. Saya memahami bahwa penelitian ini tidak membahayakan dan merugikan saya maupun keluarga saya.

Persetujuan ini saya buat dengan sadar dan tanpa paksaan dari siapa pun. Demikian persetujuan ini saya buat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

*) coret yang tidak perlu

Saksi

Surabaya,.....

Yang membuat persetujuan

Lampiran 3 Permohonan menjadi Partisipan (*Critical Review*)

SURAT PERMOHONAN MENJADI PARTISIPAN (*Critical Review*)

Yang terhormat Bapak/ Ibu/ Saudara/ I
Salam sejahtera,

Saya Caturia Sasti Sulistyana, mahasiwa Program Studi Magister Keperawatan, Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya akan melakukan penelitian "**Model Perencanaan Perawatan Akhir Hayat (PPAH) untuk Perubahan Persepsi, Kecemasan dan Kepatuhan Klien CKD yang Menjalani Hemodialisis**". Penelitian ini dilaksanakan dalam rangka menyelesaikan Tugas Akhir Ilmiah (Tesis) pada pendidikan Magister Keperawatan yang saat ini sedang peneliti tempuh. Tujuan dari pelaksanaan FGD ini adalah untuk membentuk model PPAH yang fit dan siap di uji coba pada klien CKD yang menjalani hemodialisis.

Pada penelitian ini, Anda akan berperan sebagai partisipan dalam kelompok *Focus Group Discussion* (FGD) yang akan difasilitasi oleh peneliti untuk *critical review* terhadap model Perencanaan Perawatan Akhir Hayat (PPAH) yang dikembangkan oleh peneliti ditujukan kepada klien CKD yang menjalani hemodialisis.

Diskusi akan dilakukan satu kali selama 30-60 menit sesuai dengan kesepakatan yang telah dibuat. Proses diskusi akan didokumentasikan dengan *tape recorder* dan catatan lapangan.

Saya menjamin segala kerahasiaan selama proses diskusi ini dan tidak ada pemaksaan dalam partisipasi ini. Adapun alamat saya yang dapat dihubungi berkaitan dengan penelitian ini adalah:

Caturia Sasti Sulistyana
Program Studi Magister Keperawatan, Fakultas Keperawatan Unair
0857 3098 5468

Jika Bapak/ Ibu/ Saudara/ I bersedia menjadi partisipan dalam penelitian ini, kami persilahkan menandatangani surat persetujuan menjadi partisipan yang telah peneliti persiapkan. Atas kesediaan dan partisipasinya, saya ucapkan terima kasih.

Surabaya, 2017
Hormat saya,

Caturia Sasti Sulistyana

Lampiran 4 Data Demografi Partisipan

**DATA DEMOGRAFI PARTISIPAN *INDEPTH INTERVIEW*
(PERORANGAN)**

- 1. Inisial Nama :
- 2. Usia :
- 3. Alamat :
- 4. Jenis kelamin :
- 5. Suku :
- 6. Status pernikahan :
- 7. Pendidikan terakhir :
- 8. Agama :
- 9. Pekerjaan :
- 10. Nomor telepon :

DATA TAMBAHAN

- 1. Berapa lama Anda di diagnosa dokter menderita penyakit gagal ginjal kronik?
.....
Berapa lama Anda menjalani hemodialisis?
- 2. Saturasi oksigen.....% **(Diisi oleh perawat)**

Lampiran 5 Lembar Penilaian Fungsi Kognitif Responden**MINI MENTAL STATE EXAM (MMSE)**

Nama Klien :

Umur :

Pendidikan :

Riwayat penyakit :

| No | Tes | Skor |
|-------------------|---|------|
| | ORIENTASI | |
| 1 | Sebutkan tahun, musim, bulan, tanggal, hari apa sekarang? | |
| 2 | Kita berada dimana? Sebutkan negara, propinsi, kota, rumah sakit, lantai/kamar/nama ruangan saat ini klien berada | |
| | REGISTRASI | |
| 3 | Sebut 3 nama benda, tiap benda 1 detik, minta klien mengulangi ketiga nama benda tadi. | |
| | ATENSI DAN KALKULASI | |
| 4 | Kurangi 100 dengan 7, hentikan setelah 5 jawaban diebutkan secara berurut atau minta klien mengeja terbalik dari kata yang terdiri dari 5 huruf | |
| 5 | Minta klien menyentuh bagian tubuhnya ketika perawat menyebutkan bagian tubuh tersebut | |
| | MENGINGAT KEMBALI (RECALL) | |
| 6 | Minta klien menyebutkan kembali 3 nama benda yang telah disebutkan tadi | |
| | BAHASA | |
| 7 | Klien diminta menyebutkan 3 nama benda yang ditunjukkan oleh perawat | |
| 8 | Klien diminta mengulang 3 rangkaian kata yang diucapkan oleh perawat | |
| Total Skor | | |

Penilaian

0-7 : Gangguan fungsi kognitif berat

8-15 : Gangguan fungsi kognitif sedang

16-23 : Gangguan fungsi kognitif ringan

24-30 : Fungsi kognitif baik

PANDUAN WAWANCARA

| No | Tema | Sub tema | Pertanyaan |
|----|-------------|---|--|
| 1 | Pengetahuan | <i>Timeline chronic</i> (Definisi) | 1. Apa yang Anda ketahui tentang penyakit ginjal kronik? |
| | | <i>Timeline cyclical</i> (Siklus penyakit) | 2. Apa yang Anda rasakan setelah menderita penyakit ini dan selama menjalani hemodialisis? |
| | | <i>Coherence</i> (Gejala) | 3. Apa yang Anda ketahui tentang gejala pada penyakit ginjal kronik? |
| | | <i>Treatment control</i> (Penatalaksanaan) | 4. Apa yang Anda ketahui tentang hemodialisis? |
| | | <i>Personal control</i> (Diet) | 5. Apa yang Anda ketahui tentang makanan yang dianjurkan dan makanan yang dibatasi untuk penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis? |
| 2 | Persepsi | <i>Consequence</i> (Dampak) | 6. Apakah penyakit ginjal kronik dan pelaksanaan hemodialisis ini membawa pengaruh besar terhadap hidup Anda? Jelaskan! |
| | | Prognosis | 7. Apa menurut Anda hemodialisis dapat menyebabkan seseorang meninggal lebih cepat atau justru dapat menyembuhkan? |
| 3 | Perasaan | Awal hemodialisis | 8. Bagaimana perasaan Anda saat pertama kali didiagnosa dokter menderita gagal ginjal kronik dan harus menjalani hemodialisis? |
| | | Saat ini | 9. Apakah saat ini Anda bisa menerima apapun kondisi Anda saat ini dan yang akan datang? |
| 4 | Koping | Bentuk koping | 10. Bagaimana tanggapan Anda bila ada orang yang membicarakan sakit Anda secara negatif? Misalnya mengatakan Anda akan segera meninggal karena hemodialisis. |
| | | Usaha mencari informasi | 11. Apa usaha yang telah Anda lakukan untuk mendapat informasi terkait penyakit dan mencari kesembuhan? |
| | | Motivasi (makna hidup) | 12. Apa yang dapat membantu Anda menjalani hidup dengan baik? |

| No | Tema | Sub tema | Pertanyaan |
|----|---------|--|--|
| | | Komitmen (hemodialisis, diet, aktivitas) | 13. Apakah Anda siap menjalankan hemodialisis dan mematuhi diet untuk perawatan yang akan datang, meskipun itu harus dilakukan seumur hidup? |
| | | Spiritualitas | 14. Bagaimana penilaian dan keyakinan Anda terhadap penyakit ginjal dan hemodialisis yang saat ini Anda jalankan? |
| 5 | Support | Keluarga | 15. Apakah keluarga selalu memberi dukungan pada Anda? Jika ya, siapa? Jelaskan bentuk dukungan keluarganya! |
| | | Teman | 16. Bagaimana hubungan Anda dengan teman kerja setelah menderita penyakit ginjal ini? |
| | | Tenaga kesehatan | 17. Apakah bentuk dukungan yang diberikan oleh dokter dan perawat di ruang hemodialisis ini? |
| | | Lingkungan sosial | 18. Bagaimana hubungan Anda dengan tetangga dan masyarakat setelah menderita penyakit ginjal ini? |
| | | Sesama pasien | 19. Bagaimana hubungan Anda dengan rekan sesama pasien di ruang hemodialisis ini? |

Lampiran 7 Catatan Lapangan (*Field Note*)**CATATAN LAPANGAN (*FIELD NOTE*)**

Tanggal :
 Tempat :
 Waktu (jam) :
 Pewawancara :
 Informan :
 Dihadiri oleh :
 Posisi partisipan :
 Kondisi Lingkungan :

| Catatan komunikasi non verbal | Keterangan |
|--|------------|
| 1. Komunikasi non verbal yang sesuai dengan komunikasi verbal informan | |
| 2. Komunikasi non verbal yang tidak sesuai dengan komunikasi verbal informan | |
| 3. Situasi lingkungan yang mempengaruhi proses wawancara | |
| 4. Kejadian yang sering terjadi (berulang) | |

Lampiran 8 Lembar Penjelasan Responden Tahap 3**LEMBAR PENJELASAN RESPONDEN**

- Nama Peneliti : Caturia Sasti Sulistyana
- Judul Penelitian : Model Perencanaan Perawatan Akhir Hayat (PPAH) untuk Perubahan Persepsi, Kecemasan, dan Kepatuhan Klien *Chronic Kidney Disease* (CKD) yang Menjalani Hemodialisis
- Tujuan Penelitian : Menyelesaikan kecemasan yang sering ditemukan terjadi pada klien CKD yang menjalani hemodialisis untuk meningkatkan kepatuhan menjalankan terapi
- Manfaat Penelitian : Memberi informasi ilmiah tentang pengaruh model PPAH terhadap perubahan persepsi, kecemasan, dan kepatuhan klien CKD yang menjalani hemodialisis dalam menghadapi akhir hayat yang damai
- Manfaat untuk klien : Mengubah persepsi negatif klien menjadi positif sehingga dapat menurunkan tingkat kecemasan dalam menghadapi penyakit dan meningkatkan kepatuhan menjalankan terapi.

Kelompok perlakuan dan kontrol dalam penelitian ini akan dilakukan pengambilan data berupa pengisian kuesioner sebanyak 2 lembar dan di pantau tekanan darah, berat badan, dan jadwal pelaksanaan hemodialisisnya selama 1 bulan ke depan. Pengisian dilakukan oleh klien dibantu peneliti atau perawat yang mendampingi. Semua informasi dan identitas Anda akan dirahasiakan, hanya untuk kepentingan penelitian. Saya mohon kepada Bapak/Ibu/Saudara/I untuk menjawab pertanyaan pada kuesioner dengan sejujurnya.

Selanjutnya klien pada kelompok perlakuan diberikan intervensi model PPAH sebanyak 3 sesi pertemuan, tiap sesi diisi dengan pemutaran video dan diskusi selama 45-60 menit tiap klien. Sedangkan kelompok kontrol mendapat edukasi standart ruangan hemodialisis. Pengambilan data dilakukan sebanyak 2 kali. Pengukuran pertama dilakukan sebelum diberikan intervensi dan pengukuran kedua dilakukan setelah diberikan intervensi. Penelitian ini tidak ada resiko yang mempengaruhi secara fisik. Jika Bapak/Ibu/Saudara/I ingin berkomunikasi dengan peneliti, bisa menghubungi nomor telepon 0857 3096 5468.

Partisipasi ini sepenuhnya bersifat sukarela, semua catatan yang berhubungan dengan penelitian ini akan dijamin kerahasiannya. Apabila dalam penelitian ini Bapak/Ibu/Saudara/I merasa tidak nyaman dengan kegiatan yang dilakukan, maka Bapak/Ibu/Saudara/I boleh mengundurkan diri. Namun apabila Bapak/Ibu/Saudara/I berkenan menjadi responden, silahkan menandatangani pada lembar persetujuan yang telah disediakan. Atas perhatian dan partisipasinya, saya ucapkan terima kasih.

Surabaya,.....

Yang memberi penjelasan

Caturia Sasti Sulistyana, S.Kep.Ns

Lampiran 9 Lembar *Informed Consent*

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Setelah membaca, mendengarkan, dan memahami penjelasan tentang tujuan, manfaat, tindakan, dan resiko dalam penelitian ini, maka saya:

Nama :

Alamat :

No.Telepon :

Menyatakan **bersedia/ tidak bersedia***) berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian ini. Saya memahami bahwa penelitian ini tidak membahayakan dan merugikan saya maupun keluarga saya.

Persetujuan ini saya buat dengan sadar dan tanpa paksaan dari siapa pun. Demikian persetujuan ini saya buat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

*) coret yang tidak perlu

Saksi

Surabaya,.....

Yang membuat persetujuan

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI PENDAMPING PENELITIAN

Setelah membaca, mendengarkan, dan memahami penjelasan tentang tujuan, manfaat, tindakan, dan resiko dalam penelitian ini, maka saya:

Nama :

Alamat :

No.Telepon :

Menyatakan **bersedia/ tidak bersedia***) berpartisipasi sebagai pendamping penelitian dalam penelitian ini.

Persetujuan ini saya buat dengan sadar dan tanpa paksaan dari siapa pun. Demikian persetujuan ini saya buat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

*) coret yang tidak perlu

Saksi

Surabaya,.....

Yang membuat persetujuan

Lampiran 10 Satuan Acara Kegiatan (SAK)

SATUAN ACARA KEGIATAN (SAK) MODEL PERENCANAAN PERAWATAN AKHIR HAYAT (PPAH) PERTEMUAN HARI KE- 1

Tempat : Ruang Hemodialisis RSUD Haji Surabaya

Sasaran : Klien dan keluarga

Hari/ tanggal ;

Jam :

Alokasi waktu : 60 menit

Tema : Pengenalan konsep CKD, hemodialisis, dan perawatan pada klien CKD

1. TUJUAN

1) Tujuan Instruksional Umum (TIU)

Setelah dilakukan intervensi sesi 1, klien CKD dapat mengidentifikasi konsep CKD, hemodialisis, dan perawatan pada klien CKD

2) Tujuan Instruksional Khusus (TIK)

- a. Mengidentifikasi fungsi ginjal normal
- b. Mengidentifikasi definisi, tanda dan gejala, serta prognosis CKD
- c. Mengidentifikasi definisi, proses pelaksanaan, dan hasil yang diharapkan dari hemodialisis
- d. Mengidentifikasi pola hidup sehat melalui pemenuhan nutrisi sesuai diit
- e. Mengidentifikasi aktivitas fisik dan pekerjaan yang dapat dilakukan klien

2. SETTING

Perawat duduk di dekat klien di sisi sebelah kanan, keluarga klien di sisi sebelah kiri.

3. ALAT DAN BAHAN

Laptop, modul **Perencanaan Perawatan untuk Gagal Ginjal Kronis yang Menjalani Hemodialisis**

4. METODE

Pemutaran video, diskusi, tanya jawab

5. LANGKAH-LANGKAH

1) Persiapan

- a. Mengingatkan klien sehari sebelum pelaksanaan intervensi
- b. Mempersiapkan alat dan tempat yang kondusif

2) Tahap Orientasi

- a. Salam terapeutik
- b. Evaluasi/ validasi
Menanyakan bagaimana perasaan dan kondisi kesehatan klien saat ini
- c. Kontrak
 - a) Menjelaskan konsep materi yang akan disampaikan
 - b) Menjelaskan proses pelaksanaan
 - c) Menjelaskan peraturan selama pelaksanaan kegiatan

3) Tahap Kerja

- a. Pemutaran video tentang pengenalan konsep CKD, hemodialisa, dan perawatan pada klien CKD

Video 1 : pengenalan konsep CKD dan hemodialysis

Video 2: pemenuhan nutrisi sesuai diet yang dianjurkan pada klien dengan hemodialisis

- b. Diskusi

4) Tahap Terminasi

- a. Menanyakan perasaan klien setelah menonton video
- b. Meminta klien menyebutkan kembali isi dari video
- c. Menarik kesimpulan bersama tentang isi video
- d. Memberikan reinforcement positif pada klien
- e. Membuat kontrak pertemuan selanjutnya

6. EVALUASI

- 1) Ketepatan waktu
- 2) Keaktifan klien dalam kegiatan
- 3) Pemahaman klien tentang materi yang disampaikan

SATUAN ACARA KEGIATAN (SAK)
MODEL PERENCANAAN PERAWATAN AKHIR HAYAT (PPAH)
PERTEMUAN HARI KE-2

Tempat : Ruang Hemodialisis RSUD Haji Surabaya

Sasaran : Klien dan keluarga

Hari/ tanggal ;

Jam :

Alokasi waktu : 60 menit

Tema : Mengembangkan persepsi dan sikap positif terhadap penyakit

1. TUJUAN

1) Tujuan Instruksional Umum (TIU)

Setelah dilakukan intervensi sesi 2, klien CKD dapat mengidentifikasi hikmah sakit secara Islam

2) Tujuan Instruksional Khusus (TIK)

a. Memahami hikmah sakit

b. Memahami sikap menghadapi sakit

c. Memahami ibadah yang tetap dapat dilakukan oleh klien dengan hemodialysis

d. Mampu mengaplikasikan untuk membaca doa terkait dengan kondisi tubuhnya

2. SETTING

Perawat duduk di dekat klien di sisi sebelah kanan, keluarga klien di sisi sebelah kiri.

3. ALAT DAN BAHAN

Laptop, modul **Perencanaan Perawatan untuk Gagal Ginjal Kronis yang Menjalani Hemodialisis**

4. METODE

Pemutaran video, diskusi, tanya jawab

5. LANGKAH-LANGKAH

1) Persiapan

- a. Mengingatkan klien sehari sebelum pelaksanaan intervensi
- b. Mempersiapkan alat dan tempat yang kondusif

2) Tahap Orientasi

- a. Salam terapeutik
- b. Evaluasi/ validasi
 - a) Menanyakan bagaimana perasaan dan kondisi kesehatan klien saat ini
 - b) Menanyakan kembali materi pada sesi sebelumnya
- c. Kontrak
 - a) Menjelaskan konsep materi yang akan disampaikan
 - b) Menjelaskan proses pelaksanaan
 - c) Menjelaskan peraturan selama pelaksanaan kegiatan

3) Tahap Kerja

- a. Pemutaran video (Skenario terlampir di dalam Modul)
Video 1: Kisah Nabi Ayub AS menghadapi cobaan hidup
Video 2: Hikmah sakit dan ketegaran seorang gadis meskipun tidak memiliki kedua tangan
- b. Diskusi

4) Tahap Terminasi

- a. Menanyakan perasaan klien setelah menonton video
- b. Meminta klien menyebutkan kembali isi dari video
- c. Menarik kesimpulan bersama tentang isi video
- d. Memberikan reinforcement positif pada klien
- e. Membuat kontrak pertemuan selanjutnya

6. EVALUASI

- 1) Ketepatan waktu
- 2) Keaktifan klien dalam kegiatan
- 3) Pemahaman klien tentang materi yang disampaikan

SATUAN ACARA KEGIATAN (SAK)
MODEL PERENCANAAN PERAWATAN AKHIR HAYAT (PPAH)
PERTEMUAN HARI KE-3

Tempat : Ruang Hemodialisis RSUD Haji Surabaya

Sasaran : Klien dan keluarga

Hari/ tanggal ;

Jam :

Alokasi waktu : 45 menit

Tema : Perencanaan Perawatan Akhir Hayat (PPAH)

1. TUJUAN

1) Tujuan Instruksional Umum (TIU)

Setelah dilakukan intervensi sesi 1 dan 2, klien CKD dapat membuat perencanaan perawatan akhir hayatnya bersama keluarga dan perawat

2) Tujuan Instruksional Khusus (TIK)

Klien mampu mendokumentasikan rencana perawatan akhir hayat sesuai harapannya

2. SETTING

Perawat duduk di dekat klien di sisi sebelah kanan, keluarga klien di sisi sebelah kiri.

3. ALAT DAN BAHAN

Laptop, modul **Perencanaan Perawatan untuk Gagal Ginjal Kronis yang Menjalani Hemodialisis**

4. METODE

Diskusi, tanya jawab, dan pengisian dokumentasi perawatan akhir hayat

5. LANGKAH-LANGKAH

1) Persiapan

- a. Mengingat klien sehari sebelum pelaksanaan intervensi
- b. Mempersiapkan alat dan tempat yang kondusif

2) Tahap Orientasi

- a. Salam terapeutik
- b. Evaluasi/ validasi
 - a) Menanyakan bagaimana perasaan dan kondisi kesehatan klien saat ini
 - b) Menanyakan kembali materi pada sesi sebelumnya
- c. Kontrak
 - a) Menjelaskan proses pelaksanaan
 - b) Menjelaskan peraturan selama pelaksanaan kegiatan

3) Tahap Kerja

- a. Diskusi
- b. Pengisian dokumentasi "PERAWATAN PILIHANKU"

4) Tahap Terminasi

- a. Menanyakan perasaan klien setelah mendokumentasikan rencana perawatan akhir hayat sesuai harapannya
- b. Memberikan reinforcement positif pada klien

1. EVALUASI

- 1) Ketepatan waktu
- 2) Keaktifan klien dalam kegiatan
- 3) Kelengkapan pengisian dokumentasi "PERAWATAN PILIHANKU"

Lampiran 11 Hasil Penelitian Tahap 1**KARAKTERISTIK PARTISIPAN
PADA PENELITIAN TAHAP 1**

| No | DATA DEMOGRAFI | P1 | P2 | P3 | P5 |
|--------------------|-----------------------|-----------|---------------|---------------|-------------|
| 1 | Nama | Tn. MZ | Ny. PK | Tn. NM | Tn. CH |
| 2 | Usia | 57 tahun | 64 tahun | 55 tahun | 54 tahun |
| 3 | Alamat | Surabaya | Sidoarjo | Surabaya | Surabaya |
| 4 | Jenis Kelamin | Laki-laki | Perempuan | Laki-laki | Laki-laki |
| 5 | Suku | Jawa | Jawa | Ambon | Jawa |
| 6 | Status Pernikahan | Menikah | Menikah | Menikah | Menikah |
| 7 | Pendidikan terakhir | S-1 | SD | D-III | S-2 |
| 8 | Agama | Islam | Islam | Islam | Islam |
| 9 | Pekerjaan | Guru SMP | Tidak bekerja | Tidak bekerja | Wiraswasta |
| DATA KHUSUS | | | | | |
| 1 | Saturasi Oksigen | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| 2 | Skor MMSE | 30 | 27 | 30 | 30 |
| 3 | Riwayat penyakit | DM, HT | HT | Asam urat | Batu Ginjal |
| 4 | Lama sakit | 2 tahun | 2 tahun | 4 tahun | 12 tahun |
| | Lama hemodialisis | 2 bulan | 4 bulan | 3 tahun | 12 tahun |

HASIL INDEPTH INTERVEIEW

IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

| No | Tema | Subtema | Kategori | Pernyataan | Koding |
|----|---------------------------------------|-----------------------------------|---|---|---------|
| 1 | Pemahaman tentang penyakit dan terapi | sPengetahuan CKD dan hemodialisis | 1. <i>Timeline Chroni</i> (Definisi) | "Gagal ginjal itu ya... <u>fungsi ginjal yang diawali menurun dan akhirnya tidak berfungsi</u> ". (P1) | Positif |
| | | | | "G tau, kata dokter ya <u>ginjel sampeyan sakit</u> gitu aja, harus cuci darah". (P2) | Negatif |
| | | | | "Gagal ginjal kronik itu yang <u>harus 2x seminggu cuci darah</u> karena <u>tidak berfungsi</u> secara <u>optimal</u> lagi. (P3) | Positif |
| | | | | "Ya penyakit yang sudah dinyatakan <u>gawat</u> , yang <u>bermasalah di fungsinya karena syarafnya rusak</u> ". (P4) | Negatif |
| | | | 2. <i>Timeline cyclical</i> (Siklus penyakit) | "Saya gak merasakan segar setelah cuci. Saya merasa biasa- biasa saja, sebelum / sesudah dicuci <u>ndak ada perubahan</u> , biasa saja". (P1) | Negatif |
| | | | | "Kadang saya merasa enakan, tapi kadang krasa lemes, sesak walaupun gak ngapa-ngapain. <u>Gak tau badan saya sekarang kok gini</u> ". (P2) | Negatif |
| | | | | "Saat ini yang saya rasakan <u>kalau jalan jauh atau kecapekan agak sesak</u> ". (P3) | Positif |
| | | | | "Rasa gak enak gak tau tak rasakno mbak". (P4) | Negatif |
| | | | 3. <i>Coherence</i> (Gejala) | "Secara <u>stamina</u> , fisik saya rasakan hampir <u>50% turun</u> , bekerja lebih dari 8 jam, <u>kayak ndak mampu gitu badan saya</u> ". (P1) | Negatif |
| | | | | "Yang saya tahu saya <u>harus ditransfusi 3-4 kantong</u> tiap 4 bulan sekali, gak mau makan, <u>punggung sakit</u> sampai gak bisa duduk". (P2) | Negatif |
| | | | | "Saat itu saya merasakan <u>pinggang</u> saya <u>sakit, gak nafsu makan</u> , dan akhirnya tidak sadarkan diri". (P3) | Negatif |
| | | | | " <u>Kepala pusing, tidur gak enak, semua lah yang dirasakan hanya sakit tok, tulang-tulang seperti nyeri, kaku, jadi serba gak bisa kita bayangkan</u> ". (P4) | Negatif |

| No | Tema | Subtema | Kategori | Pernyataan | Koding |
|----|----------|-------------------------------------|-----------------------------------|---|---------|
| | | | 4. <i>Treatment control</i> | “Cuci darah membantu fungsi ginjal, sepengetahuan saya cuci darah tidak bisa menyembuhkan”. (P1) | Positif |
| | | | | “Kata dokter disini cuci darah itu untuk ginjalnya yang sudah rusak, supaya dia bertahan, ngluarkan racun. Kalau gak cuci darah gak bisa. Suamiku bilang <u>nanti lek wes sembuh gak cuci lagi</u> (suami saya mengatakan nanti kalau sudah sembuh tidak cuci lagi”. (P2) | Negatif |
| | | | | “ Mesin cuci darah inilah yang membantu bekerjanya ginjal kita dari sekian fungsi-fungsi ginjal yang rusak”. (P3) | Negatif |
| | | | | “Kalau digantikan oleh mesin cuci darah berarti syaraf-syarafnya , pasti ada yang rusak . Cuci darah untuk membersihkan ginjal yang tidak berfungsi, membuang racun, air. Pokoknya untuk memfungsikan ginjal lagi ”. (P4) | Negatif |
| | | | 5. <i>Personal control (Diet)</i> | ”Saya gak makan buah-buahan, sayur, terus minum ya gak banyak-banyak”. (P1) | Positif |
| | | | | “Aku gak boleh makan buah sama sayur mbek bapake, minum ya gak boleh banyak-banyak (saya tidak boleh makan buah dan sayur sama suami saya, minum juga tidak banyak)”. (P2) | Positif |
| | | | | ” Saya batasi makanan yang dilarang kayak sayur, buah, minum gak boleh terlalu banyak ”. (P3) | Positif |
| | | | | “Buah, sayur, sama air dibatasi”. (P4) | Positif |
| 2 | Persepsi | Asumsi terhadap penyakit dan terapi | 1. <i>Consequence</i> | “Keluhan tidak pernah saya rasakan, masih bisa aktivitas, olahraga, tapi sangat mempengaruhi hubungan suami istri karena secara fisik menurun dan penyakit gagal ginjal itu membuat seseorang cepat meninggal ”. (P1) | Negatif |
| | | | | “Saya gak bisa naik motor, gak bisa jongkok, duduk harus di kursi yang tinggi, kalau duduk ndepok di bawah gak bisa bangun sendiri, badan loyo gak kuat kulakan, sudah gak pernah hubungan lagi dengan bapak. Terus pas cuci darah pertama rasanya sakit semua, sudah gak karu-karuan. Cuci ke-1, 2, 3, 4 masih sakit. Saya takut mati mbak (sambil menangis)”. (P2) | Negatif |

| No | Tema | Subtema | Kategori | Pernyataan | Koding |
|----|----------------|--|---------------|---|---------|
| | | | | <p><i>“<u>Sekarang saya bisa bikin gerobak sendiri untuk jualan keliling. Cuci darah juga tidak pengaruhi hubungan suami istri kami</u>”</i>. (P3)</p> | Positif |
| | | | | <p><i>“Pikiran saya saat itu <u>penyakit ini sangat berat</u> karena berkaitan dengan penyakit dalam. Penyakit ginjal itu gak mungkin ada suatu kesembuhan, membawa dampak yang besar sekali, asale kerja gak bisa kerja, gak bisa ikut kerja bakti di kampong, total gak bisa apa-apa sudah. Secara lahiriah maupun jasmaniah menurun, fisik lemah, <u>kondisi badan tidak mumpuni melakukan hubungan suami istri</u>”</i>. (P4)</p> | Negatif |
| | | | 2. Prognosis | <p><i>“<u>Penyakit gagal ginjal itu membuat seseorang cepat meninggal</u>”</i>. (P1)</p> | Negatif |
| | | | | <p><i>“Pokoknya kalau <u>orang cuci ya pasti mati</u>”</i>. (P2)</p> | Negatif |
| | | | | <p><i>“<u>Taun-taun pertama saya pesimis</u>, tidak ada perubahan dengan cuci darah ini. Saya berpikir, <u>saya sudah cuci darah begini, gak lama lagi saya selesai</u>. Tapi <u>sekarang saya mengerti kalau sakit bukan syaratnya meninggal</u>. Hidup dan mati manusia ada di tangan Allah SWT”</i>. (P3)</p> | Positif |
| | | | | <p><i>“Saat itu saya <u>lumpuh selama 5 tahunan, termasuk harapan, fisik, pemikiran non aktif</u>. Saya berpikir aku <u>gak bakalan sembuh, jelas saya akan mati</u>. Tapi <u>saat ini saya mengerti cuci darah bukan menyembuhkan</u>, penyakit dalam gak ada kata-kata sembuh, cuci darah cuma untuk memperpanjang”</i>. (P4)</p> | Positif |
| 2. | Perasaan klien | Menderita CKD dan menjalani hemodialisis | 1. Awal sakit | <p><i>”Ya <u>shock</u> lah awal memulai. Jangankan melihat, disebut cuci darah <u>bayangan saya sudah gak punya harapan hidup lagi</u>”</i>. (P1)</p> | Negatif |
| | | | | <p><i>“Pertama masuk sini, saya <u>triak-triak ndak mau</u>, diapakan saya ini (pertama masuk sini, saya teriak-teriak tidak mau dilakukan hemodialisis)”</i>. (P2)</p> | Negatif |
| | | | | <p><i>” <u>Saya tidak bisa menerima diagnosa dokter</u>, hingga berobat ke shinse. <u>Saya sudah pikirannya gak lama lagi saya akan mati, sampai saya minta istri saya pindah dari RS ini</u> biar bebas dari cuci darah, pikiran kacau”</i>. (P3)</p> | Negatif |
| | | | | <p><i>”Ya <u>menyesal, kaget, jadinya ya takut, putus asa 5 tahunan</u> wong namanya menghadapi penyakit berat. Rasanya <u>gak percaya sama dokter</u>”</i>. (P4)</p> | Negatif |

| No | Tema | Subtema | Kategori | Pernyataan | Koding | |
|----|-----------------|------------------|----------------------------|--|---|---------|
| | | | 2. Saat ini | "Sampai sekarang masih merasakan <u>takut</u> , di rumah masih <u>gelisah, gak bisa tidur</u> saat malam hari". (P1) | Negatif | |
| | | | | "Sampai sekarang saya gak bisa tidur kalau malam hari. Takut kalau harus cuci darah seumur hidup. <u>Takut gak ada harapan hidup lagi</u> saya". (P2) | Negatif | |
| | | | | " <u>Sekarang saya sudah bisa menerima</u> karna saya melihat orang-orang yang cuci darah dapat melakukan dimana-mana, mereka ada 10 tahun, 15 tahun. Pikiran saya kalau orang-orang itu saja bisa, kenapa saya tidak bisa". (P3) | Positif | |
| | | | | " <u>Sekarang ya biasa saja, rasa takut hilang, bisa enjoy, seneng</u> ". (P4) | Positif | |
| 3. | Strategi koping | 1. Bentuk koping | Respon adaptasi | "Pasti jadi <u>ada pikiran takut mati</u> . Kalau ada teman/tetangga ngomong jelek tentang penyakit saya, <u>langsung tak suruh pergi</u> orangnya. <u>Sering juga saya merasa bersalah dan membebani istri, karna tak marahi terus</u> ". (P1) | Anger | |
| | | | | "Saya takut gak ada harapan hidup lagi. <u>Kok ya mesti aku yang dikasik sakit ini</u> (menangis)". (P2) | Bargaining | |
| | | | | " <u>Saya sudah bisa menerima kondisi saya, akan saya jalani dengan ikhlas dan berikhtiar</u> pada Allah SWT". (P3) | Acceptance | |
| | | | | "Saya tidak peduli dengan kata orang, <u>saya terima sakit ini</u> dan akan saya jaani cuci darah ini dengan baik". (P4) | Acceptance | |
| | | | 1. Usaha mencari informasi | 1. Sumber informasi | "Sudah dari <u>internet, teman, dan saudara</u> ". (P1) | Negatif |
| | | | | | " <u>Anak saya sudah lihat di internet, tapi dirahasiakan dari saya ya sudah</u> ". (P2) | Negatif |
| | | | | | " <u>Istri dijelaskan dokter lalu cerita ke saya</u> ". (P3) | Positif |
| | | | | | " <u>Dari senior, teman-teman, perawat, saudara</u> ". (P4) | Positif |

| No | Tema | Subtema | Kategori | Pernyataan | Koding |
|----|------|-------------|---|--|---------|
| | | | 2. Terapi Alternatif | <p>"Info dari teman, bisa pake alternatif obat-obatan <u>herbal atau ramuan</u> 9 lembar daun kumis kucing sama seledri yang direbus air ¼ gelas sampai mendidih, diminum 1x sehari. Ramuan itu membantu buang kencing lebih banyak, ya <u>saya lanjutkan sampai sekarang</u>". (P1)</p> | Negatif |
| | | | | "Anak-anak cuma nyuruh minum daun sukun 1 lembar direbus dari 3 gelas jadi 1 gelas". (P2) | Negatif |
| | | | | "Dulu awal sakit hingga 1 taun pertama berobat ke shinse juga tapi tidak ada perkembangan. <u>Sekarang hanya menjalankan cuci darah 2x seminggu</u> ". (P3) | Positif |
| | | | | " <u>Semua saya jalani</u> , contohnya ya sholat, terapi tusuk jarum, ke orang pintar untuk mendapat nasehat, wawasan, belajar sabar, penasehat, bimbingan, doa, dan sharing agar kita mampu menanggulangi penyakit yang saya derita. Atas inisiatif sendiri, saya juga melakukan <u>terapi air panas mandi di daerah pacet</u> karena selama ini otot-otot badan kan kaku semua, aliran darah agar lancar perlu air panas, supaya otot-ototnya lemes, peredaran darah lancar. <u>Sampai saat ini semua masih saya lakukan</u> ". (P4) | Negatif |
| | | 3. Motivasi | Makna hidup | "Saya <u>masih kepengen hidup panjang</u> untuk diri sendiri dan keluarga, anak-anak dan istri". (P1) | Positif |
| | | | | "Anak-anak nyuruh aku gak boleh mikir, nangis. <u>Gak kepengen lihat cucunya ta</u> ". (P2) | Positif |
| | | | | " <u>Semangat hidup saya untuk istri dan anak-anak saya</u> ". (P3) | Positif |
| | | | | "Kita harus punya prinsip, <u>masalah umur bukan manusia yang menentukan, bukan mesin</u> ". (P4) | Positif |
| | | 3. Komitmen | Komitmen hemodialisis, diet, pembatasan aktivitas | "Insya Allah saya siap cuci darah seumur hidup. Kalau makan makanan yang dilarang, tidak berlebihan. Yang masih belum bisa menanggulangi adalah <u>minum, kadang berlebih</u> . Sementara ini, aktivitas keluar selain bekerja saya kurangi". (P1) | Negatif |

| No | Tema | Subtema | Kategori | Pernyataan | Koding |
|----|---------|-----------------|-------------|---|---------|
| | | | | <p>“<u>Saya mau coba sekali-gak masuk cuci darah</u> tapi gak boleh sama perawat. Saya takut dimarahi bapak kalau minta buah atau sayur. Sekarang aktivitas berhenti semua, cuma makan dan tidur”. (P2)</p> | Negatif |
| | | | | <p>“<u>Sekarang saya sudah berani makan ini itu, hanya saya batasi hal-hal yang dilarang</u> kayak sayur gak boleh terlalu banyak. Saat ini saya bisa jenguk anak di pondok, <u>sering hadir yasinan tahlilan, bangun pagi abis subuh saya jalan-jalan, baca buku</u>”. (P3)</p> | Positif |
| | | | | <p>“Saya trima bila harus cuci darah seumur hidup. Sekarang saya <u>gak ada pantangan</u> mbak, <u>semua saya makan</u>. Saat ini aktivitas saya sudah bisa berjalan baik, dapat bekerja dan pergi keluar kota”. (P4)</p> | Negatif |
| 5 | Support | Sumber dukungan | 1. Keluarga | <p>“Dukungan dari istri sungguh luar biasa, tidak bisa ditulis. Hidup mati saya ada di istri saya. Istri <u>mendukung semua kebutuhan saya</u>, semua yang saya perlukan dalam hal menghadapi sakit ini diselesaikan sama istri saya, tapi tidak ada saya dengar keluhan dari istri. Anak-anak belum pernah menjenguk, <u>hanya saat telepon menanyakan kondisi saya</u>”. (P1)</p> | Positif |
| | | | | <p>“<u>Anak-anak ngasih semangat, katanya anggep ae nglencer</u> selasa sama jumat gak usah mikir. Bapak marah kalau saya minta buah atau sayur, terus saya gak boleh nangis, disuruh pasrah sama Allah”. (P2)</p> | Positif |
| | | | | <p>“<u>Istri yang paling memperhatikan saya</u>, gak boleh makan ini atau jaga makan, gak boleh bawa motor, gak boleh pergi sendirian. <u>Anak juga</u> pernah mendampingi cuci darah. Mereka <u>pesan agar saya jaga kesehatan</u>, jaga makan, jaga minum, apa yang dilarang dokter diikuti aja. Dan saat mereka di pondok, mereka selalu menanyakan kesehatan saya”. (P3)</p> | Positif |
| | | | | <p>“<u>Istri selalu memberikan masukan spiritual, mengingatkan makan penambah darah</u>”. (P4)</p> | Positif |
| | | | 2. Teman | <p>“<u>Rekan-rekan kerja membantu kesulitan-kesulitan saya</u>. Hampir semua teman-teman mendukung, memotivasi lah. Kadang saya diantar dan dijemput teman kantor kalau orang rumah tidak ada yang nganterkan”. (P1)</p> | Positif |

| No | Tema | Subtema | Kategori | Pernyataan | Koding |
|----|------|---------|----------------------|--|---------|
| | | | | " Gak ada mbak " (P2) IR. FEBRIANITA TAIKAN UNIVERSITAS AIRLANGGA | Negatif |
| | | | | " Dari teman menyuruh saya jaga makan, minum ". (P3) | Positif |
| | | | | " Teman selalu memberi support sehingga bisa membangkitkan semangat kembali". (P4) | Positif |
| | | | 3. Tenaga kesehatan | "Saya sudah banyak dibantu di ruangan ini, baik dari dokter dan perawat . Perawat memberi saran-saran, larangan yang dimakan, informasi menjaga kondisi". (P1) | Positif |
| | | | | " Pak mantri yang badane tinggi, kacamataan itu yang ngrawat saya pas triak-triak, ngasih semangat , katanya kan ibu cucinya sekarang gak mbayar. Kalau dokter nyuruh saya makan yang kenyang kalau ngadepi HD supaya badannya gak sakit ". (P2) | Positif |
| | | | | " Mereka memberi motivasi, senyum, penjelasan gak boleh begini, gak boleh begitu, ada masalah mereka beri solusi". (P3) | Positif |
| | | | | " Dokter dan perawat selalu support saya". (P4) | Positif |
| | | | 4. Lingkungan sosial | " Pak RT dan pak RW menyadari kondisi saya". (P1) | Positif |
| | | | | "Saya gak keluar rumah jadi ya gak pernah ngomong sama mereka ". (P2) | Negatif |
| | | | | "Dari tetangga menyuruh saya jaga makan, minum ". (P3) | Positif |
| | | | | "Saya jarang ikut kegiatan di kampung". (P4) | Negatif |
| | | | 5. Sesama pasien | "Dengan sesama pasien , karena senasib ya saling mensupport antara 1 dengan yang lain, bisa menjadi dorongan tapi juga membuat harapan saya tipis karena perkembangan orang cuci darah tidak stabil, ketemu seneng kalau perkembangannya baik, bugar tapi adakalanya tiba-tiba drop, pingsan, membuat saya merasa akan seperti itu juga nantinya". (P1) | Negatif |
| | | | | " Takut kalau ngelihat teman yang kritis seperti itu, aku nanti bisa kayak gitu ". (klien menangis) (P2) | Negatif |
| | | | | " Dengan pasien disini, kami saling support ". (P3) | Positif |
| | | | | "Teman-teman disini ya... gitu saling memberi support". (P4) | Positif |

Tabulasi Data

| Kode Resp. | Usia | Jenis kelamin | Status nikah | Tk. Pendidikan | Pekerjaan | Lama hemodialisis | Saturasi O ₂ | | | |
|----------------------------|---|------------------------------|--------------------------------|--|--------------------------------|--|--|---|------|---|
| | 1. 18-45 th 2. 46-60 th 3. 61-65 th | 1. Laki-laki 2. Perempuan | 1. Menikah 2. Belum menikah | 1. Tidak sekolah 2. SD 3. SMP 4. SMA 5. PT | 1. Bekerja 2. Tidak bekerja | 1. < 3 bulan 2. 3-12 bulan 3. 1-5 tahun 4. 5-10 tahun 5. >10 tahun | 1. 90 - 100 % 2. 60 - 90 % 3. 0 - 59 % | | | |
| | Dalam tahun | Kode | | | | Waktu | Kode | % | Kode | |
| KELOMPOK INTERVENSI | | | | | | | | | | |
| 1 | 42 | 1 | 1 | 1 | 5 | 2 | 9 bulan | 2 | .100 | 1 |
| 2 | 49 | 2 | 1 | 1 | 4 | 2 | 10 bulan | 2 | 100 | 1 |
| 3 | 44 | 1 | 1 | 1 | 4 | 2 | 11 bulan | 2 | 100 | 1 |
| 4 | 43 | 1 | 2 | 1 | 5 | 1 | 5 bulan | 2 | 100 | 1 |
| 5 | 54 | 2 | 1 | 1 | 5 | 2 | 2 tahun | 3 | 100 | 1 |
| 6 | 48 | 2 | 1 | 1 | 4 | 2 | 5 bulan | 2 | 99 | 1 |
| 7 | 44 | 1 | 2 | 1 | 4 | 2 | 7 bulan | 2 | 100 | 1 |
| 8 | 55 | 2 | 1 | 1 | 4 | 2 | 6 tahun | 4 | 100 | 1 |
| 9 | 42 | 1 | 1 | 1 | 5 | 1 | 7 bulan | 2 | 98 | 1 |
| 10 | 63 | 3 | 1 | 1 | 2 | 2 | 3 tahun | 3 | 100 | 1 |
| 11 | 51 | 2 | 2 | 1 | 4 | 2 | 3 bulan | 2 | 100 | 1 |
| 12 | 44 | 1 | 1 | 1 | 4 | 2 | 11 bulan | 2 | 100 | 1 |
| 13 | 40 | 1 | 2 | 1 | 4 | 1 | 2 bulan | 1 | 100 | 1 |
| 14 | 52 | 2 | 1 | 1 | 5 | 2 | 9 bulan | 2 | 100 | 1 |
| 15 | 41 | 1 | 1 | 1 | 4 | 2 | 3 bulan | 2 | 100 | 1 |
| 16 | 58 | 2 | 1 | 1 | 4 | 2 | 2 tahun | 3 | 100 | 1 |
| 17 | 34 | 1 | 2 | 2 | 5 | 1 | 3 minggu | 1 | 100 | 1 |
| 18 | 57 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 7 bulan | 2 | 100 | 1 |

| Kode Resp. | Usia | Jenis kelamin | Status nikah | Tk. Pendidikan | Pekerjaan | Lama hemodialisis | Saturasi O ₂ | | | |
|-------------------------|-------------|---------------|------------------|----------------|------------------|-------------------|-------------------------|--------------|------|---|
| | Dalam tahun | Kode | | | | Waktu | Kode | % | Kode | |
| | 1. 18-45 th | 1. Laki-laki | 1. Menikah | 1. Tidak | 1. Bekerja | 1. < 3 bulan | | 1. 90-100 % | | |
| | 2. 46-60 th | 2. Perempuan | 2. Belum menikah | Sekolah | 2. Tidak bekerja | 2. 3-12 bulan | | 2. 60 - 90 % | | |
| | 3. 61-65 th | | | 2. SD | | 3. 1-5 tahun | | 3. 0 - 59 % | | |
| | | | | 3. SMP | | 4. 5-10 th | | | | |
| | | | | 4. SMA | | 5. >10 th | | | | |
| | | | | 5. PT | | | | | | |
| KELOMPOK KONTROL | | | | | | | | | | |
| 1 | 45 | 1 | 1 | 1 | 5 | 2 | 6 bulan | 2 | 100 | 1 |
| 2 | 50 | 2 | 2 | 1 | 4 | 2 | 7 bulan | 2 | 100 | 1 |
| 3 | 41 | 1 | 1 | 1 | 4 | 2 | 8 bulan | 2 | 100 | 1 |
| 4 | 43 | 1 | 1 | 1 | 5 | 1 | 2 bulan | 1 | 100 | 1 |
| 5 | 58 | 2 | 2 | 1 | 5 | 2 | 3 tahun | 3 | 100 | 1 |
| 6 | 46 | 2 | 2 | 1 | 4 | 2 | 2 bulan | 1 | 100 | 1 |
| 7 | 40 | 1 | 1 | 1 | 4 | 2 | 8 bulan | 2 | 97 | 1 |
| 8 | 51 | 2 | 1 | 1 | 4 | 2 | 4 bulan | 2 | 99 | 1 |
| 9 | 39 | 1 | 1 | 1 | 5 | 1 | 11 bulan | 2 | 100 | 1 |
| 10 | 64 | 3 | 1 | 1 | 2 | 2 | 4 tahun | 3 | 100 | 1 |
| 11 | 49 | 2 | 2 | 1 | 4 | 2 | 2 tahun | 3 | 98 | 1 |
| 12 | 42 | 1 | 1 | 1 | 4 | 2 | 3 bulan | 2 | 100 | 1 |
| 13 | 45 | 1 | 1 | 1 | 4 | 1 | 1 bulan | 1 | 100 | 1 |
| 14 | 55 | 2 | 1 | 1 | 5 | 2 | 2 tahun | 3 | 100 | 1 |
| 15 | 41 | 1 | 1 | 1 | 4 | 2 | 8 bulan | 2 | 100 | 1 |
| 16 | 61 | 3 | 1 | 1 | 3 | 2 | 11 bulan | 2 | 100 | 1 |
| 17 | 43 | 1 | 1 | 1 | 5 | 2 | 7 bulan | 2 | 97 | 1 |
| 18 | 54 | 2 | 2 | 1 | 4 | 2 | 10 bulan | 2 | 100 | 1 |

| Kode Persepsi Resp. | Tingkat Kecemasan | | Tingkat Kepatuhan | | | | | | | | | | | | Kesimpulan kepatuhan | | Dokumentasi Form PPAH | | | | | | |
|----------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------|---------------------|-----------------|----------|-----|----------------|------|-----------------|-----|-----------------|----------------|----------------------|--------|--------------------------|---|---------|---|---|---|---------|
| | 1. Positif | 1. Tidak cemas: 0 | IDWG | | Jadwal Hemodialisis | | | | Tekanan Darah | | | | 1. Patuh | 2. Tidak patuh | | | | | | | | | |
| 2. Negatif | 2. Cemas ringan: 1-3 | 3. Cemas sedang: 4-6 | 4. Cemas berat: 7-10 | 1. Ringan: < 4% | 2. Rata-rata: 4-6% | 3. Bahaya: > 6% | 1. Patuh | | 2. Tidak patuh | | 1. <140/90 mmHg | | 2. >140/90 mmHg | | | | | | | | | | |
| Pre | Post | Pre | Post | Pre | Kode | Post | Kode | Pre | Post | Pre | Post | Pre | Post | Pre | Post | Pre | Post | | | | | | |
| | | Skor | Kode | Skor | Kode | (%) | (%) | HD | HD | Kode | HD | HD | Kode | Hasil | Kode | Hasil | Kode | | | | | | |
| | | | | | | | | 1 | 2 | | 1 | 2 | | (mmHg) | | (mmHg) | | | | | | | |
| KELOMPOK INTERVENSI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 1 | 5 | 3 | 2 | 2 | 5 | 2 | 4 | 2 | √ | √ | 1 | √ | √ | 1 | 150/90 | 2 | 130/80 | 1 | 2 | 1 | Lengkap |
| 2 | 2 | 1 | 3 | 2 | 0 | 1 | 6 | 2 | 3 | 1 | √ | √ | 1 | √ | √ | 1 | 130/90 | 1 | 140/90 | 2 | 1 | 1 | Lengkap |
| 3 | 1 | 1 | 3 | 2 | 0 | 1 | 7 | 3 | 3 | 1 | √ | √ | 1 | √ | √ | 1 | 170/90 | 2 | 140/80 | 1 | 2 | 1 | Lengkap |
| 4 | 2 | 1 | 7 | 4 | 3 | 2 | 7 | 3 | 3 | 1 | √ | √ | 1 | √ | √ | 1 | 170/100 | 2 | 140/100 | 2 | 2 | 1 | Lengkap |
| 5 | 1 | 1 | 1 | 2 | 0 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | √ | √ | 1 | √ | √ | 1 | 150/100 | 2 | 130/90 | 1 | 1 | 1 | Lengkap |
| 6 | 2 | 1 | 7 | 4 | 3 | 2 | 6 | 2 | 3 | 1 | √ | √ | 1 | √ | √ | 1 | 170/90 | 2 | 140/80 | 1 | 2 | 1 | Lengkap |
| 7 | 2 | 1 | 5 | 3 | 3 | 2 | 5 | 2 | 4 | 2 | √ | √ | 1 | √ | √ | 1 | 150/80 | 2 | 130/70 | 1 | 2 | 1 | Lengkap |
| 8 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 6 | 2 | 3 | 1 | √ | √ | 1 | √ | √ | 1 | 150/90 | 2 | 140/90 | 2 | 2 | 1 | Lengkap |
| 9 | 2 | 1 | 6 | 3 | 2 | 2 | 7 | 3 | 5 | 2 | √ | √ | 1 | √ | √ | 1 | 170/90 | 2 | 150/90 | 2 | 2 | 2 | Lengkap |
| 10 | 1 | 1 | 1 | 2 | 0 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | √ | √ | 1 | √ | √ | 1 | 110/80 | 1 | 120/80 | 1 | 1 | 1 | Lengkap |
| 11 | 2 | 1 | 5 | 3 | 2 | 2 | 4 | 2 | 3 | 1 | √ | √ | 1 | √ | √ | 1 | 130/90 | 1 | 140/90 | 2 | 1 | 1 | Lengkap |
| 12 | 1 | 1 | 2 | 2 | 0 | 1 | 7 | 3 | 4 | 2 | - | √ | 2 | √ | √ | 1 | 180/90 | 2 | 130/90 | 1 | 2 | 1 | Lengkap |
| 13 | 2 | 1 | 8 | 4 | 3 | 2 | 8 | 3 | 3 | 1 | √ | √ | 1 | √ | √ | 1 | 170/90 | 2 | 150/90 | 2 | 2 | 1 | Lengkap |
| 14 | 2 | 1 | 5 | 3 | 2 | 2 | 6 | 2 | 3 | 1 | √ | √ | 1 | √ | √ | 1 | 170/90 | 2 | 150/100 | 2 | 2 | 1 | Lengkap |
| 15 | 2 | 1 | 6 | 3 | 2 | 2 | 7 | 3 | 4 | 2 | √ | √ | 1 | √ | √ | 1 | 180/90 | 2 | 140/80 | 1 | 2 | 1 | Lengkap |
| 16 | 1 | 1 | 2 | 2 | 0 | 1 | 8 | 3 | 3 | 1 | √ | √ | 1 | √ | √ | 1 | 160/90 | 2 | 150/100 | 2 | 2 | 1 | Lengkap |
| 17 | 2 | 1 | 7 | 4 | 4 | 3 | 9 | 3 | 5 | 2 | √ | - | 2 | √ | √ | 1 | 200/100 | 2 | 180/90 | 2 | 2 | 2 | - |
| 18 | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 | 2 | 7 | 3 | 3 | 1 | √ | √ | 1 | √ | √ | 1 | 170/90 | 2 | 140/100 | 2 | 2 | 1 | Lengkap |

| Kode Respon | Persepsi | Tingkat Kecemasan | | | | | | Tingkat Kepatuhan | | | | | | | | | | | | | | Kesimpulan kepatuhan | | |
|-------------------------|----------|-------------------|------|------------|------|-------------------|------|----------------------|------|----------------------|------|----------------------|------|------|------|---------------------|---------|---------------|---------|----------|------|----------------------|----------------|--|
| | | 1. Positif | | 2. Negatif | | 1. Tidak cemas: 0 | | 2. Cemas ringan: 1-3 | | 3. Cemas sedang: 4-6 | | 4. Cemas berat: 7-10 | | IDWG | | Jadwal Hemodialisis | | Tekanan Darah | | 1. Patuh | | | 2. Tidak patuh | |
| Pre | Post | Pre | Post | Pre | Post | Pre | Post | Kode | Kode | Pre | Post | Pre | Post | Pre | Post | Pre | Post | Pre | Post | Pre | Post | Pre | Post | |
| | | Skor | Kode | Skor | Kode | (%) | (%) | | | HD | HD | Kode | HD | HD | Kode | Hasil (mmHg) | Kode | Hasil (mmHg) | Kode | Pre | Post | Pre | Post | |
| | | 1 | 2 | 1 | 2 | | | | | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | | | | | | | | | |
| KELOMPOK KONTROL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 2 | 4 | 3 | 4 | 3 | 3 | 1 | 3 | 1 | √ | √ | 1 | √ | √ | 1 | 120/90 | 1 | 130/90 | 2 | 1 | 1 | | |
| 2 | 2 | 2 | 5 | 3 | 5 | 3 | 4 | 2 | 3 | 1 | √ | √ | 1 | √ | √ | 1 | 150/90 | 2 | 130/90 | 2 | 2 | 1 | | |
| 3 | 2 | 1 | 3 | 2 | 3 | 2 | 4 | 2 | 3 | 1 | √ | √ | 1 | √ | √ | 1 | 140/100 | 2 | 130/80 | 1 | 2 | 1 | | |
| 4 | 2 | 2 | 6 | 3 | 6 | 3 | 8 | 3 | 6 | 2 | √ | √ | 1 | √ | - | 2 | 190/90 | 2 | 180/100 | 2 | 2 | 2 | | |
| 5 | 1 | 1 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 1 | 5 | 2 | √ | √ | 1 | √ | √ | 1 | 150/100 | 2 | 160/90 | 2 | 1 | 2 | | |
| 6 | 2 | 2 | 7 | 4 | 5 | 3 | 6 | 2 | 3 | 1 | √ | √ | 1 | √ | √ | 1 | 170/90 | 2 | 140/80 | 1 | 2 | 1 | | |
| 7 | 2 | 1 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 1 | 8 | 3 | √ | √ | 1 | √ | √ | 1 | 150/90 | 2 | 180/90 | 2 | 1 | 2 | | |
| 8 | 2 | 2 | 6 | 3 | 5 | 3 | 7 | 3 | 6 | 2 | √ | √ | 1 | √ | √ | 1 | 180/100 | 2 | 170/90 | 2 | 2 | 2 | | |
| 9 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 8 | 3 | 3 | 1 | - | √ | 2 | √ | √ | 1 | 200/100 | 2 | 150/90 | 2 | 2 | 1 | | |
| 10 | 1 | 1 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 | 1 | 3 | 1 | √ | √ | 1 | √ | √ | 1 | 120/80 | 1 | 130/90 | 1 | 1 | 1 | | |
| 11 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 | 3 | 1 | √ | √ | 1 | √ | √ | 1 | 120/70 | 1 | 140/90 | 2 | 1 | 1 | | |
| 12 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 8 | 3 | 6 | 2 | √ | √ | 1 | √ | √ | 1 | 190/100 | 2 | 170/100 | 2 | 2 | 2 | | |
| 13 | 2 | 2 | 6 | 3 | 6 | 3 | 8 | 3 | 4 | 2 | √ | - | 2 | √ | √ | 1 | 190/100 | 2 | 160/90 | 2 | 2 | 2 | | |
| 14 | 1 | 1 | 3 | 2 | 2 | 2 | 6 | 2 | 5 | 2 | √ | √ | 1 | √ | √ | 1 | 160/90 | 2 | 160/90 | 2 | 2 | 2 | | |
| 15 | 2 | 2 | 5 | 3 | 5 | 3 | 7 | 3 | 8 | 3 | √ | √ | 1 | √ | - | 2 | 180/90 | 2 | 200/90 | 2 | 2 | 2 | | |
| 16 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 5 | 2 | 4 | 2 | √ | √ | 1 | - | √ | 2 | 160/80 | 2 | 170/90 | 2 | 2 | 2 | | |
| 17 | 2 | 2 | 6 | 3 | 5 | 3 | 5 | 2 | 7 | 3 | √ | √ | 1 | √ | √ | 1 | 150/100 | 2 | 170/90 | 2 | 2 | 2 | | |
| 18 | 1 | 1 | 3 | 2 | 3 | 2 | 1 | 1 | 3 | 1 | √ | √ | 1 | √ | √ | 1 | 100/80 | 1 | 120/80 | 1 | 1 | 1 | | |



MODEL

PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

PERENCANAAN PERAWATAN AKHIR HAYAT (PPAH) UNTUK PENYAKIT GINJAL KRONIK YANG MENJALANI HEMODIALISIS



Oleh :

Caturia Sasti Sulistyana

Editor : Joni Haryanto, S.Kp., M.Si., Dr.Kep

Penerbit
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

- Penulis : Caturia Sasti Sulistyana
- Kontributor : Prof Dr Suhartono Taat Putra, dr., MS
- Dr.Padoli, S.Kp., M.Kes
- Dr. Joni Haryanto, S.Kp., M.Si
- Puji Rahayu, S.Kep.Ns., M.Kep
- Atika, S.Si., M.Kes
- Editor : Joni Haryanto, S.Kp., M.Si., Dr.Kep
- Tata letak : Zaki
- Penyunting : ibnu
- Illustrasi : Ridwan
- Desain Cover : Caturia

Hak Cipta dilindungi undang-undang. Dilarang memperbanyak atau memindahkan sebagian atau seluruh isi model ini dalam bentuk apapun, baik secara elektronik maupun mekanis, termasuk memfotocopy, merekam, atau dengan sistem penyimpanan lainnya, tanpa izin tertulis dari Penulis.

Penerbit
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Jalan Mulyorejo Kampus C Universitas Airlangga
Surabaya, Jawa Timur 60115
Indonesia

Cetakan :
1 – Surabaya, 2017

Perpustakaan Nasional : Katalog dalam terbitan
Sulistyana
Model Perencanaan Perawatan Akhir Hayat (PPAH)/Sulistyana
--Ed. 1. – Surabaya: Fakultas Keperawatan Unair, 2017
X + 46 hlm. Ilus; 14,8 x 21 Cm
ISBN :

Sanksi pelanggaran

Pasal 72 UU Nomor 19 Tahun 2002 Tentang Hak Cipta

1. Barangsiapa dengan sengaja dan tanpa hak melakukan perbuatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) atau Pasal 49 ayat (1) dan ayat (2) dipidana dengan pidana penjara masing-masing paling singkat 1 (satu) bulan dan/atau denda paling sedikit Rp 1.000.000,00 (satu juta rupiah), atau pidana penjara paling lama 7 (tujuh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp 5.000.000.000,00 (lima miliar rupiah).
2. Barangsiapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum suatu Ciptaan atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta atau Hak Terkait sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp 500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

Syukur Alhamdulillah, merupakan suatu kalimat yang sangat pantas penulis ucapkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat bimbingan, ridho dan inayah-Nyalah maka penulis bisa menyelesaikan sebuah Model Keperawatan dengan nama "Perencanaan Perawatan Akhir Hayat (PPAH)" dan telah dapat kita baca sekarang ini.

Model Perencanaan Perawatan Akhir Hayat (PPAH) ini dibuat dengan berbagai wawancara, observasi dan diskusi pakar, sehingga dalam jangka waktu tertentu dapat menghasilkan karya yang bisa saya pertanggungjawabkan hasilnya. Saya mengucapkan terimakasih kepada pihak terkait yang telah membantu saya dalam menghadapi berbagai tantangan dalam penyusunan model ini.

Saya menyadari bahwa masih sangat banyak kekurangan pada model PPAH ini. Oleh karena itu, saya mengajak para pembaca untuk memberikan kritik dan saran yang bersifat membangun untuk kemajuan ilmu pengetahuan ini.

Terima kasih, dan semoga model ini bisa memberikan sumbangsiah positif bagi perkembangan ilmu keperawatan selanjutnya.

Surabaya

Caturia Sasti Sulistyana

DAFTAR ISI

| | |
|--|-----------|
| Kata Pengantar | 4 |
| Daftar Isi | 5 |
| BAB 1 PENDAHULUAN | 6 |
| 1.1 Latar Belakang Permasalahan Penulisan..... | 6 |
| BAB 2 DESKRIPSI MODEL | 8 |
| 2.1 Falsafah | 9 |
| 2.2 Nilai | 12 |
| 2.3 Tujuan..... | 12 |
| 2.4 Model yang diharapkan | 13 |
| BAB 3 PROSES KEPERAWATAN | 15 |
| 3.1 Identifikasi Masalah | 15 |
| 3.2 Penentuan Diagnosa Keperawatan | 16 |
| 3.3 Perencanaan Perawatan Akhir Hayat | 17 |
| 3.4 Pelaksanaan Perawatan Akhir Hayat | 18 |
| 3.5 Monitoring dan Evaluasi | 19 |
| BAB 4 DOKUMENTASI MODEL..... | 20 |
| 4.1 Format Pengkajian Data Dasar | 20 |
| 4.2 Format Proses Keperawatan | 20 |
| 4.3 Standar Praktik Profesional | 20 |
| 4.4 Standar Kinerja Profesional | 22 |
| BAB 5 IMPLEMENTASI MODEL | 40 |
| 5.1 Identifikasi Masalah | 40 |
| 5.2 Pelaksanaan Model | 40 |
| 5.3 Monitoring dan Evaluasi Model | 41 |

DAFTAR PUSTAKA

BAB 1 PENDAHULUAN

Kecemasan sering ditemukan terjadi pada klien CKD yang menjalani hemodialisis. Klien CKD sangat bergantung pada mesin dialisis seumur hidup, menimbulkan kekhawatiran pada kematian dan kehilangan harapan. Klien sering menganggap hemodialisis mengerikan dan menyebabkan kematian.

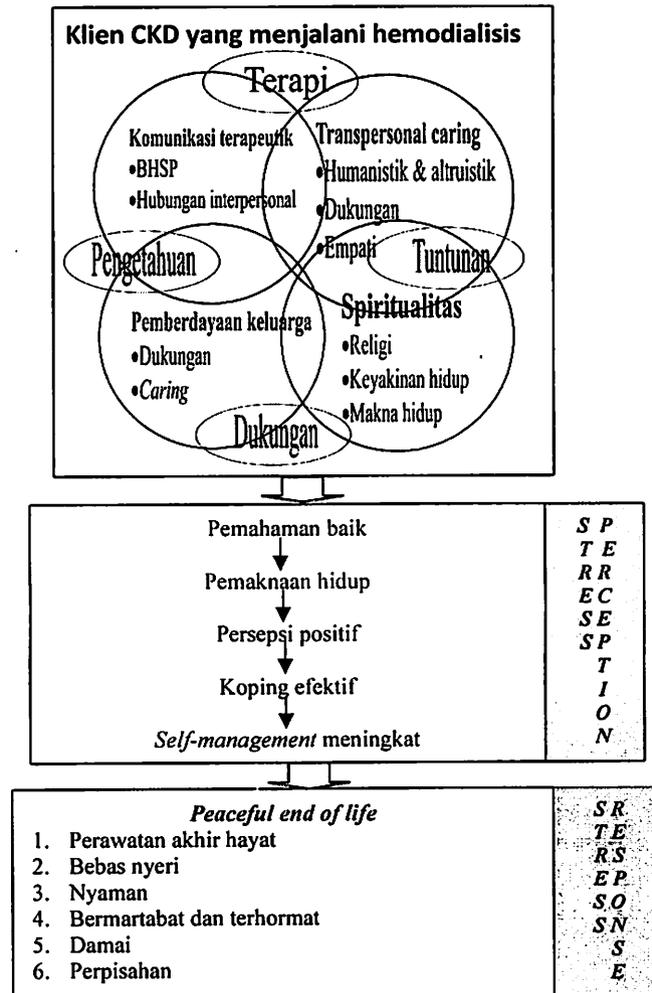
Prevalensi CKD semakin meningkat. Kasus CKD di Indonesia tergolong tinggi. Tahun 2014, Jawa Timur menempati urutan kedua penderita terbanyak setelah Jawa Barat. Jumlah penderita di Surabaya juga semakin meningkat. Kecemasan berkaitan erat dengan ketidakpatuhan. Kecemasan menurunkan *mood* dan motivasi klien menjalankan hemodialisis. Bila tidak teratasi, cemas semakin meningkat dan menimbulkan respon marah, sedih, putus asa, hingga ingin bunuh diri (*suicide*) dengan menolak hemodialisis dan melanggar diet.

Perawatan di rumah sakit umumnya hanya fokus pada pemulihan fisik. Klien membutuhkan perawatan yang memperhatikan semua aspek untuk mencapai akhir hidup yang berkualitas, Spiritualitas memberikan ketenangan dan makna hidup individu dalam menghadapi penyakit. Klien juga membutuhkan dukungan sosial dari keluarga dan tenaga kesehatan. Keluarga merupakan lingkungan terdekat yang dapat memberikan pengasuhan untuk meningkatkan kenyamanan dan ketahanan fisik klien. Dukunzgan dari tenaga kesehatan diperlukan untuk memberikan perawatan kesehatan yang holistik dalam membantu klien mencapai atau

mempertahankan kesehatan. Perawat memiliki peran penting sebagai edukator, pemberi asuhan, serta advokat bagi klien dan keluarga dengan menitikberatkan pada kemampuan komunikasi terapeutik perawat. Fakta di atas menjadi dasar dalam pengembangan model Perencanaan Perawatan Akhir Hayat (PPAH) dengan berbasis pada Psikoneuroimunologi (PNI).

Model merupakan rancangan terstruktur berisi hubungan antara berbagai konsep dalam teori yang terorganisir untuk mengarahkan pelaksana bekerja sesuai konsep dan teori yang dimaksud. Mendesain model berarti membangun sebuah acuan terstruktur berdasarkan falsafah, nilai, keyakinan, visi dan misi, serta tujuan hingga terwujud modul pelaksanaan tindakan. Pengembangan model PPAH didasarkan pada hasil penelitian tahap 1, studi literatur, dan diskusi pakar. Konsep dan teori yang digunakan untuk mengembangkan model PPAH yaitu konsep spiritualitas, model pemberdayaan keluarga, komunikasi terapeutik, serta teori keperawatan *caring* Jean Watson, dan *peaceful end of life* Ruland & Moore. Hasil integrasi konsep dan teori tersebut berupa draft model dan modul yang kemudian di konsultasikan pada dewan pakar Psikoneuroimunologi, Penyakit Dalam, Keperawatan, Psikolog, Ahli Gizi, dan Rohaniawan. Hasil diskusi pakar merupakan draft model dan modul yang siap di uji cobakan kembali di masyarakat.

DISKRIPSI MODEL



Gambar 2.1 Model Perencanaan Perawatan Akhir Hayat (PPAH)

Gambar 2.1 menjelaskan tentang pengembangan model perawatan berbasis Psiconeuroimunologi (PNI), yaitu Model Perencanaan Perawatan Akhir Hayat (PPAH). Model PPAH merupakan pola dari konsep dan teori spiritualitas, model pemberdayaan keluarga, komunikasi terapeutik, serta teori keperawatan *caring* Jean Watson, dan *peaceful end of life* Ruland & Moore pada bab 2, hasil penelitian tahap 1, dan diskusi pakar. Model PPAH menggunakan pendekatan *supportive-psychoeducative* sebagai bentuk tindak lanjut terhadap hasil penelitian tahap 1. Model ini diharapkan mampu mengatasi kecemasan klien yang menjalani hemodialisis, dengan hasil akhir yang ingin dicapai adalah sesuai dengan teori keperawatan *Peaceful end of life* oleh Ruland & Moore, yaitu dengan kriteria perawatan akhir hayat yang layak sesuai keinginan klien, bebas nyeri, nyaman, bermartabat (*dignity*) dan terhormat (*respect*), damai, dan memiliki waktu untuk berpisah dengan orang-orang yang dicintainya.

2.1 Falsafah

Filosofi dari pengembangan model ini adalah setiap manusia pasti akan merasakan kecemasan bila divonis dokter menderita penyakit kronis, khususnya CKD dan harus menjalani hemodialisis. Klien CKD mengalami perubahan fungsional ginjal sehingga harus bergantung pada mesin dialisis seumur hidup, menyebabkan ketidakpastian prognosis dan kematian. Pengetahuan yang kurang terkait penyakit menyebabkan klien gagal beradaptasi dengan stresor yang ada sehingga mudah menerima

pendapat negatif dari orang lain. Hal tersebut menimbulkan pemahaman, persepsi dan asumsi yang salah, serta sikap pesimis terhadap penyakit dan *treatment* yang harus dijalani untuk mempertahankan fungsional fisik mereka. Persepsi negatif mempengaruhi strategi coping untuk beradaptasi terhadap stressor dan dianggap sebagai prediktor kecemasan. Kecemasan berkaitan erat dengan ketidakpatuhan. Kecemasan menurunkan *mood* dan motivasi klien menjalankan hemodialisis. Bila tidak teratasi, cemas semakin meningkat dan menimbulkan respon marah, sedih, putus asa, hingga *suicide*. Kecemasan sangat mempengaruhi kesehatan seseorang.

Hasil penelitian tahap 1 dan 2 yang dapat diintegrasikan dalam pemodelan ini adalah variabel terapi, pengetahuan, dukungan, dan tuntutan. Terapi, diartikan sebagai pengobatan medis untuk menggantikan fungsi ginjal klien yang telah rusak. Pengetahuan merupakan informasi mengenai CKD dan hemodialisis yang diperoleh melalui pengamatan, lalu diproses dan diorganisasikan menjadi pemahaman. Dukungan merupakan tindakan yang diperlukan oleh klien, yaitu motivasi, semangat, nasehat, teman, bantuan, kasih sayang, pemahaman, dan saran untuk penyelesaian masalah. Tuntunan merupakan bimbingan, petunjuk, pedoman, atau panduan dalam menghadapi sakit.

Variabel terapi dapat mendukung pencapaian bebas nyeri (ketidaknyamanan) akibat komplikasi yang ditimbulkan dari CKD. Variabel pengetahuan akan meningkatkan pemahaman dan pencapaian

respon adaptif klien dalam menghadapi akhir hayat. Variabel dukungan dapat meningkatkan kenyamanan dan martabat klien dalam kondisi sakit. Dukungan dapat berasal dari teman sejawat, keluarga, tenaga kesehatan. Keluarga dapat memberikan pengasuhan untuk meningkatkan kenyamanan dan ketahanan fisik klien. Dukungan dari tenaga kesehatan diperlukan untuk menyediakan lingkungan yang kondusif untuk meningkatkan kenyamanan klien selama menjalankan hemodialisis, serta memberikan perawatan kesehatan yang holistik untuk membantu klien mencapai atau mempertahankan kesehatan. Perawat adalah profesi yang tepat untuk memberikan dukungan pada klien karena berperan sebagai pemberi asuhan dan advokat yang memiliki jiwa *caring*. Variabel tuntunan akan menjadi pedoman perawatan akhir hayat yang damai bagi klien.

Variabel yang didapat pada tahap 1 diintegrasikan dengan hasil studi literatur dari konsep dan teori keperawatan 1) spiritualitas, 2) komunikasi terapeutik, 3) model pemberdayaan keluarga, 4) *transpersonal caring*, 5) *peaceful end of life*. Keseluruhan variabel di atas dijadikan dasar dalam perumusan model keperawatan yang tepat untuk intervensi pada klien CKD yang mengalami kecemasan menjalankan hemodialisis, yaitu Model Perencanaan Perawatan Akhir Hayat (PPAH). Perencanaan Perawatan Akhir Hayat merupakan bentuk pelayanan profesional bidang keperawatan Medikal, khususnya paliatif pada penyakit kronis atau terminal. Model PPAH ini bertujuan mempengaruhi area *stress perception* (perubahan persepsi negatif

menjadi positif) dan menghasilkan perubahan pada area *stress response* (penurunan kecemasan) klien CKD menjalankan hemodialisis sehingga tercapai kualitas akhir hayat yang optimal.

2.2 Nilai

Beberapa hal yang harus diperhatikan dalam menerapkan Model PPAH:

1. Perawat harus mempunyai kemampuan komunikasi terapeutik yang telah tersertifikasi dan menerapkan etika.
2. Klien CKD yang menjalani hemodialisis mempunyai harkat dan martabat sebagai manusia yang harus dihargai dan dihormati.
3. Klien adalah seseorang yang membutuhkan perawatan terintegrasi berupa aplikasi tindakan Model PPAH.

2.3 Tujuan

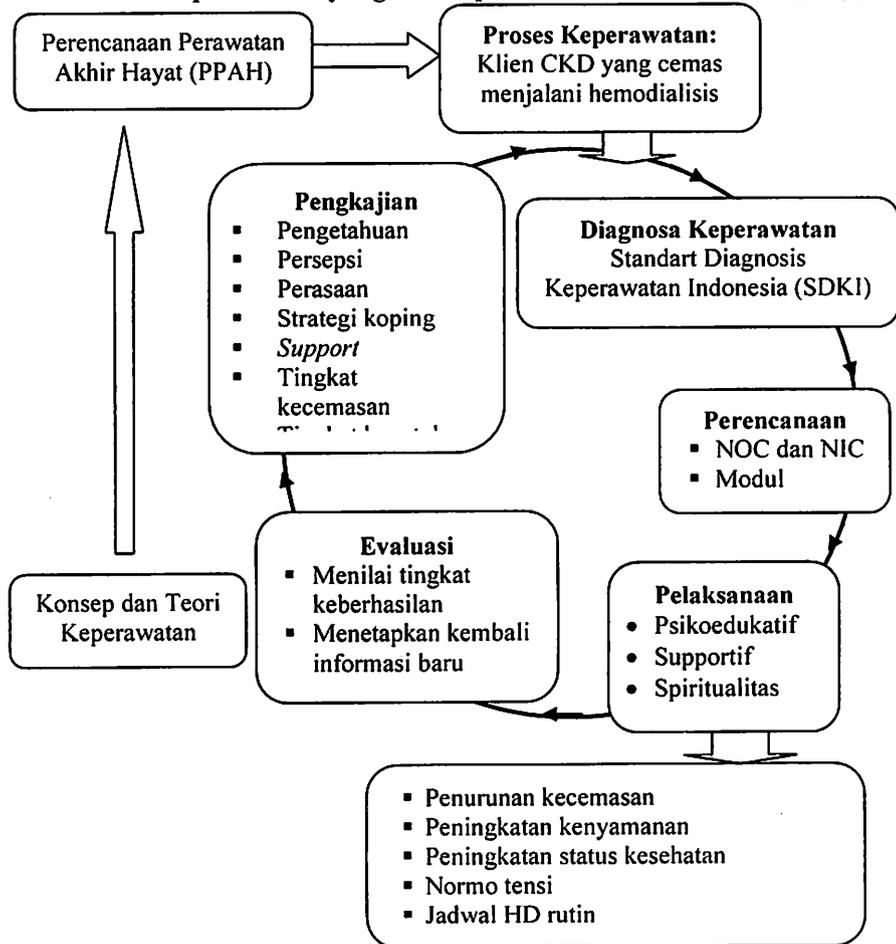
Penerapan model PPAH memiliki tujuan sebagai berikut:

1. Mencapai kenyamanan sehingga akan menurunkan tingkat kecemasan klien dalam menjalankan hemodialisis.
2. Mencegah komplikasi penyakit yang timbul akibat kecemasan.
3. Meningkatkan kepatuhan menjalankan terapi.
4. Meningkatkan martabat dan kualitas akhir hidup klien.

2.4 Model keperawatan yang diharapkan

IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

Berkaitan dengan berbagai konsep dan teori yang dikembangkan di atas, filosofi, nilai, tujuan penerapan model PPAH, dan sesuai hasil penelitian tahap I adalah sebagai berikut:



1. Klien harus mendapatkan terapi medis untuk menggantikan fungsi ginjal yang telah rusak, yaitu hemodialisis, diet, dan terapi farmakologis untuk mempertahankan status kesehatan mereka.
2. Klien memerlukan pengetahuan mengenai penyakit dan hemodialisis untuk mengubah persepsi negatif klien terhadap penyakitnya.
3. Klien memerlukan dukungan sosial dari keluarga, tenaga kesehatan, teman sejawat, atau kelompok sosial untuk meningkatkan motivasi menjalankan regimen terapi.
4. Tuntunan rohani diberikan agar meningkatkan makna hidup klien menghadapi sakit dan akhir hayat.

Gambar 2.2 Model Perencanaan Perawatan Akhir Hayat (PPAH) dalam Proses Keperawatan pada Klien CKD yang menjalani Hemodialisis

BAB 3 PROSES KEPERAWATAN

Keperawatan adalah suatu profesi yang melakukan pekerjaannya berdasarkan kajian ilmiah, standar praktik, dan kode etik agar masyarakat dapat menerima pelayanan yang benar dan optimal. Profesi keperawatan perlu mengarahkan proses keperawatan bersifat sistematis, logis, ilmiah, dan dinamis sebagai metode penyelesaian masalah dalam keperawatan. Model keperawatan PPAH terdapat kegiatan keperawatan yang diawali dengan 1) Identifikasi masalah pengetahuan, persepsi, perasaan, strategi koping, support, tingkat kecemasan, dan kepatuhan klien, 2) Menentukan diagnosa keperawatan, 3) Membuat perencanaan penyelesaian kecemasan klien, 4) Implementasi rencana penyelesaian kecemasan klien, 5) Evaluasi tingkat kecemasan dan kepatuhan klien. Model PPAH dapat dilakukan oleh perawat dengan tingkat pendidikan Ners atau minimal D-III Keperawatan yang sudah bersertifikasi terampil menggunakan komunikasi terapeutik. Berikut adalah asuhan keperawatan berdasarkan model Perencanaan Perawatan Akhir Hayat (PPAH):

3.1 Identifikasi Masalah (Pengkajian pada Klien yang Menjalani Hemodialisis

Identifikasi masalah klien dengan cara mengumpulkan data subyektif secara langsung kepada klien dan keluarga mengenai pengetahuan, persepsi, perasaan, strategi koping, *support*, serta data obyektif berupa tingkat kecemasan dan kepatuhan klien menjalankan regimen terapi (hemodialisis dan diet). Hal-hal yang perlu diperhatikan

selama pengkajian, yaitu memahami situasi yang dihadapi oleh klien (fisik, psikologis, emosi, sosial, kultural, spiritual) yang dapat mempengaruhi tingkat kecemasan klien. Langkah-langkah pengumpulan data dasar mengenai masalah atau sesuatu yang berpotensi menjadi masalah bagi klien adalah:

1. Wawancara mendalam (*indepth interview*) pada klien yang menjalani hemodialisis beserta keluarga.
2. Memperoleh data tentang pengetahuan, persepsi, perasaan kecemasan, strategi koping, *support*, serta kepatuhan klien menjalani hemodialisis.
3. Membuat kesepakatan untuk menggunakan model PPAH dalam menyelesaikan kecemasan klien yang menjalani hemodialisis.

3.2 Diagnosa Keperawatan pada Klien yang Menjalani Hemodialisis

Diagnosis keperawatan melibatkan proses berpikir kompleks, dibuat oleh perawat berdasarkan ilmu pengetahuan selama dalam pendidikan. Permasalahan klien diputuskan dengan analisa data subyektif dan obyektif hasil pengkajian pada klien dan keluarga, disesuaikan dengan kemungkinan penyebab dan masalah, berformulasi P+E+S, yaitu Problem + Etiologi + Symptom. Diagnosis keperawatan dalam pemenuhan kenyamanan klien yang menjalani hemodialisis disesuaikan dengan literatur Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia

(SDKI), yaitu ansietas berhubungan dengan krisis situasional (perawatan jangka panjang).

3.3 Perencanaan Penurunan Kecemasan Klien

Perawat merencanakan pemenuhan kenyamanan klien yang menjalani hemodialisis dengan menetapkan hasil yang diinginkan (*outcome*) menggunakan *Nursing Outcomes Classification* (NOC) dan intervensi yang disesuaikan dengan *Nursing Interventions Classification* (NIC). Intervensi yang direncanakan sesuai dengan modul, yaitu 1) peningkatan pengetahuan tentang CKD, hemodialisis, dan pemenuhan gizi sesuai dengan diet yang dianjurkan selama menjalani hemodialisis, 2) tuntunan rohani menghadapi ujian hidup berupa sakit, 3) pemberdayaan dukungan atau peran serta keluarga dalam perawatan klien yang menjalani hemodialisis, 4) perencanaan perawatan akhir hayat sesuai harapan klien. Hasil (*outcome*) yang diinginkan sebagai berikut:

1. Keterangan subjektif penurunan kecemasan atau cemas terselsaikan,
2. Klien tampak rileks
3. Pemenuhan tidur minimal 8 jam/hari
4. Peningkatan kepatuhan dengan indikator 1) *interdialytic Weight Gain* (IDWG) stabil ($\leq 4\%$), 2) hemodialisis sesuai jadwal, 3) tekanan darah stabil ($\leq 140/90$ mmHg).

Intervensi direncanakan sesuai dengan *Nursing Interventions Classification* (NIC) yang dituangkan dalam modul PPAH yaitu:

Observasi pengetahuan, pengalaman, persepsi, dan tingkat kecemasan klien menjalankan hemodialisis. Identifikasi informasi yang telah diberikan oleh dokter pada klien.

2. Beri informasi mengenai penyakit CKD dan prognosis, hemodialisis, serta pemenuhan gizi sesuai dengan program diet yang harus dijalani.
3. Beri informasi yang tepat mengenai proses menjelang ajal dan hindari pemberian harapan palsu
4. Pertahankan kontak dengan klien, gunakan teknik menyentuh dan komunikasi terapeutik saat berinteraksi dengan klien.
5. Beri tuntunan rohani menghadapi sakit dan akhir hayat yang damai.
6. Libatkan peran serta keluarga dalam perawatan klien.
7. Motivasi interaksi klien dengan sistem pendukung (keluarga) dalam mengenali perasaan negatif klien untuk mengembangkan strategi koping yang tepat menghadapi rasa takut menjelang ajal
8. Perhatikan koping inefektif, seperti interaksi sosial yang buruk, tidak berdaya, atau menyerah, putus asa.

3.4 Pelaksanaan Penurunan Kecemasan Klien

Pelaksanaan pemenuhan kenyamanan klien adalah perwujudan dari rencana keperawatan untuk menurunkan kecemasan klien saat menjalani hemodialisis. Jenis tindakan pada tahap pelaksanaan ini terdiri dari tindakan *supportive-psychoeducative* dan spiritualitas. Model PPAH diberikan pada klien yang sedang menjalani hemodialisis

sebanyak 3 kali pertemuan, yaitu 1) Pertemuan pertama diberikan materi pendidikan kesehatan mengenai konsep penyakit CKD dan hemodialisis, serta perawatannya (diet), 2) Pertemuan kedua diberikan materi tuntunan rohani dalam menghadapi ujian hidup berupa sakit, 3) Pertemuan ketiga diberikan materi pemantapan hikmah sakit dan Perencanaan Perawatan Akhir Hayat sesuai harapan klien. Materi yang diberikan berupa video dan modul Perencanaan Perawatan untuk Klien Penyakit Ginjal Kronik dengan durasi 30-60 menit setiap pertemuan. Sebelum melaksanakan tindakan, perawat memvalidasi dengan singkat terlebih dahulu apakah rencana tindakan yang telah direncanakan masih sesuai dan dibutuhkan oleh klien dengan kondisi saat ini.

3.5 Pemantauan dan evaluasi Penurunan Kecemasan Klien

Evaluasi mengacu pada pemantauan, penilaian, dan perbaikan. Tahap ini perawat mengidentifikasi proses keperawatan dapat berhasil atau gagal. Perawat mengidentifikasi respon klien terhadap intervensi keperawatan yang telah diberikan dan menetapkan apakah sasaran dapat menerima rencana keperawatan yang diberikan. Hasil dari identifikasi perawat tersebut digunakan sebagai informasi untuk melanjutkan, menambah, mengganti, atau menghapus diagnosa keperawatan, tujuan, atau rencana keperawatan yang telah tersusun. Evaluasi merupakan kegiatan *replanning* untuk mencapai tujuan dan hasil yang diinginkan yaitu penurunan kecemasan dan peningkatan kepatuhan klien selama menjalani hemodialisis.

BAB 4 DOKUMENTASI MODEL

Dokumentasi merupakan bukti pertanggungjawaban semua kegiatan pelaksanaan model PPAH telah dilakukan secara sistematis, valid, dan otentik oleh perawat profesional. Tindakan model PPAH merupakan intervensi langsung kepada klien CKD yang menjalani hemodialisis beserta keluarga.

4.1 Format Pengkajian Data Dasar

Data dasar digunakan untuk mengetahui demografi dan riwayat mulai terjadinya masalah kesehatan yang dialami oleh klien. Data dasar sangat membantu perawat untuk ketepatan penentuan diagnosis keperawatan dan ketepatan intervensi yang diberikan. Data dasar diperoleh perawat berdasarkan kemampuan seni menggunakan komunikasi efektif dan ilmu keperawatan. Pelaksanaan model PPAH ini menggunakan format A1 pengkajian data dasar.

4.2 Format Proses Keperawatan

Format proses keperawatan merupakan kelanjutan dari format A1 pengkajian data dasar, lebih dikenal dengan NCP (*nursing care plan*) rencana asuhan keperawatan, yang terdiri atas diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi atau tindakan keperawatan dan evaluasi.

4.3 Standar Praktik Profesional

Standar praktik profesional adalah suatu kaidah yang harus diikuti oleh seorang perawat dalam melaksanakan praktik profesional, yaitu

suatu tindakan yang ilmiah, sistematis, berupa siklus dan merupakan tindakan berkelanjutan hingga permasalahan teratasi. Standar praktik profesional yang telah ditetapkan oleh organisasi profesi dikenal sebagai proses keperawatan, yang terdiri atas 1) pengkajian, 2) diagnosa keperawatan, 3) perencanaan, 4) implementasi, 5) evaluasi dan didokumentasikan.

Standar I : Pengkajian, merupakan kegiatan perawat mengumpulkan data tentang status kesehatan klien dan atau responden. Pada penelitian tersebut yang perlu dikumpulkan termasuk data status kesehatan secara umum dan secara khusus tentang masalah psikologis, sosial, spiritual, dan pengetahuan klien.

Standar II : Diagnosa keperawatan merupakan keputusan seorang perawat profesional dari hasil analisa data pada pengkajian, seperti data subyektif, obyektif, data laboratorium, dan data sumber lain yang mendukung. Dalam penelitian ini diagnosa keperawatan disesuaikan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI), untuk kategori Psikologis Subkategori Integritas Ego: Ansietas.

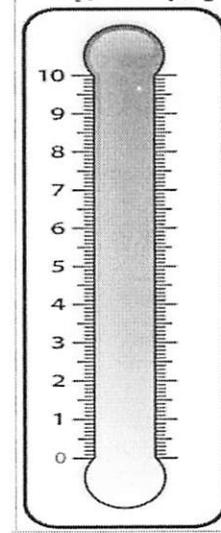
Standar III: Perencanaan, merupakan tindakan seorang perawat dalam menyusun rencana tindakan untuk menuntaskan permasalahan kesehatan dan meningkatkan kesehatan klien yang tertera dalam diagnosa keperawatan. Dalam penelitian ini, pada tahap perencanaan disesuaikan dengan NOC dan NIC. *Nursing Outcome Criteria (NOC)* adalah kriteria yang digunakan perawat untuk tercapainya tujuan dalam menyelesaikan permasalahan kesehatan klien dan peningkatan

kesehatan. *Nursing Intervention Criteria (NIC)* adalah rencana intervensi keperawatan yang diberikan oleh seorang perawat untuk mencapai kriteria hasil yang telah ditetapkan.

4.4 Standar Kinerja Profesional

Standar kinerja profesional telah menjadi ketetapan organisasi profesi PPNI pada tahun 2005. Standar kinerja profesional, yaitu suatu pedoman baku bila seorang perawat berpraktik secara profesional, yang meliputi; jaminan mutu, pendidikan, penilaian kinerja, kesejahteraan, etika, klaborasi dan pemanfaatan sumber-sumber yang ada.

Angka 0-10 berikut untuk menggambarkan seberapa cemas Anda beberapa minggu ini



- 10 = cemas terhebat/ takut/ tidak nyaman/ panik
- 9 = cemas hebat
- 8 = sangat cemas, tidak dapat konsentrasi
- 7 = cemas, mengganggu aktifitas
- 6 = cemas, tidak nyaman
- 5 = cemas, tetapi dapat melakukan aktifitas
- 4 = cemas ringan menuju cemas sedang
- 3 = cemas ringan, tidak mengganggu aktifitas
- 2 = cemas minimal
- 1 = waspada dan terjaga, konsentrasi baik
- 0 = rileks, tidak cemas

Masalah Keperawatan

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Koping individu inefektif | <input type="checkbox"/> Keputusasaan |
| <input type="checkbox"/> Ansietas | <input type="checkbox"/> Risiko bunuh diri |
| <input type="checkbox"/> Ketidakberdayaan | <input type="checkbox"/> Ketidakpatuhan |

Masalah Hubungan Sosial

a. Orang yang berarti:
.....

b. Peran serta dalam kegiatan masyarakat:
.....

c. Hambatan dalam berinteraksi dengan orang lain:
.....

d. Sistem pendukung klien:

| | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Keluarga | <input type="checkbox"/> Teman sejawat |
| <input type="checkbox"/> Tenaga medis | <input type="checkbox"/> Kelompok sosial |

Masalah Keperawatan

- Ketidakmampuan koping keluarga
- Penurunan koping keluarga
- Ggn interaksi sosial

| Tgl | Pemeriksaan Penunjang | Hasil | Nilai normal |
|-----|-----------------------|-------|--------------|
| | | | |
| Tgl | Terapi | Dosis | |
| | | | |

Masalah Psikologi

- Takut/ Khawatir
- Gelisah
- Mudah Tersinggung
- Mudah Menangis
- Kehilangan Minat

Mekanisme Koping Adaptif

- Bicara dengan orang lain
- Teknik relaksasi
- Aktifitas konstruktif
- Olahraga
- Mendekatkan diri pada Tuhan
- Lainnya.....

Maladaptif

- Tidur berlebihan
- Menghindari
- Menyendiri
- Mencederai orang lain
- Mencederai diri
- Lainnya.....

Masalah Spiritual

Ibadah rutin Menyalahkan takdir

Doa Pasrah

Lainnya.....

Masalah Keperawatan

Distres spiritual

Ansietas

Koping individu inefektif

Persepsi dan Pengetahuan

| NO | PERTANYAAN | JAWABAN | | | | |
|--------------------------|--|---------------------|--------------|-----------|--------|---------------|
| | | Sangat tidak setuju | Tidak setuju | Ragu-ragu | Setuju | Sangat setuju |
| <i>Timeline chronic</i> | | | | | | |
| 1 | Penyakit gagal ginjal saya tidak akan membaik | | | | | |
| 2 | Penyakit gagal ginjal ini membuat saya tidak berdaya | | | | | |
| <i>Timeline cyclical</i> | | | | | | |
| 3 | Penyakit gagal ginjal ini membuat saya tidak berguna | | | | | |
| 4 | Kondisi fisik saya kadang membaik, kadang memburuk | | | | | |
| <i>Consequences</i> | | | | | | |
| 5 | Penyakit gagal ginjal ini membuat saya tidak dapat bekerja | | | | | |
| 6 | Saya sangat tergantung pada keluarga | | | | | |
| 7 | Saya merasa akan cepat meninggal karena gagal ginjal ini | | | | | |
| <i>Personal control</i> | | | | | | |
| 8 | Saya membutuhkan pengobatan alternatif (herbal / paranormal) agar cepat sembuh | | | | | |

| | | | | | | |
|----------------------------------|---|--|--|--|--|--|
| 9 | Saya merasa bosan bila melakukan hemodialisis lebih dari 4 jam setiap sesinya | | | | | |
| <i>Treatment control</i> | | | | | | |
| 10 | Hemodialisis akan memulihkan fungsi ginjal saya lagi | | | | | |
| 11 | Melakukan hemodialisis membuat waktu saya tersita | | | | | |
| <i>Coherence</i> | | | | | | |
| 12 | Penyakit gagal ginjal ini membuat saya tidak dapat melakukan apa-apa dan lebih banyak tidur | | | | | |
| 13 | Penyakit gagal ginjal ini sangat menakutkan | | | | | |
| <i>Emotional representations</i> | | | | | | |
| 14 | Prosedur hemodialisis ini membuat saya sangat takut | | | | | |
| 15 | Gagal ginjal ini membuat saya merasa gagal hidup | | | | | |
| Total skor | | | | | | |

Pengetahuan kurang tentang:

Penyakit CKD Hemodialisis

Terapi Alternatif Gizi dan diet

Lainnya.....

Masalah Keperawatan

Ansietas Keputusan

Defisit pengetahuan Risiko bunuh diri

Berduka

Keterangan:

*) Coret yang tidak perlu

Petunjuk Teknis Pengisian Format

IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

Provocative artinya yang menimbulkan keluhan muncul dan*Paliative* artinya yang dapat menurunkan keluhan, *Quality*

artinya rasa keluhan separah apa dan kuantitas artinya seluas

apa atau seberapa banyak keluhan tersebut. *Region* diartikansebagai luas areal dan telah menjalar sampai dimana, *Scale**severity* diartikan tingkat keparahan keluhan saat itu dan *Time*

merupakan waktu munculnya keluhan, seperti hilang timbul

atau menetap dan kronis atau akut.

1. Identitas Klien

Identitas klien ditulis lengkap, seperti tanggal/jam pengkajian, No.

Reg (nomor register). Nama gunakan initial, umur dalam tahun,

jenis kelamin (L untuk laki-laki dan P untuk perempuan), alamat

rumah, pekerjaan, pendidikan, agama, dan suku

2. Identitas Keluarga

Identitas keluarga ditulis lengkap, seperti nama gunakan initial,

umur dalam tahun, nomor telepon yang dapat dihubungi, pekerjaan,

alamat rumah, pendidikan, agama, dan hubungan dengan klien

sebagai suami/istri, ayah/ibu, anak, saudara, atau lainnya.

3. Riwayat Kesehatan**a. Keluhan Utama**

Keluhan utama saat pengkajian, diisi dengan keluhan yang

dirasakan oleh klien saat pengkajian dilakukan. Tanyakan pada

klien keluhan apa yang dirasakan. Jika keluhan yang dirasakan

lebih dari 1, tanyakan satu saja keluhan yang sangat

mengganggu klien, lalu jabarkan dalam PQRST, yaitu

b. Riwayat Penyakit Dahulu

1) Riwayat Penyakit Dahulu tinggal memberikan tanda ()

pada kolom yang tersedia sesuai dengan penyakit yang

pernah diderita oleh klien. Bila terdapat penyakit selain di

dalam format diatas dapat dituliskan pada kolom lainnya.

Kemudian sebutkan sudah berapa lama menderita penyakit

tersebut.

2) Riwayat penggunaan obat dituliskan nama/ jenis obatnya

serta sudah berapa lama menggunakan obat tersebut.

c. Pemeriksaan Fisik

Hasil pemeriksaan fisik dituliskan pada format secara per system, khususnya yang berkaitan dengan penyakit CKD dan pelaksanaan hemodialisis. Beberapa hasil pemeriksaan fisik tinggal memberikan tanda (☑) pada kolom yang tersedia. Bila terdapat hasil pemeriksaan selain di dalam format diatas dapat dituliskan pada kolom lainnya.

4. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang dituliskan lengkap hasil pemeriksaan diagnostik klien, khususnya laboratorium yang menunjukkan status kesehatan umum (hb, albumin, leukosit, dH0 dan fungsi ginjal (BUN, serum kreatinin, natrium, kalium, dll) klien.

5. Terapi

Terapi dituliskan obat-obatan yang diberikan pada klien selama menjalani hemodialisis, saat pengkajian berlangsung beserta dosisnya

6. Masalah Psikologi

Pengisian masalah psikologis tinggal memberikan tanda (☑) pada kolom yang tersedia sesuai dengan kondisi psikologis klien selama menjalani hemodialisis. Bila terdapat pernyataan klien selain di dalam format diatas dapat dituliskan pada kolom lainnya.

7. Masalah Hubungan Sosial

Masalah hubungan sosial dituliskan lengkap, seperti orang yang berarti bagi klien, peran serta klien dalam masyarakat, hambatan interaksi, serta sistem pendukung klien selama menjalani hemodialisis

8. Masalah Spiritual

Pengisian masalah spiritual tinggal memberikan tanda (☑) pada kolom yang tersedia sesuai dengan kondisi psikologis klien selama menjalani hemodialisis. Bila terdapat pernyataan klien selain di dalam format diatas dapat dituliskan pada kolom lainnya.

9. Persepsi dan Pengetahuan

Pengisian masalah persepsi dan pengetahuan tinggal memberikan tanda (☑) pada kolom yang tersedia sesuai dengan kondisi

psikologis klien selama menjalani hemodialisis. Bila terdapat pernyataan klien selain di dalam format diatas dapat dituliskan pada kolom lainnya. Cara penilaian persepsi klien yaitu dengan menjumlahkan nilai 15 item pernyataan tersebut. Tiap item bernilai: 1 = sangat tidak setuju, 2 = tidak setuju, 3= ragu-ragu, 4 = setuju, 5= sangat setuju. Skor minimal pada kuesioner ini 15 dan maksimal 75. Semakin besar nilai yang didapat, maka semakin negatif persepsi klien tersebut.

Format A2 : Nursing Care Planning (NCP)

Penurunan Kecemasan Klien yang menjalani Hemodialisis

Tanggal :/...../..... No. Reg :
 Nama perawat :
 Keluhan Utama :
 Identitas klien : Umur : tahun

| Waktu | Diagnosa Keperawatan | Outcome | Intervensi | Rasional |
|-------|----------------------|-----------|------------|----------|
| 1 | 2 | 3 | 5 | 6 |
| | | Kriteria: | 1. | 1. |
| | | 1. | 2. | 2. |
| | | 2. | 3. | 3. |
| | | 3. | 4. | 4. |
| | | 4. | 5. | 5. |
| | | 5. | | |
| | | Kriteria: | 1. | 1. |
| | | 1. | 2. | 2. |
| | | 2. | 3. | 3. |
| | | 3. | 4. | 4. |
| | | 4. | 5. | 5. |
| | | 5. | | |

Penanggung Jawab : Tanda Tangan :

Format A3 Implementasi

CATATAN TERINTEGRASI RUANG HEMODIALISIS

Intruksi: Beri tanda (*) pada ota yang sesuai (dapat lebih dari satu sesuai dengan kebutuhan klien dan keluarga)

- Nama : (L/P)
- Diagnosa Medis :
- Bahasa : Indonesia Inggris Daerah Lain-lain.....
- Kebutuhan Penerjemah : Ya Tidak
- Pendidikan : SD SMP SMA D3/D4/S-1 Lain-lain...
- Baca: tulis : Baik Kurang
- Pemilihan tipe pembelajaran : Verbal Tulisan Lain-lain.....
- Kesediaan menerima edukasi : Bersedia Tidak bersedia
- Hambatan edukasi : Tidak ada Ada: Kognitif Motivasi Emosional
 Gangguan fisik Budaya/agama/nilai keyakinan

| IMPLEMENTASI EDUKASI | METODE/ DURASI | TTD | | Evaluasi | Kemampuan | |
|--|---|----------|-------------|--|-----------|-------|
| | | Edukator | Kalg pasien | | Ya | Tidak |
| Perawat (Ners) | | | | | | |
| 1. Re-edukasi fungsi ginjal, penyakit, tanda dan gejala, serta prognosis gagal ginjal kronik | <u>Metode:</u> • Wawancara • Diskusi • Ceramah • Demonstrasi • Audio <u>Durasi:</u> | | | D: Disease (Diagnosa) Klien/keluarga mengetahui fungsi ginjal, penyakit, tanda dan gejala, serta prognosis gagal ginjal kronis | | |
| 2. Re-edukasi tindakan hemodialisis | <u>Metode:</u> • Wawancara • Diskusi • Ceramah • Demonstrasi • Audio <u>Durasi:</u> | | | E: Environment (Lingkungan) Keluarga mendukung proses pelaksanaan hemodialisis | | |
| 3. Perawatan pada gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis 1) Diet dan nutrisi 2) Makanan yang boleh dan tidak boleh dikonsumsi | <u>Metode:</u> • Wawancara • Diskusi • Ceramah • Demonstrasi • Audio <u>Durasi:</u> | | | T: Treatment (Tindakan dan perawatan) Klien/keluarga mampu menjelaskan proses pelaksanaan hemodialisis | | |

| | | | |
|--|---|---|--|
| <p>5. Perencanaan perawatan akhir hayat sesuai harapan klien dan keluarga</p> | <p><u>Metode:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Wawancara • Diskusi • Ceramah • Demonstrasi • Audio <p><u>Durasi:</u></p> | <p><u>Metode:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Wawancara • Diskusi • Ceramah • Demonstrasi • Audio <p><u>Durasi:</u></p> | <p>H: Health (Pola hidup sehat) Klien/keluarga mampu menjelaskan pola hidup sehat untuk ginjal</p> <p>O: Out patient (perawatan di rumah) Klien/keluarga mampu menjelaskan latihan (<i>exercise</i>), aktivitas, dan pekerjaan yang diperbolehkan untuk klien</p> <p>D: Diet (Nutrisi) Klien/keluarga mampu menjelaskan pola diet atau pemenuhan nutrisinya</p> |
| <p>Rencana Tindak Lanjut: <input type="checkbox"/> Sudah mengerti <input type="checkbox"/> Edukasi ulang</p> | | | |
| <p>TTD Klien/keluarga</p> <p>(.....)</p> | | <p>TTD Edukator</p> <p>(.....)</p> | |

Evaluasi Keperawatan

IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

| Tanggal dan Waktu | Proses Keperawatan | TT. P.Jawab |
|-----------------------------|--------------------|-------------|
| 1 | 2 | 3 |
| | S = | |
| | O = | |
| | A = | |
| | P = | |
| | I = | |
| | E = | |
| | S = | |
| | O = | |
| | A = | |
| | P = | |
| | I = | |
| | E = | |
| Nama Perawat yang menulis : | | |

BAB 5 IMPLEMENTASI MODEL KEPERAWATAN SUGESTI

5.1 Identifikasi Masalah Dan Kebutuhan Tidur Lansia

Peneliti mendapatkan data dari administrasi ruang Instalasi Hemodialisis RSUD Haji Surabaya tentang jumlah klien CKD yang menjalani hemodialisis rutin minimal 2 kali/ minggu, beserta lama hemodialisis dan hasil pemeriksaan laboratorium terakhir untuk menentukan partisipan penelitian. Peneliti melakukan *indepth interview* pada 4 partisipan untuk menggali informasi mengenai pengetahuan, persepsi, perasaan, strategi koping, serta support yang diperoleh klien selama menjalani hemodialisis.

Tahap selanjutnya peneliti bersama Ners melakukan identifikasi tingkat kecemasan, hasil laboratorium (BUN, Serum Kreatinin, Hb) dan *raport* mingguan yang berisi jadwal hemodialisis, data IDWG, dan tekanan darah sebelum dan sesudah menjalankan hemodialisis sebagai identifikasi tingkat kepatuhan klien terhadap pelaksanaan hemodialisis dan diet.

Identifikasi masalah pada klien menggunakan format IA (format pengkajian data dasar) yang telah tersedia.

5.2 Pelaksanaan Model Keperawatan Sugesti Pola Tidur Sehat

Sebelum pelaksanaan pada hari yang sama, 1 Ners pendamping peneliti dilakukan penjelasan sebentar, selanjutnya menuju *bed* responden bersama peneliti dengan membawa laptop, model, dan modul PPAH, dan format pengkajian data dasar.

Pelaksanaan model PPAH dilakukan oleh peneliti dengan didampingi Ners sebanyak 3 kali pertemuan, yaitu 1) Pertemuan pertama diberikan materi pendidikan kesehatan mengenai konsep penyakit CKD dan hemodialisis, serta perawatannya (diet), 2) Pertemuan kedua diberikan materi tuntunan rohani dalam menghadapi ujian hidup berupa sakit, 3) Pertemuan ketiga diberikan materi pemantapan hikmah sakit dan Perencanaan Perawatan Akhir Hayat sesuai harapan klien. Materi yang diberikan berupa video dan modul Perencanaan Perawatan untuk Klien Penyakit Ginjal Kronik dengan durasi 30-60 menit setiap pertemuan.

5.3 Monitoring dan evaluasi

Evaluasi dilakukan untuk menilai efektifitas model dan modul PPAH, beserta kemampuan peneliti. Evaluasi juga dilakukan pada pengukuran variabel tingkat kecemasan dan kepatuhan klien yang diobaservasi dari jadwal hemodialisis, berat badan kering, serta tekanan darah klien. Evaluasi juga dilakukan pada proses asuhan keperawatan, kemampuan merawat, kepuasan perawat dalam merawat, serta yang di rawat.

Hasil Pemantauan dan evaluasi digunakan untuk memperbaiki kembali model dan modul PPAH, agar model dan modul tersebut dapat dijadikan pegangan bagi perawat untuk menyelesaikan kecemasan klien dalam menjalankan hemodialisis.

Berikut ini kegiatan Pemantauan dan evaluasi yang dilakukan :

Tabel 5.1 Kegiatan Pemantauan Dan Evaluasi Perawat Pendamping Penelitian

| No | Pemantauan | No | Peneliti |
|----|---|----|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. | Pengecekan peralatan dan format yang harus dibawa | 1. | Memenuhi semua peralatan dan format bila terjadi kekurangan |
| 2. | Mengobservasi jalannya kegiatan yang dilakukan pendamping peneliti | 2. | Memfasilitasi pendamping peneliti bila terdapat kekurangan |
| 3. | Mendampingi peneliti melakukan intervensi dan asuhan keperawatan pada responden | 3. | Memberikan intervensi dan asuhan keperawatan kepada responden |
| No | Evaluasi | No | Peneliti |
| 4. | Pemenuhan format pengkajian data dasar, NCP, dan evaluasi | 4. | Memfasilitasi untuk terpenuhinya format pengkajian data dasar, NCP, dan evaluasi |
| 5. | Pemenuhan standar praktik profesional | 5. | Memfasilitasi untuk terpenuhinya standar praktik profesional |
| 6. | Pemenuhan standar kinerja profesional | 6. | Memfasilitasi untuk terpenuhinya standar kinerja profesional |
| 7. | Kinerja performen perawat | 7. | Memfasilitasi kinerja performen |

Pemantauan dan evaluasi dilakukan secara bersamaan agar efektivitas model PPAH terhadap tingkat kecemasan dan kepatuhan klien terhadap hemodialisis bermakna.

Pemantauan dan evaluasi dilakukan mulai dari pengkajian data dasar, pemberian intervensi pada responden, hingga proses evaluasi pada kelompok intervensi dan kontrol.

Pemantauan dan evaluasi pencapaian standar praktik professional meliputi; kegiatan pengkajian, penentuan diagnosa keperawatan, perencanaan dan merumuskan NOC dan NIC, sampai pada pelaksanaan tindakan dan evaluasi, sedangkan pencapaian standar kinerja professional meliputi; kegiatan jaminan mutu, pendidikan, penilaian kinerja, kolegal, etika, kolaborasi, kemampuan meneliti dan pemanfaatan sumber yang dibutuhkan.

Pemantauan dan evaluasi juga dilakukan yang tidak kalah pentingnya pada pencapaian data dari variabel dalam penelitian ini, yaitu tingkat kecemasan dan kepatuhan responden selama menjalani hemodialisis.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustin, Putriningrum, Hargyowati. 2015. Tingkat Kecemasan Pasien yang Dilakukan Tindakan Hemodialisa di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Soehadi Prijonegoro Sragen. *Jurnal Kusuma Husada*, 2015 (2), hal.7-12
- Alligood, M.R. 2014. *Nursing theorists and their work Eighth edition*. Elsevier Mosby. United States of America
- Allmark, P. 2002. Death with dignity. *Journal Med Ethics*, 2002(28), pp.255-257
- Arici, Mustafa (Ed). 2014. *Management of chronic Kidney Disease: A Clinician's Guide*. Springer. New York
- Berton, T.C. 2015. *Increasing comfort with end-of-life discussions*. Disertasi. University of Nevada. Las Vegas
- Bulechek, Butcher, Dochterman, Wagner. 2013. *Nursing Interventions Classification (NIC) 6th ed*. ELSEVIER. USA.
- Carpenito, L.J. 2013. *Handbook of Nursing Diagnosis*, 13th ed. EGC. Jakarta
- Clarke, Yates, Smith, Chilcot. 2016. Patient's perceptions of chronic kidney disease and their association with psychosocial and clinical outcomes: a narrative review, pp.1-9
- Corwin, E. 2009. *Buku Saku Patofisiologi*. EGC. Jakarta
- Fradelos, Tzavella, Koukia, Papathanasiou, Alikari, Stathoulis, Panoutsopoulos, Zyga. 2015. Integrating Chronic Kidney Disease Patient's Spirituality in Their Care: Health Benefits and Research Perspectives. *Mater Sociomed*, 27(5), pp.354-358
- Gerogianni, S & Babatsikou, Fotoula. 2014. Psychological aspects in chronic renal failure. *Health Science Journal*, 8(2)
- Haryanto, J. 2015. *Efektifitas Model Keperawatan sugesti Pola Tidur Sehat Lansia terhadap Kualitas dan Kuantitas Tidur, Status Kesehatan dan Penurunan Tekanan Darah Lansia Insomnia dengan Hipertensi di Surabaya*. Disertasi. Universitas Indonesia. Jakarta
- Hidayat, K. 2015. *PSIKOLOGI KEMATIAN: Mengubah ketakutan menjadi optimisme*. PT Mizan Publika. Bandung

- John, J.F, Thomas, V.J. 2013. Research article the psychosocial experience of patients with end-stage renal disease and its impact on quality of life: findings from a needs assessment to shape a service. *Hindawi publishing corporation*, 2013(8)
- Kaufman & Kiernan. 2006. Negotiating a “good death”, what you need to know about American hospitals. *Oxford journal*, 47(4), pp.565-568
- Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). 2013. Kidney International Supplements: Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Official journal of the international society of nephrology*, 3(1)
- Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (K/DOQI). 2002. *Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification, and Stratification*. National Kidney Foundation. New York
- Kowalak (dkk). 2011. *Buku Ajar Patofisiologi*. EGC, Jakarta. Hal 137-145
- Kubler-Ross. 1998. *On Death and Dying*. Gramedia Pustaka Utama. Jakarta
- Latief, S. 2008. *Psikologi fenomenologi eksistensialisme*. Pustaka Ilalang. Lamongan
- Macaron, Fahed, Matar, Khalil, Kazour, Chlela, Richa. 2014. Anxiety, Depression and Suicidal Ideation in Lebanese Patients Undergoing Hemodialysis, pp.235–238
- Moorhead, Johnson, Maas, 2013. Swanson. *Nursing Outcomes Classification (NOC): Measurement of Health Outcomes 5th ed*. ELSEVIER. USA.
- National Kidney Disease Education Program (NKDEP). 2015. *Chronic Kidney Disease (CKD) and Diet: Assessment, Management, and Treatment Revised*. NKDEP.
- Nihayati, H.E. 2015. *Perubahan Persepsi Positif dan Penurunan Kadar Kortisol pada Penderita Kanker Payudara yang diberi Asuhan Keperawatan SEHAT (Syukur Selalu Hati dan Tubuh)*. Disertasi. Universitas Airlangga, Surabaya.
- Nurarif & Kusuma. 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda NIC-NOC*. Mediacion Jogyakarta

- Oluwombo, Ayodele, Akinwusi, Okunola, Gbadegesin, Soje, Akinsola. 2016. Awareness, knowledge and perception of chronic kidney disease in a rural community of South-West Nigeria. *Nigerian journal of clinical practice*, 19(2), pp.161-169
- Pagels, Soderquist, Heiwe. 2015. Evaluating the Illness Perception Questionnaire on patients with chronic kidney disease in Evaluating the illness perception questionnaire on patients, 10(1), pp.1-11.
- Price, SA & Wilson, LM. 2005. *Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-proses Penyakit 4 th*, ed. C. Wijaya. EGC, Jakarta.
- Putra, S, Taat. 2011. *Psikoneuroimunologi Kedokteran Ed. 2*. Pusat Penerbitan dan Percetakan Unair, Surabaya.
- Potter & Perry. 2005. *Fundamental Keperawatan*. EGC. Jakarta
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). 2017. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*. Dewan Pengurus Pusat PPNI. Jakarta.
- Shinde, M. & Mane, S.P., 2014. Stressors and the Coping Strategies among Patients Undergoing Hemodialysis, 3(2), pp.266–276.
- Suharyanto dan Abdul Madjid. 2009. *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Perkemihan*. Trans Info Media. Jakarta
- Sukandar, E. 2006. *Terapi Pengganti Ginjal dengan Dialisis dalam Nefrologi Klinis 3*. FK UNPAD, Bandung.
- Suwitra. 2009. *Penyakit Ginjal Kronis: Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Departemen Ilmu Penyakit Dalam FK Universitas Indonesia, Jakarta. Hal 571-573.
- Taylor, F & Combes, G. 2014. Supporting the emotional and psychological needs of end-stage renal disease patients Study Report Appendix 6: Literature Review Authors: Acknowledgements, pp.1–66.
- The National Advance Care Planing Cooperative. 2011. *Advance Care Planning Guide: Planning for the medical treatment and care you want in the future*. New Zealand.
- Witteman, Bolks, Hutschemaekers. 2011. Development of the illness perception questionnaire mental health. *Journal of Mental Health*, 20(2), pp.115-125.



IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

MODUL

PERENCANAAN PERAWATAN UNTUK PENYAKIT GINJAL KRONIS YANG MENJALANI HEMODIALIS

RENCANA PERAWATAN SESUAI HARAPAN KU



Oleh :

Caturia Sasti Sulistyana

Editor : Joni Haryanto, S.Kp., M.Si., Dr.Kep

Penerbt:

Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Penulis
Kontributor
Editor
Tata letak
Penyunting
Ilustrasi
Desain Cover

: - Caturia Sasti Sulistyana
- Prof Dr Suhartono Taat Putra, dr., MS
- Dr.Padoli, S.Kp., M.Kes
- Dr. Joni Haryanto, S.Kp., M.Si
- Puji Rahayu, S.Kep.Ns., M.Kep
- Atika, S.Si., M.Kes
: Joni Haryanto, S.Kp., M.Si., Dr.Kep

: Zaki
: Ibnu
: Ridwan
: Ria

Hak Cipta dilindungi undang-undang. Dilarang memperbanyak atau memindahkan sebagian atau seluruh isi modul ini dalam bentuk apapun, baik secara elektronik maupun mekanis, termasuk memfotocopy, merekam, atau dengan sistem penyimpanan lainnya, tanpa izin tertulis dari Penulis.

Penerbit
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Jalan Mulyorejo Kampus C Universitas Airlangga
Surabaya, Jawa Timur 60115
Indonesia

Cetakan :
1 – Surabaya, 2017

Perpustakaan Nasional : Katalog dalam terbitan
Sulistyana
Modul Perencanaan Perawatan Akhir Hayat
(PPAH)/Sulistyana
--Ed. 1. – Surabaya:Fakultas Keperawatan Unair,
2017
X + 46 hlm. Ilus; 14,8 x 21 Cm
ISBN :

Kata Pengantar

Syukur Alhamdulillah, merupakan suatu kalimat yang sangat pantas penulis ucapkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat bimbingan, ridho dan inayah-Nyalah maka penulis bisa menyelesaikan sebuah Modul dengan nama "Perencanaan Perawatan untuk Penyakit Ginjal Kronik (PGK) yang Menjalani Hemodialisis" dan telah dapat kita baca sekarang ini.

Modul Perencanaan Perawatan Akhir Hayat (PPAH) ini dibuat dengan berbagai wawancara, observasi dan diskusi pakar, sehingga dalam jangka waktu tertentu dapat menghasilkan karya yang bisa saya pertanggungjawabkan hasilnya. Saya mengucapkan terimakasih kepada pihak terkait yang telah membantu saya dalam menghadapi berbagai tantangan dalam penyusunan modul ini.

Saya menyadari bahwa masih sangat banyak kekurangan pada modul PPAH ini. Oleh karena itu, saya mengajak para pembaca untuk memberikan kritik dan saran yang bersifat membangun untuk kemajuan ilmu pengetahuan ini.

Terima kasih, dan semoga modul ini bisa memberikan sumbangsih positif bagi perkembangan ilmu keperawatan selanjutnya.

Surabaya

Caturia Sasti Sulistyana

Sanksi pelanggaran

Pasal 72 UU Nomor 19 Tahun 2002

Tentang Hak Cipta

1. Barangsiapa dengan sengaja dan tanpa hak melakukan perbuatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) atau Pasal 49 ayat (1) dan ayat (2) dipidana dengan pidana penjara masing-masing paling singkat 1 (satu) bulan dan/atau denda paling sedikit Rp 1.000.000,00 (satu juta rupiah), atau pidana penjara paling lama 7 (tujuh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp 5.000.000.000,00 (lima miliar rupiah).
2. Barangsiapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum suatu Ciptaan atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta atau Hak Terkait sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp 500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

PETUNJUK PENGGUNAAN MODUL

Cara penggunaan modul dibuat untuk mempermudah sasaran (klien beserta keluarga) mempelajari dan perawat menyampaikan materi, sehingga proses penyampaian informasi dapat berjalan lancar. Berikut adalah petunjuk yang dapat mempermudah menggunakan modul ini:

1. JUDUL BAB

Judul bab menggambarkan apa yang akan dipelajari.

2. PERTANYAAN PRASYARAT

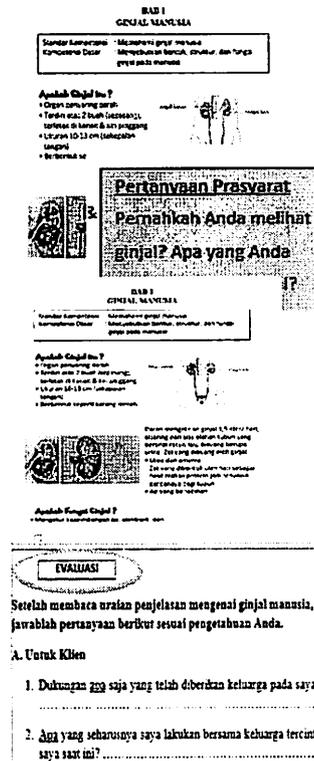
Pertanyaan yang dapat memotivasi sasaran untuk mendapatkan informasi.

3. URAIAN MATERI

Uraian materi berisi penjelasan materi bab tersebut.

4. EVALUASI

Sasaran dapat meningkatkan pemahaman (penalaran berpikir) dan kompetensinya melalui tugas atau soal yang disajikan



DAFTAR ISI

| | |
|---|----|
| Kata Pengantar | 3 |
| Petunjuk Penggunaan Modul | 4 |
| Daftar Isi | 5 |
| Pendahuluan | 6 |
| BAB 1 Ginjal Manusia | 9 |
| 1.1 Bentuk dan Struktur Ginjal Manusia..... | 9 |
| 1.2 Fungsi Ginjal Manusia | 9 |
| 1.3 Evaluasi | 10 |
| BAB 2 Penyakit Ginjal Kronik (PGK) | 11 |
| 2.1 Pengertian PGK | 11 |
| 2.2 Penyebab PGK | 11 |
| 2.3 Tanda dan Gejala PGK..... | 11 |
| 2.4 Penanganan PGK | 11 |
| 2.5 Prognosis | 11 |
| 2.6 Evaluasi | 12 |
| BAB 3 Terapi | 13 |
| 3.1 Hemodialisis | 13 |
| 3.2 Pemenuhan Gizi pada PGK | 14 |
| 3.3 Motivasi Menjalankan Terapi | 20 |
| 3.4 Evaluasi | 21 |
| BAB 4 Tuntunan Rohani | 22 |
| 4.1 Hikmah Sakit | 23 |
| 4.2 Ibadah Orang Sakit..... | 29 |
| 4.3 Bimbingan Doa | 33 |
| 4.4 Evaluasi | 36 |
| BAB 5 Peran Serta Keluarga | 37 |
| 5.1 Dukungan Keluarga | 37 |
| 5.2 Evaluasi | 39 |
| 5.3 Dokumentasi “Perawatan Pilihanku” | 40 |
| DAFTAR PUSTAKA | 45 |

Kecemasan sering ditemukan terjadi pada klien Penyakit Ginjal Kronik yang menjalani hemodialisis. Klien sangat bergantung pada mesin dialisis seumur hidup, menimbulkan pikiran negatif pada penyakitnya. Hal ini menyebabkan klien gagal beradaptasi dengan stresor yang ada sehingga timbul kekhawatiran pada kematian dan kehilangan harapan. Klien sering menganggap hemodialisis mengerikan dan menyebabkan kematian, sehingga sering menolak melakukan hemodialisis, mencari alternatif lain, dan kembali dengan kondisi yang lebih berat. Kondisi ini membutuhkan perawatan lanjut untuk mengubah persepsi negatif dan meningkatkan keyakinan klien menjalankan hemodialisis. Sejauh ini belum ada tindakan yang tepat untuk mengatasi kecemasan klien selama menjalankan hemodialisis.

Kecemasan berkaitan erat dengan ketidakpatuhan. Kecemasan menurunkan *mood* dan motivasi klien menjalankan hemodialisis. Bila tidak teratasi, cemas semakin meningkat dan menimbulkan respon marah, sedih, putus asa, hingga ingin bunuh diri. Menurut penelitian, klien hemodialisis mencoba mengakhiri hidupnya dengan menolak melakukan hemodialisis dan melanggar diet. Umumnya, perawatan di rumah sakit hanya fokus pada pemulihan fisik. Klien yang menjalani hemodialisis mengalami kelemahan dan peningkatan keparahan penyakit akibat ketakutan dan kesedihan berlebih. Klien membutuhkan perawatan yang memperhatikan semua aspek secara layak untuk mencapai akhir hidup yang damai dan bermartabat, Perawat memiliki peran penting dalam perawatan klien, yaitu sebagai edukator, pemberi
Program Magister Keperawatan FKp-UA 2017

asuhan, serta pelindung bagi klien dan keluarga. Fakta di atas menjadi dasar dalam pengembangan model Perencanaan Perawatan Akhir Hayat (PPAH) dan modul ini. Bila model asuhan keperawatan yang dirancang ini terbukti efektif, maka masalah-masalah emosional negatif klien yang menjalani hemodialisis dapat diselesaikan.

SASARAN MODUL

Modul ini digunakan untuk memberikan informasi dan memandu klien beserta keluarga dalam melaksanakan perawatan pada Penyakit Ginjal Kronik yang menjalani hemodialisis secara mandiri. Modul disusun dengan bahasa yang sederhana dan mudah dipahami. Klien beserta keluarga dapat mempelajari keseluruhan modul secara berurutan sesuai yang sudah digambarkan pada peta modul. Bila masih terdapat kesulitan untuk memahami modul ini, berkonsultasilah dengan dokter, perawat, atau tenaga kesehatan lain yang terkait dengan perawatan Anda.

TUJUAN MODUL

Setelah membaca modul ini diharapkan:

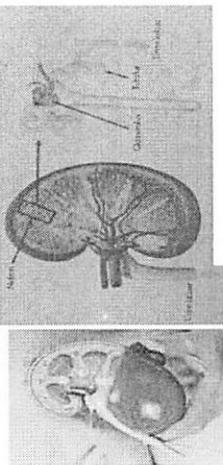
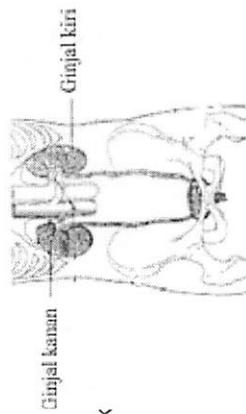
1. Klien beserta keluarga mendapatkan informasi mengenai penyakitnya.
2. Klien mampu menggunakan modul sebagai panduan untuk meningkatkan kecerdasan emosional dan spiritualnya dalam menghadapi sakit.

- Keluarga klien mampu menggunakan modul sebagai panduan untuk memberikan perawatan pada klien secara mandiri, seperti menyiapkan menu makanan sesuai anjuran diet bagi klien, serta cara memberi dukungan pada klien.
- Klien dan keluarga mampu menggunakan modul sebagai panduan berpikir dan mengambil keputusan mengenai pilihan perawatan lanjut sesuai keinginan atau harapan klien.

Standar Kompetensi: Memahami ginjal manusia
 Kompetensi Dasar : Menyebutkan bentuk, struktur, dan fungsi ginjal manusia

Apakah Ginjal itu ?

- Organ penyaring darah
- Terdiri atas 2 buah (sepasang), terletak di kanan & kiri pinggang
- Ukuran 10-13 cm (sekepalan tangan)
- Berbentuk seperti kacang merah



Darah mengalir ke ginjal 1,5 liter/ hari, disaring dari sisa olahan tubuh yang bersifat racun lalu dibuang berupa urine. Zat yang dibuang oleh ginjal:

- Urea dan amonia
- Zat yang dibentuk oleh hati sebagai hasil olahan protein jadi senyawa berbahaya bagi tubuh

• Air yang berlebihan

Apakah Fungsi Ginjal ?

- Mengatur keseimbangan air, elektrolit, dan keasaman tubuh
- Mengeluarkan sisa olahan (racun) tubuh
- Mengatur tekanan darah
- Pembentukan hormon (sel darah merah dan vit D)

Pertanyaan

Prasyarat

Pernahkah Anda melihat ginjal? Sudahkah kita merawatnya dengan benar?

EVALUASI

Setelah membaca uraian penjelasan mengenai ginjal manusia, jawablah pertanyaan berikut sesuai pengetahuan Anda.

1. Apa peranan penting ginjal bagi tubuh saya?
.....
2. Dimanakah letak ginjal dan seberapa besar ukuran ginjal saya?
.....
3. Zat-zat apa saja yang akan menumpuk di dalam tubuh bila ginjal saya tidak menjalankan fungsinya?
.....
4. Apa dampak yang dapat saya rasakan bila ginjal ini tidak dapat menjalankan fungsinya lagi?
.....
.....
5. Bagaimana bila salah satu ginjal saya saja yang mengalami kerusakan? Apakah tetap akan mempengaruhi kesehatan juga?
.....

BAB 2

PENYAKIT GINJAL KRONIK

Standar Kompetensi : Memahami Penyakit Ginjal Kronik (PGK)
Kompetensi Dasar : Menyebutkan pengertian, penyebab, tanda & gejala, penanganan, dan prognosis PGK

Apa Penyakit Ginjal Kronik itu ?

Penurunan/ kerusakan fungsi ginjal lebih dari 3 bulan sehingga sampah olahan (racun) tubuh menumpuk di dalam tubuh menyebabkan gangguan kesehatan



Gejala Penyakit Ginjal Kronik

- Sakit pinggang
- sering atau sulit kencing)
- Bengkak kaki, tangan, area lain
- Tidak nafsu makan, mual/muntah
- Tekanan darah naik
- Sesak nafas
- Anemia, lemas, lesu

Pertanyaan Prasyarat

Bagaimana deteksi awal kerusakan ginjal?
Apakah HD satu-satunya penanganan untuk ginjal yang rusak?

Faktor Penyebab

Penyakit Ginjal Kronik

- Peradangan ginjal
- Diabetes
- Batu saluran kencing
- Tekanan darah tinggi
- Keganasan
- Keracunan obat
- Kegemukan
- Merokok

Gejala awal kerusakan ginjal

timbul bila sisa fungsi ginjal < 15%

Prognosis

Penyakit Ginjal Kronis bersifat menetap.

Pilihan Penanganan

Penyakit Ginjal:

- Hemodialisis (HD)
- Peritoneal Dialisis (PD)
- Transplantasi Ginjal

EVALUASI

Setelah membaca uraian penjelasan mengenai ginjal manusia, jawablah pertanyaan berikut sesuai pengetahuan Anda.

1. Apa penyebab dari kerusakan ginjal saya?
2. Tanda dan gejala apa saja yang saya rasakan saat ginjal mulai mengalami penurunan/ kerusakan fungsi?
3. Berapa persentase sisa fungsi ginjal saya saat ini?
4. Apakah saya bisa sembuh bila sudah dinyatakan dokter menderita Penyakit Ginjal Kronik?
5. Penanganan apa saja yang dapat saya lakukan bila menderita Penyakit Ginjal Kronik?

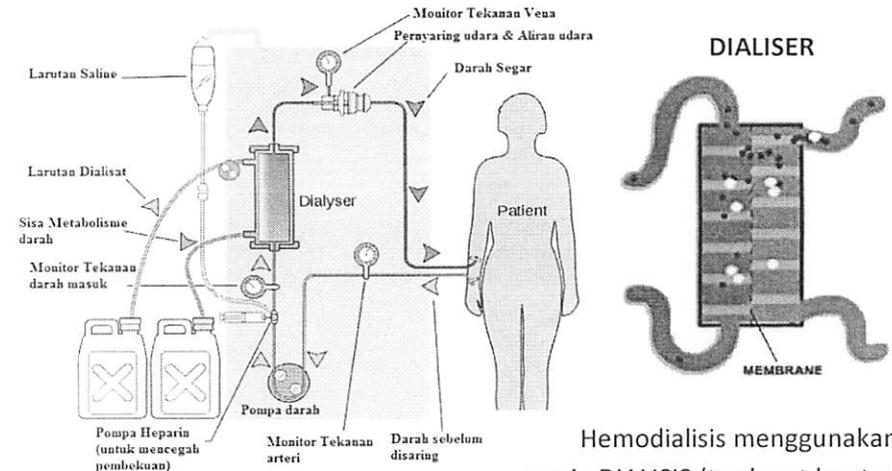
BAB 2
TERAPI

Standar Kompetensi : Memahami terapi untuk Penyakit Ginjal Kronik
Kompetensi Dasar :

1. Menyebutkan pengertian, fungsi, proses kerja hemodialisis
2. Menyebutkan diet untuk klien hemodialisis
3. Menyebutkan motivasi dan komitmen menjalankan terapi

Apakah hemodialisis itu ?

Hemodialisis / cuci darah adalah terapi pengganti ginjal untuk mengeluarkan sisa olahan (racun) & cairan yang menumpuk dalam tubuh



Hemodialisis menggunakan mesin DIALISIS (terdapat larutan dan lapisan berpori) untuk memudahkan pengeluaran racun dari tubuh ke mesin.

Proses hemodialisis

Darah kotor menuju mesin → mesin menyaring dan mengeluarkan racun dan air yang berlebihan dalam tubuh → darah bersih kembali ke tubuh

Pertanyaan Prasyarat
Apakah hemodialisis itu mengerikan?

PEMENUHAN GIZI PADA KLIEN PENYAKIT GINJAL KRONIS DENGAN HEMODIALISIS



Tujuan Diet:

- Mencapai status gizi optimal
- Tidak memberatkan fungsi ginjal
- Menurunkan kadar ureum darah
- Mengatur keseimbangan cairan & elektrolit

Bahan makanan yang dibatasi

1. Natrium

Anjuran asupan 2,5 - 5 gr/hari

Batas penggunaan garam dapur:

- Tekanan darah 140/90 mmHg, tidak bengkak: **1 sendok teh**
- Ada bengkak tidak terlalu berat: **½ sendok teh**
- Tekanan darah tinggi berat, bengkak berat: **tanpa penambahan garam**

2. Kalium

Batas asupan kalium ± 1500 mg bila:

- Kadar kalium darah tinggi
- Kencing sedikit atau tidak bisa kencing

3. Kalsium

Asupan yang dianjurkan 1000-1500 mg/hari

4. Fosfor

Kurangi makanan yang mengandung tinggi fosfor

5. Cairan

Batas asupan per hari: **Sejumlah urin dalam satu hari + 500 ml**



PERLU DIINGAT

Makanan berkuah seperti sup, makanan yang mencair seperti ice cream dan minuman seperti susu, sirup, yoghurt juga dihitung sebagai cairan



Bahan makanan yang dianjurkan:

1. Karbohidrat

Anjuran: 35 kalori/kgBB/hari

Misalkan: Berat badan (BB) Anda 50 kg, maka karbohidrat yang Anda butuhkan adalah **1750 kalori/hari**

2. Protein

Anjuran: 1-1,2 g/kgBB/hari, utamakan protein hewani untuk menggantikan protein yang hilang setiap proses HD

Misalkan: Berat badan (BB) Anda 50 kg, maka protein yang Anda butuhkan adalah **50-60 gr/hari**

3. Lemak

Minyak jagung, minyak kedelai, minyak kacang tanah, minyak kelapa sawit, margarine, dan mentega yang rendah garam

Anjuran: 30 gram (3 sdm/ hari)

4. Vitamin & Mineral

Semua sayuran dan buah, kecuali klien dengan kadar kalium darah tinggi. Bila perlu diberikan suplemen asam folat, vitamin C, dan vitamin D.

Buah yang dapat dikonsumsi dalam kondisi segar:

1. Pepaya
2. Apel hijau

Tips:

Cara mengurangi kandungan kalium pada buah & sayur

1. Merendam

Kupas buah atau sayur, potong tipis, lalu cuci dengan air mengalir. Letakkan dalam mangkok, rendam dengan air hangat \pm 2 jam. Angkat dan bilas dengan air mengalir.

2. Merebus

Masukkan buah atau sayur ke dalam air mendidih selama 15 menit. Cara ini biasa dikenal dengan stup

3. Dibuak manisan (direbus dengan penambahan gula)

Caranya sama dengan nomor 2 hanya ditambahkan gula pasir. Untuk klien dg komplikasi Diabetes Mellitus tidak disarankan dengan cara nomor 3 ini.

Tabel 3.1 Daftar kandungan NATRIUM dalam bahan makanan

| Bahan Makanan | Berat (gr) | Sajian dalam olahan rumah tangga | Kandungan Natrium |
|---------------|------------|----------------------------------|-------------------|
| Garam | 5 | 1 sdt | 1938 |
| Vetsin | 5 | 1 sdt | 673 |
| Kecap | 5 | 1 sdt | 200 |
| Biskuit | 40 | 4 buah | 200 |
| Roti putih | 70 | 2 lapis | 371 |
| Keju | 35 | 1 lapis | 437 |
| Sosis | 50 | 1 sosis sedang (\pm uk 10 cm) | 500 |
| Udang | 35 | 3 ekor uk. Sedang | 65 |

| Bahan Makanan | Berat (gr) | Sajian dalam olahan rumah tangga | Kandungan Natrium |
|-----------------------|------------|----------------------------------|-------------------|
| Ikan asin kering | 10 | 1 sdm | 294 |
| Ikan asin teri | 10 | 1 sdm | 187 |
| Ikan asin teri kering | 10 | 1 sdm | 303 |
| Telur bebek | 55 | 1 butir | 105 |
| Telur asin | 55 | 1 butir | 71 |
| Susu skim bubuk | 20 | 2 sdm | 94 |
| Saus tomat | 10 | 1 sdm | 210 |

Keterangan: *sdt=sendok teh, *sdm=sendok makan, *gr=gram

Tabel 3.2 Daftar kandungan KALIUM dalam bahan makanan

| Bahan Makanan | Berat (gr) | Sajian dalam olahan rumah tangga | Kandungan kalium |
|------------------|------------|--|------------------|
| Havermuth oatmil | 45 | 1 buah | 180 |
| Singkong | 120 | 1 ptg besar (\pm diameter 5 cm, pjg=6 cm) | 111 |
| Kentang | 100 | - | 396 |
| Tepung tapioka | 10 | 1 sdm | 40 |
| Ayam | 40 | 1 ptg paha atas | 140 |
| | 30 | 1 ptg paha bawah | 105 |
| | 60 | 1 ptg dada atas | 210 |
| | 50 | 1 ptg dada bawah | 175 |
| | 40 | 1 ptg sayap | 140 |
| | 15 | 1 buah ceker | 53 |
| Daging sapi | 100 | - | 489 |
| Ikan teri | 15 | 1 sdm | 95 |
| Ikan asin | 15 | 1 sdm | 71 |
| Bayam | 100 | 1 mangkok jago | 416 |

| Bahan Makanan | Berat (gr) | Sajian dalam olahan rumah tangga | Kandungan kalium |
|-------------------|------------|----------------------------------|------------------|
| Selada air | 100 | - | 550 |
| Daun papaya | 100 | - | 652 |
| Kapri | 100 | - | 900 |
| Tomat | 100 | - | 242 |
| Kembang kol | 100 | - | 349 |
| Alpukat | 30 | 2 sdm | 71 |
| Apel merah | 50 | 1 ptg | 101 |
| Melon | 100 | 1 ptg besar (± 16 cm x 7 cm) | 271 |
| Kurma | 10 | 1 buah | 70 |
| Durian | 35 | 1 biji | 210 |
| Duku | 100 | 10 buah | 233 |
| Susu bubuk | 20 | 2 sdm | 360 |
| Susu kental manis | 10 | 1 sdm | 32 |
| Susu skim bubuk | 20 | 2 sdm | 300 |
| Kelapa | 15 | 1 sdm | 56 |
| Bubuk coklat | 5 | 1 sdt | 50 |
| Saus tomat | 10 | 1 sdm | 80 |

Keterangan: *sdt=sendok teh, *sdm=sendok makan, *gr=gram, *ptg=potong

Tabel 3.3 Daftar kandungan KALSIUM dalam bahan makanan

| Bahan Makanan | Berat (gr) | Sajian dalam olahan rumah tangga | Kandungan kalsium |
|---------------|------------|----------------------------------|-------------------|
| Kacang hijau | 20 | 2 sdm | 45 |
| Mentimun | 100 | 1 buah uk.sedang | 291 |
| Belut | 40 | 1 ekor uk. sedang | 156 |
| Kerang | 100 | - | 500 |
| Terasi | 5 | 1 sdt | 191 |
| Teri kering | 15 | 1 sdm | 180 |

| Bahan Makanan | Berat (gr) | Sajian dalam olahan rumah tangga | Kandungan kalsium |
|-------------------|------------|----------------------------------|-------------------|
| Udang | 35 | 3 ekor uk.sedang | 423 |
| Susu kental manis | 10 | 1 sdm | 24 |
| Susu full krim | 10 | 1 sdm | 69 |
| Susu skim bubuk | 20 | 2 sdm | 260 |

Keterangan: *sdt=sendok teh, *sdm=sendok makan, *gr=gram

Tabel 3.4 Daftar kandungan FOSFOR dalam bahan makanan

| Bahan Makanan | Berat (gr) | Sajian dalam olahan rumah tangga | Kandungan fosfor |
|---------------------|------------|------------------------------------|------------------|
| Beras merah | 100 | - | 256 |
| Kacang hijau | 20 | 2 sdm | 64 |
| Kacang kedelai | 20 | 2 sdm | 171 |
| Tempe kedelai murni | 50 | 1 ptg besar (± 7,5 cm x 3,5 cm) | 163 |
| Kacang tanah | 15 | 1 sdm | 68 |
| Telur ayam | 55 | 1 butir | 142 |
| Telur bebek | 55 | 1 butir | 191 |
| Belut | 40 | 1 ekor uk. Sedang | 213 |
| Kerang | 100 | - | 270 |
| Hati sapi | 35 | 1 ptg | 109,2 |
| Hati ayam | 30 | 1 ptg | 121 |
| Terasi | 5 | 1 sdt | 98,8 |
| Daging sapi | 35 | 1 ptg (±uk.5cm x 5cm) | 119 |
| Ayam | 40 | 1 ptg paha atas | 136 |
| | 30 | 1 ptg paha bawah | 102 |
| | 60 | 1 ptg dada atas | 204 |
| | 50 | 1 ptg dada bawah | 170 |
| | 40 | 1 ptg sayap | 136 |
| | 15 | 1 buah cecker | 51 |

| Bahan Makanan | Berat (gr) | Sajian dalam olahan rumah tangga | Kandungan fosfor |
|-------------------|------------|----------------------------------|------------------|
| Ikan asin | 20 | 1 ekor | 80 |
| Teri kering | 15 | 1 sdm | 225 |
| Teri segar | 15 | 1 sdm | 75 |
| Udang | 35 | 3 ekor uk.sedang | 429 |
| Susu kental manis | 10 | 1 sdm | 21 |
| Susu full krim | 10 | 1 sdm | 69 |
| Susu skim bubuk | 20 | 2 sdm | 206 |

Keterangan: *sdt=sendok teh, *sdm=sendok makan, *gr=gram, *ptg=potong

MOTIVASI MENJALANI TERAPI

Sakit adalah bagian dari kehendak Allah SWT, karena tubuh ini adalah milik-Nya.

Allah YME sangat adil, bijaksana, dan Maha Tahu akan kondisi dan kapasitas kita dalam menghadapi ujian.

Tugas kita adalah senantiasa berpikir positif, tabah, sabar, ikhlas menerimanya, dan tetap **BERIKHTIAR SEOPTIMAL MUNGKIN UNTUK BEROBAT DEMI ORANG-ORANG TERKASIH DI SEKELILING KITA.**

Bila kita mampu melakukan itu, kita akan mencapai hidup yang bahagia dan bermanfaat.

Apapun yang Allah SWT anugerahkan adalah yang terbaik untuk kita, tidak dapat dicegah, ditolak atau dihalangi siapa pun.

EVALUASI

Setelah membaca uraian penjelasan mengenai ginjal manusia, jawablah pertanyaan berikut sesuai pengetahuan & pemahaman Anda.

A. Untuk Klien

1. Apakah hemodialisis dapat menyembuhkan Penyakit Ginjal Kronik saya?
2. Bagaimana proses kerja mesin hemodialisis ini membersihkan darah saya dari racun olahan tubuh yang menumpuk?.....
3. Apa yang harus saya lakukan agar status kesehatan saya tetap optimal walaupun memiliki Penyakit Ginjal Kronik?.....
4. Asupan makanan dan minuman apa saja yang harus saya batasi?
5. Bagaimana bila saya tidak mematuhi anjuran diet di atas?
.....

B. Untuk Keluarga

1. Buatlah daftar menu makanan harian selama 7 hari untuk klien sesuai dengan aturan diet di atas!
2. Cobalah membuat salah satu makanan kesukaan klien sesuai dengan anjuran diet di atas!

BAB 3 TUNTUNAN ROHANI

Standar Kompetensi: Memahami Tuntunan Rohani Menghadapi Sakit

Kompetensi Dasar :

1. Menyebutkan hikmah sakit
2. Menyebutkan ibadah yang dapat dilakukan saat sakit
3. Menyebutkan doa yang dapat dilakukan saat sakit



Sakit sering diterima sebagai takdir dan cobaan yang menyengsarakan.

“Tak ada satu orang pun yang menginginkan sakit”.

Sakit adalah *sunnatullah* (ketentuan Allah) yang pasti terjadi dan menimpa tiap manusia.

Sehat dan sakit merupakan anugerah dari Allah SWT yang sangat tergantung dari cara kita menyikapinya.

Bila cara kita benar sesuai dengan syariat Islam, maka sehat dan sakit akan menjadi **KEBAIKAN (PAHALA)**.

Namun, bila cara kita salah maka sehat dan sakit akan menjadi **BEBAN YANG BERAT**.

Ketertarikan sakit menurut Islam antara lain:

1. Sakit menghapus dosa dan menguatkan iman

Sakit yang diderita oleh seorang muslim akan menghapuskan dosa yang pernah dilakukannya. Penderitaan dalam menghadapi penyakit adalah kifarrah (penebus) dosanya.

Rasullah SAW bersabda

“Tiada seorang mu’min yang rasa sakit, kelelahan (kepayahan), diserang penyakit atau kesedihan (kesusahan) sampai duri yang menusuk (tubuhnya) kecuali dengan itu Allah menghapus dosa-dosanya” (HR. Bukhari)

Sakit yang diderita seorang Mukmin menjelang akhir hayatnya dapat dipandang sebagai tanda Maha Kasih Allah SWT.

Rasullah SAW bersabda:

“Sesungguhnya seorang Mukmin yang melakukan kesalahan lalu diperberat (sakitnya) pada saat kematian, niscaya kesalahannya itu dihapuskan” (HR. Abu Nu’aim)

Sakit adalah *wasilah* dari Allah SWT bagi setiap hamba-Nya untuk meraih *khusnul khotimah* (akhir kematisn yang baik). Ia akan mendapatkan curahan rahmat Allah di akhirat kelak.

Sakit adalah ujian hidup untuk menguji kesabaran dan sebagai wasilah (sarana) untuk meningkatkan ketaqwaan kita kepada Allah SWT.

Bila sakit kita sikapi dengan benar, maka akan menjadi kebaikan (pahala). Namun bila kita menolaknya, maka akan menjadi beban yang berat bagi kita.

2. Mendapatkan pahala dari amal kebaikan yang biasa dilakukan di waktu sehat

Ketika sakit, kita tidak mampu shalat di masjid tetapi Allah tetap membagi pahala pada kita sama seperti ketika kita sholat di masjid.

Rasullah SAW bersabda

"Apabila seorang hamba sakit sedang dia biasa melakukan suatu kebaikan, maka Allah berfirman kepada malaikat, catatlag bagi hamba-Ku pahala seperti yang biasa ia lakukan ketika sehat" (HR.

Abu Hanifah)

3. Memperoleh pahala kebaikan

Segala sesuatu yang terjadi pada manusia pasti ada hikmahnya. Seorang muslim yang sabar dalam menghadapi sakit maka disiapkan baginya pahala kebaikan.

Rasullah SAW bersabda

"Barangsiapa dikehendaki oleh Allah kebaikan baginya, maka dia (diuji) dengan suatu musibah" (HR. Bukhari)

4. Memperoleh derajat yang tinggi di sisi Allah SWT

Bila seorang tidak mampu mencapai derajat yang tinggi di sisi Allah SWT dengan amalnya, maka dia akan memperoleh derajat tersebut dengan musibah atau penyakit yang dideritanya.

Rasullah SAW bersabda:

"Wabah (penyakit) adalah syahadah (mati syahid) bagi setiap muslim" (HR. Bukhari)

Rasullah SAW bersabda dalam hadis lain:

"Seorang hamba memiliki suatu derajat disurga. Ketika dia tidak dapat mencapainya dengan amal-amal kebbaikannya, maka Allah menguji dan mencobanya agar dia dapat mencapai derajat itu"

(HR. Thabrani)

5. Memperoleh ganjaran berupa surga

Rasullah SAW bersabda

"Apabila Aku menguji hamba-Ku dengan membutakan kedua matanya dan dia bersabar, maka Aku ganti kedua matanya itu dengan surga" (HR. Ahmad)

6. Sakit karena perbuatannya sendiri

Allah SWT berfirman dalam QS Asy Syura 30

Artinya:

"Dan apa saja musibah yang menimpa kamu adalah disebabkan oleh perbuatan tanganmu sendiri, dan Allah memaafkan sebagian besar dari kesalahan-kesalahan kamu" (QS Asy Syura ayat 30)

Penyakit adalah salah satu musibah yang disebabkan oleh perilaku kita sendiri. Misalnya seseorang yang memiliki kebiasaan dzolim, dengan kedua tangannya suka seenaknya berbuat semena-mena terhadap sesama, main pukul atau *gampar*, tiba-tiba orang tersebut terkena stroke padahal tidak hipertensi atau mengidap penyakit penyebab stroke. Penyebab sakit tersebut adalah perbuatannya sendiri yang suka semena-mena terhadap sesama.

Rasullah SAW bersabda

"Apabila Aku menguji hamba-Ku dengan membutakan kedua matanya dan dia bersabar, maka Aku ganti kedua matanya itu dengan surga" (HR. Ahmad)

Hadapi sakit dengan sikap, pemikiran, dan perilaku positif. Jangan berprasangka buruk karena sesungguhnya setiap kesakitan adalah penghapus segala dosa.

Sikap menghadapi sakit :

1. Berbaik sangka

Berbaik sangka adalah menyadari di balik hal yang buruk terkandung hikmah besar dan maksud baik Allah untuk diri kita.

Prasangka kita pada Allah dampaknya kembali pada diri kita sendiri. Allah SWT berfirman:

"Aku menuruti prasangka hamba terhadap-Ku, jika ia berprasangka baik terhadap-Ku, maka baginya kebaikan, maka jangan berprasangka terhadap Allah kecuali kebaikan!" (H.R. Bukhari)

Misalnya seseorang yang sedang sakit ginjal kronis, jika ia berprasangka baik pada Allah, ia akan optimis.

"Alhamdulillah saya masih diberi sakit untuk menebus dosa-dosa saya dan untuk mengistirahatkan saya dari kesibukan dunia!"

Akan tetapi seseorang yang tidak mampu berprasangka baik, ia akan mencoba mencari kambing hitam untuk melampiaskan prasangka buruknya pada pihak lain.

"Karena minuman berenergi inilah sekarang saya menderita Penyakit Ginjal Kronis!"

Atau bahkan yang terburuk manusia penuh prasangka negatif ini akan turut menyalahkan Allah.

"Allah tidak adil, mengapa saya yang menderita penyakit ini, padahal saya sudah melakukan banyak kebaikan"

Allah tidak memiliki keperluan apapun dari hamba-hamba-Nya untuk berbuat tidak adil. Sungguh merugi orang yang mampu

berprasangka buruk pada Allah. Dampak dari prasangka buruk pada Allah ialah:

Ketika dia mampu berprasangka baik, optimisme terpancar, Allah akan menjadikan hatinya tenang dan hidupnya lebih bahagia. Mudah bagi Allah melakukan hal ini.

Sedangkan ketika seseorang berprasangka buruk, pesimisme dan depresi akan melanda dirinya dan Allah akan kabulkan prasangka buruknya tersebut dengan membiarkannya terus berada dalam lingkaran emosi negatif hingga ia sendiri yang mau mengubah nasibnya tersebut.

Janganlah salah seorang diantara kalian meninggal dunia kecuali dalam keadaan sedang berbaik sangka kepada Allah (HR. Bukhari dan Muslim)

2. Sabar

Sabar bukan hanya mengeluh dan menahan amarah. Sabar adalah kondisi ketika kita bisa menerima keadaan dengan tetap memiliki hati yang tenang

3. Ikhlas

Ikhlas berarti merelakan apa yang sudah bukan milik kita. Perlu diketahui bahwa apa yang sedang kita miliki saat ini, hakikatnya hanya titipan Allah SWT. Ketika Dia mengembalikannya kembali, kita harus rela. Jika di hati kita masih ada rasa tidak ikhlas, maka hidup kita tak mungkin bahagia.

Misalnya, saat kita terbaring sakit, bila hati kita tak ikhlas menerimanya, maka sakit tersebut akan terasa lebih menyakitkan karena adanya rasa takut, khawatir, dan cemas yang berlebihan.

4. Ikhtiar

Menderita penyakit ginjal kronis dan harus menjalani hemodialisis seumur hidup merupakan pemicu ketakutan dan stress pada klien. Hal tersebut menyebabkan klien kehilangan harapan dan makna hidup akibat memikirkan kehilangan yang akan datang dan kesibukan hidup yang belum selesai.

Tiap individu memiliki kemampuan untuk bertahan dan berjuang ketika dihadapkan pada masalah hidup. Tugas kita adalah tetap berikhtiar seoptimal mungkin untuk berobat, mematuhi nasihat dan petunjuk dokter, dan jangan gelisah. Bila kita mampu melakukan itu, kita akan mencapai kualitas hidup yang maksimal, bahagia, produktif, dan kontributif.

Tidak ada krisis yang tidak dapat ditakhlukkan, kapasitas dirilah yang membuat krisis tersebut terasa berat untuk dihadapi

5. Pasrah kepada Allah SWT

Setelah berikhtiar mencari obat untuk meningkatkan kualitas hidup kita disertai dengan do'a, maka selanjutnya adalah tawakal kepada Allah SWT (berpasrah diri). Pasrah adalah menyerahkan semuanya kepada Allah SWT setelah berusaha sesuai kemampuan kita semaksimal mungkin.

6. **Berwasiat** kepada keluarga dekat yang bukan ahli waris. Firman Allah SWT, artinya:

"Diwajibkan atas kalian, apabila maut menjemput kalian, jika dia meninggalkan harta, berwasiat untuk kedua orang tua dan karib kerabat dengan cara yang baik, (sebagai) kewajiban bagi orang-orang yang bertakwa" (QS. Al Baqarah:180)

Ibadah Orang sakit :

1. Bersuci (Thaharah)

a. Istinjak

Istinjak adalah bersuci untuk menghilangkan bekas buang air kecil atau air besar pada tempat keuangnya masing-masing.

Alat bersuci: air, tissue, atau batu yang sudah disucikan.

Cara bersuci: bersihkan pada bagian qubul dan dubur dengan air yang bersih. Bila tidak ada air, bisa menggunakan tissue atau tiga buah batu yang suci. Namun bila pada kondisi tertentu hingga tidak bisa suci, maka cara membersihkan semampunya.

b. Mandi wajib

Mandi wajib dilakukan bila klien berhadass besar, seperti keluar mani, bersetubuh, setelah haid atau nifas, dan melahirkan.

Cara mandi wajib:

1. Niat karena Allah SWT
2. Membasuh kedua tangan
3. Membasuh kemaluan dengan sabun
4. Berwudhu
5. Menggosok pangkal rambut sambil membasahnya dimulai dari sisi kanan

6. Menyiram kepala dengan air 3 kali lalu ke seluruh tubuh sampai merata dan menggosok-gosoknya
7. Mencuci kedua kaki, dimulai dari yang kanan
Bila tidak mampu melakukan sendiri, dapat dibantu orang lain (*mahram*-nya). Bila tidak ada air atau tidak boleh kena air, maka dapat dilakukan dengan tayammum.

c. Wudhu

Wudhu adalah bersuci dari hadas kecil, seperti setelah kentut, buang air kecil, buang air besar, bersentuhan kulit laki dan perempuan buka *mahram* (suami/ istrinya).

Cara berwudhu (WAJIB)

1. Berniat karena Allah SWT
2. Membasuh wajah
3. Membasuh kedua tangan sampai siku
4. Mengusap sebagian kepala
5. Membasuh kedua kaki sampai mata kaki
6. Tertib

Tambahan (SUNAH)

- | | | |
|---|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Membasuh kedua telapak tangan 2. Berkumur 3. Memasukkan air ke hidung 4. Mengusap telinga | } | <p>Dahulukan yang kanan dan dibasuh 3 kali</p> |
|---|---|--|

d. Tayammum

Tayammum adalah bersuci sebagai pengganti wudhu atau mandi besar bila tidak ada air atau dilarang kena air.

Alat tayammum: debu yang bersih di sekitar kita, seperti di tanah, di lantai, di dinding, dll

Cara tayammum:

1. Letakkan kedua telapak tangan ke tanah (debu) dan tiuplah
2. Niat karena Allah SWT
NAWAYTUTTAYAMMUMA LISTIBAA HATISH SHALAATI FARDHOLLILLAHI TA'AALA
(Saya niat tayammum untuk diperbolehkan melakukan shala karena Allah Ta'ala)
3. Mengusap wajah
4. Menepuk debu lagi dan ditiup
5. Telapak tangan kiri mengusap tangan kanan dari punggung kanan diteruskan sampai siku kemudian diputar ke arah pergelangan tangan, bertemu ibu jari kiri dengan punggung ibu jari kanan
6. Lakukan pada sisi tangan sebaliknya.

2. Shalat

Shalat harus tetap dilaksanakan, tidak boleh ditinggalkan oleh orang yang sedang sakit selama ia dalam kondisi sadar.

Cara melaksanakan: sesuai dengan kemampuan

a. Sikap:

Bila mampu, dengan berdiri

Bila tidak mampu berdiri, dilakukan dengan duduk

Bila tidak mampu dengan duduk, dilakukan dengan berbaring

Bila tidak mampu dengan berbaring, dilakukan dengan isyarat

b. Menghadap kiblat

Bila dengan berbaring, bisa miring ke sisi kanan dengan kepala menghadap kiblat (kepala di sebelah utara) dan apabila hanya bisa terlentang, maka kaki ke arah kiblat (kepala berlawanan).

c. Bila menemui kesulitan shalat tiap waktu, maka boleh dengan shalat *jama'*.

Bila tidak sengaja meninggalkan shalat (tertidur atau baru sadar dari operasi), maka shalat bisa di *qodho*'.

3. Puasa

Bagi orang sakit (tidak mampu berpuasa), boleh tidak menjalankan puasa wajib (bila berpuasa berakibat buruk terhadap kesehatannya) dan bisa menggantinya dengan membayar *fidyah* atau *kaffarah* (memberi makan orang miskin sejumlah hari utang puasanya).

4. Sedekah

Mungkin kita telah banyak bersedekah, namun sedekah itu belum diniatkan agar Allah menyembuhkan penyakit yang kita derita. Tidak ada hal yang mustahil bagi Allah SWT. Sesungguhnya sedekah dapat menghilangkan penyakit, musibah, atau cobaan. Begitu pun untuk menyembuhkan penyakit kronis yang kita derita saat ini. Allah tidak menciptakan suatu penyakit, melainkan ada obatnya.

Rasullah SAW bersabda:

"Obatilah orang yang sakit diantara kalian dengan sedekah" (HR. Baihaqi)

Rasullah SAW bersabda dalam hadis lain:

"Ujian yang menimpa seseorang pada keluarga, harta, jiwa, anak, dan tetangganya bisa dihapus dengan puasa, shalat, sedekah, dan amar makruf nahi munkar" (HR. Bukhari dan Muslim)

Bimbingan Doa

a. Doa ketika kesakitan

Ketika sedang kesakitan sebaiknya kita berdzikir kepada Allah SWT dengan kalimat-kalimat toyyibah

1. Kalimat TASBIH

سُبْحَانَ اللَّهِ

Subhaanallah

Artinya: Maha suci Allah

2. Kalimat TAHLIL

لَا إِلَهَ إِلَّا اللَّهُ

La illaaha illallah

Artinya: Tiada Tuhan selain Allah

3. Kalimat ISTIGHFAR

أَسْتَغْفِرُ اللَّهَ الْعَظِيمَ

Astaghfirullahal'adhiim

Artinya: Saya mohon ampun kepada Allah yang Maha Agung

4. Kalimat TAKBIR

اللَّهُ أَكْبَرُ

Allahu Akbar

Artinya: Allah Maha Besar

5. Kalimat HAUKOLAH

لَا حَوْلَ وَلَا قُوَّةَ إِلَّا بِاللَّهِ

Laa haula walaa quwwata illa billah

Artinya:

Tiada daya dan kekuatan kecuali dengan pertolongan Allah

b. Doa menghilangkan rasa sakit

IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

Artinya: Segala puji bagi Allah yang telah memberi kepada kita kecukupan dan kepuasan yang luar biasa dan tidak disangkal.

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

أَعُوذُ بِاللَّهِ وَقُدْرَتِهِ، مِنْ شَرِّ مَا أَجِدُ وَأُحَادِرُ

*Bismillahirrah maanir rahiim**'Auudzu billaahi waqudratihi min syarri maa ajidu wa u haadiru*

Artinya: Dengan nama Allah Yang Maha Pengasih Lagi Maha Penyayang. Aku berlindung kepada Allah dan kekuasaan-Nya dari kejahatan yang timbul dan yang saya khawatirkan.

c. Doa sebelum minum obat

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ أَذْهِبِ الْبَاسَ

رَبِّ النَّاسِ إِشْفِ أَنْتَ الشَّافِي لَا شَافِيَ إِلَّا أَنْتَ

اللَّهُمَّ إِذَا سَأَلَكَ الْعَافِيَةَ

*Bismillahirrah maanir rahiim**Adzhibii ba'sa Robban naasi isyfi antasy syaafii laa syaafi illa anta.**Allahumma inni as alukai aafiyah*

Artinya: Dengan nama Allah Yang Maha Pengasih Lagi Maha Penyayang. Ya Tuhannya manusia jauhkan derita sembuhkanlah Engkau yang Maha Penyembuh, tidak ada penyembuh kecuali Engkau. Ya Allah sungguh hamba mohon sehat kepada-Mu.

d. Doa setelah minum obat*Alhamdulillahil ladzi kafaanaa wa arwaana ghoiru makfiyyin wala makfuurin***e. Doa akan tidur**

بِاسْمِكَ اللَّهُمَّ أَحْيَا وَأَمُوتُ

Bismikallahuma ahyaa wabismika amuut

Artinya: Ya Allah, dengan nama-Mu aku hidup dan dengan nama-Mu aku mati

f. Doa bangun tidur

الْحَمْدُ لِلَّهِ الَّذِي أَحْيَانَا بَعْدَ مَا أَمَاتَنَا وَإِلَيْهِ النُّشُورُ

Alhamdulillahil ladzi ahyana ba'da ma amatana wailaihin nusyur

Artinya: Segala puji bagi Allah yang membangunkan kami setelah ditidurkan-Nya dan kepada-Nya kami dibangkitkan.

EVALUASI

Setelah membaca uraian penjelasan mengenai ginjal manusia, jawablah pertanyaan berikut sesuai pengetahuan Anda.

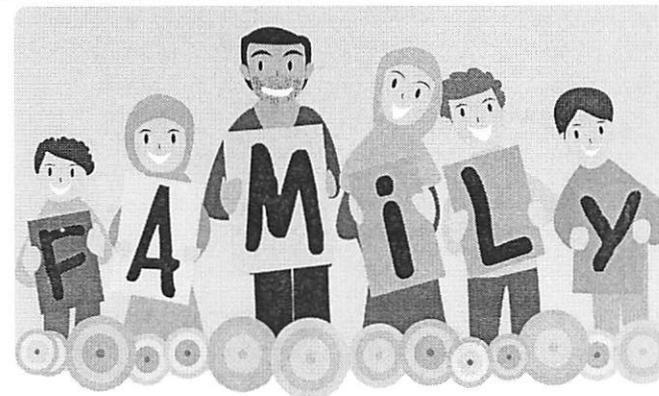
1. Apakah hikmah di balik sakit yang saya alami saya ini?
.....
2. Bagaimana saya harus bersikap terhadap Penyakit Ginjal Kronik saya ini?
3. Amalan ibadah apa saja yang tetap dapat saya lakukan agar sakit saya ini menjadi suatu berkah?
4. Doa apa yang dapat yang lantunkan saat saya mulai putus asa atas sakit saya ini?
5. Buatlah daftar kegiatan harian selama 7 hari untuk beribadah mendekati diri kepada Allah SWT!

BAB 4 PERAN SERTA KELUARGA

Standar Kompetensi : Memahami Peran serta keluarga dalam perawatan klien dengan Penyakit Ginjal Kronik

Kompetensi Dasar :

1. Menyebutkan pengertian, fungsi, proses kerja hemodialisis
2. Menyebutkan diet untuk klien hemodialisis
3. Menyebutkan motivasi dan komitmen menjalankan terapi



Sakit membuat seseorang lebih sensitif. Inilah peran utama keluarga dalam memberi dukungan pada klien yang cuci darah. Dukungan yang dapat diberikan keluarga:

1. **Dukungan emosional**
 - Beri perhatian
 - Selalu dampingi klien cuci darah atau kontrol
 - Selalu ingatkan klien patuh diet dan cuci darah

2. Dukungan penilaian

- Maklumi kondisi kesehatan klien
- Beri *support* dan pujian pada kemampuan klien
- Beri kesempatan klien beraktivitas sesuai kemampuannya

3. Dukungan materiil

- Beri bantuan finansial
- Menyediakan waktu untuk menemani klien cuci darah
- Menyediakan fasilitas transportasi untuk klien cuci darah
- Menyediakan kebutuhan klien selama sakit

4. Dukungan informasional

- Beri informasi terkait kesehatan klien
- Beri nasihat & bimbingan pada klien untuk menyelesaikan masalah atau meringankan beban pikirannya

5. Dukungan psikososial

- Libatkan klien dalam kegiatan sesuai kemampuan klien
- Menyediakan banyak waktu untuk bersama klien
- Beri kesempatan klien menyampaikan harapan atau keinginan terkait perawatan kesehatannya

Pertanyaan Prasyarat

Apa yang bisa membuat mental saya kuat menghadapi sakit?

Setelah membaca uraian penjelasan mengenai ginjal manusia, jawablah pertanyaan berikut sesuai pengetahuan Anda.

A. Untuk Klien

1. Dukungan apa saja yang telah diberikan keluarga pada saya?
.....
2. Apa yang seharusnya saya lakukan bersama keluarga tercinta saya saat ini?
3. Apa yang dapat saya lakukan saat mulai merasa bosan dan putus asa dengan Penyakit Ginjal saya ini?
4. Buatlah daftar kegiatan harian selama 7 hari bersama keluarga tercinta!
5. Buat rencana perawatan kesehatan 6 bulan ke depan sesuai harapan saya dengan didampingi keluarga dan perawat!

B. Untuk Keluarga

1. Buatlah daftar kegiatan bersama klien selama 7 hari sebagai bentuk pemberian dukungan pada klien!
2. Buatlah rencana perawatan kesehatan untuk klien 6 bulan ke depan sesuai harapan klien!

"PERAWATAN PILIHANKU"

Nama :
Usia :
No. KTP :

IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS SURABAYA

Ketika saya dalam kondisi lemah dan kritis, tidak mampu berkomunikasi dengan baik, saya menyerahkan kuasa atas perawatan diri saya kepada:

Nama :
Alamat :
No.Telp :

Harapan terkait perawatan dan pengobatan medis saya:

- Hal terpenting untuk saya adalah.....
- Ketakutan dan kekhawatiran saya selama ini adalah.....
- Saya menginginkan perawatan medis yang membuat saya:
 - Hidup selama mungkin, meskipun dengan bantuan alat medis
 - Damai dan nyaman tanpa memikirkan penyakit dan berapa lama saya hidup
- Saya akan menjalankan perawatan dan pengobatan medis saya:
 - Hemodialisis (cuci darah) sesuai jadwal
 - Membatasi minum
 - Tidak memakan buah dan sayur yang dilarang untuk penyakit saya
 - Lainnya.....
- Jika kondisi saya semakin melemah dan kritis, saya ingin keluarga merawat saya di.....
 - Rumah Lainnya.....
 - Rumah Sakit
- Jika kondisi saya semakin melemah dan kritis, saya tidak menghendaki.....
 - Pompa jantung Lainnya.....
 - Hemodialisis (cuci darah)
- Saya ingin.....mendampingi saya di akhir hidup ini
 - Suami/ istri Lainnya.....
 - Anak, sebutkan nama.....
- Saya berharap dapat meminta maaf pada.....sebelum saya meninggal.
 - Suami/ istri Lainnya.....
 - Anak, sebutkan nama.....
- Saya ingin mengundang.....sebelum saya meninggal
 - Pengacara, sebutkan nama..... Lainnya.....
 - Ulama, sebutkan nama.....
- Saya ingin dimakamkan di.....

Saksi

Surabaya, 20...
Yang membuat pernyataan

(.....)

(.....)

"PERAWATAN PILIHANKU"

Nama :
Usia :
No. KTP :

Ketika saya dalam kondisi lemah dan kritis, tidak mampu berkomunikasi dengan baik, saya menyerahkan kuasa atas perawatan diri saya kepada:

Nama :
Alamat :
No.Telp :

Harapan terkait perawatan dan pengobatan medis saya:

- Hal terpenting untuk saya adalah.....
- Ketakutan dan kekhawatiran saya selama ini adalah.....
- Saya menginginkan perawatan medis yang membuat saya:
 - Hidup selama mungkin, meskipun dengan bantuan alat medis
 - Damai dan nyaman tanpa memikirkan penyakit dan berapa lama saya hidup
- Saya akan menjalankan perawatan dan pengobatan medis saya:
 - Hemodialisis (cuci darah) sesuai jadwal
 - Membatasi minum
 - Tidak memakan buah dan sayur yang dilarang untuk penyakit saya
 - Lainnya.....
- Jika kondisi saya semakin melemah dan kritis, saya ingin keluarga merawat saya di.....
 - Rumah Lainnya.....
 - Rumah Sakit
- Jika kondisi saya semakin melemah dan kritis, saya tidak menghendaki.....
 - Pompa jantung Lainnya.....
 - Hemodialisis (cuci darah)
- Saya ingin.....mendampingi saya di akhir hidup ini
 - Suami/ istri Lainnya.....
 - Anak, sebutkan nama.....
- Saya berharap dapat meminta maaf pada.....sebelum saya meninggal.
 - Suami/ istri Lainnya.....
 - Anak, sebutkan nama.....
- Saya ingin mengundang.....sebelum saya meninggal
 - Pengacara, sebutkan nama..... Lainnya.....
 - Ulama, sebutkan nama.....
- Saya ingin dimakamkan di.....

Saksi

Surabaya, 20...
Yang membuat pernyataan

(.....)

(.....)

"PERAWATAN PILIHANKU"

Nama :
Usia :
No. KTP :

IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS SURABAYA

Ketika saya dalam kondisi lemah dan kritis, tidak mampu berkomunikasi dengan baik, saya menyerahkan kuasa atas perawatan diri saya kepada:

Nama :
Alamat :
No.Telp :

Harapan terkait perawatan dan pengobatan medis saya:

- Hal terpenting untuk saya adalah.....
- Ketakutan dan kekhawatiran saya selama ini adalah.....
- Saya menginginkan perawatan medis yang membuat saya:
 - Hidup selama mungkin, meskipun dengan bantuan alat medis
 - Damai dan nyaman tanpa memikirkan penyakit dan berapa lama saya hidup
- Saya akan menjalankan perawatan dan pengobatan medis saya:
 - Hemodialisis (cuci darah) sesuai jadwal
 - Membatasi minum
 - Tidak memakan buah dan sayur yang dilarang untuk penyakit saya
 - Lainnya.....
- Jika kondisi saya semakin melemah dan kritis, saya ingin keluarga merawat saya di.....
 - Rumah Lainnya.....
 - Rumah Sakit
- Jika kondisi saya semakin melemah dan kritis, saya tidak menghendaki.....
 - Pompa jantung Lainnya.....
 - Hemodialisis (cuci darah)
- Saya ingin.....mendampingi saya di akhir hidup ini
 - Suami/ istri Lainnya.....
 - Anak, sebutkan nama.....
- Saya berharap dapat meminta maaf pada.....sebelum saya meninggal.
 - Suami/ istri Lainnya.....
 - Anak, sebutkan nama.....
- Saya ingin mengundang.....sebelum saya meninggal
 - Pengacara, sebutkan nama..... Lainnya.....
 - Ulama, sebutkan nama.....
- Saya ingin dimakamkan di.....

Saksi

Surabaya, 20...
Yang membuat pernyataan

(.....)

(.....)

"PERAWATAN PILIHANKU"

Nama :
Usia :
No. KTP :

Ketika saya dalam kondisi lemah dan kritis, tidak mampu berkomunikasi dengan baik, saya menyerahkan kuasa atas perawatan diri saya kepada:

Nama :
Alamat :
No.Telp :

Harapan terkait perawatan dan pengobatan medis saya:

- Hal terpenting untuk saya adalah.....
- Ketakutan dan kekhawatiran saya selama ini adalah.....
- Saya menginginkan perawatan medis yang membuat saya:
 - Hidup selama mungkin, meskipun dengan bantuan alat medis
 - Damai dan nyaman tanpa memikirkan penyakit dan berapa lama saya hidup
- Saya akan menjalankan perawatan dan pengobatan medis saya:
 - Hemodialisis (cuci darah) sesuai jadwal
 - Membatasi minum
 - Tidak memakan buah dan sayur yang dilarang untuk penyakit saya
 - Lainnya.....
- Jika kondisi saya semakin melemah dan kritis, saya ingin keluarga merawat saya di.....
 - Rumah Lainnya.....
 - Rumah Sakit
- Jika kondisi saya semakin melemah dan kritis, saya tidak menghendaki.....
 - Pompa jantung Lainnya.....
 - Hemodialisis (cuci darah)
- Saya ingin.....mendampingi saya di akhir hidup ini
 - Suami/ istri Lainnya.....
 - Anak, sebutkan nama.....
- Saya berharap dapat meminta maaf pada.....sebelum saya meninggal.
 - Suami/ istri Lainnya.....
 - Anak, sebutkan nama.....
- Saya ingin mengundang.....sebelum saya meninggal
 - Pengacara, sebutkan nama..... Lainnya.....
 - Ulama, sebutkan nama.....
- Saya ingin dimakamkan di.....

Saksi

Surabaya, 20...
Yang membuat pernyataan

(.....)

(.....)

"PERAWATAN PILIHANKU"

Nama :
Usia :
No. KTP :

IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

DAFTAR PUSTAKA

Ketika saya dalam kondisi lemah dan kritis, tidak mampu berkomunikasi dengan baik, saya menyerahkan kuasa atas perawatan diri saya kepada:

Nama :
Alamat :
No.Telp :

Harapan terkait perawatan dan pengobatan medis saya:

1. Hal terpenting untuk saya adalah.....
2. Kecakutan dan kekhawatiran saya selama ini adalah.....
3. Saya menginginkan perawatan medis yang membuat saya:
 - Hidup selama mungkin, meskipun dengan bantuan alat medis
 - Damai dan nyaman tanpa memikirkan penyakit dan berapa lama saya hidup
4. Saya akan menjelaskan perawatan dan pengobatan medis saya:
 - Hemodialisis (cuci darah) sesuai jadwal
 - Membarasi minum
 - Tidak memakan buah dan sayur yang dilarang untuk penyakit saya
 - Lainnya.....
5. Jika kondisi saya semakin melemah dan kritis, saya ingin keluarga merawat saya di.....
 - Rumah Lainnya.....
 - Rumah Sakit
6. Jika kondisi saya semakin melemah dan kritis, saya tidak menghandaki.....
 - Pompa jantung Lainnya.....
 - Hemodialisis (cuci darah)
7. Saya ingin.....mendampingi saya di akhir hidup ini
 - Suami/ istri Lainnya.....
 - Anak, sebutkan nama.....
8. Saya berharap dapat meminta maaf pada.....sebelum saya meninggal.
 - Suami/ istri Lainnya.....
 - Anak, sebutkan nama.....
9. Saya ingin mengundang.....sebelum saya meninggal
 - Pengacara, sebutkan nama..... Lainnya.....
 - Ulama, sebutkan nama.....
10. Saya ingin dimakamkan di.....

Saksi

Surabaya, 20...
Yang membuat pernyataan

(.)

(.)

- Allmark, P. 2002. Death with dignity. *Journal Med Ethics*, 2002(28), 255-257.
- Haras, M *et al.* 2015. "Exploring advance care planning from the nephrology nurse perspective: A Literature Review". *Nephrology Nursing Journal*, 42(1), pp.23-35.
- Hidayat, K. 2009. *PSIKOLOGI KEMATIAN: Mengubah ketakutan menjadi optimism*. Hikmah (JPT Mizan Publika. Bandung.
- Kaufman & Kiernan. 2006. Negotiating a "good death", what you need to know about American hospitals. *Oxford journal*, 47(4), pp.565-568.
- Latief, S. 2008. *Psikologi fenomenologi eksistensialisme*. Pustaka Ilalang. Lamongan.
- Muttaqin, Arif. 2011. *Asuhan Keperawatan gangguan Sistem Perkemihan*. Salemba Medika, Jakarta. Hal 83-91.
- National Kidney Foundation (NKF). 2010a. *Staying Fit With Kidney Disease*. New York.
- _____. 2010b. *Nutrition and Chronic Kidney Disease (Stages 1-4: Are You Getting What You Need?)*. New York.
- _____. 2013a. *Dining Out With Confidence: A Guide for Patients With Kidney Disease*. New York.
- _____. 2013b. *Advance Directives: A Guide for Patients and Their Families*. New York.
- Suhardjono, dkk (Ed). 2011. *Booklet Edukasi: Sehat dengan Penyakit Ginjal Kronik*. Asosiasi Dietisien Indonesia (AsDI). Jakarta
- Suwitra. 2009. *Penyakit Ginjal Kronis: Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Departemen Ilmu Penyakit Dalam FK Universitas Indonesia, Jakarta. Hal 571-573.
- Yani, Ahmad. 2007. *Panduan Menghadapi Sakit dan Kematian*. Khairuh Ummah. Jakarta.



IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
Penulis
Kontributor

PANDUAN

PERENCANAAN PERAWATAN AKHIR HAYAT (PPAH) UNTUK PENYAKIT GINJAL KRONIK YANG MENJALANI HEMODIALISIS



Oleh :
Caturia Sasti Sulistyana

Editor : Joni Haryanto, S.Kp., M.Si., Dr.Kep

Penerbit

Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

TESIS

Penulis
Kontributor

: - Caturia Sasti Sulistyana
- Prof Dr Suhartono Taat Putra, dr., MS
- Dr.Padoli, S.Kp., M.Kes
- Dr. Joni Haryanto, S.Kp., M.Si
- Puji Rahayu, S.Kep.Ns., M.Kep
- Atika, S.Si., M.Kes
Editor : Joni Haryanto, S.Kp., M.Si., Dr.Kep

Tata letak : Zaki
Penyunting : Ibnu
Ilustrasi : Ridwan
Desain Cover : Caturia

Hak Cipta dilindungi undang-undang. Dilarang memperbanyak atau memindahkan sebagian atau seluruh isi modul ini dalam bentuk apapun, baik secara elektronik maupun mekanis, termasuk memfotocopy, merekam, atau dengan sistem penyimpanan lainnya, tanpa izin tertulis dari Penulis.

Penerbit
Fakultas Airlangga
Jalan Mulyorejo Kampus C Universitas Airlangga
Surabaya, Jawa Timur 60115
Indonesia
Telp. (031) 5992246, (031) 5992247, Fax. (031) 5992248

Cetakan :
1 – Surabaya, 2017

Perpustakaan Nasional : Katalog dalam terbitan
Sulistyana
Panduan Perencanaan Perawatan Akhir Hayat
(PPAH) untuk Penyakit Ginjal Kronik yang Menjalani
Hemodialisis/Sulistyana
--Ed. 1. – Surabaya: Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga, 2017
X + 26 hlm. Ilus; 14,8 x 21 Cm
ISBN :

Program Magister Keperawatan FKp-UA 2017

Page 2

Kata Pengantar

Syukur Alhamdulillah, merupakan suatu kalimat yang sangat pantas penulis ucapkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat bimbingan, ridho dan inayah-Nyalah maka penulis bisa menyelesaikan sebuah buku panduan dengan nama "Perencanaan Perawatan Akhir Hayat (PPAH) untuk Penyakit Ginjal Kronik (PGK) yang Menjalani Hemodialisis" dan telah dapat kita baca sekarang ini.

Buku panduan ini dibuat berdasarkan model Perencanaan Perawatan Akhir Hayat (PPAH) yang telah dikembangkan melalui penelitian operasional 3 tahap, yaitu identifikasi masalah dengan pendekatan kualitatif, diskusi pakar, dan validasi atau uji coba model. Saya mengucapkan terimakasih kepada pihak terkait yang telah membantu saya dalam menghadapi berbagai tantangan dalam penyusunan modul ini.

Saya menyadari bahwa buku panduan ini masih banyak kekurangan. Oleh karena itu, saya mengajak para pembaca untuk memberikan kritik dan saran yang bersifat membangun untuk kemajuan ilmu pengetahuan ini.

Terima kasih, dan semoga buku panduan ini dapat memberikan sumbangsih positif bagi perkembangan ilmu keperawatan selanjutnya.

Surabaya

Caturia Sasti Sulistyana

Sanksi pelanggaran**Pasal 72 UU Nomor 19 Tahun 2002****Tentang Hak Cipta**

1. Barangsiapa dengan sengaja dan tanpa hak melakukan perbuatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) atau Pasal 49 ayat (1) dan ayat (2) dipidana dengan pidana penjara masing-masing paling singkat 1 (satu) bulan dan/atau denda paling sedikit Rp 1.000.000,00 (satu juta rupiah), atau pidana penjara paling lama 7 (tujuh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp 5.000.000.000,00 (lima miliar rupiah).
2. Barangsiapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum suatu Ciptaan atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta atau Hak Terkait sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp 500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

PETUNJUK PENGGUNAAN BUKU PANDUAN

Cara penggunaan buku panduan dibuat untuk mempermudah sasaran (perawat) mempelajari dan perawat menyampaikan materi, sehingga proses penyampaian informasi dapat berjalan lancar. Berikut adalah petunjuk yang dapat mempermudah menggunakan modul ini:

1. JUDUL BAB

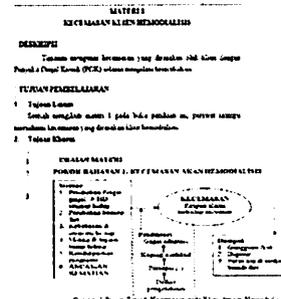
Judul bab menggambarkan apa yang akan dipelajari.

2. URAIAN MATERI

Uraian materi berisi penjelasan materi bab tersebut.

3. EVALUASI

Sasaran dapat meningkatkan pemahaman (penalaran berpikir) dan kompetensinya melalui tugas atau soal yang disajikan



EVALUASI

Jawablah pertanyaan di bawah ini dengan singkat!

1. Apa yang menyebabkan klien dengan hemodialisis mengalami kecemasan?
2. Apa saja faktor yang dapat menyebabkan klien dengan hemodialisis?
3. Mengapa kecemasan harus segera ditangani?
4. Apa saja uraian tahap dukungan klien yang mengalami kecemasan?
5. Bagaimana cara-cara tindakan nonfarmakologi klien bila distress berdasarkan : tahap dukungan?

| | |
|---------------------------------|---|
| Kata Pengantar | 4 |
| Petunjuk Penggunaan Modul | 5 |
| Daftar Isi | 6 |
| Pendahuluan | 7 |

| | |
|---|----|
| MATERI 1 Kecemasan Klien Hemodialisis | 9 |
| 1.1 Deskripsi..... | 9 |
| 1.2 Tujuan Pembelajaran | 9 |
| 1.3 Pokok Bahasan | 9 |
| 1.4 Uraian Materi..... | 10 |
| 1.5 Ringkasan | 14 |
| 1.6 Evaluasi | 14 |

| | |
|---|----|
| MATERI 2 Perencanaan Perawatan Akhir Hayat pada Klien Penyakit Ginjal Kronik (PGK) yang Menjalani Hemodialisis..... | 15 |
| 2.1 Deskripsi | 15 |
| 2.2 Tujuan Pembelajaran | 15 |
| 2.3 Pokok Bahasan | 16 |
| 2.4 Uraian Materi | 16 |
| 2.5 Ringkasan | 24 |
| 2.6 Evaluasi | 24 |

| | |
|----------------------|----|
| DAFTAR PUSTAKA | 26 |
|----------------------|----|

PENDAHULUAN

IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

Kecemasan sering ditemukan terjadi pada klien Penyakit Ginjal Kronik yang menjalani hemodialisis. Klien sangat bergantung pada mesin dialisis seumur hidup, menimbulkan pikiran negatif pada penyakitnya. Hal ini menyebabkan klien gagal beradaptasi dengan stresor yang ada sehingga timbul kekhawatiran pada kematian dan kehilangan harapan. Klien sering menganggap hemodialisis mengerikan dan menyebabkan kematian, sehingga sering menolak melakukan hemodialisis, mencari alternatif lain, dan kembali dengan kondisi yang lebih berat. Kondisi ini membutuhkan perawatan lanjut untuk mengubah persepsi negatif dan meningkatkan keyakinan klien menjalankan hemodialisis. Sejauh ini belum ada tindakan yang tepat untuk mengatasi kecemasan klien selama menjalankan hemodialisis.

Kecemasan berkaitan erat dengan ketidakpatuhan. Kecemasan menurunkan *mood* dan motivasi klien menjalankan hemodialisis. Bila tidak teratasi, cemas semakin meningkat dan menimbulkan respon marah, sedih, putus asa, hingga ingin bunuh diri. Menurut penelitian, klien hemodialisis mencoba mengakhiri hidupnya dengan menolak melakukan hemodialisis dan melanggar diet. Umumnya, perawatan di rumah sakit hanya fokus pada pemulihan fisik. Klien yang menjalani hemodialisis mengalami kelemahan dan peningkatan keparahan penyakit akibat ketakutan dan kesedihan berlebih. Klien membutuhkan perawatan yang memperhatikan semua aspek secara layak untuk mencapai akhir hidup yang damai dan bermartabat, Perawat

memiliki peran penting dalam perawatan klien, yaitu sebagai edukator, pemberi asuhan, serta pelindung bagi klien dan keluarga. Fakta di atas menjadi dasar dalam pengembangan model Perencanaan Perawatan Akhir Hayat (PPAH) dan modul ini. Bila model asuhan keperawatan yang dirancang ini terbukti efektif, maka masalah-masalah emosional negatif klien yang menjalani hemodialisis dapat diselesaikan.

SASARAN

Perawat edukator di ruang hemodialisis RSU Haji Surabaya, dengan kriteria:

1. Tingkat pendidikan minimal Ners
2. Jenjang karir minimal Perawat Klinik (PK) III
3. Tersertifikasi komunikasi terapeutik atau edukasi rumah sakit

TUJUAN BUKU PANDUAN

Setelah membaca buku panduan ini diharapkan:

1. Perawat memahami kecemasan yang dirasakan oleh klien yang menjalani hemodialisis
2. Perawat mampu memberikan perawatan akhir hayat yang holistik secara mandiri dengan memperhatikan kebutuhan klien pada aspek biologi, psikologi, sosial, dan spiritual.

MATERI 1**KECEMASAN KLIEN HEMODIALISIS****DESKRIPSI**

Tinjauan mengenai kecemasan yang dirasakan oleh klien dengan Penyakit Ginjal Kronik (PGK) selama menjalani hemodialisis.

TUJUAN PEMBELAJARAN**1. Tujuan Umum**

Setelah mengikuti materi 1 pada buku panduan ini, perawat mampu memahami kecemasan yang dirasakan klien hemodialisis.

2. Tujuan Khusus

Setelah mempelajari materi 1 diharapkan peserta mampu:

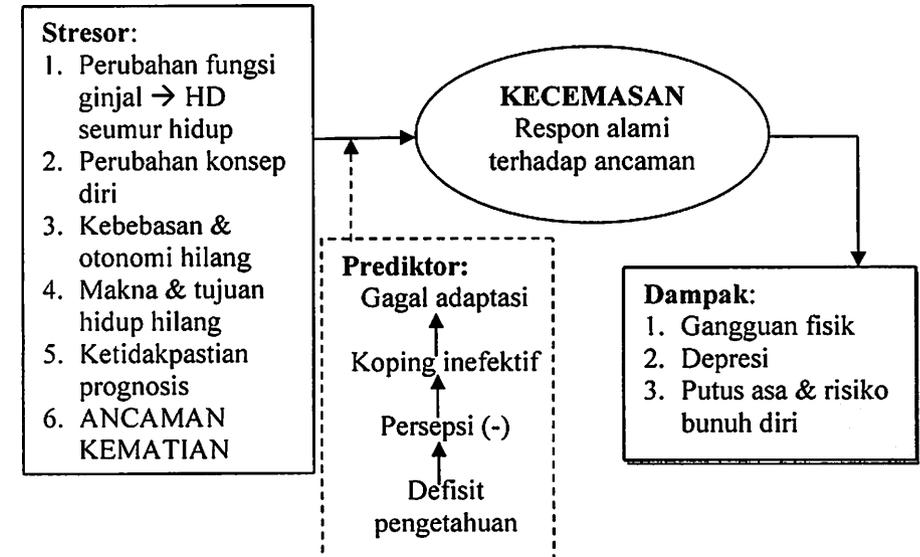
- 1) Peserta mampu memahami kecemasan klien hemodialisis
- 2) Peserta mampu menjelaskan 5 tahap dukacita yang dialami oleh klien hemodialisis
- 3) Peserta mampu mengenali respon emosional negatif klien dengan hemodialisis

POKOK BAHASAN

Materi 1 ini berisi 3 pokok bahasan sebagai berikut:

Pokok bahasan 1: Kecemasan akan hemodialisis

Pokok bahasan 2: Tahap dukacita

URAIAN MATERI**POKOK BAHASAN 1: KECEMASAN AKAN HEMODIALISIS**

Gambar 1 Proses Terjadi Kecemasan pada Klien dengan Hemodialisis

Gambar 1 di atas menjelaskan bahwa kecemasan merupakan suatu respon alamiah yang dialami setiap manusia dalam menghadapi ancaman. Cemas sangat berhubungan dengan perasaan tidak pasti dan ketidakberdayaan sebagai hasil penilaian terhadap suatu objek atau keadaan yang dianggap stresor. Stresor yang umum dihadapi klien CKD yang menjalani hemodialisis adalah perubahan fungsional ginjal sehingga harus bergantung pada mesin dialisis seumur hidup, menimbulkan ancaman perubahan konsep diri, kehilangan kebebasan dan otonomi, makna dan tujuan hidup, ketidakpastian prognosis, hingga ancaman kematian.

Kecemasan timbul sebagai akibat dari pengetahuan klien yang kurang terkait penyakit sehingga mudah menerima pendapat negatif dari orang lain. Hal tersebut menimbulkan pemahaman, persepsi dan asumsi klien yang salah, serta sikap pesimis terhadap penyakit dan *treatment* yang harus dijalani untuk mempertahankan fungsional fisik mereka. Persepsi negatif mempengaruhi strategi coping klien untuk beradaptasi terhadap stressor dan dianggap sebagai prediktor kecemasan.

Kecemasan berlebih yang tidak teratasi akan menyebabkan gangguan kesehatan, menurunkan *mood* dan motivasi menjalankan terapi sehingga akan meningkatkan morbiditas dan mortalitas dini pada klien.

POKOK BAHASAN 2: TAHAP DUKACITA

Kubler-Ross (1998) menjelaskan bahwa kecemasan yang dirasakan oleh klien yang menderita penyakit kronis atau terminal memiliki 5 tahap dukacita, yaitu:

5. *Acceptance* (Menerima)
4. *Depression* (Depresi)
3. *Bargaining* (Menawar)
2. *Anger* (Marah)
1. *Denial* (Penyangkalan)

1. Tahap pertama: *Denial* (Penyangkalan)

Tahap ini merupakan reaksi pertama atau tahap awal adaptasi dan pertahanan manusia dalam menghadapi kondisi menekan (ancaman). Klien melakukan penyangkalan terhadap penyakit, menolak pengobatan, dan gelisah. Respon yang tampak dari klien pada tahap ini adalah:

- 1) Menyangkal dengan penuh kegelisahan atas diagnosis dokter.
- 2) Gembira, tertawa atau berperilaku berlebihan, seperti mengelilingi rumah sakit tanpa alasan yang jelas
- 3) Meyakini dokter salah mendiagnosis dan saat ini ia dalam kondisi sehat atau baik-baik saja.
- 4) Tidak mematuhi diet, menolak pengobatan dan bantuan orang lain yang mendekatinya.
- 5) Tidak ingin melihat diri sendiri dan orang lain (mengasingkan diri).

2. Tahap kedua: *Anger* (Marah)

Tahap ini klien sering gusar, menaikkan nada suaranya, lebih sensitif dengan situasi atau orang sekitar, melakukan tuntutan, mengeluh, dan meminta perhatian. Respon yang tampak dari klien pada tahap ini adalah:

- 1) Mudah marah karena kesalahan kecil orang lain di sekitarnya.
- 2) Banyak tuntutan (permintaan) yang harus dipenuhi.
- 3) Sering mengeluhkan kondisinya.

3. Tahap ketiga: *Bargaining* (Menawar)

Menawar merupakan usaha untuk menunda “*deadline*” yang dibebankan pada diri sendiri. Hampir semua tawar-menawar itu dibuat

dengan Tuhan dan dirahasiakan atau diungkapkan secara tersirat. Respon yang tampak dari klien pada tahap ini adalah:

- 1) Berandai-andai dapat menawar takdir yang telah diberikan kepadanya, seperti "*Bila Tuhan memutuskan untuk mengambilkmu dan tidak menanggapi permintaan yang kuajukan dengan marah, Ia mungkin akan lebih berkenan bila kuajukan permintaan itu dengan lebih baik*".
- 2) Menggunakan manuver yang memiliki kesempatan kecil untuk memperoleh perlakuan khusus, misalnya berumur lebih panjang.
- 3) Sering merasa bersalah atas apa yang telah terjadi saat sebelum sakit.

4. Tahap keempat: *Depression* (Depresi)

Tahap ini rasa kemarahan klien digantikan rasa kehilangan, kesedihan mendalam akibat ancaman kematian di depan mata. Respon yang tampak dari klien pada tahap ini adalah:

- 1) Tidak dapat tersenyum lagi.
- 2) Merasa bersalah dan malu yang tidak realistis.
- 3) Merasa kehilangan yang teramat dalam.
- 4) Waktu dan frekuensi tidur meningkat.

5. Tahap kelima: *Acceptance* (Menerima)

Tahap ini klien mampu membuat keputusan untuk dirinya. Respon yang tampak dari klien pada tahap ini adalah:

- 1) Waktu dan frekuensi tidur sangat meningkat.
- 2) Menerima kondisinya dan siap bila hidupnya akan berakhir.

- 3) Kehilangan minat berinteraksi dengan orang lain dan berbicara, sehingga komunikasi lebih ke arah nonverbal.
- 4) Ingin sendiri dan tidak diganggu oleh berita atau masalah dunia luar.

RINGKASAN

Kecemasan merupakan suatu respon alamiah yang dialami setiap manusia dalam menghadapi ancaman (stresor). Stresor yang umum dihadapi klien dengan hemodialisis adalah perubahan fungsional ginjal sehingga harus dialisis seumur hidup, perubahan konsep diri, kehilangan kebebasan dan otonomi, makna dan tujuan hidup, ketidakpastian prognosis, hingga kematian. Kecemasan timbul sebagai akibat dari pengetahuan yang kurang sehingga menimbulkan persepsi negatif yang menurunkan coping klien. Kecemasan berlebih meningkatkan morbiditas dan mortalitas dini. Tahap dukacita klien yang mengalami kecemasan menurut Kubler-Ross (1998) adalah *denial, anger, bargaining, depression, dan acceptance*.

EVALUASI

Jawablah pertanyaan di bawah ini dengan singkat!

1. Apa yang menyebabkan klien dengan hemodialisis mengalami kecemasan?
2. Apa saja stresor yang dihadapi oleh klien dengan hemodialisis?
3. Mengapa kecemasan harus segera diatasi?
4. Apa saja urutan tahap dukacita klien yang mengalami kecemasan?
5. Bagaimana ciri-ciri kondisi emosional klien bila ditinjau berdasarkan 5 tahap dukacita?

MATERI 2

**PERENCANAAN PERAWATAN AKHIR HAYAT
PADA KLIEN PENYAKIT GINJAL KRONIK (PGK)
YANG MENJALANI HEMODIALISIS**

DESKRIPSI

Tinjauan mengenai Perencanaan Perawatan Akhir Hayat terhadap klien dengan Penyakit Ginjal Kronik (PGK) yang menjalani hemodialisis berdasarkan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI), *Nursing Intervention Outcome* (NOC), *Nursing Intervention Classification* (NIC)

TUJUAN PEMBELAJARAN**1. Tujuan Umum**

Setelah mengikuti materi 2 pada buku panduan ini, perawat mampu memberikan perawatan akhir hayat pada klien PGK yang menjalani hemodialisis dengan baik.

2. Tujuan Khusus

Setelah mempelajari materi 2 diharapkan peserta mampu:

- 1) Peserta mampu memahami prinsip tindakan perawat terhadap klien PGK yang menjalani hemodialisis.
- 2) Peserta mampu melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan tahap dukacita klien.
- 3) Peserta mampu membuat Perencanaan Perawatan Akhir Hayat (PPAH) bersama klien dan keluarga berdasarkan SDKI, NOC, dan NIC.

Materi 2 ini berisi 2 pokok bahasan sebagai berikut:

Pokok bahasan 1: Prinsip tindakan perawat terhadap klien dengan hemodialisis

Pokok bahasan 2: Perencanaan Perawatan Akhir Hayat (PPAH) berdasarkan SDKI, NOC, dan NIC

URAIAN MATERI**POKOK BAHASAN 1**

Tindakan perawat bila ditinjau dari 5 tahap dukacita Kubler-Ross (1998):

1. Tahap 1: Denial (Penyangkalan)

Klien membutuhkan persahabatan yang hangat untuk memberikan perhatian, mendengarkan keluhannya tentang ancaman kematian yang tak terlakkan. Prinsip tindakan perawat pada tahap ini:

- 1) Tidak memberikan harapan palsu pada klien
- 2) Tunjukkan rasa empati
- 3) Ulangi kunjungan bila klien tidak ingin bicara pada pertemuan pertama atau kedua. Saat klien siap untuk bicara, duduk dan dengarkan keluhan klien tersebut dengan sabar, serta berikan motivasi. Klien akan percaya inilah seseorang yang memperhatikannya, selalu siap sedia, dan setia untuknya.
- 4) Libatkan klien dengan aktivitas yang dapat mengalihkan fokus kegelisahan terhadap penyakit, seperti ikut aktivitas kerajinan tangan

2. Tahap 2: Anger (Marah)

Klien ingin dihormati dan dimengerti kebutuhannya agar dapat melunakkan suaranya dan mengurangi permintaan yang penuh kemarahan. Prinsip tindakan perawat pada tahap ini:

- 1) Dengarkan, tetap tenang, dan rileks saat menghadapi klien
- 2) Hindari bersikap defensif, menarik diri, atau agresif selama klien marah.
- 3) Hargai dan hormati klien dengan memperlakukannya sebagai manusia
- 4) Hindari terlalu banyak tersenyum atau memberi respon hafalan, seperti “*tenangkan diri Anda*”.
- 5) Beri waktu klien untuk mengungkapkan amarahnya
- 6) Klarifikasi pesan apa yang telah disampaikan oleh klien saat marah
- 7) Tawarkan bantuan atau kerjasama dalam menyelesaikan masalah yang menjadi beban hati klien

3. Tahap 3: Bargaining (Menawar)

Prinsip tindakan perawat pada tahap ini adalah:

- 1) Kolaborasi dengan rohaniawan untuk memberikan perhatian dan dukungan spiritual (tuntunan rohani) pada klien.
- 2) Beri informasi yang tepat mengenai penyakit
- 3) Beri motivasi pada klien agar terlepas dari ketakutan yang irasional.
- 4) Libatkan peran serta orang terdekat (keluarga) dalam perawatan klien

4. Tahap 4: Depression (Depresi)

Prinsip tindakan perawat pada tahap ini:

- 1) Tunjukkan pemahaman, kepedulian (empati dan gunakan teknik sentuhan), dan sikap ingin membantu klien dengan tulus
- 2) Bicara lambat dan singkat, hindari kalimat hafalan “*jangan bersedih*”
- 3) Bantu klien ungkapkan perasaannya, temani dan dengarkan ungkapan kedukaan klien
- 4) Tingkatkan pemahaman dan peran serta keluarga dalam pemenuhan kebutuhan klien sebagai sistem pendukung klien
- 5) Beri motivasi pada klien untuk melihat sisi cerah kehidupan, fokus pada kemampuan klien, realistis, dan hindari memberi harapan palsu
- 6) Dukung aktivitas sederhana, seperti jalan-jalan, berkebun, menonton tv, mendengarkan musik, atau mengerjakan kerajinan tangan lainnya
- 7) Perhatikan koping inefektif, seperti interaksi sosial yang buruk, tidak berdaya, atau menyerah, putus asa
- 8) Cegah klien membuat keputusan untuk mengakhiri hidupnya

5. Tahap 5: Acceptance (Menerima)

Prinsip tindakan perawat pada tahap ini:

- 1) Tenangkan keluarga. Tahap ini keluarga klien membutuhkan bantuan, pengertian, dan dukungan lebih banyak daripada klien.
- 2) Motivasi interaksi klien dengan sistem pendukung (keluarga) selama proses berduka untuk mengembangkan strategi koping yang tepat menghadapi rasa takut menjelang ajal.

- 3) Lindungi klien dari tindakan medis yang semakin menyakitkan tubuh klien (traumatik) dengan memperhatikan ekspresi wajah klien.

POKOK BAHASAN 2

Perencanaan Perawatan Akhir Hayat (PPAH) berdasarkan SDKI, NOC, dan NIC

Setiap manusia pasti akan merasakan kecemasan bila divonis dokter menderita penyakit kronis, khususnya CKD dan harus menjalani hemodialisis. Stresor yang paling umum dirasakan oleh klien adalah ketidakpastian prognosis dan ancaman kematian akibat dari perawatan jangka panjang. Alam bawah sadar kita tidak pernah menginginkan kematian. Sangat sulit membayangkan akhir kehidupan ini. Bila hidup ini harus berakhir, itu karena terbunuh, bukan karena sebab alami penyakit atau usia tua. Kematian sering diasumsikan secara negatif sebagai akhir hidup manusia yang merampas semua makna kehidupan. Senang tidak senang, kematian harus dijalani setiap manusia, seperti halnya pengalaman kelahiran.

Kematian tetaplah merupakan kejadian yang menakutkan. Hal yang berubah adalah cara kita sebagai tenaga kesehatan menghadapi dan mengatasi kematian atau klien yang sekarat. Klien dengan penyakit kronis, seperti Penyakit Ginjal Kronik (PGK) dan keluarga berhak mendapatkan pelayanan profesional berupa perawatan yang layak untuk mencapai akhir hidup yang optimal. Oleh karena itulah dikembangkan sebuah Model Perencanaan Perawatan Akhir Hayat (PPAH).

Model PPAH dikembangkan oleh peneliti dari sebuah intervensi akhir hayat *Advance Care Planning (ACP)*, sebagai program perawatan akhir hayat *Program Magister Keperawatan FKp-UA 2017*

pada lanjut usia (lansia) atau kasus terminal, dengan tujuan mengajak klien berpikir dan berdiskusi mengenai perencanaan perawatan kesehatan lanjutan sesuai harapannya. Model ini mendokumentasikan keputusan klien untuk melakukan inisiasi atau penghentian dialisis, serta menunjuk seseorang yang dapat menggantikan klien dalam mengambil keputusan saat mengalami kehilangan kekuatan atau kemampuan komunikasi. Penerapan ACP di Indonesia tidak dapat dilakukan karena terdapat perbedaan tingkat pendidikan, budaya, nilai, agama, dan persepsi dalam membicarakan kematian.

Model PPAH dikembangkan melalui penelitian operasional 3 tahap, yaitu identifikasi masalah dengan pendekatan kualitatif, diskusi pakar, dan validasi atau uji coba model dan dibangun dengan dasar Psikoneuroimunologi (PNI), pendekatan asuhan keperawatan *supportive-psychoeducative* dan spiritual. Model PPAH merupakan pola dari konsep dan teori spiritualitas, model pemberdayaan keluarga, komunikasi terapeutik, serta teori keperawatan *caring* Jean Watson, dan *peaceful end of life* Ruland & Moore. Model ini diharapkan mampu menimbulkan persepsi positif klien dalam mengatasi kecemasan saat menjalani hemodialisis. Hasil akhir yang ingin dicapai oleh model ini adalah perubahan *stres response* sesuai dengan teori keperawatan *Peaceful end of life* oleh Ruland & Moore, yaitu:

1. Bebas dari nyeri

Asuhan keperawatan diberikan untuk membebaskan klien dari nyeri akibat dari komplikasi yang disebabkan oleh penyakit, sehingga dapat menyebabkan stress di akhir hidup klien.

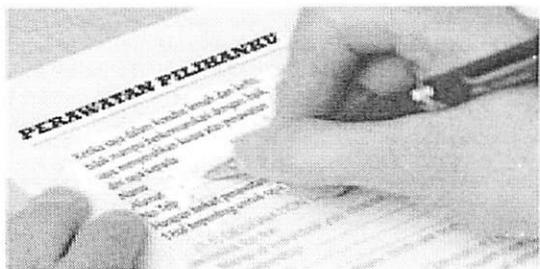
2. Merasakan kenyamanan

Kenyamanan merupakan bantuan atas ketidaknyamanan untuk mencapai kepuasan dan membuat hidup lebih menyenangkan.

3. Bermartabat (*dignity*) dan terhormat (*respect*)

Tiap klien dengan penyakit kronis adalah terhormat dan diakui keberadaannya. Tujuan utama pemberian perawatan akhir hayat adalah meningkatkan kualitas hidup hingga mencapai kematian yang bermartabat (*dignified*). *Dignity* diartikan sebagai kelayakan yang memiliki karakteristik:

- 1) Mampu membuat keputusan atas hidupnya
- 2) Mampu dipercaya bukan dari ucapan, melainkan dari tindakannya
- 3) Tidak mudah mengeluh dan putus asa
- 4) Selalu berusaha mendapatkan kenyamanan hidup



Gambar 2 Pembuatan dokumentasi perawatan akhir hayat

Dukungan terhadap pencapaian akhir hidup yang bermartabat dapat dilakukan dengan pembuatan dokumentasi perencanaan pengobatan dan perawatan sesuai harapan klien. Dokumen dibuat oleh klien bersama keluarga dan tenaga kesehatan, digunakan saat kondisi klien kritis sebagai *wasiat* terakhir, surat kuasa seseorang untuk mengambil keputusan atas

nama klien, dan panduan legal dalam melakukan asuhan keperawatan atau tindakan medis.

4. Memiliki waktu untuk dekat, meminta maaf dan mengucapkan perpisahan dengan keluarga terdekat atau orang tercinta

Konsep ini melibatkan kedekatan fisik atau emosional yang diungkapkan melalui hubungan hangat dengan orang terdekat atau terkasih, dengan memfasilitasi klien mendapat dukungan dan perawatan, serta memiliki waktu bersama keluarga.

5. Damai

Damai merupakan perasaan tenang, harmoni, puas, bebas dari kecemasan, kegelisahan, kekhawatiran, dan ketakutan. Keadaan damai meliputi dimensi fisik, psikologis, dan spiritual.



Gambar 3 Proses mencapai kedamaian

6. Mendapat Perawatan AKhir Hayat yang Optimal

Perawat akan memfasilitasi diskusi perencanaan akhir hayat ini karena mereka mempunyai keterampilan berkomunikasi yang menenangkan (komunikasi terapeutik), dengan prinsip kepedulian dan klien sebagai pusat penetapan perawatan. Komunikasi yang terbina dengan perawat berdasarkan pada prinsip kemanusiaan.



Gambar 3 Proses Perencanaan Perawatan Akhir Hayat (PPAH)

Perawat adalah profesi yang tepat untuk meningkatkan kenyamanan dan ketenangan hati klien dalam menjalani hemodialisis karena perawat memiliki peran sebagai edukator, advokat (pelindung klien), serta memiliki jiwa *caring* dan kemampuan komunikasi terapeutik. *Caring* perawat dapat memberikan kebahagiaan, perhatian, serta mendukung perasaan negatif klien. Teknik komunikasi terapeutik perawat dapat membantu perawat menghadapi, merasakan, menghargai kondisi klien.

Prinsip melakukan tindakan keperawatan yang efektif pada klien dengan kecemasan adalah perhatikan tahap berduka yang dialami oleh klien, yaitu *denial*, *anger*, *bargaining*, *depression*, atau *acceptance*. Dukungan, empati, dan *caring* perawat sangat diperlukan dalam pelaksanaan perawatan akhir hayat klien. Tujuan akhir yang ingin dicapai dari perencanaan perawatan akhir hayat pada klien PGK yang menjalani hemodialisis adalah bebas nyeri, nyaman, bermartabat dan terhormat, memiliki waktu untuk dekat dan minta maaf pada keluarga, damai, dan mendapat perawatan akhir hayat yang damai.

EVALUASI

1. Sebutkan prinsip tindakan keperawatan ditinjau dari tahap berduka klien?
2. Apa tujuan perawat melakukan perencanaan perawatan akhir hayat bagi klien dengan hemodialisis?
3. Bagaimana ciri karakteristik dari pencapaian *dignified* berhasil bagi klien yang menjalani hemodialisis?

"PERAWATAN PILIHANKU"

Nama :
Usia :
No. KTP :

Ketika saya dalam kondisi lemah dan kritis, tidak mampu berkomunikasi dengan baik, saya menyerahkan kuasa atas perawatan diri saya kepada:

Nama :
Alamat :
No. Telp :

Harapan terkait perawatan dan pengobatan medis saya:

1. Hal terpenting untuk saya adalah.....
2. Kekhawatiran dan kekhawatiran saya selama ini adalah.....
3. Saya menginginkan perawatan medis yang membuat saya:
 - Hidup selama mungkin, meskipun dengan bantuan alat medis
 - Damai dan nyaman tanpa memikirkan penyakit dan berapa lama saya hidup
4. Saya akan menjalankan perawatan dan pengobatan medis saya:
 - Hemodialisis (cuci darah) sesuai jadwal
 - Membatasi minum
 - Tidak memakan buah dan sayur yang dilarang untuk penyakit saya
 - Lainnya.....
5. Jika kondisi saya semakin melemah dan kritis, saya ingin keluarga merawat saya di.....
 - Rumah
 - Rumah Sakit
 - Lainnya.....
6. Jika kondisi saya semakin melemah dan kritis, saya tidak membentengi.....
 - Pompa jantung
 - Hemodialisis (cuci darah)
 - Lainnya.....
7. Saya ingin.....mendampingi saya di akhir hidup ini
 - Suami/istri
 - Anak, sebutkan nama.....
 - Lainnya.....
8. Saya berharap dapat meminta maaf pada.....sebelum saya meninggal.
 - Suami/istri
 - Anak, sebutkan nama.....
 - Lainnya.....
9. Saya ingin mengundang.....sebelum saya meninggal.
 - Pengacara, sebutkan nama.....
 - Ulama, sebutkan nama.....
 - Lainnya.....
10. Saya ingin dimakamkan di.....

Saksi

Surabaya, 20...
Yang membuat pernyataan

(.....)

(.....)

- Allmark, P. 2002. Death with dignity. *Journal Med Ethics*, 2002(28), 255-257.
- Haras, M et al. 2015. "Exploring advance care planning from the nephrology nurse perspective: A Literature Review". *Nephrology Nursing Journal*, 42(1), pp.23-35.
- Hidayat, K. 2009. *PSIKOLOGI KEMATIAN: Mengubah ketakutan menjadi optimism*. Hikmah (JPT Mizan Publika. Bandung.
- Kaufman & Kiernan. 2006. Negotiating a "good death", what you need to know about American hospitals. *Oxford journal*, 47(4), pp.565-568.
- Kubler-Ross. 1998. *On Death and Dying*. Gramedia Pustaka Utama. Jakarta
- Latief, S. 2008. *Psikologi fenomenologi eksistensialisme*. Pustaka Ilalang. Lamongan.
- Muttaqin, Arif. 2011. *Asuhan Keperawatan gangguan Sistem Perkemihan*. Salemba Medika, Jakarta. Hal 83-91.
- National Kidney Foundation (NKF). 2010a. *Staying Fit With Kidney Disease*. New York.
- _____. 2010b. *Nutrition and Chronic Kidney Disease (Stages 1-4: Are You Getting What You Need?)*. New York.
- _____. 2013a. *Dining Out With Confidence: A Guide for Patients With Kidney Disease*. New York.
- _____. 2013b. *Advance Directives: A Guide for Patients and Their Families*. New York.
- Suhardjono, dkk (Ed). 2011. *Booklet Edukasi: Sehat dengan Penyakit Ginjal Kronik*. Asosiasi Dietisien Indonesia (AsDI). Jakarta
- Suwitra. 2009. *Penyakit Ginjal Kronis: Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Departemen Ilmu Penyakit Dalam FK Universitas Indonesia, Jakarta. Hal 571-573.
- Yani, Ahmad. 2007. *Panduan Menghadapi Sakit dan Kematian*. Khairuh Ummah. Jakarta.

PERSEPSI – Perlakuan

Pre & Post

| Pre | Post | |
|---------|---------|---------|
| | Positif | Negatif |
| Positif | 6 | 0 |
| Negatif | 12 | 0 |

Test Statistics^b

| | Pre & Post |
|-----------------------|-------------------|
| N | 18 |
| Exact Sig. (2-tailed) | .000 ^a |

- a. Binomial distribution used.
b. McNemar Tes

PERSEPSI – Kontrol

Pre & Post

| Pre | Post | |
|---------|---------|---------|
| | Positif | Negatif |
| Positif | 7 | 0 |
| Negatif | 2 | 9 |

Test Statistics^b

| | Pre & Post |
|-----------------------|-------------------|
| N | 18 |
| Exact Sig. (2-tailed) | .500 ^a |

- a. Binomial distribution used.
b. McNemar Test

PERSEPSI – Perlakuan dan Kontrol

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|---------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | 12.000 ^a | 1 | .001 | | |
| Continuity Correction ^b | 9.481 | 1 | .002 | | |
| Likelihood Ratio | 15.535 | 1 | .000 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | .001 | .001 |
| Linear-by-Linear Association | 11.667 | 1 | .001 | | |
| N of Valid Cases | 36 | | | | |

- a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.50.
b. Computed only for a 2x2 table

KECEMASAN – Perlakuan

Ranks

| | | N | Mean Rank | Sum of Ranks |
|------------|----------------|-----------------|-----------|--------------|
| Post - Pre | Negative Ranks | 16 ^a | 8.50 | 136.00 |
| | Positive Ranks | 0 ^b | .00 | .00 |
| | Ties | 2 ^c | | |
| | Total | 18 | | |

- a. Post < Pre
b. Post > Pre
c. Post = Pre

Test Statistics^b

| | Post - Pre |
|------------------------|---------------------|
| Z | -3.704 ^a |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | .000 |

- a. Based on positive ranks.
b. Wilcoxon Signed Ranks Test

KECEMASAN – Kontrol

Ranks

| | | N | Mean Rank | Sum of Ranks |
|------------|----------------|-----------------|-----------|--------------|
| Post - Pre | Negative Ranks | 2 ^a | 1.50 | 3.00 |
| | Positive Ranks | 0 ^b | .00 | .00 |
| | Ties | 16 ^c | | |
| | Total | 18 | | |

- a. Post < Pre
b. Post > Pre
c. Post = Pre

Test Statistics^b

| | Post – Pre |
|------------------------|---------------------|
| Z | -1.414 ^a |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | .157 |

- a. Based on positive ranks.
- b. Wilcoxon Signed Ranks Test

KECEMASAN – Perlakuan dan Kontrol

Test Statistics^b

| | Kecemasan |
|--------------------------------|-------------------|
| Mann-Whitney U | 64.000 |
| Wilcoxon W | 235.000 |
| Z | -3.451 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | .001 |
| Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)] | .001 ^a |

- a. Not corrected for ties.
- b. Grouping Variable: Kelompok

KEPATUHAN – Perlakuan

Pre & Post

| Pre | Post | |
|-------------|-------|-------------|
| | Patuh | Tidak patuh |
| Patuh | 4 | 0 |
| Tidak patuh | 13 | 1 |

Test Statistics^b

| | Pre & Post |
|-----------------------|-------------------|
| N | 18 |
| Exact Sig. (2-tailed) | .000 ^a |

- a. Binomial distribution used.
- b. McNemar Test

KEPATUHAN – Kontrol

Pre & Post

| Pre | Post | |
|-------------|-------|-------------|
| | Patuh | Tidak patuh |
| Patuh | 4 | 2 |
| Tidak patuh | 4 | 8 |

Test Statistics^b

| | Pre & Post |
|-----------------------|-------------------|
| N | 18 |
| Exact Sig. (2-tailed) | .687 ^a |

- a. Binomial distribution used.
- b. McNemar Test

KEPATUHAN – Perlakuan dan Kontrol

Chi-Square Tests

| | Value | Df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|---------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | 10.604 ^a | 1 | .001 | | |
| Continuity Correction ^b | 8.378 | 1 | .004 | | |
| Likelihood Ratio | 11.861 | 1 | .001 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | .003 | .001 |
| Linear-by-Linear Association | 10.309 | 1 | .001 | | |
| N of Valid Cases | 36 | | | | |

- a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.50.
- b. Computed only for a 2x2 table

IDWG

Ranks

| | N | Mean Rank | Sum of Ranks |
|---------------------------|-----------------|-----------|--------------|
| IDWGpre - Negative Ranks | 14 ^a | 7.50 | 105.00 |
| IDWGpost - Positive Ranks | 0 ^b | .00 | .00 |
| Ties | 4 ^c | | |
| Total | 18 | | |

- a. IDWG2 < IDWG
- b. IDWG2 > IDWG
- c. IDWG2 = IDWG

Test Statistics^b

| | IDWG2 - IDWG |
|------------------------|---------------------|
| Z | -3.416 ^a |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | .001 |

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Jadwal Hemodialisis**JadwalHDpre & JadwalHDpost**

| JadwalHDpre | JadwalHDpost | |
|---------------------|---------------|---------------------|
| | Sesuai jadwal | Tidak sesuai jadwal |
| Sesuai jadwal | 16 | 0 |
| Tidak sesuai jadwal | 2 | 0 |

Test Statistics^b

| | JadwalHD & JadwalHD2 |
|-----------------------|----------------------|
| N | 18 |
| Exact Sig. (2-tailed) | .500 ^a |

a. Binomial distribution used.

b. McNemar Test

Tekanan Darah**TDpre & TDpost**

| TDpre | TDpost | |
|---------------|---------------|---------------|
| | < 140/90 mmHg | > 140/90 mmHg |
| < 140/90 mmHg | 1 | 2 |
| > 140/90 mmHg | 7 | 8 |

Test Statistics^b

| | TD & TD2 |
|-----------------------|-------------------|
| N | 18 |
| Exact Sig. (2-tailed) | .180 ^a |

a. Binomial distribution used.

b. McNemar Test

Usia, Tingkat Pendidikan, Lama Hemodialisis, Saturasi Oksigen

Test Statistics^b

| | Usia | Didik | LamaHD | SatO2 |
|--------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------|
| Mann-Whitney U | 157.500 | 161.000 | 153.000 | 162.000 |
| Wilcoxon W | 328.500 | 332.000 | 324.000 | 333.000 |
| Z | -.159 | -.036 | -.333 | .000 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | .874 | .972 | .739 | 1.000 |
| Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)] | .888 ^a | .988 ^a | .791 ^a | 1.000 ^a |

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Kelompok

Jenis Kelamin

Kelompok * Jk Crosstabulation

Count

| | | Jk | | Total |
|----------|------|----|----|-------|
| | | L | P | |
| Kelompok | Int | 12 | 6 | 18 |
| | Kont | 13 | 5 | 18 |
| Total | | 25 | 11 | 36 |

Chi-Square Tests

| | Value | Df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|-------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | .131 ^a | 1 | .717 | 1.000 | .500 |
| Continuity Correction ^b | .000 | 1 | 1.000 | | |
| Likelihood Ratio | .131 | 1 | .717 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | | |
| Linear-by-Linear Association | .127 | 1 | .721 | | |
| N of Valid Cases | 36 | | | | |

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.50.

b. Computed only for a 2x2 table

Status Pernikahan

Kelompok * Nikah Crosstabulation

Count

| | | Nikah | | Total |
|----------|------|-------|---|-------|
| | | M | B | |
| Kelompok | Int | 17 | 1 | 18 |
| | Kont | 18 | 0 | 18 |
| Total | | 35 | 1 | 36 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|--------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | 1.029 ^a | 1 | .310 | 1.000 | .500 |
| Continuity Correction ^b | .000 | 1 | 1.000 | | |
| Likelihood Ratio | 1.415 | 1 | .234 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | | |
| Linear-by-Linear Association | 1.000 | 1 | .317 | | |
| N of Valid Cases | 36 | | | | |

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .50.

b. Computed only for a 2x2 table

Pekerjaan

Kelompok * kerja Crosstabulation

Count

| | | kerja | | Total |
|----------|------|-------|----|-------|
| | | K | T | |
| Kelompok | Int | 4 | 14 | 18 |
| | Kont | 3 | 15 | 18 |
| Total | | 7 | 29 | 36 |

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|-------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | .177 ^a | 1 | .674 | | |
| Continuity Correction ^b | .000 | 1 | 1.000 | | |
| Likelihood Ratio | .178 | 1 | .673 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | 1.000 | .500 |
| Linear-by-Linear Association | .172 | 1 | .678 | | |
| N of Valid Cases | 36 | | | | |

- a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.50.
b. Computed only for a 2x2 table

UJI KANDIDAT

Persepsi Intervensi * Usia Intervensi

Crosstab

Count

| | | PersepsiInt | | Total |
|---------|-------|-------------|-----------|-------|
| | | Tidak | Perubahan | |
| UsiaInt | 18-45 | 2 | 7 | 9 |
| | 46-60 | 3 | 5 | 8 |
| | 61-65 | 1 | 0 | 1 |
| Total | | 6 | 12 | 18 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|--------------------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 2.563 ^a | 2 | .278 |
| Likelihood Ratio | 2.795 | 2 | .247 |
| Linear-by-Linear Association | 1.832 | 1 | .176 |
| N of Valid Cases | 18 | | |

- a. 4 cells (66.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .33.

Persepsi Intervensi * Jk Intervensi

Crosstab

Count

| | | PersepsiInt | | Total |
|-------|---|-------------|-----------|-------|
| | | Tidak | Perubahan | |
| JKInt | L | 6 | 6 | 12 |
| | P | 0 | 6 | 6 |
| Total | | 6 | 12 | 18 |

hi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|--------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | 4.500 ^a | 1 | .034 | | |
| Continuity Correction ^b | 2.531 | 1 | .112 | | |
| Likelihood Ratio | 6.279 | 1 | .012 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | .054 | .050 |
| Linear-by-Linear Association | 4.250 | 1 | .039 | | |
| N of Valid Cases | 18 | | | | |

- a. 3 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.00.
b. Computed only for a 2x2 table

Persepsi Intervensi * Nikah Intervensi

Crosstab

Count

| | | PersepsiInt | | Total |
|----------|---|-------------|-----------|-------|
| | | Tidak | Perubahan | |
| NikahInt | M | 6 | 11 | 17 |
| | B | 0 | 1 | 1 |
| Total | | 6 | 12 | 18 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|-------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | .529 ^a | 1 | .467 | | |
| Continuity Correction ^b | .000 | 1 | 1.000 | | |
| Likelihood Ratio | .840 | 1 | .359 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | 1.000 | .667 |
| Linear-by-Linear Association | .500 | 1 | .480 | | |
| N of Valid Cases | 18. | | | | |

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .33.

b. Computed only for a 2x2 table

Persepsi Intervensi * Didik Intervensi

Crosstab

Count

| | | PersepsiInt | | Total |
|----------|-----|-------------|-----------|-------|
| | | Tidak | Perubahan | |
| DidikInt | SD | 1 | 1 | 2 |
| | SMA | 4 | 6 | 10 |
| | PT | 1 | 5 | 6 |
| Total | | 6 | 12 | 18 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|--------------------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 1.200 ^a | 2 | .549 |
| Likelihood Ratio | 1.275 | 2 | .529 |
| Linear-by-Linear Association | .857 | 1 | .355 |
| N of Valid Cases | 18 | | |

a. 5 cells (83.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .67.

Persepsi Intervensi * Kerja Intervensi

Crosstab

Count

| | | PersepsiInt | | Total |
|----------|-------|-------------|-----------|-------|
| | | Tidak | Perubahan | |
| Kerjalnt | Kerja | 0 | 4 | 4 |
| | Tidak | 6 | 8 | 14 |
| Total | | 6 | 12 | 18 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|--------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | 2.571 ^a | 1 | .109 | | |
| Continuity Correction ^b | 1.004 | 1 | .316 | | |
| Likelihood Ratio | 3.793 | 1 | .051 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | .245 | .162 |
| Linear-by-Linear Association | 2.429 | 1 | .119 | | |
| N of Valid Cases | 18 | | | | |

a. 3 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.33.

b. Computed only for a 2x2 table

Persepsi Intervensi * Lama HD Intervensi

Crosstab

Count

| | | PersepsiInt | | Total |
|-----------|--------|-------------|-----------|-------|
| | | Tidak | Perubahan | |
| LamaHDInt | < 3 m | 0 | 2 | 2 |
| | 3-12 m | 2 | 10 | 12 |
| | 1-5 y | 3 | 0 | 3 |
| | 5-10 y | 1 | 0 | 1 |
| Total | | 6 | 12 | 18 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|---------------------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 10.500 ^a | 3 | .015 |
| Likelihood Ratio | 12.101 | 3 | .007 |
| Linear-by-Linear Association | 8.000 | 1 | .005 |
| N of Valid Cases | 18 | | |

a. 7 cells (87.5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .33.

Persepsi Intervensi * SatO2 Intervensi

Crosstab

Count

| | | PersepsiInt | | Total |
|----------|--------|-------------|-----------|-------|
| | | Tidak | Perubahan | |
| SatO2Int | 90-100 | 6 | 12 | 18 |
| Total | | 6 | 12 | 18 |

Chi-Square Tests

| | Value |
|--------------------|----------------|
| Pearson Chi-Square | . ^a |
| N of Valid Cases | 18 |

a. No statistics are computed because SatO2Int is a constant.

Persepsi Kontrol * Usia Kontrol

Crosstab

Count

| | | PersepsiKont | | Total |
|----------|-------|--------------|-----------|-------|
| | | Tidak | Perubahan | |
| UsiaKont | 18-45 | 6 | 2 | 8 |
| | 46-60 | 7 | 0 | 7 |
| | 61-65 | 2 | 0 | 2 |
| Total | | 15 | 2 | 17 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|--------------------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 2.550 ^a | 2 | .279 |
| Likelihood Ratio | 3.318 | 2 | .190 |
| Linear-by-Linear Association | 1.926 | 1 | .165 |
| N of Valid Cases | 17 | | |

a. 4 cells (66.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .24.

Persepsi Kontrol * JK Kontrol

IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

Crosstab

Count

| | | PersepsiKont | | Total |
|--------|---|--------------|-----------|-------|
| | | Tidak | Perubahan | |
| JKKont | L | 11 | 2 | 13 |
| | P | 5 | 0 | 5 |
| Total | | 16 | 2 | 18 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|-------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | .865 ^a | 1 | .352 | 1.000 | .510 |
| Continuity Correction ^b | .009 | 1 | .926 | | |
| Likelihood Ratio | 1.396 | 1 | .237 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | | |
| Linear-by-Linear Association | .817 | 1 | .366 | | |
| N of Valid Cases | 18 | | | | |

a. 3 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .56.

b. Computed only for a 2x2 table

Persepsi Kontrol * Nikah Kontrol

Crosstab

Count

| | | PersepsiKont | | Total |
|-----------|---|--------------|-----------|-------|
| | | Tidak | Perubahan | |
| NikahKont | M | 16 | 2 | 18 |
| Total | | 16 | 2 | 18 |

Chi-Square Tests

| | Value |
|--------------------|----------------|
| Pearson Chi-Square | . ^a |
| N of Valid Cases | 18 |

a. No statistics are computed because NikahKont is a constant.

Persepsi Kontrol * Didik Kontrol

Crosstab

Count

| | | PersepsiKont | | Total |
|-----------|-----|--------------|-----------|-------|
| | | Tidak | Perubahan | |
| DidikKont | SD | 1 | 0 | 1 |
| | SMP | 1 | 0 | 1 |
| | SMA | 8 | 2 | 10 |
| | PT | 6 | 0 | 6 |
| Total | | 16 | 2 | 18 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|--------------------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 1.800 ^a | 3 | .615 |
| Likelihood Ratio | 2.550 | 3 | .466 |
| Linear-by-Linear Association | .101 | 1 | .750 |
| N of Valid Cases | 18 | | |

a. 6 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .11.

Persepsi Kontrol * Kerja Kontrol

PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

Crosstab

| Count | | PersepsiKont | | Total |
|-----------|-------|--------------|-----------|-------|
| | | Tidak | Perubahan | |
| KerjaKont | Kerja | 3 | 0 | 3 |
| | Tidak | 13 | 2 | 15 |
| Total | | 16 | 2 | 18 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|-------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | .450 ^a | 1 | .502 | | |
| Continuity Correction ^b | .000 | 1 | 1.000 | | |
| Likelihood Ratio | .778 | 1 | .378 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | 1.000 | .686 |
| Linear-by-Linear Association | .425 | 1 | .514 | | |
| N of Valid Cases | 18 | | | | |

a. 3 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .33.

b. Computed only for a 2x2 table

Persepsi Kontrol * Lama HD Kontrol

Crosstab

| Count | | PersepsiKont | | Total |
|------------|--------|--------------|-----------|-------|
| | | Tidak | Perubahan | |
| LamaHDKont | <3 m | 3 | 0 | 3 |
| | 3-12 m | 9 | 2 | 11 |
| | 1-5 y | 4 | 0 | 4 |
| Total | | 16 | 2 | 18 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|--------------------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 1.432 ^a | 2 | .489 |
| Likelihood Ratio | 2.127 | 2 | .345 |
| Linear-by-Linear Association | .017 | 1 | .896 |
| N of Valid Cases | 18 | | |

a. 5 cells (83.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .33.

Persepsi Kontrol * SatO2 Kontrol

Crosstab

| Count | | PersepsiKont | | Total |
|-----------|--------|--------------|-----------|-------|
| | | Tidak | Perubahan | |
| SatO2Kont | 90-100 | 16 | 2 | 18 |
| Total | | 16 | 2 | 18 |

Chi-Square Tests

| | Value |
|--------------------|----------------|
| Pearson Chi-Square | . ^a |
| N of Valid Cases | 18 |

a. No statistics are computed because SatO2Kont is a constant.

Kecemasan Intervensi * Usia Intervensi

Crosstab

| Count | | KecemasanInt | | Total |
|---------|-------|--------------|-----------|-------|
| | | Tidak | Perubahan | |
| UsiaInt | 18-45 | 0 | 9 | 9 |
| | 46-60 | 2 | 6 | 8 |
| | 61-65 | 0 | 1 | 1 |
| Total | | 2 | 16 | 18 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|--------------------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 2.813 ^a | 2 | .245 |
| Likelihood Ratio | 3.561 | 2 | .169 |
| Linear-by-Linear Association | 1.172 | 1 | .279 |
| N of Valid Cases | 18 | | |

a. 4 cells (66.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .11.

Kecemasan Intervensi * JK Intervensi

Crosstab

| Count | | KecemasanInt | | Total |
|-------|---|--------------|-----------|-------|
| | | Tidak | Perubahan | |
| JKInt | L | 1 | 11 | 12 |
| | P | 1 | 5 | 6 |
| Total | | 2 | 16 | 18 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|-------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | .281 ^a | 1 | .596 | | |
| Continuity Correction ^b | .000 | 1 | 1.000 | | |
| Likelihood Ratio | .267 | 1 | .605 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | 1.000 | .569 |
| Linear-by-Linear Association | .266 | 1 | .606 | | |
| N of Valid Cases | 18 | | | | |

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .67.

b. Computed only for a 2x2 table

Kecemasan Intervensi * Nikah Intervensi

Crosstab

| Count | | KecemasanInt | | Total |
|----------|---|--------------|-----------|-------|
| | | Tidak | Perubahan | |
| NikahInt | M | 2 | 15 | 17 |
| | B | 0 | 1 | 1 |
| Total | | 2 | 16 | 18 |

IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|-------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | .132 ^a | 1 | .716 | | |
| Continuity Correction ^b | .000 | 1 | 1.000 | | |
| Likelihood Ratio | .243 | 1 | .622 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | 1.000 | .889 |
| Linear-by-Linear Association | .125 | 1 | .724 | | |
| N of Valid Cases | 18 | | | | |

a. 3 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .11.

b. Computed only for a 2x2 table

Kecemasan Intervensi * Didik Intervensi

Crosstab

| Count | | KecemasanInt | | Total |
|----------|-----|--------------|-----------|-------|
| | | Tidak | Perubahan | |
| DidikInt | SD | 1 | 1 | 2 |
| | SMA | 1 | 9 | 10 |
| | PT | 0 | 6 | 6 |
| Total | | 2 | 16 | 18 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|--------------------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 3.825 ^a | 2 | .148 |
| Likelihood Ratio | 3.284 | 2 | .194 |
| Linear-by-Linear Association | 3.427 | 1 | .064 |
| N of Valid Cases | 18 | | |

a. 4 cells (66.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .22.

Kecemasan Intervensi * Kerja Intervensi

Crosstab

| Count | | KecemasanInt | | Total |
|----------|-------|--------------|-----------|-------|
| | | Tidak | Perubahan | |
| Kerjalnt | Kerja | 0 | 4 | 4 |
| | Tidak | 2 | 12 | 14 |
| Total | | 2 | 16 | 18 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|-------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | .643 ^a | 1 | .423 | | |
| Continuity Correction ^b | .000 | 1 | 1.000 | | |
| Likelihood Ratio | 1.075 | 1 | .300 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | 1.000 | .595 |
| Linear-by-Linear Association | .607 | 1 | .436 | | |
| N of Valid Cases | 18 | | | | |

a. 3 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .44.

b. Computed only for a 2x2 table

Kecemasan Intervensi * Lama HD Intervensi

Crosstab

| Count | | KecemasanInt | | Total |
|-----------|--------|--------------|-----------|-------|
| | | Tidak | Perubahan | |
| LamaHDInt | < 3 m | 0 | 2 | 2 |
| | 3-12 m | 1 | 11 | 12 |
| | 1-5 y | 0 | 3 | 3 |
| | 5-10 y | 1 | 0 | 1 |
| Total | | 2 | 16 | 18 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|--------------------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 8.719 ^a | 3 | .033 |
| Likelihood Ratio | 5.674 | 3 | .129 |
| Linear-by-Linear Association | 3.125 | 1 | .077 |
| N of Valid Cases | 18 | | |

a. 7 cells (87.5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .11.

Kecemasan Intervensi * SatO2 Intervensi

Crosstab

| Count | | KecemasanInt | | Total |
|----------|--------|--------------|-----------|-------|
| | | Tidak | Perubahan | |
| SatO2Int | 90-100 | 2 | 16 | 18 |
| Total | | 2 | 16 | 18 |

Chi-Square Tests

| | Value |
|--------------------|----------------|
| Pearson Chi-Square | . ^a |
| N of Valid Cases | 18 |

a. No statistics are computed because SatO2Int is a constant.

Kecemasan Kontrol * Usia Kontrol

Crosstab

| Count | | KecemasanKont | | Total |
|----------|-------|---------------|-----------|-------|
| | | Tidak | Perubahan | |
| UsiaKont | 18-45 | 8 | 0 | 8 |
| | 46-60 | 6 | 1 | 7 |
| | 61-65 | 1 | 1 | 2 |
| Total | | 15 | 2 | 17 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|--------------------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 3.926 ^a | 2 | .140 |
| Likelihood Ratio | 3.801 | 2 | .149 |
| Linear-by-Linear Association | 3.347 | 1 | .067 |
| N of Valid Cases | 17 | | |

a. 4 cells (66.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .24.

Kecemasan Kontrol * JK Kontrol

Crosstab

Count

| | | KecemasanKont | | Total |
|--------|---|---------------|-----------|-------|
| | | Tidak | Perubahan | |
| JKKont | L | 12 | 1 | 13 |
| | P | 4 | 1 | 5 |
| Total | | 16 | 2 | 18 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|-------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | .554 ^a | 1 | .457 | | |
| Continuity Correction ^b | .000 | 1 | 1.000 | | |
| Likelihood Ratio | .503 | 1 | .478 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | .490 | .490 |
| Linear-by-Linear Association | .523 | 1 | .470 | | |
| N of Valid Cases | 18 | | | | |

a. 3 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .56.

b. Computed only for a 2x2 table

Kecemasan Kontrol * Nikah Kontrol

Crosstab

Count

| | | KecemasanKont | | Total |
|-----------|---|---------------|-----------|-------|
| | | Tidak | Perubahan | |
| NikahKont | M | 16 | 2 | 18 |
| | | 16 | 2 | 18 |

Chi-Square Tests

| | Value |
|--------------------|----------------|
| Pearson Chi-Square | . ^a |
| N of Valid Cases | 18 |

a. No statistics are computed because NikahKont is a constant.

Kecemasan Kontrol * Didik Kontrol

Crosstab

Count

| | | KecemasanKont | | Total |
|-----------|-----|---------------|-----------|-------|
| | | Tidak | Perubahan | |
| DidikKont | SD | 0 | 1 | 1 |
| | SMP | 1 | 0 | 1 |
| | SMA | 9 | 1 | 10 |
| | PT | 6 | 0 | 6 |
| Total | | 16 | 2 | 18 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|--------------------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 8.888 ^a | 3 | .031 |
| Likelihood Ratio | 6.056 | 3 | .109 |
| Linear-by-Linear Association | 4.958 | 1 | .026 |
| N of Valid Cases | 18 | | |

a. 6 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .11.

Kecemasan Kontrol * Kerja Kontrol

PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

Crosstab

Count

| | | KecemasanKont | | Total |
|-----------|-------|---------------|-----------|-------|
| | | Tidak | Perubahan | |
| KerjaKont | Kerja | 3 | 0 | 3 |
| | Tidak | 13 | 2 | 15 |
| Total | | 16 | 2 | 18 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|-------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | .450 ^a | 1 | .502 | | |
| Continuity Correction ^b | .000 | 1 | 1.000 | | |
| Likelihood Ratio | .778 | 1 | .378 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | 1.000 | .686 |
| Linear-by-Linear Association | .425 | 1 | .514 | | |
| N of Valid Cases | 18 | | | | |

a. 3 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .33.

b. Computed only for a 2x2 table

Kecemasan Kontrol * Lama HD Kontrol

Crosstab

Count

| | | KecemasanKont | | Total |
|------------|--------|---------------|-----------|-------|
| | | Tidak | Perubahan | |
| LamaHDKont | <3 m | 2 | 1 | 3 |
| | 3-12 m | 11 | 0 | 11 |
| | 1-5 y | 3 | 1 | 4 |
| Total | | 16 | 2 | 18 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|--------------------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 3.656 ^a | 2 | .161 |
| Likelihood Ratio | 4.240 | 2 | .120 |
| Linear-by-Linear Association | .017 | 1 | .896 |
| N of Valid Cases | 18 | | |

a. 5 cells (83.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .33.

Kecemasan Kontrol * SatO2 Kontrol

Crosstab

Count

| | | KecemasanKont | | Total |
|-----------|--------|---------------|-----------|-------|
| | | Tidak | Perubahan | |
| SatO2Kont | 90-100 | 16 | 2 | 18 |
| Total | | 16 | 2 | 18 |

Chi-Square Tests

| | Value |
|--------------------|----------------|
| Pearson Chi-Square | . ^a |
| N of Valid Cases | 18 |

a. No statistics are computed because SatO2Kont is a constant.

Kepatuhan Intervensi * Usia Intervensi

IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

Crosstab

Count

| | | KepatuhanInt | | Total |
|---------|-------|--------------|-----------|-------|
| | | Tidak | Perubahan | |
| UsiaInt | 18-45 | 2 | 7 | 9 |
| | 46-60 | 3 | 5 | 8 |
| | 61-65 | 1 | 0 | 1 |
| Total | | 6 | 12 | 18 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|--------------------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 2.563 ^a | 2 | .278 |
| Likelihood Ratio | 2.795 | 2 | .247 |
| Linear-by-Linear Association | 1.832 | 1 | .176 |
| N of Valid Cases | 18 | | |

a. 4 cells (66.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .33.

Kepatuhan Intervensi * JK Intervensi

Crosstab

Count

| | | KepatuhanInt | | Total |
|-------|---|--------------|-----------|-------|
| | | Tidak | Perubahan | |
| JKInt | L | 5 | 7 | 12 |
| | P | 1 | 5 | 6 |
| Total | | 6 | 12 | 18 |

Chi-Square Tests

| | Value | Df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|--------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | 1.125 ^a | 1 | .239 | | |
| Continuity Correction ^b | .281 | 1 | .596 | | |
| Likelihood Ratio | 1.207 | 1 | .272 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | .600 | .306 |
| Linear-by-Linear Association | 1.063 | 1 | .303 | | |
| N of Valid Cases | 18 | | | | |

a. 3 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.00.

b. Computed only for a 2x2 table

Kepatuhan Intervensi * Nikah Intervensi

Crosstab

Count

| | | KepatuhanInt | | Total |
|----------|---|--------------|-----------|-------|
| | | Tidak | Perubahan | |
| NikahInt | M | 5 | 12 | 17 |
| | B | 1 | 0 | 1 |
| Total | | 6 | 12 | 18 |

Chi-Square Tests

| | Value | Df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|--------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | 2.118 ^a | 1 | .146 | | |
| Continuity Correction ^b | .132 | 1 | .716 | | |
| Likelihood Ratio | 2.317 | 1 | .128 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | .333 | .333 |
| Linear-by-Linear Association | 2.000 | 1 | .157 | | |
| N of Valid Cases | 18 | | | | |

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .33.

b. Computed only for a 2x2 table

Kepatuhan Intervensi * Didik Intervensi

REPERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

Crosstab

Count

| | | KepatuhanInt | | Total |
|----------|-----|--------------|-----------|-------|
| | | Tidak | Perubahan | |
| DidikInt | SD | 1 | 1 | 2 |
| | SMA | 2 | 8 | 10 |
| | PT | 3 | 3 | 6 |
| Total | | 6 | 12 | 18 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|--------------------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 1.800 ^a | 2 | .407 |
| Likelihood Ratio | 1.816 | 2 | .403 |
| Linear-by-Linear Association | .034 | 1 | .853 |
| N of Valid Cases | 18 | | |

a. 5 cells (83.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .67.

Kepatuhan Intervensi * Kerja Intervensi

Crosstab

Count

| | | KepatuhanInt | | Total |
|----------|-------|--------------|-----------|-------|
| | | Tidak | Perubahan | |
| KerjaInt | Kerja | 2 | 2 | 4 |
| | Tidak | 4 | 10 | 14 |
| Total | | 6 | 12 | 18 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|-------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | .643 ^a | 1 | .423 | | |
| Continuity Correction ^b | .040 | 1 | .841 | | |
| Likelihood Ratio | .618 | 1 | .432 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | .569 | .407 |
| Linear-by-Linear Association | .607 | 1 | .436 | | |
| N of Valid Cases | 18 | | | | |

a. 3 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.33.

b. Computed only for a 2x2 table

Kepatuhan Intervensi * Lama HD Intervensi

Crosstab

Count

| | | KepatuhanInt | | Total |
|-----------|--------|--------------|-----------|-------|
| | | Tidak | Perubahan | |
| LamaHDInt | < 3 m | 1 | 1 | 2 |
| | 3-12 m | 3 | 9 | 12 |
| | 1-5 y | 2 | 1 | 3 |
| | 5-10 y | 0 | 1 | 1 |
| Total | | 6 | 12 | 18 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|--------------------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 2.625 ^a | 3 | .203 |
| Likelihood Ratio | 2.827 | 3 | .419 |
| Linear-by-Linear Association | .000 | 1 | 1.000 |
| N of Valid Cases | 18 | | |

a. 7 cells (87.5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .33.

Kepatuhan Intervensi * SatO2 Intervensi

Crosstab

Count

| | | KepatuhanInt | | Total |
|----------|--------|--------------|-----------|-------|
| | | Tidak | Perubahan | |
| SatO2Int | 90-100 | 6 | 12 | 18 |
| Total | | 6 | 12 | 18 |

Chi-Square Tests

| | Value |
|--------------------|----------------|
| Pearson Chi-Square | . ^a |
| N of Valid Cases | 18 |

a. No statistics are computed because SatO2Int is a constant.

Kepatuhan Kontrol * Usia Kontrol

Crosstab

Count

| | | KepatuhanKont | | Total |
|----------|-------|---------------|-----------|-------|
| | | Tidak | Perubahan | |
| UsiaKont | 18-45 | 6 | 2 | 8 |
| | 46-60 | 5 | 2 | 7 |
| | 61-65 | 2 | 0 | 2 |
| Total | | 13 | 4 | 17 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|-------------------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | .724 ^a | 2 | .696 |
| Likelihood Ratio | 1.177 | 2 | .555 |
| Linear-by-Linear Association | .230 | 1 | .632 |
| N of Valid Cases | 17 | | |

a. 4 cells (66.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .47.

Kepatuhan Kontrol * JK Kontrol

Crosstab

Count

| | | KepatuhanKont | | Total |
|--------|---|---------------|-----------|-------|
| | | Tidak | Perubahan | |
| JKKont | L | 11 | 2 | 13 |
| | P | 3 | 2 | 5 |
| Total | | 14 | 4 | 18 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|--------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | 1.266 ^a | 1 | .261 | .533 | .299 |
| Continuity Correction ^b | .242 | 1 | .623 | | |
| Likelihood Ratio | 1.177 | 1 | .278 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | | |
| Linear-by-Linear Association | 1.196 | 1 | .274 | | |
| N of Valid Cases | 18 | | | | |

a. 3 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.11.

b. Computed only for a 2x2 table

Kepatuhan Kontrol * Nikah Kontrol

PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

Crosstab

Count

| | | KepatuhanKont | | Total |
|-----------|---|---------------|-----------|-------|
| | | Tidak | Perubahan | |
| NikahKont | M | 14 | 4 | 18 |
| Total | | 14 | 4 | 18 |

Chi-Square Tests

| | Value |
|--------------------|----------------|
| Pearson Chi-Square | . ^a |
| N of Valid Cases | 18 |

a. No statistics are computed because NikahKont is a constant.

Kepatuhan Kontrol * Didik Kontrol

Crosstab

Count

| | | KepatuhanKont | | Total |
|-----------|-----|---------------|-----------|-------|
| | | Tidak | Perubahan | |
| DidikKont | SD | 1 | 0 | 1 |
| | SMP | 1 | 0 | 1 |
| | SMA | 7 | 3 | 10 |
| | PT | 5 | 1 | 6 |
| Total | | 14 | 4 | 18 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|--------------------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 1.029 ^a | 3 | .794 |
| Likelihood Ratio | 1.445 | 3 | .695 |
| Linear-by-Linear Association | .058 | 1 | .810 |
| N of Valid Cases | 18 | | |

a. 7 cells (87.5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .22.

Kepatuhan Kontrol * Kerja Kontrol

Crosstab

Count

| | | KepatuhanKont | | Total |
|-----------|-------|---------------|-----------|-------|
| | | Tidak | Perubahan | |
| KerjaKont | Kerja | 2 | 1 | 3 |
| | Tidak | 12 | 3 | 15 |
| Total | | 14 | 4 | 18 |

Chi-Square Tests

| | Value | Df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|-------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | .257 ^a | 1 | .612 | | |
| Continuity Correction ^b | .000 | 1 | 1.000 | | |
| Likelihood Ratio | .238 | 1 | .625 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | 1.000 | .554 |
| Linear-by-Linear Association | .243 | 1 | .622 | | |
| N of Valid Cases | 18 | | | | |

a. 3 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .67.

b. Computed only for a 2x2 table

Kepatuhan Kontrol * Lama HD Kontrol

IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

Crosstab

Count

| | | KepatuhanKont | | Total |
|------------|--------|---------------|-----------|-------|
| | | Tidak | Perubahan | |
| LamaHDKont | <3 m | 2 | 1 | 3 |
| | 3-12 m | 8 | 3 | 11 |
| | 1-5 y | 4 | 0 | 4 |
| Total | | 14 | 4 | 18 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|--------------------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 1.519 ^a | 2 | .468 |
| Likelihood Ratio | 2.359 | 2 | .307 |
| Linear-by-Linear Association | 1.175 | 1 | .278 |
| N of Valid Cases | 18 | | |

a. 5 cells (83.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .67.

Kepatuhan Kontrol * SatO2 Kontrol

Crosstab

Count

| | | KepatuhanKont | | Total |
|-----------|--------|---------------|-----------|-------|
| | | Tidak | Perubahan | |
| SatO2Kont | 90-100 | 14 | 4 | 18 |
| Total | | 14 | 4 | 18 |

Chi-Square Tests

| | Value |
|--------------------|----------------|
| Pearson Chi-Square | . ^a |
| N of Valid Cases | 18 |

a. No statistics are computed because SatO2Kont is a constant.

Logistic Regression

Persepsi Intervensi

Omnibus Tests of Model Coefficients

| | | Chi-square | df | Sig. |
|---------------------|-------|------------|----|------|
| Step 1 | Step | 15.276 | 5 | .009 |
| | Block | 15.276 | 5 | .009 |
| | Model | 15.276 | 5 | .009 |
| Step 2 ^a | Step | -5.822 | 3 | .121 |
| | Block | 9.454 | 2 | .009 |
| | Model | 9.454 | 2 | .009 |
| Step 3 ^a | Step | -3.175 | 1 | .075 |
| | Block | 6.279 | 1 | .012 |
| | Model | 6.279 | 1 | .012 |
| Step 4 ^a | Step | -6.279 | 1 | .012 |
| Step 5 | Step | 12.101 | 3 | .007 |
| | Block | 12.101 | 3 | .007 |
| | Model | 12.101 | 3 | .007 |

a. A negative Chi-squares value indicates that the Chi-squares value has decreased from the previous step.

Model Summary

| Step | -2 Log likelihood | Cox & Snell R Square | Nagelkerke R Square |
|------|---------------------|----------------------|---------------------|
| 1 | 7.638 ^a | .572 | .794 |
| 2 | 13.460 ^a | .409 | .567 |
| 3 | 16.636 ^a | .294 | .409 |
| 4 | 22.915 ^b | .000 | .000 |
| 5 | 10.813 ^a | .489 | .680 |

Omnibus Tests of Model Coefficients

| | | Chi-square | df | Sig. |
|---------------------|-------|------------|----|------|
| Step 1 | Step | 15.276 | 5 | .009 |
| | Block | 15.276 | 5 | .009 |
| | Model | 15.276 | 5 | .009 |
| Step 2 ^a | Step | -5.822 | 3 | .121 |
| | Block | 9.454 | 2 | .009 |
| | Model | 9.454 | 2 | .009 |
| Step 3 ^a | Step | -3.175 | 1 | .075 |
| | Block | 6.279 | 1 | .012 |
| | Model | 6.279 | 1 | .012 |
| Step 4 ^a | Step | -6.279 | 1 | .012 |
| Step 5 | Step | 12.101 | 3 | .007 |
| | Block | 12.101 | 3 | .007 |
| | Model | 12.101 | 3 | .007 |

a. Estimation terminated at iteration number 20 because maximum iterations has been reached. Final solution cannot be found.

b. Estimation terminated at iteration number 3 because parameter estimates changed by less than .001.

Variables in the Equation^c

| | | B | S.E. | Wald | df | Sig. | Exp(B) | 95% C.I. for EXP(B) | |
|---------------------|--------------|---------|-----------|------|----|-------|----------|---------------------|-------|
| | | | | | | | | Lower | Upper |
| Step 1 ^a | JKInt(1) | -19.964 | 15298.435 | .000 | 1 | .871 | .000 | .000 | . |
| | Kerjalnt(1) | 19.589 | 25362.414 | .000 | 1 | .879 | 3.216E8 | .000 | . |
| | LamaHDInt | | | .000 | 3 | 1.000 | | | . |
| | LamaHDInt(1) | 21.896 | 53870.016 | .000 | 1 | 1.000 | 3.231E9 | .000 | . |
| | LamaHDInt(2) | 21.896 | 40192.967 | .000 | 1 | 1.000 | 3.231E9 | .000 | . |
| | LamaHDInt(3) | .000 | 46410.841 | .000 | 1 | 1.000 | 1.000 | .000 | . |
| | Constant | -1.239 | 43006.007 | .000 | 1 | 1.000 | .290 | | . |
| Step 2 ^a | JKInt(1) | -21.021 | 14985.435 | .000 | 1 | .920 | .000 | .000 | . |
| | Kerjalnt(1) | 20.623 | 17364.374 | .000 | 1 | .928 | 9.046E8 | .000 | . |
| | Constant | 20.616 | 14985.435 | .000 | 1 | .999 | 8.983E8 | | . |
| Step 3 ^a | JKInt(1) | -21.203 | 16408.712 | .000 | 1 | .999 | .000 | .000 | . |
| | Constant | 21.203 | 16408.712 | .000 | 1 | .999 | 1.615E9 | | . |
| Step 4 ^a | Constant | .693 | .500 | 1.92 | 1 | .166 | 2.000 | | . |
| Step 5 ^b | LamaHDInt | | | .000 | 3 | 1.000 | | | . |
| | LamaHDInt(1) | 42.406 | 49226.132 | .000 | 1 | .999 | 2.610E18 | .000 | . |
| | LamaHDInt(2) | 22.812 | 40192.968 | .000 | 1 | 1.000 | 8.077E9 | .000 | . |
| | LamaHDInt(3) | .000 | 46410.842 | .000 | 1 | 1.000 | 1.000 | .000 | . |
| | Constant | -21.203 | 40192.968 | .000 | 1 | 1.000 | .000 | | . |

a. Variable(s) entered on step 1: JKInt, Kerjalnt, LamaHDInt.

b. Variable(s) entered on step 5: LamaHDInt.

c. Stepwise procedure stopped because removing the least significant variable result in a previously fitted model.

Persepsi Kontrol

Omnibus Tests of Model Coefficients

| | | Chi-square | df | Sig. |
|---------------------|-------|------------|----|------|
| Step 1 | Step | 4.677 | 5 | .457 |
| | Block | 4.677 | 5 | .457 |
| | Model | 4.677 | 5 | .457 |
| Step 2 ^a | Step | -1.359 | 2 | .507 |
| | Block | 3.318 | 3 | .345 |
| | Model | 3.318 | 3 | .345 |
| Step 3 ^a | Step | -1.816 | 2 | .403 |
| | Block | 1.502 | 1 | .220 |
| | Model | 1.502 | 1 | .220 |

a. A negative Chi-squares value indicates that the Chi-squares value has decreased from the previous step.

Model Summary

| Step | -2 Log likelihood | Cox & Snell R Square | Nagelkerke R Square |
|------|---------------------|----------------------|---------------------|
| 1 | 7.638 ^a | .241 | .467 |
| 2 | 8.997 ^a | .177 | .344 |
| 3 | 10.813 ^a | .085 | .164 |
| 4 | 12.315 ^b | .000 | .000 |

a. Estimation terminated at iteration number 20 because maximum iterations has been reached. Final solution cannot be found.

b. Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than .001.

Variables in the Equation

| | B | S.E. | Wald | df | Sig. | Exp(B) | 95% C.I. for EXP(B) | |
|-------------------------------|---------|-----------|-------|----|-------|---------|---------------------|-------|
| | | | | | | | Lower | Upper |
| Step 1 ^a UsiaKont | | | .000 | 2 | .999 | | | |
| UsiaKont(1) | 20.363 | 30497.258 | .000 | 1 | .999 | 6.978E8 | .000 | |
| UsiaKont(2) | .000 | 40128.898 | .000 | 1 | 1.000 | 1.000 | .000 | |
| JKKont(1) | -.310 | 33172.480 | .000 | 1 | .947 | .733 | .000 | |
| LamaHDKont | | | .000 | 2 | .972 | | | |
| LamaHDKont(1) | -19.639 | 34041.503 | .000 | 1 | 1.000 | .000 | .000 | |
| LamaHDKont(2) | .310 | 26416.498 | .000 | 1 | 1.000 | 1.364 | .000 | |
| Constant | -21.057 | 46236.669 | .000 | 1 | 1.000 | .000 | | |
| Step 2 ^a JKKont(1) | 18.941 | 15887.567 | .000 | 1 | .977 | 1.683E8 | .000 | |
| LamaHDKont | | | .000 | 2 | .999 | | | |
| LamaHDKont(1) | -.356 | 28439.517 | .000 | 1 | 1.000 | .700 | .000 | |
| LamaHDKont(2) | 19.219 | 18251.318 | .000 | 1 | .999 | 2.221E8 | .000 | |
| Constant | -39.258 | 24197.631 | .000 | 1 | .999 | .000 | | |
| Step 3 ^a JKKont(1) | 19.593 | 17974.842 | .000 | 1 | .999 | 3.231E8 | .000 | |
| Constant | -21.203 | 17974.842 | .000 | 1 | .999 | .000 | | |
| Step 4 ^a Constant | -2.015 | .753 | 7.164 | 1 | .007 | .133 | | |

a. Variable(s) entered on step 1: UsiaKont, JKKont, LamaHDKont.

Kecemasan Intervensi

Omnibus Tests of Model Coefficients

| | Chi-square | df | Sig. |
|--------------------------|------------|----|------|
| Step 1 Step | 9.785 | 6 | .134 |
| Block | 9.785 | 6 | .134 |
| Model | 9.785 | 6 | .134 |
| Step 2 ^a Step | -5.407 | 3 | .144 |
| Block | 4.379 | 3 | .223 |
| Model | 4.379 | 3 | .223 |
| Step 3 ^a Step | -4.111 | 2 | .128 |
| Block | .267 | 1 | .605 |
| Model | .267 | 1 | .605 |
| Step 4 ^a Step | -.267 | 1 | .605 |
| Step 5 Step | 5.674 | 3 | .129 |
| Block | 5.674 | 3 | .129 |
| Model | 5.674 | 3 | .129 |

a. A negative Chi-squares value indicates that the Chi-squares value has decreased from the previous step.

Model Summary

| Step | -2 Log likelihood | Cox & Snell R Square | Nagelkerke R Square |
|------|---------------------|----------------------|---------------------|
| 1 | 2.773 ^a | .419 | .835 |
| 2 | 8.179 ^a | .216 | .430 |
| 3 | 12.291 ^b | .015 | .029 |
| 4 | 12.558 ^b | .000 | .000 |
| 5 | 6.884 ^a | .270 | .538 |

a. Estimation terminated at iteration number 20 because maximum iterations has been reached. Final solution cannot be found.

b. Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than .001.

Variables in the Equation^c

| | B | S.E. | Wald | df | Sig. | Exp(B) | 95% C.I. for EXP(B) | |
|---------------------|---------|-----------|-------|----|-------|----------|---------------------|---------|
| | | | | | | | Lower | Upper |
| Step 1 ^a | | | | | | | | |
| Usialnt | | | .000 | 2 | .924 | | | |
| Usialnt(1) | 20.086 | 50984.930 | .000 | 1 | 1.000 | 5.288E8 | .000 | . |
| Usialnt(2) | .000 | 49226.134 | .000 | 1 | 1.000 | 1.000 | .000 | . |
| DidikInt(1) | 19.919 | 12209.700 | .000 | 1 | .679 | 4.472E8 | .000 | . |
| LamaHDInt | | | .000 | 3 | .999 | | | |
| LamaHDInt(1) | 41.312 | 50798.661 | .000 | 1 | .999 | 8.741E17 | .000 | . |
| LamaHDInt(2) | 41.121 | 42006.571 | .000 | 1 | .999 | 7.225E17 | .000 | . |
| LamaHDInt(3) | 42.406 | 49226.139 | .000 | 1 | .999 | 2.610E18 | .000 | . |
| Constant | -41.121 | 64712.940 | .000 | 1 | .999 | .000 | | |
| Step 2 ^a | | | | | | | | |
| Usialnt | | | .000 | 2 | .969 | | | |
| Usialnt(1) | .948 | 42215.738 | .000 | 1 | 1.000 | 2.580 | .000 | . |
| Usialnt(2) | -19.593 | 40192.968 | .000 | 1 | 1.000 | .000 | .000 | . |
| DidikInt(1) | 1.609 | 1.789 | .809 | 1 | .368 | 5.000 | .150 | 166.589 |
| Constant | 19.593 | 40192.968 | .000 | 1 | 1.000 | 3.231E8 | | |
| Step 3 ^a | | | | | | | | |
| DidikInt(1) | .788 | 1.514 | .271 | 1 | .602 | 2.200 | .113 | 42.735 |
| Constant | 1.609 | 1.095 | 2.159 | 1 | .142 | 5.000 | | |
| Step 4 ^a | | | | | | | | |
| Constant | 2.079 | .750 | 7.687 | 1 | .006 | 8.000 | | |
| Step 5 ^b | | | | | | | | |
| LamaHDInt | | | .000 | 3 | 1.000 | | | |
| LamaHDInt(1) | 42.406 | 49226.132 | .000 | 1 | .999 | 2.610E18 | .000 | . |
| LamaHDInt(2) | 23.601 | 40192.968 | .000 | 1 | 1.000 | 1.777E10 | .000 | . |
| LamaHDInt(3) | 42.406 | 46410.842 | .000 | 1 | .999 | 2.610E18 | .000 | . |
| Constant | -21.203 | 40192.968 | .000 | 1 | 1.000 | .000 | | |

a. Variable(s) entered on step 1: Usialnt, JKInt, LamaHDInt.

b. Variable(s) entered on step 5: LamaHDInt.

c. Stepwise procedure stopped because removing the least significant variable result in a previously fitted model.

Kecemasan Kontrol

Omnibus Tests of Model Coefficients

| | Chi-square | df | Sig. |
|---------------------|------------|----|------|
| Step 1 | | | |
| Step | 5.404 | 3 | .144 |
| Block | 5.404 | 3 | .144 |
| Model | 5.404 | 3 | .144 |
| Step 2 ^a | | | |
| Step | -.749 | 1 | .387 |
| Block | 4.655 | 2 | .098 |
| Model | 4.655 | 2 | .098 |
| Step 3 ^a | | | |
| Step | -1.144 | 1 | .285 |
| Block | 3.512 | 1 | .061 |
| Model | 3.512 | 1 | .061 |
| Step 4 ^a | | | |
| Step | -3.512 | 1 | .061 |

a. A negative Chi-squares value indicates that the Chi-squares value has decreased from the previous step.

Model Summary

| Step | -2 Log likelihood | Cox & Snell R Square | Nagelkerke R Square |
|------|---------------------|----------------------|---------------------|
| 1 | 6.911 ^a | .272 | .528 |
| 2 | 7.660 ^b | .240 | .465 |
| 3 | 8.803 ^c | .187 | .362 |
| 4 | 12.315 ^d | .000 | .000 |

- a. Estimation terminated at iteration number 20 because maximum iterations has been reached. Final solution cannot be found.
- b. Estimation terminated at iteration number 7 because parameter estimates changed by less than .001.
- c. Estimation terminated at iteration number 6 because parameter estimates changed by less than .001.
- d. Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than .001.

Variables in the Equation

| | | B | S.E. | Wald | df | Sig. | Exp(B) | 95% C.I. for EXP(B) | |
|---------------------|------------|---------|-----------|-------|----|------|--------------|---------------------|---------|
| | | | | | | | | Lower | Upper |
| Step 1 ^a | UsiaKont | 18.835 | 7896.899 | .000 | 1 | .997 | 1.514E8 | .000 | . |
| | DidikKont | 16.800 | 7896.899 | .000 | 1 | .791 | 19783903.670 | .000 | . |
| | LamaHDKont | -1.285 | 1.477 | .757 | 1 | .384 | .277 | .015 | 5.000 |
| | Constant | -70.093 | 31587.595 | .000 | 1 | .998 | .000 | | |
| Step 2 ^a | DidikKont | 3.042 | 1.859 | 2.679 | 1 | .102 | 20.952 | .548 | 800.503 |
| | LamaHDKont | -1.567 | 1.558 | 1.012 | 1 | .315 | .209 | .010 | 4.423 |
| | Constant | -4.988 | 3.725 | 1.793 | 1 | .181 | .007 | | |
| Step 3 ^a | DidikKont | 2.269 | 1.444 | 2.467 | 1 | .116 | 9.666 | .570 | 163.971 |
| | Constant | -6.597 | 3.438 | 3.681 | 1 | .055 | .001 | | |
| Step 4 ^a | Constant | -2.015 | .753 | 7.164 | 1 | .077 | .133 | | |

- a. Variable(s) entered on step 1: UsiaKont, DidikKont, LamaHDKont.

Kepatuhan Intervensi

Omnibus Tests of Model Coefficients

| | | Chi-square | df | Sig. |
|---------------------|-------|------------|----|------|
| Step 1 | Step | 5.716 | 5 | .335 |
| | Block | 5.716 | 5 | .335 |
| | Model | 5.716 | 5 | .335 |
| Step 2 ^a | Step | -2.008 | 1 | .156 |
| | Block | 3.708 | 4 | .447 |
| | Model | 3.708 | 4 | .447 |
| Step 3 ^a | Step | -2.500 | 3 | .475 |
| | Block | 1.207 | 1 | .272 |
| | Model | 1.207 | 1 | .272 |
| Step 4 ^a | Step | -1.207 | 1 | .272 |

- a. A negative Chi-squares value indicates that the Chi-squares value has decreased from the previous step.

Model Summary

| Step | -2 Log likelihood | Cox & Snell R Square | Nagelkerke R Square |
|------|---------------------|----------------------|---------------------|
| 1 | 17.199 ^a | .272 | .378 |
| 2 | 19.207 ^a | .186 | .259 |
| 3 | 21.707 ^b | .065 | .090 |
| 4 | 22.915 ^c | .000 | .000 |

- a. Estimation terminated at iteration number 20 because maximum iterations has been reached. Final solution cannot be found.
- b. Estimation terminated at iteration number 4 because parameter estimates changed by less than .001.
- c. Estimation terminated at iteration number 3 because parameter estimates changed by less than .001.

IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
Variables in the Equation

| | B | S.E. | Wald | df | Sig. | Exp(B) | 95% C.I. for EXP(B) | |
|---------------------|---------|-----------|-------|----|-------|----------|---------------------|-------|
| | | | | | | | Lower | Upper |
| Step 1 ^a | | | | | | | | |
| JKInt(1) | -.470 | 1.396 | .113 | 1 | .999 | .625 | .040 | 9.650 |
| NikahInt(1) | 41.936 | 56841.460 | .000 | 1 | .736 | 1.631E18 | .000 | . |
| LamaHDInt | | | 1.177 | 3 | .758 | | | |
| LamaHDInt(1) | -.470 | 56841.468 | .000 | 1 | 1.000 | .625 | .000 | . |
| LamaHDInt(2) | -20.287 | 40192.987 | .000 | 1 | 1.000 | .000 | .000 | . |
| LamaHDInt(3) | -21.896 | 40192.988 | .000 | 1 | 1.000 | .000 | .000 | . |
| Constant | -20.263 | 69616.303 | .000 | 1 | 1.000 | .000 | | |
| Step 2 ^a | | | | | | | | |
| NikahInt(1) | -1.223 | 1.376 | .790 | 1 | .374 | .294 | .020 | 4.364 |
| LamaHDInt | | | 1.315 | 3 | .726 | | | |
| LamaHDInt(1) | -21.814 | 40192.969 | .000 | 1 | 1.000 | .000 | .000 | . |
| LamaHDInt(2) | -20.522 | 40192.969 | .000 | 1 | 1.000 | .000 | .000 | . |
| LamaHDInt(3) | -21.896 | 40192.969 | .000 | 1 | 1.000 | .000 | .000 | . |
| Constant | 22.426 | 40192.969 | .000 | 1 | 1.000 | 5.487E9 | | |
| Step 3 ^a | | | | | | | | |
| NikahInt(1) | -1.273 | 1.242 | 1.050 | 1 | .305 | .280 | .025 | 3.195 |
| Constant | 1.609 | 1.095 | 2.159 | 1 | .142 | 5.000 | | |
| Step 4 ^a | | | | | | | | |
| Constant | .693 | .500 | 1.922 | 1 | .166 | 2.000 | | |

a. Variable(s) entered on step 1: JKInt, NikahInt, LamaHDInt.

Kepatuhan Kontrol

Omnibus Tests of Model Coefficients

| | Chi-square | df | Sig. |
|---------------------|------------|----|------|
| Step 1 | | | |
| Step | 5.770 | 4 | .217 |
| Block | 5.770 | 4 | .217 |
| Model | 5.770 | 4 | .217 |
| Step 2 ^a | | | |
| Step | -3.751 | 2 | .153 |
| Block | 2.019 | 2 | .364 |
| Model | 2.019 | 2 | .364 |
| Step 3 ^a | | | |
| Step | -.842 | 1 | .359 |
| Block | 1.177 | 1 | .278 |
| Model | 1.177 | 1 | .278 |
| Step 4 ^a | | | |
| Step | -1.177 | 1 | .278 |

a. A negative Chi-squares value indicates that the Chi-squares value has decreased from the previous step.

Model Summary

| Step | -2 Log likelihood | Cox & Snell R Square | Nagelkerke R Square |
|------|---------------------|----------------------|---------------------|
| 1 | 13.300 ^a | .274 | .420 |
| 2 | 17.051 ^b | .106 | .162 |
| 3 | 17.893 ^c | .063 | .097 |
| 4 | 19.069 ^c | .000 | .000 |

a. Estimation terminated at iteration number 20 because maximum iterations has been reached. Final solution cannot be found.

b. Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than .001.

c. Estimation terminated at iteration number 4 because parameter estimates changed by less than .001.

Variables in the Equation

| | B | S.E. | Wald | df | Sig. | Exp(B) | 95% C.I. for EXP(B) | |
|---------------------|--------|-----------|-------|----|------|---------|---------------------|---------|
| | | | | | | | Lower | Upper |
| Step 1 ^a | | | | | | | | |
| JKKont(1) | -3.045 | 1.810 | 2.829 | 1 | .093 | .048 | .001 | 1.654 |
| KerjaKont(1) | 1.946 | 1.986 | .960 | 1 | .327 | 7.000 | .143 | 343.003 |
| LamaHDKont | | | .362 | 2 | .834 | | | |
| LamaHDKont(1) | 20.333 | 17972.876 | .000 | 1 | .999 | 6.768E8 | .000 | . |
| LamaHDKont(2) | 21.432 | 17972.876 | .000 | 1 | .999 | 2.030E9 | .000 | . |

| | | | | | | | | | |
|---------------------|--------------|---------|-----------|-------|---|------|-------|------|---------|
| | Constant | -20.333 | 17972.876 | .000 | 1 | .999 | .000 | | |
| Step 2 ^a | JKKont(1) | -1.792 | 1.394 | 1.651 | 1 | .199 | .167 | .011 | 2.563 |
| | KerjaKont(1) | 1.504 | 1.616 | .866 | 1 | .352 | 4.500 | .190 | 106.823 |
| | Constant | -.405 | .913 | .197 | 1 | .657 | .667 | | |
| Step 3 ^a | JKKont(1) | -1.299 | 1.193 | 1.185 | 1 | .276 | .273 | .026 | 2.829 |
| | Constant | -.405 | .913 | .197 | 1 | .657 | .667 | | |
| Step 4 ^a | Constant | -1.253 | .567 | 4.883 | 1 | .027 | .286 | | |

a. Variable(s) entered on step 1: JKKont, KerjaKont, LamaHDKont.

Wilcoxon Signed Ranks Test – IDWG Perlakuan

Ranks

| | | N | Mean Rank | Sum of Ranks |
|--------------------|----------------|-----------------|-----------|--------------|
| IDWGPost - IDWGPre | Negative Ranks | 14 ^a | 7.50 | 105.00 |
| | Positive Ranks | 0 ^b | .00 | .00 |
| | Ties | 4 ^c | | |
| | Total | 18 | | |

a. IDWGPost < IDWGPre

b. IDWGPost > IDWGPre

c. IDWGPost = IDWGPre

Test Statistics^b

| | IDWGPost – IDWGPre |
|------------------------|---------------------|
| Z | -3.416 ^a |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | .001 |

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Wilcoxon Signed Ranks Test – IDWG Kontrol

Ranks

| | | N | Mean Rank | Sum of Ranks |
|--------------------|----------------|----------------|-----------|--------------|
| IDWGPost - IDWGPre | Negative Ranks | 8 ^a | 5.69 | 45.50 |
| | Positive Ranks | 3 ^b | 6.83 | 20.50 |
| | Ties | 7 ^c | | |
| | Total | 18 | | |

a. IDWGPost < IDWGPre

b. IDWGPost > IDWGPre

c. IDWGPost = IDWGPre

Test Statistics^b

| | IDWGPost – IDWGPre |
|------------------------|---------------------|
| Z | -1.184 ^a |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | .236 |

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Mann-Whitney Test – IDWG Perlakuan dan Kontrol

Ranks

| | Kelompok | N | Mean Rank | Sum of Ranks |
|-------------------------|----------|----|-----------|--------------|
| IDWGPerlakuan & Kontrol | 1.00 | 18 | 21.00 | 378.00 |
| | 2.00 | 18 | 16.00 | 288.00 |
| | Total | 36 | | |

| | IDWGPerlakuan & Kontrol |
|--------------------------------|-------------------------|
| Mann-Whitney U | 117.000 |
| Wilcoxon W | 288.000 |
| Z | -1.611 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | .107 |
| Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)] | .161 ^a |

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Kelompok

McNemar Test – Jadwal HD Perlakuan

JadwalHDPPre & JadwalHDPPost

| JadwalHDPPre | JadwalHDPPost | |
|---------------------|---------------|---------------------|
| | Sesuai jadwal | Tidak sesuai jadwal |
| Sesuai jadwal | 16 | 0 |
| Tidak sesuai jadwal | 2 | 0 |

Test Statistics^b

| | JadwalHDPPre & JadwalHDPPost |
|-----------------------|------------------------------|
| N | 18 |
| Exact Sig. (2-tailed) | .500 ^a |

a. Binomial distribution used.

b. McNemar Test

McNemar Test – Jadwal HD Kontrol

JadwalHDPPre & JadwalHDPPost

| JadwalHDPPre | JadwalHDPPost | |
|--------------|---------------|-------|
| | Sesuai | Tidak |
| Sesuai | 11 | 5 |
| Tidak | 1 | 1 |

Test Statistics^b

| | JadwalHDPPre & JadwalHDPPost |
|-----------------------|------------------------------|
| N | 18 |
| Exact Sig. (2-tailed) | .219 ^a |

a. Binomial distribution used.

b. McNemar Test

Chi-Square Test – Jadwal HD Perlakuan & Kontrol

Test Statistics

| | JadwalHDPerlakuan&Kontrol |
|-------------|---------------------------|
| Chi-Square | 25.000 ^a |
| Df | 1 |
| Asymp. Sig. | .406 |

a. 0 cells (.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 18.0.

McNemar Test – TD Perlakuan

TDPPre & TDPost

| TDPPre | TDPost | |
|---------------|---------------|---------------|
| | < 140/90 mmHg | > 140/90 mmHg |
| < 140/90 mmHg | 1 | 2 |
| > 140/90 mmHg | 7 | 8 |

Test Statistics^b

| | TDP _{Pre} & TDP _{Post} |
|-----------------------|--|
| N | 18 |
| Exact Sig. (2-tailed) | .180 ^a |

- a. Binomial distribution used.
- b. McNemar Test

McNemar Test – TD Kontrol

TDP_{Pre} & TDP_{Post}

| TDP _{Pre} | TDP _{Post} | |
|--------------------|---------------------|------|
| | <140 | >140 |
| <140 | 2 | 2 |
| >140 | 2 | 12 |

Test Statistics^b

| | TDP _{Pre} & TDP _{Post} |
|-----------------------|--|
| N | 18 |
| Exact Sig. (2-tailed) | 1.000 ^a |

- a. Binomial distribution used.
- b. McNemar Test

Chi-Square Test – TD Perlakuan dan Kontrol

TDPerlakuan&Kontrol

| | Observed N | Expected N | Residual |
|-------|------------|------------|----------|
| <140 | 12 | 18.0 | -6.0 |
| >140 | 24 | 18.0 | 6.0 |
| Total | 36 | | |

Test Statistics

| | TDPerlakuan&Kontrol |
|-------------|---------------------|
| Chi-Square | 4.000 ^a |
| Df | 1 |
| Asymp. Sig. | .265 |

- a. 0 cells (.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 18.0.