

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Penyakit Ginjal Kronis (PGK) atau *Chronic Kidney Disease* (CKD) merupakan suatu keadaan dimana ginjal secara permanen kehilangan fungsi untuk membuang zat-zat hasil metabolisme dan gangguan dalam mempertahankan keseimbangan cairan dan zat-zat dalam tubuh dan menyebabkan uremia.¹ Pada kondisi ini nilai *glomerular filtration rate* (GFR) yang merupakan indikator fungsi ginjal telah menurun hingga kurang dari 15 persen sehingga ginjal tidak mampu melakukan fungsinya sendiri.²

Prevalensi penderita penyakit ginjal kronik di Indonesia tergolong tinggi. Data dari Persatuan Nefrologi Indonesia (PERNEFRI) diperkirakan terdapat 70.000 penderita penyakit ginjal kronik di Indonesia dan angka ini akan terus meningkat setiap tahunnya. Jumlah penderita penyakit ginjal kronik pada tahun 2011 sejumlah 22.304 orang yang terdiri dari 15.353 pasien baru, 16.951 pasien aktif menjalani HD dan pasien menggunakan CAPD sebanyak 202 orang. Sedangkan tahun 2012 terjadi peningkatan 29% dari tahun 2011 menjadi 28.782 orang yang terdiri dari 19.621 pasien baru, 9.161 pasien aktif menjalani HD, dan pasien menggunakan CAPD sebanyak 140 pasien.³

Terapi pengganti ginjal, berupa dialisis dan transplantasi ginjal merupakan satu-satunya cara untuk mempertahankan fungsi tubuh pada kondisi penyakit ginjal kronik. Dialisis dapat dilakukan dengan

hemodialisis dan peritoneal dialisis. Peritoneal Dialisis dapat berupa *Intermittent Peritoneal Dialysis* (IPD), *Continuous Cyclic Peritoneal Dialysis* (CCPD), dan *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis* (CAPD). Di Indonesia peritoneal dialisis yang tersedia adalah *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis* (CAPD) yang relatif baru.⁴

CAPD menggunakan membran peritoneal pasien dengan mekanisme kerja yaitu cairan dialisis dimasukkan ke dalam rongga peritoneal menggunakan kateter yang terbagi menjadi dua cabang yang akan masuk dan keluar dari peritoneal dan dibiarkan selama empat hingga enam jam untuk mencapai keseimbangan. Dialisat kemudian dibuang dan digantikan dengan fluida dialisis yang baru. Perubahan konsentrasi glukosa pada dialisat akan mengubah osmolaritas dan hal ini mengatur perpindahan air secara osmosis dari darah ke dialisat.⁵ Terapi dialisis yang efektif harus disertai intervensi diet dan farmakologis, yang memerlukan tingkat kepatuhan yang tinggi dari pasien.⁶

Pilihan menggunakan CAPD pada pasien dengan diagnosis PGK karena tehnik yang relatif sederhana dan dapat dilakukan sendiri dirumah.. CAPD ini juga dapat mengurangi biaya transportasi yang bisa dikeluarkan untuk melakukan perjalanan menuju pusat hemodialisis serta penggunaan fasilitas rumah sakit/mesin hemodialisa. Pada pasien yang didiagnosa anemia berat, komplikasi kardiovaskuler termasuk hipertensi berat dan akses vaskuler jelek sangat cocok untuk memilih CAPD.⁷

CAPD walaupun mudah dalam pelaksanaannya, dapat menimbulkan berbagai komplikasi yang bila tidak ditangani akan berakibat fatal. Peritonitis adalah komplikasi yang sering dijumpai meskipun saat ini angka kejadian peritonitis di beberapa pelayanan unit ginjal menurun dari 4 orang menjadi 3 orang per tahun. Penurunan tersebut karena lebih baiknya seleksi dan latihan pasien serta kemajuan teknologi seperti *connector*, *in line filters* dan *y tubing*. Gejala dan keluhan kesah pasien terbanyak adalah keruhnya cairan dialisat serta sakit abdomen. Disamping itu, dapat pula disertai mual, muntah, demam, menggigil, dan diare. Penyebab kuman paling sering *Staphylococcus Epidermidis* (80-90%) dan *Staphylococcus Aureus* 30-40% yang merupakan gram positif, 5-10% disebabkan gram negatif, dan sisanya disebabkan karena fungi dan antiseptik.¹⁸

Komplikasi yang terjadi pada pasien yang menjalani CAPD dapat terjadi sejak awal prosedur. Komplikasi ini akan berbeda pada setiap pasien karena dipengaruhi oleh berbagai faktor diantaranya umur, kepatuhan pasien terhadap prosedur standar, higienitas pasien dan penolongnya saat memulai dan mengakhiri tindakan CAPD, status nutrisi, *support system*, dan fasilitas perawatan.¹⁷⁹¹⁰

Pasien yang menjalani peritoneal dialisis memiliki kualitas hidup yang lebih baik dalam domain lingkungan dan hubungan sosial. Dalam hal kesehatan mental, tidak ada laporan terkait kecemasan atau insomnia, depresi, dan gejala bunuh diri pada pasien peritoneal dialisis.¹¹

Penyakit ginjal kronik yang dialami dan prosedur terapi yang dijalani oleh pasien menimbulkan banyak perubahan pada kondisi fisik maupun pada penampilan tubuhnya. Perubahan kondisi fisik seperti mudah lelah, bagian-bagian tubuh berubah seperti kaki membengkak, perut membuncit, dan adanya katater yang terpasang di abdomen pasien tidak menghambat aktifitas pasien dan dapat beraktivitas seperti semula.¹²

Persepsi yang dimiliki penderita mengenai tubuhnya yaitu dengan kata lain citra tubuh pasien pun menjadi negatif, hal ini disebabkan banyaknya perubahan yang terjadi pada penampilan fisiknya sedangkan pasien menyatakan bahwa pasien ingin sama seperti teman-teman lainnya yang sehat dan berpenampilan menarik. Pasien berpikir bahwa mereka dihukum dan merasa tidak berharga. Oleh karena itu, keadaan-keadaan tersebut berperan yang akhirnya membuat pasien memunculkan gejala depresi yang tergolong berat.¹²

Kecemasan dan ketakutan adalah reaksi umum terhadap stress penyakit. Perasaan hilang kendali, bersalah dan frustrasi juga turut berperan dalam reaksi emosional pasien. Penyakit membuat pasien merasa tidak berdaya, menyadari akan terjadinya kematian tubuh membuat pasien merasa cemas sekali.¹³ Namun, Frank yakin bahwa setiap manusia memiliki kemampuan untuk mengambil sikap terhadap penderitaan dan peristiwa tragis yang tidak dapat dielakkan lagi yang menimpa diri sendiri dan lingkungan sekitar yang menjadi soal bukanlah pengubahan situasi,

melainkan sikap terhadap situasi dari seseorang dalam upaya mengatasi ketakutannya masing-masing.¹⁴

Pasien yang menjalani terapi CAPD sebaiknya melaksanakan panduan pola makan yang sehat yang membantu agar pasien dapat tetap menjalani diet dengan baik dan konsisten. Makanan yang dikonsumsi harus mengandung banyak protein dan serat. Sebaliknya, makanan yang sebaiknya dihindari adalah makanan yang banyak mengandung fosfor, kalium, natrium tinggi, asupan garam dan cairan, gula, dan lemak.¹⁵

Pengalaman diartikan sebagai sesuatu yang pernah dialami (dijalani, dirasai, ditanggung).¹⁶ Pengalaman dapat diartikan juga sebagai *memori episodic*, yaitu memori yang menerima dan menyimpan peristiwa yang terjadi atau dialami individu pada waktu dan tempat tertentu, yang berfungsi sebagai *referensi otobiografi*.¹⁷

Pengalaman merupakan hal yang tidak dapat dipisahkan dari kehidupan manusia sehari-harinya. Pengalaman juga sangat berharga bagi setiap manusia, dan pengalaman juga dapat diberikan kepada siapa saja untuk digunakan dan menjadi pedoman serta pembelajaran manusia. Pengalaman pasien penyakit ginjal kronik terhadap penyakitnya selama menjalani CAPD merupakan hal yang tidak dapat terlupakan. Tampak jelas bahwa tindakan dialisis merupakan salah satu tindakan yang sangat diperlukan bagi pasien penyakit ginjal kronik tahap akhir dalam mempertahankan kelangsungan hidupnya dengan menggantikan fungsi ginjal, namun disisi lain dapat mengakibatkan perubahan hampir di seluruh

segi kehidupan pasien seperti : aspek fisik dan mental, aspek sosial ekonomi, dan spiritual.

Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Kariadi merupakan rumah sakit pendidikan dengan unit dialisis yang melayani CAPD. Peneliti melakukan studi pendahuluan di Instalasi Rekam Medis RSUP Dr. Kariadi Semarang. Berdasarkan pengumpulan data jumlah pasien yang menjalani hemodialisa di RSUP Dr. Kariadi pada tahun adalah 138 pasien dan 16 pasien menjalani *Continous Ambulatory Peritoneal Dialisis (CAPD)*. Peneliti menemukan adanya kasus peritonitis pada pasien CAPD yang menyebabkan pasien meninggal dunia pada tahun 2016. Selain peritonitis, peneliti juga menemukan adanya kasus keracunan obat yang menyebabkan pasien CAPD meninggal pada tahun yang sama.

Selama ini di Indonesia belum banyak penelitian yang membahas bagaimana pengalaman hidup pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani CAPD terkait dampak yang ditimbulkan setelah pasien menjalani CAPD terhadap aspek fisik, psikologi, hubungan soaial dan lingkungan, serta bagaimana perawatan mandiri yang dilakukan pasien. Hal tersebut perlu diketahui untuk dapat mendukung pelayanan keperawatan yang dapat meningkatkan derajat kesehatan dalam memenuhi kebutuhan kesehatan pasien PGK yang menjalani CAPD.

B. Perumusan Masalah

Continous Ambulatory Peritoneal Dialisis (CAPD) dapat dijadikan pilihan selain hemodialisis dan transplantasi ginjal pada pasien penyakit

ginjal kronik stadium akhir. *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis* adalah terapi pengganti ginjal yang dapat dilakukan secara mandiri tanpa harus ke rumah sakit atau melibatkan tenaga kesehatan dan mesin dialiser sehingga lebih efisien. Pasien tidak harus dilakukan pengontrolan ketat seperti hemodialisa dengan menggunakan dialiser. Mekanisme kerja CAPD yaitu prosedur pembuangan kelebihan cairan dan sisa metabolisme pada rongga abdomen yang dihubungkan melalui drainase kateter peritoneal secara periodik. Adapun cairan dialisis yang menarik kelebihan cairan dan sisa metabolisme tubuh perlu dilakukan penggantian sebanyak 3-4 kali dalam sehari.

Dibandingkan dengan hemodialisa, jumlah pasien CAPD lebih sedikit dimana hemodialisa lebih banyak efek samping yang muncul dibandingkan dengan CAPD. Pada kasus transplantasi ginjal ditemukan penolakan lebih tinggi dari pada ketersediaan pendonor. Karena berbagai kesulitan yang ada, sehingga CAPD menjadi pilihan yang lebih menguntungkan untuk pasien dengan riset-riset yang menunjukkan kualitas hidupnya lebih baik dan harapan hidup lebih tinggi.

Peneliti ingin mengetahui apa yang dirasakan pasien selama menjalani CAPD, kemudian adakah dampak positif dan negatif penggunaan peritoneal dialisis, apakah dengan penggunaan peritoneal dialisis dirasakan lebih efisien, bagaimana gambaran citra tubuh pasien dengan adanya kateter peritoneal, bagaimana mobilisasi pasien selama menjalani peritoneal dialisis. Pasien CAPD perlu dukungan aspek semua pihak keluarga, teman

kantor, dan teman sekolah. Hal-hal tersebut perlu dikaji oleh keperawatan untuk mendukung derajat kesehatan yang optimal.

Sehingga tertariklah peneliti untuk mengkaji secara lebih mendalam terkait pengalaman hidup pasien penyakit ginjal kronik tahap akhir yang menggunakan metode *Continous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* sebagai terapi pengganti ginjal di Semarang.

C. Tujuan Penelitian

Untuk mengetahui pengalaman hidup pasien ginjal kronik yang menggunakan metode *Continous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* sebagai terapi pengganti ginjal di Semarang.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi penderita gagal ginjal

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi dan wawasan bagi penderita gagal ginjal mengenai pengalaman pasien gagal ginjal yang menggunakan metode *Continous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* sebagai terapi pengganti ginjal, sehingga penderita gagal ginjal dapat mengetahui alternatif terapi pengganti ginjal selain hemodialisa dan transplantasi ginjal.

2. Bagi institusi pendidikan

Memberikan gambaran mengenai pengalaman pasien gagal ginjal yang menggunakan metode *Continous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* sebagai terapi pengganti ginjal sebagai tambahan referensi dalam proses belajar mengajar, baik di lingkungan akademik maupun saat praktik

klinik, khususnya mengenai pemberian asuhan keperawatan bagi pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani peritoneal dialisis dengan CAPD.

3. Bagi peneliti selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dipakai sebagai data dasar bagi peneliti selanjutnya terkait topik yang berkaitan/ berhubungan dengan pengalaman pasien CAPD yang meliputi faktor biologi, psikologi, dan sosial.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Penyakit Ginjal Kronik

a. Pengertian Penyakit Ginjal Kronik

Penyakit Ginjal Kronik (PGK) merupakan keadaan terjadinya penurunan fungsi ginjal yang bersifat progresif dan irreversibel sehingga tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit.¹⁸¹⁹ PGK adalah destruksi struktur ginjal yang progresif dan terus menerus.³ PGK adalah penyimpangan fungsi ginjal yang tidak dapat pulih sehingga kemampuan tubuh untuk mempertahankan keseimbangan metabolik, cairan dan elektrolit mengalami kegagalan yang mengakibatkan uremia.²⁰ Kesimpulan dari beberapa pengertian di atas, PGK (PGK) adalah suatu gangguan pada fungsi ginjal yang bersifat terus menerus (progresif) dan tidak dapat kembali seperti semula (irreversibel) sehingga tubuh tidak bisa mempertahankan metabolisme, keseimbangan cairan dan elektrolit sehingga menyebabkan uremia.

Seseorang dikatakan menderita penyakit ginjal kronis apabila mempunyai gambaran klinis sebagai berikut :²¹

- 1) Pada penyakit ginjal stadium 1 atau stadium awal, belum dijumpai gejala klinis

- 2) Dengan memburuknya status penyakit ginjal kronis, akan terjadi penurunan eritropoetin yang dapat menyebabkan kelelahan (fatigue) kronis dan akan muncul tanda-tanda awal hipoksia jaringan serta gangguan jantung dan pembuluh darah.
- 3) Dapat terjadi polyuria (meningkatnya haluaran urin) yang disebabkan karena ginjal tidak lagi dapat memekatkan urin seiring dengan menurunnya LFG.
- 4) Pada penyakit ginjal stadium akhir didapatkan pengeluaran urin yang menurun akibat bertambah rendahnya LFG.

b. Etiologi

Penyebab utama penyakit ginjal kronik berbeda-beda pada setiap individu dan lingkungan tempat tinggal (bervariasi setiap negara). Penyakit ginjal kronik terjadi apabila ginjal sudah tidak mampu mempertahankan lingkungan dalam yang cocok untuk kelangsungan hidupnya. Eksaserbasi nefritis, obstruksi saluran kemih kerusakan vascular akibat diabetes mellitus, dan hipertensi yang berlangsung terus-menerus dapat mengakibatkan pembentukan jaringan parut pembuluh darah dan hilangnya fungsi ginjal secara progresif. Penyebab utama sudah yang merupakan paling sering dijumpai pada penyakit End Stage Renal Disease (ESRD) berdasarkan presentase yang paling tinggi yaitu glomerulonephritis (45%), diabetes mellitus (32%), dan hipertensi (28%).²²

Penyakit lain yang dapat menyebabkan terjadinya penyakit ginjal kronis adalah pielonefritis, obstruksi traktus urinarius, lesi herediter, penyakit ginjal polikistik, gangguan vaskuler, infeksi, medikasi, atau agens toksik. Selain hal-hal di atas, faktor lingkungan seperti pencemaran agens berbahaya seperti timah, cadmium, merkuri, dan kromium juga dapat mempengaruhi fungsi ginjal dan akhirnya menyebabkan penyakit ginjal kronik.²³

c. Patofisiologi

Saat penderita penyakit ginjal dengan LFG (Laju Filtrasi Glomerulus) sebesar 60% akibat berbagai penyebab, tanda dan gejala penyakit tersebut belum tampak karena sebagian nefron yang masih utuh dan berfungsi mengambil alih fungsi nefron yang telah rusak.²¹ Nefron yang masih utuh dan berfungsi akan terus meningkatkan laju filtrasi, reabsorpsi dan sekresi sehingga akan mengalami hipertrofi dan menghasilkan filtrat dalam jumlah banyak. Reabsorpsi tubula juga meningkat walaupun laju filtrat glomerulus semakin berkurang. Kompensasi nefron yang masih utuh dapat membuat ginjal mempertahankan fungsinya sampai tiga perempat nefron yang rusak. Namun pada akhirnya nefron yang sehat akan rusak dan tidak berfungsi lagi karena harus mengambil alih tugas nefron yang telah rusak. Akhirnya, nefron yang rusak bertambah dan terjadi oliguria akibat sisa metabolisme yang tidak diekskresikan.²⁴

Penurunan fungsi ginjal pada PGK mengakibatkan produk akhir metabolisme protein yang mulanya diekskresikan melalui urin tertimbun di dalam darah. Hal ini menyebabkan uremia yang mempengaruhi sistem tubuh dan menyebabkan tanda gejala penyakit ginjal yang dialami semakin berat. Ketidakseimbangan cairan dan elektrolit terjadi akibat urin tidak dapat diencerkan secara normal. Penurunan laju filtrasi glomerulus menyebabkan ginjal tidak mampu membersihkan substansi darah yang menimbulkan penurunan pembersihan kreatinin sehingga kadar kreatinin serum meningkat. Hal tersebut menyebabkan anoreksia karena adanya gangguan metabolisme protein dalam usus sehingga timbul mual muntah yang pada akhirnya terjadi perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.²⁵

Akibat mengeluarkan muatan asam yang berlebihan, maka akan terjadi asidosis metabolik.²¹ Produksi hormon eritropoietin akan mengalami penurunan sehingga menimbulkan anemia dan keletihan kronis yang menyebabkan penurunan oksigenasi jaringan di seluruh tubuh. Selain itu, refleks untuk meningkatkan curah jantung akan lebih aktif guna memperbaiki oksigenasi penderita. Refleks tersebut meliputi aktivasi susunan saraf simpatis dan peningkatan curah jantung. Adanya perubahan-perubahan yang terjadi menyebabkan penderita PGK akan selalu disertai dengan faktor risiko yang terkait dengan penyakit jantung.²⁵

Selanjutnya saat LFG sudah dibawah 15% maka penderita memerlukan terapi pengganti ginjal (*renal replacement therapy*) antara lain dialisis atau transplantasi ginjal.²⁶

d. Manifestasi Klinis

Kadar ureum yang terdapat pada PGK sudah menyebar ke seluruh organ tubuh, maka penderita yang mengalami PGK akan memperlihatkan tanda dan gejala. Tanda dan gejala yang dirasakan oleh penderita berbeda-beda sesuai pada bagian dan tingkat kerusakan ginjal, kondisi lain yang mendasari serta usia penderita.¹⁹

Tabel 2.1
Tanda Dan Gejala Penyakit Ginjal Kronik
1920

Sistem	Tanda dan Gejala
Kardiovaskuler	Hipertensi Pitting edema (kaki, tangan, sakrum) Edema periorbital Pembesaran vena leher
Integumen	Warna kulit abu-abu mengkilat Kulit kering bersisik Pruritus Ekimosis
Pulmoner	Kuku tipis dan rapuh Krekels sputum kental nafas dangkal
Gastrointestinal	Nafas berbau ammonia Anoreksia, mual dan muntah Konstipasi dan diare
Neurologi	Kelemahan dan kelelahan Disorientasi Konfusi Kejang
Muskuloskeletal	Perubahan perilaku Kram otot Kekuatan otot hilang
Reproduksi	Amenorea Atrofi Tertikuler

e. Stadium Penyakit Ginjal Kronik

Penurunan fungsi ginjal tidak berlangsung secara sekaligus, melainkan berlangsung secara bertahap seiring berjalannya waktu. Apabila masalah ginjal dapat dideteksi sedini mungkin maka terapi untuk memperlambat penurunan fungsi ginjal dapat dilakukan dengan cepat. Sehingga penurunan fungsi ginjal tidak mencapai stadium akhir. Untuk itu penting bagi penderita mengetahui pada stadium berapa PGK yang dideritanya agar tim medis dapat memberikan terapi yang tepat.²⁷

Klasifikasi tahapan penyakit ginjal kronik terdapat 5 stadium penyakit ginjal kronik. Stadium tersebut mengacu pada ada tidaknya gejala penurunan LFG yang dikoreksi per ukuran tubuh ($1,73 \text{ m}^2$). Pada orang dewasa, LFG normal adalah berkisar 120 hingga 130 ml/menit. 5 stadium tersebut adalah sebagai berikut :²¹

1) Stadium 1

Kerusakan ginjal mencakup kelainan pemeriksaan laboratorium pada sampel darah ataupun urin, dan pemeriksaan radiologi berupa citra ginjal. Kadar LFG normal ataupun mendekati normal, berkisar ≥ 90 ml/menit (sekitar 75% dari nilai normalnya)

2) Stadium 2

LFG mulai menurun menjadi berkisar 60-90 ml/menit (50% dari nilai normal). Pada stadium 2 mulai tampak tanda-tanda

kerusakan ginjal yang bermakna, nefron mulai rentan rusak jika kerja ginjal semakin berat.

3) Stadium 3

LFG antara 30-59 ml/menit (25%-50% dari nilai normal).

Nefron semakin mengalami kematian dan berkurang jumlahnya. Pada stadium ini terjadi nsufisiensi ginjal.

4) Stadium 4

LFG berada pada kisaran 15 hingga 29 ml/menit (12%-24% dari nilai normal). Pada stadium ini hanya tersisa sedikit nefron di dalam ginjal.

5) Stadium 5

Disebut juga gagal ginjal stadium akhir atau End Stage Renal Disease (ESRD). LFG <15 ml/menit (12% dari nilai normal).

Hanya beberapa nefron yang berfungsi. Pada stadium ini tubulus ginjal mengalami artrofi dan terbentuk jaringan parut.

f. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan penderita PGK secara umum meliputi pencegahan dan pengobatan PGK serta komplikasinya. Serta menghambat laju penurunan fungsi ginjal secara progresif, pencegahan dan pengobatan terhadap penyakit kardiovaskuler dan persiapan pemilihan terapi pengganti ginjal terutama jika terjadi tanda dan gejala utama.²⁶

Tabel 2.2
Penatalaksanaan PGK Sesuai dengan Derajatnya²⁶

Derajat	Penatalaksanaan
1	Terapi penyakit dasar, kondisi komorbid, evaluasi pemburukan (progression) fungsi ginjal, memperkecil risiko kardiovaskuler
2	Menghambat perburukan (progression) fungsi ginjal
3	Evaluasi dan terapi komplikasi
4	Persiapan untuk terapi pengganti ginjal
5	Terapi pengganti ginjal

g. Komplikasi Penyakit Ginjal Kronik

1) Osteodistrofi ginjal

Osteodistrofi ginjal merupakan kelainan tulang yang disebabkan karena tulang kehilangan kalsium akibat gangguan metabolisme mineral.²¹ Jika kadar kalsium dan fosfat dalam darah sangat tinggi, akan terjadi pengendapan garam kalsium fosfat di berbagai jaringan lunak. Kelainan ini dapat ditandai dengan nyeri pada persendian (*arthritis*), batu ginjal (*nefrolaksonosis*), pengerasan dan penyumbatan pembuluh darah, gangguan irama jantung dan gangguan penglihatan.²⁸ Terapi yang dilakukan dengan pembatasan fosfat makanan dengan atau tanpa pengikat fosfat (kalsium karbonat).²⁷

2) Penyakit Kardiovaskular

Penyakit kardiovaskular adalah penyebab mortalitas tertinggi pada penderita penyakit ginjal kronis. Pada penyakit ini jantung

kehilangan kemampuan untuk memompa darah dalam jumlah yang memadai untuk dialirkan ke seluruh tubuh, tetapi jantung tetap bekerja walaupun kekuatan memompa atau daya tampungnya berkurang.²⁸ Gagal jantung pada penderita PGK diawali dari anemia yang mengakibatkan jantung harus bekerja lebih keras, sehingga terjadi pelebaran pada ventrikel kiri. Jika terjadi pelebaran ventrikel kiri secara terus menerus akan menyebabkan otot jantung melemah dan tidak mampu lagi memompa darah sebagaimana mestinya.²⁷

3) Anemia

Anemia pada penderita PGK disebabkan karena gangguan pada produksi hormon eritropoietin yang bertugas mematangkan sel darah merah (eritrosit). Akibat gangguan tersebut, tubuh kekurangan energi karena sel darah merah yang bertugas mengangkut energi ke seluruh tubuh dan jaringan tidak mencukupi sehingga terjadi keletihan (*fatigue*).²⁸ Gejala gangguan sirkulasi darah yaitu kesemutan, kurang energi, lemas, cepat lelah, kehilangan rasa (baal) pada kaki, dan tangan.²⁷

4) Disfungsi seksual

PGK (PGK) dapat menyebabkan disfungsi seksual seperti penurunan libido dan impotensi. Disfungsi ereksi pada penderita PGK dapat disebabkan karena abnormalitas sistem *control neurohormonal* pada sistem hormon ereksi di *hypothalamic-*

pituitary-gonadal axis, hiperparatiroid, gangguan pada corpora spongium penis dan terjadinya penurunan pasokan arteri atau vena pada penis.²⁸ Selain itu disfungsi ereksi pada penderita PGK dipengaruhi oleh psikologis penderita yang mengalami perubahan emosi sehingga menguras energi dan cenderung tidak ingin melakukan hubungan seksual.²⁹

2. *Renal Replacement Therapy* (RRT)

a. Indikasi

Renal replacement therapy (RRT) diindikasikan ketika akumulasi produk-produk buangan dari ginjal sudah mengganggu fungsi kehidupan atau ketika perubahan-perubahan yang timbul akibat tidak berfungsinya ginjal tidak dapat lagi dikontrol dengan diet atau obat-obatan. Penurunan fungsi ginjal yang progresif menuju ke gagal ginjal terminal atau *end stage renal disease (ESRD)* disebut sebagai *chronic kidney disease (CKD)*. Perawatan yang tepat ditujukan untuk memperlambat progresifitas CKD, yaitu dengan mengontrol faktor-faktor yang diketahui berpengaruh pada morbiditas dan mortalitas dari gagal ginjal, dan persiapan yang tepat untuk memulai RRT sejak pasien diketahui menderita CKD.³⁰

Waktu yang tepat untuk memulai dialisis pasien tidak dapat didefinisikan secara jelas. Banyak nefrologis yang memutuskan untuk memulai dialysis berdasarkan hasil data laboratorium dan penilaian subjektif terhadap pasien. Sampai saat ini, kebanyakan pasien yang

memerlukan intervensi dialisis terdapat penurunan *glomerular filtration rate (GFR)* di bawah 10 mL per menit. Tetapi ada beberapa pasien yang tampak sehat sampai GFR mencapai 5 mL per menit. Secara umum pasien dengan diabetes memerlukan intervensi yang lebih awal (GFR kurang dari 15 mL per menit) dibandingkan dengan pasien yang penyebab gagal ginjalnya bukan karena diabetes. Dialisis harus dimulai sebelum muncul gejala uremia.³⁰ Bila sudah muncul gejala uremia maka akan timbul beberapa gangguan elektrolit dan cairan, sistem endokrin, sistem neuromuskuler, kardiovaskuler dan pulmonum, dermatologi, gastrointestinal, serta gangguan dari sistem hematologi dan imunologi. Gangguan elektrolit dapat berupa hipernatremi atau hiponatremi, hiperkalemia, asidosis metabolik, hiperfosfatemia, dan hipokalsemia. Pada umumnya hiperkalemia tidak akan menimbulkan gejala klinik yang signifikan sampai GFR turun di bawah 10 mL/menit. Hiperkalemia pada pasien ESRD juga dapat dipicu oleh turunnya pH karena asidosis metabolik akan mengakibatkan effluks kalium dari intraseluler ke ekstraseluler.³¹

b. Jenis RRT

Ada beberapa jenis RRT, yaitu hemodialisis, peritoneal dialisis, dan transplantasi ginjal. Dari beberapa pilihan terapi tersebut, transplantasi ginjal berhasil meningkatkan kualitas hidup yang tertinggi.³² Hal ini karena tehnik dialisis hanya menggantikan 10 sampai 15% dari fungsi ginjal normal pada tingkat *small-solute*

removal dan kurang efisien pada pembuangan solute yang lebih besar. Kriteria secara umum untuk memasukkan pasien dengan dialisis meliputi adanya sindrom uremik, adanya hiperkalemia yang tidak respon dengan terapi konservatif, peningkatan volume ekstraseluler, asidosis yang refrakter terhadap terapi medikamentosa, *bleeding diathesis*, dan klirens kreatinin kurang dari 10 mL/menit per 1,73 m². Ada konsensus yang mengatakan bahwa pasien dengan ESRD seharusnya diawali dengan dialisis sejak dini.³¹

Pilihan terapi yang tersedia untuk pasien gagal ginjal tergantung pada onsetnya, akut atau kronik. Pada gagal ginjal kronik atau ESRD pilihan terapi meliputi hemodialisis; peritoneal dialisis seperti *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)*, *Intermittent Peritoneal Dialysis (IPD)*, dan *Continuous Cyclic Peritoneal Dialysis (CCPD)*; atau dengan transplantasi. Meskipun terdapat variasi geografik, hemodialisis masih merupakan modalitas terapi yang paling umum untuk ESRD. Pilihan antara hemodialisis dan peritoneal dialisis melibatkan peran serta dari beberapa faktor yang meliputi umur pasien, adanya kondisi komorbid, kemampuan untuk mengadakan prosedurnya, dan pengertian pasien sendiri tentang terapi. Pada peritoneal dialisis tidak dibutuhkan heparin seperti pada hemodialisis, oleh karena itu peritoneal dialisis merupakan pilihan yang baik pada pasien dengan *bleeding diathesis*. Kelebihan CAPD yang lain lebih fleksibel, mudah digunakan dan tehniknya sederhana, toleransi

hemodinamik lebih baik, dan hanya membutuhkan sedikit pembatasan diet.³²

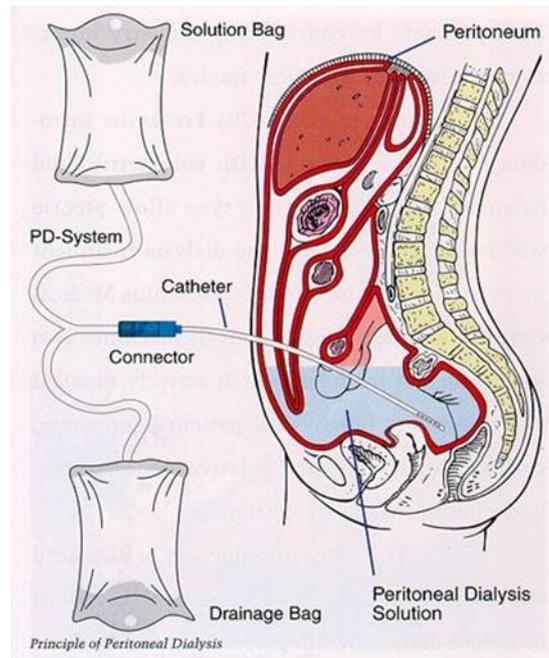
3. *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)*

a. Definisi CAPD

Peritoneal dialisis merupakan suatu proses dialisis di dalam rongga perut yang bekerja sebagai penampung cairan dialisis dan peritoneum sebagai membran semipermeabel yang berfungsi sebagai tempat yang dilewati cairan tubuh yang berlebihan dan solute yang berisi racun ureum yang akan dibuang.³³ Peritoneal dialysis ini secara prinsip mirip dengan hemodialisis. Keduanya sama-sama tergantung pada pergerakan pasif dari air dan solute melewati membrane semipermeabel. Proses ini disebut sebagai difusi. Arah dari aliran solute ini ditentukan oleh konsentrasi masing-masing sisi membrane, sehingga solute bergerak dari sisi dengan konsentrasi tinggi ke sisi yang konsentrasinya lebih rendah. Pada zaman dulu peritoneal dialisis dilakukan secara intermiten, dimana pasien harus melakukan pergantian cairan secara rutin setiap 8 jam atau lebih (biasanya sepanjang malam), 3 atau 4 kali seminggu. Sejumlah mesin otomatis telah dikembangkan untuk membantu agar proses dialisis menjadi lebih sederhana dan lebih mudah.³²

Kemudian pada tahun 1976 diperkenalkan salah satu tehnik peritoneal dialisis yaitu *continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD)*, dan langsung dapat diterima sebagai terapi alternative untuk

pasien dengan gagal ginjal.³⁴ *Continuous* pada CAPD ini berarti bahwa cairan dialisis selalu berhubungan dengan membrane peritoneum, kecuali pada saat penggantian cairan dialisis.³²

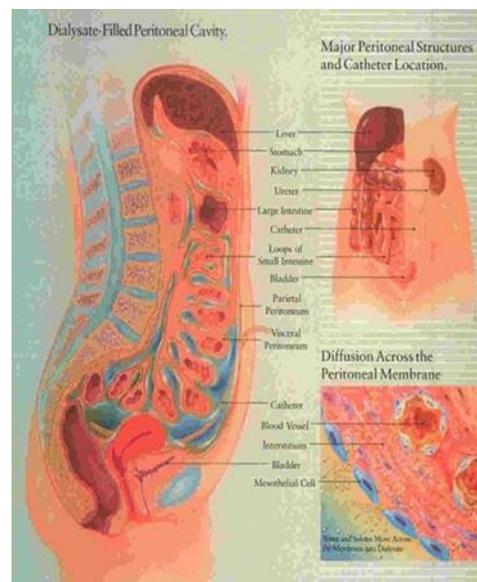


Gambar 1. *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)*

b. Prinsip dan Teknik CAPD

Teknik dari CAPD ini lebih sederhana dan sudah ada beberapa alat yang dikembangkan untuk mempermudah proses penggantian cairan dialisis. Pada CAPD ini, rongga abdomen/peritoneum pasien selalu terisi cairan dialisis yang merupakan cairan khusus yang terdiri dari elektrolit dan dekstrosa. Cairan dialisis ini perlu diganti secara periodik ketika konsentrasi dari produk buangan (*waste product*) meningkat. *Waste product* ini berdifusi dari darah pasien melewati membran peritoneum dan masuk ke rongga abdomen. Dekstrosa atau gula pada

cairan dialisat akan menarik air melalui proses osmosis dari tubuh menuju ke rongga peritoneum. Karena sejumlah dekstrosa diserap melalui proses difusi masuk ke dalam tubuh pasien dan karena konsentrasi dekstrosa di dalam rongga peritoneum menurun karena penambahan air, maka pergerakan cairan juga menurun dan pada saat inilah diperlukan penggantian cairan dialisat.³²



Gambar 2. Prinsip CAPD

Proses penggantian cairan dialisat ini diulang 3 sampai 5 kali sehari, pada umumnya 4 kali sehari. Proses penggantian cairan dialisat ini harus menggunakan tehnik aseptik untuk mencegah terjadinya kontaminasi cairan dialisat. Untuk mencapai akses ke peritoneum digunakan alat berupa *tube* kecil atau kateter yang dimasukkan secara bedah ke dalam rongga abdomen. Karena menggunakan insisi yang kecil dan prosedur pemasangan yang cepat, maka lebih baik dan lebih aman menggunakan anestesi lokal daripada anestesi umum. Kateter

harus keluar dari abdomen di sisi samping pasien dan jauh dari *belt line*.³²

Ada beberapa metode untuk memasukkan kateter peritoneal dialisis, yaitu *open dissection*, *blind percutaneous placement* dengan trokar Tenckhoff, *blind percutaneous placement* dengan *guidewire* (teknik Seldinger), penempatan minitrokar dengan peritoneoskopi (Y-TEC) atau laparoskopi, teknik Moncrief-Popovich, dan kateter presternal (merupakan modifikasi *Swan neck Missouri coil catheter* yang terdiri dari 2 tube silikon).³⁵ Meskipun ada beberapa teknik pemasangan kateter peritoneal dialisis, tetapi hampir tidak ada perbedaan dari masing-masing teknik tersebut dalam hal insiden terjadinya komplikasi peritonitis. ISPD 1998 mengeluarkan *International Guidelines* mengenai prinsip pemasangan kateter peritoneal dialisis, yaitu kateter harus dipasang oleh operator yang berpengalaman dan kompeten; tempat masuk peritoneal harus di sebelah lateral atau paramedian untuk fiksasi yang baik dan mencegah terjadinya hernia dan kebocoran cairan dialisis; *deep cuff* sebaiknya berada dalam otot dari dinding abdomen depan atau ruang peritoneal; *subkutaneus cuff* diletakkan dekat dengan permukaan kulit dan jaraknya minimal 2 cm dari *exit site*; dan selalu cek patensi dari kateter; bagian kateter intra abdominal harus diletakkan di antara lapisan viseral dan parietal mengarah ke kavum Douglas.³⁴

c. Pemasangan Kateter Peritoneal Dialisis

Keberhasilan penempatan kateter adalah hal yang paling utama, karena alat tersebut bersifat permanen. Komplikasi yang berhubungan dengan kateter termasuk infeksi *exit site* dan *tunel* telah diidentifikasi sebagai kegagalan tehnik yang diperkirakan 1/3 dari kegagalan peritoneal dialisis dan harus kembali ke hemodialisa. Penanganan yang baik, penempatan kateter yang tepat dan perawatan kateter awal akan mengurangi komplikasi tersebut.³⁵

Sehari sebelum operasi pasien menjalani hemodialisis terlebih dahulu. Letak *exit site* sebaiknya ditentukan lebih dulu serta diberi tanda. Letak *exit site* sebaiknya pada posisi lateral dan ditempatkan di atas atau di bawah garis pinggang dan sebaiknya tidak pada bekas luka atau di bawah lipatan lemak. Satu jam sebelum operasi disarankan pemberian antibiotika 1 gram cephalosporin generasi pertama dan 2x0,5 gram yang masing-masing diberikan 8 jam dan 12 jam kemudian. Alternatif lain dapat juga diberikan 1 gram vancomycin intra vena 24 jam sebelum operasi. Anestesi diberikan secara lokal dengan lidocain 2% subkutan tanpa epinefrin. Meskipun anestesi lokal sudah cukup, namun perlu menghubungi dokter anestesi untuk mencegah komplikasi.³⁵

Jarak 2 cm dari bawah umbilikus arah ke kanan atau ke kiri dibuat insisi transverse paramedian 3 cm sampai ke rektus fascia anterior. Kemudian rektus fascia anterior disayat secara transversal untuk

mendapatkan otot rektus. Setelah didapatkan rektus fascia posterior dan menyayatnya akan didapatkan selaput peritoneum dimana selaput peritoneum ini harus dijaga agar tidak terjadi robekan. Kemudian ditempatkan 2 klem di atas rectus fascia posterior pada daerah sayatan sehingga terbentuk lobang selebar diameter kateter. Kateter dimasukkan secara kaudal ke arah pelvik minor untuk memungkinkan terjadinya gravitasi pada waktu drain. Pergerakan kateter selama dialisa sangat diharapkan karena posisi tersebut mengoptimalkan pada waktu cairan masuk atau keluar. Cuff internal ditempatkan di dalam setara dengan otot rektus. Dengan tehnik Purse string peritoneum ditutup dengan pas menggunakan benang yang dapat diserap di bawah cuff.³⁵

Untuk mengurangi insiden terjadinya infeksi dibuat tunnel dengan menggunakan tunneller, dimana sebaiknya tunel ini berada di dinding abdomen di bawah kulit. Selanjutnya kateter akan melalui tunel dan keluar pada *exit site* dan mengarah ke bawah. Cuff eksternal sebaiknya ditempatkan sedalam jaringan lemak di bawah fascia scarpa minimal 2 cm di bawah *exit site*. Penempatan ini akan membantu mencegah infeksi serta ekstrusi cuff eksternal. Setelah kateter keluar pada *exit site*, luer lock adaptor dipasang dan dihubungkan dengan ekstension line dan dicek fungsi kateter yaitu dengan mencoba memasukkan sejumlah cairan dialisat untuk mengetahui posisi kateter serta ada tidaknya kebocoran. Jika kateter telah terpasang dengan tepat, pemasukan cairan tidak akan memberikan rasa sakit serta cairan dapat keluar dengan

lancar. Setelah letak kateter dianggap tepat, luka operasi dijahit lapis demi lapis. Untuk meminimalkan pergerakan kateter dari *exit site* sebaiknya difiksasi. Hal ini juga berguna untuk mencegah ekstrusi cuff eksternal serta mempercepat proses penyembuhan. Pemberian antibiotika pada *exit site* tidak diperlukan karena dikhawatirkan akan terjadi resistensi. Perawatan luka operasi yang tepat merupakan metode terbaik pencegahan infeksi.³⁵

Meskipun proses dialisa dapat segera dilakukan, namun lebih baik menundanya untuk 1-3 hari dengan tujuan agar terjadi proses penyembuhan luka operasi yang lebih baik. Jika dialisa mendesak untuk dilakukan, dapat dikerjakan pada pasien dengan posisi terlentang serta volume minimal (500 mL). Idealnya CAPD ditunda sampai 10-14 hari setelah pemasangan kateter. Pada masa ini pasien perlu dilakukan hemodialisa atau intermiten peritoneal dialisa.³⁵



Gambar 3. Letak kateter Tenckhoff dan *exit site* CAPD

d. Cairan Dialisat

Ada 3 macam konsentrasi cairan dialisat dalam CAPD, yaitu dekstrose 1,5%, dekstrose 2,5% (hipertonik), dan dekstrose 4,25% (hipertonik). Dekstrose 1,5% dapat menarik cairan sebanyak 200-400

mL dan digunakan untuk pasien dehidrasi atau pasien dengan berat badan turun. Dialisat ini mengandung 110 kalori. Dekstrose 2,3% yang mengandung 180 kalori dapat menarik cairan sebanyak 400-600 mL dan umumnya digunakan pada pasien overload atau kelebihan cairan, sedangkan dekstrose 4,25 % dapat menarik cairan sebanyak 600-800 mL dan juga digunakan untuk pasien overload. Dialisat dengan konsentrasi 4,25% ini mengandung 250 kalori.³⁶

Komposisi cairan dialisat terdiri dari natrium 132 meq/L, kalium 0 meq/L, klorida 96 meq/L, kalsium 3,5 meq/L, magnesium 0,5 meq/L, laktat 40 meq/L dan pH berkisar 5,2. Sebelum digunakan sebaiknya cairan dialisat dihangatkan terlebih dahulu secara pemanasan kering misalnya dengan cara diletakkan di atas bantalan atau selimut listrik atau dibungkus di dalam selimut dengan tujuan agar mencapai suhu normal atau sama dengan suhu tubuh pasien.³¹

e. Penggantian Cairan Dialisat

Pada saat proses penggantian cairan dialisat pasien harus ditempatkan pada tempat yang tenang dan bersih untuk mencegah kemungkinan kontaminasi. Setelah cuci tangan dengan bersih dan menyiapkan beberapa alat, pasien mulai untuk mengalirkan solute lama yang sudah berada di rongga peritoneum secara gravitasi keluar dari rongga abdomennya. Proses ini disebut sebagai *drain* dan biasanya membutuhkan waktu 10 sampai 20 menit.³⁶

Langkah selanjutnya adalah melepas tube dari kantong dialisis lama dan menghubungkan tube ke kantong dialisis yang baru. Proses ini dapat dilakukan secara manual dimana dibutuhkan koordinasi yang baik antara mata dan tangan dan juga fisik yang kuat. Setelah tube terhubung ke kantong dialisis yang baru, kantong tersebut harus diletakkan di atas abdomen pasien sehingga dialisis yang baru dapat mengalir ke dalam rongga peritoneum pasien secara gravitasi. Proses ini dikenal dengan istilah *infusion*. Setelah semua cairan dialisis masuk ke rongga peritoneum pasien melepaskan tube dari kantong dialisis tersebut dan pasien bisa beraktifitas seperti biasa. Keseluruhan proses penggantian cairan dialisis ini membutuhkan waktu sekitar 20 sampai 30 menit.³⁶

Penggantian cairan dialisis ini pada umumnya berlangsung 4 kali sehari, yaitu pada pagi hari, kemudian siang hari, sore hari dan sebelum waktu tidur. Untuk efisiensi yang maksimum, *dwell time* yaitu waktu saat cairan dialisis berada di abdomen, sebaiknya paling sedikit 4 jam. Selama dialisis berada dalam abdomen, pasien selalu dalam kondisi didialisis. Oleh karena itu, pembuangan *waste product* dan air berlangsung secara gradual dan kontinu. Proses ini hampir mendekati fungsi ekskresi dari ginjal normal.³⁶

f. Komplikasi dan Penanganannya

Komplikasi yang berhubungan dengan CAPD secara umum dapat dibagi menjadi 3 kategori yaitu mekanik, medis, dan infeksi.

Komplikasi mekanik terdiri dari aspek tehnik sistem dialisis. Komplikasi yang berhubungan dengan kateter dapat terjadi. Misalnya nyeri pada *exit site* yang disebabkan karena gerakan yang berlebihan dari kateter karena perlekatan yang tidak adekuat pada dinding abdomen. Hal ini juga dapat mengakibatkan kebocoran cairan dialisis di sekitar *exit site* dan memungkinkan terjadinya infeksi di jaringan sekitarnya. Nyeri intra abdomen juga dapat disebabkan karena instilasi cairan dialisis yang terlalu cepat sehingga menyebabkan *jet effect*. Komplikasi mekanik lainnya meliputi sumbatan atau tertekuknya kateter. Hal ini dapat diperbaiki dengan melakukan revisi atau repair dari kateter.³²

Komplikasi medis dapat berupa gatal, gangguan elektrolit, malnutrisi, edema akibat kelebihan cairan, dehidrasi, konstipasi, fibrosis peritoneal, perdarahan, dan efusi pleura akibat kebocoran cairan dialisis melalui diafragma. Beberapa penyakit juga dapat menyertai CAPD seperti gagal jantung kongestif akibat kelebihan cairan. Bila pasien mengalami kelebihan cairan yang ditandai dengan edema, sesak, dan peningkatan berat badan serta tekanan darah maka perlu pembatasan jumlah cairan dengan mengurangi minum, dan menggunakan cairan dialisis berkonsentrasi lebih tinggi.³² Sebaliknya bila terjadi dehidrasi, pasien perlu edukasi untuk banyak minum dan hindari penggunaan cairan dialisis dengan konsentrasi tinggi. Peningkatan kadar glukosa akibat kandungan dekstrose dari cairan dialisis juga dapat mencetuskan diabetes mellitus. Dalam hal ini

diperlukan insulin untuk regulasi gula darah pada pasien diabetes. Konstipasi yang terjadi pada pasien CAPD umumnya disebabkan karena obat pengikat fosfat. Dalam hal ini pasien perlu diatur dietnya agar lebih banyak makan makanan berserat dan bila perlu dapat diberikan laksatif.³⁷

Hernia juga dapat terjadi pada pasien CAPD karena peningkatan tekanan intra abdomen yang disebabkan karena adanya cairan dialisat. Benjolan dapat muncul pada lipatan paha atau pada tempat bekas insisi abdomen. Batuk juga dapat meningkatkan risiko timbulnya hernia. Oleh karena itu anestesi umum pada waktu operasi pemasangan kateter sebaiknya dihindari untuk mencegah batuk yang muncul post operatif yang dapat mengakibatkan timbulnya hernia di tempat dimana kateter keluar dari peritoneum. Bila timbul hernia, maka harus dilakukan repair secara bedah dan CAPD dapat dilanjutkan setelah repair tetapi volume dialisat dikurangi sampai terjadi penyembuhan luka yang sempurna.³⁷

Komplikasi infeksi dapat berupa infeksi pada *exit site* dan *tunnel* serta peritonitis. Kedua jenis infeksi ini merupakan komplikasi CAPD yang cukup sering terjadi. Infeksi *exit site* dan *tunnel* ditandai dengan kemerahan, indurasi, dan mungkin adanya cairan purulen di sekitar *exit site*. Pada umumnya infeksi pada *exit site* dan *tunnel* disebabkan oleh *Staphylococcus aureus*. Pilihan terapinya meliputi topikal dan antibiotik sistemik, perawatan topikal yang dapat dilakukan dengan povidon

iodin, dan revisi tunel. Bila terapi tersebut gagal maka kateter harus dilepas dan dipasang kembali (revisi).³²

Peritonitis merupakan penyebab utama kegagalan CAPD. Meskipun insiden dari komplikasi ini sangat bervariasi, namun angka kejadiannya meningkat pada pasien diabetes dan usia tua. Risiko komplikasi ini juga dipengaruhi ras pasien, pendapatan, dan tingkat pendidikan pasien.³² Gejala peritonitis ini pada awalnya dapat ringan tetapi jika diabaikan dapat menjadi sangat berat. Pasien mengeluh nyeri atau rasa tidak nyaman pada daerah abdomen, mual, muntah, atau diare bisa disertai dengan demam atau tidak, sedangkan cairan yang keluar dari rongga peritoneum biasanya keruh.³³

Peritonitis karena CAPD ini biasanya disebabkan oleh kokus gram positif yang berasal dari flora normal kulit pasien. Tetapi bila terjadi infeksi peritoneal yang berat biasanya disebabkan karena perforasi organ visera yang akan mengakibatkan infeksi polimikrobal meliputi bakteri anaerobik dan aerobik gram negatif. Peritonitis karena infeksi bakteri anaerobik tanpa perforasi usus jarang terjadi. Infeksi karena jamur juga jarang terjadi, namun bila ada biasanya disebabkan oleh kandida, dapat juga disebabkan *Fusarium*, *Aspergillus*, atau *Drechslera*. Terapi empirik harus berdasarkan hasil pulasan Gram dari cairan dialisat peritoneal atau dari kultur dan tes sensitifitas. Tetapi bila tidak memungkinkan dilakukan pemeriksaan tersebut, terapi inisial harus

berupa antibiotika yang dapat mencakup bakteri gram positif dan negatif. Hal ini dapat dilihat pada tabel 2.3.³²

Tabel 2.3
Terapi empirik peritonitis³²

Terapi Empirik Peritonitis			
Agent	Dosis Intermiten (di setiap pertukaran)	Continuous (dalam 1 hari)	Dosing (tukar / hari)
Cefazolin cephalothin	atau 500 mg/L atau 15 mg/kg	500 mg/L atau 125 mg/L, perawatan	
Gentamicin, netilmicin or tobramycin	1.5 mg/kg, atau 0.6 mg/kg, perawatan	8 mg/L, atau 4 mg/L, perawatan	
Amikacin	5 mg/kg, atau 2 mg/kg, perawatan	25 mg/L, atau 12 mg/L, perawatan	

4. Pengalaman Hidup Pasien CAPD

a. Pengalaman

Pengalaman diartikan sebagai sesuatu yang pernah dialami (dijalani, dirasai, ditanggung).¹⁶ Pengalaman dapat diartikan juga sebagai memori episodic, yaitu memori yang menerima dan menyimpan peristiwa yang terjadi atau dialami individu pada waktu dan tempat tertentu, yang berfungsi sebagai referensi otobiografi.¹⁷

Pengalaman adalah suatu kejadian yang pernah dialami oleh individu baik dari dalam dirinya maupun dari lingkungannya. Pada dasarnya pengalaman mungkin saja menyenangkan atau tidak

menyenangkan bagi individu yang melekat menjadi pengetahuan pada individu secara subjektif.³⁸

Pengalaman merupakan guru yang terbaik. Pepatah tersebut dapat diartikan bahwa pengalaman merupakan sumber pengetahuan atau pengalaman itu suatu cara memperoleh kebenaran pengetahuan. Oleh sebab itu, pengalaman pribadi pun dapat digunakan sebagai upaya untuk memperoleh pengetahuan. Hal ini dilakukan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang diperoleh dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi pada masa lalu.³⁹

b. Pengalaman Hidup Pasien CAPD

Pengungkapan pengalaman secara narasi berarti mengemukakan atau memaparkan suatu peristiwa atau pengalaman yang pernah dialami berdasarkan urutan waktu terjadinya peristiwa. Mengungkapkan pengalaman bisa dilakukan baik secara tertulis maupun lisan, jadi membuat narasi pun dapat dilakukan secara lisan pula, contohnya adalah tradisi sastra lisan yang disampaikan dari mulut ke telinga.³⁹

Menurut sebagian psikolog perilaku manusia berasal dari dorongan yang ada dalam diri manusia dan dorongan ini merupakan salah satu usaha untuk memenuhi kebutuhan yang ada dalam diri manusia dan dengan adanya dorongan tersebut menimbulkan seseorang melakukan sebuah tindakan atau perilaku khusus yang mengarah pada tujuan.⁴⁰

Perilaku kesehatan yaitu suatu respons seseorang (organisme) terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit atau penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan dan minuman serta lingkungan.⁴¹

Pengalaman merupakan hal yang tak dapat dipisahkan dari kehidupan manusia sehari-harinya. Pengalaman juga sangat berharga bagi setiap manusia, dan pengalaman juga dapat diberikan kepada siapa saja untuk digunakan dan menjadi pedoman serta pembelajaran manusia. Pengalaman pasien penyakit ginjal kronik terhadap penyakitnya selama menjalani CAPD juga hal yang tidak dapat terlupakan, karena setiap pasien ingin memperhatikan kelangsungan hidupnya.

Menurut Von Mering, studi yang benar mengenai makhluk manusia yang sakit berpendapat bahwa setiap individu hidup dengan gejala-gejala maupun konsekuensi penyakit, dalam aspek-aspek fisik, mental, medikal dan sosialnya. Dalam usahanya untuk meringankan penyakitnya, si sakit terlibat dalam serangkaian proses pemecahan masalah yang bersifat internal maupun eksternal baik spesifik maupun non spesifik.⁴²

Aspek/ domain yang akan dinilai yang meliputi: fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungan. 4 domain yaitu: 1) Domain kesehatan fisik yang terdiri dari : rasa nyeri, energi, istirahat, tidur, mobilisasi, aktivitas, pengobatan dan pekerjaan; 2) Domain psikologis yang terdiri dari : perasaan positif dan negatif, cara berpikir, harga diri, body image,

spiritual; 3) Domain hubungan sosial terdiri dari : hubungan individu, dukungan sosial, aktivitas seksual; 4) Domain lingkungan meliputi keamanan fisik, lingkungan rumah, sumber keuangan, fasilitas kesehatan, mudahnya mendapat informasi, kesehatan, rekreasi, transportasi.⁴³

5. Perawatan Mandiri Pasien CAPD

a. Manajemen cairan dan elektrolit

Kegiatan yang dilakukan dalam upaya mengatur keseimbangan cairan, dilakukan kegiatan memonitor penambahan berat badan setiap hari, mencatat penambahan haluaran dialisat, mencatat asupan dan keluaran cairan secara akurat, memonitor adanya edema perifer, membatasi dan mengatur asupan cairan serta pemantauan dan koreksi keseimbangan elektrolit, seperti : Kalium, Natrium, Calsium, Fosfat.

Konsentrasi cairan dialisat yang tersedia saat ini didistribusikan oleh Baxter yaitu 1,5%, 2,5%, dan 4,5%. Cairan dengan konsentrasi lebih tinggi akan mengambil kelebihan air lebih banyak dari cairan yang konsentrasinya lebih rendah. Penggunaannya akan mempengaruhi keseimbangan cairan dan elektrolit termasuk nilai albumin pasien CAPD. Dengan konsentrasi yang makin tinggi akan banyak pula albumin yang dapat terbuang pada cairan dialisat.⁴⁴

b. Manajemen Nutrisi

Pasien dengan CAPD sering mengalami malnutrisi akibat kehilangan asam amino dan protein pada cairan dialisat. Banyak

penyebab terjadinya status nutrisi yang tidak adekuat pada pasien CAPD. Selain diet yang tidak adekuat, yang dapat menyebabkan berat badan menurun, massa otot berkurang dan hipoalbuminemia pada pasien, juga dapat terjadi karena proses inflamasi, uremia, asidosis metabolik, respon insulin yang tidak adekuat, kehilangan darah dan proses CAPD itu sendiri. Asupan makanan yang tidak adekuat ini bisa sekunder akibat sindrom uremia, tidak selera karena perubahan rasa, dan depresi. Asidosis metabolik menstimulasi degradasi protein di otot.⁴⁵

c. Kepatuhan pasien terhadap prosedur standar

Selama pasien dalam masa training, prosedur standar pengelolaan CAPD dirumah, yaitu mengganti cairan dialisat dan mengenal tanda-tanda peritonitis serta penggunaan *emergency call* sudah dijelaskan. Apabila pasien patuh dalam mengikuti standar prosedur yang telah ditetapkan tersebut, dapat menghindari terjadinya komplikasi yang tidak diinginkan.³³

Higienitas pasien dan penolongnya sangat penting untuk mencegah terjadinya berbagai infeksi. Sebelum melakukan penggantian cairan dialisat, pasien perlu penutup pintu, jendela dan mematikan kipas/ AC. Kebersihan *exit-site* harus dipertahankan setiap hari untuk mencegah terjadinya infeksi peritonitis dan infeksi *exit site*.⁴⁶

Harus diperhatikan apakah ada kontaminasi pada kantung cairan dialisat sebelum digunakan. Pasien harus menyediakan tempat bersih,

kering tiap kali melakukan penggantian cairan dialisis. Pasien dan atau penolong harus mencuci tangan tiap kali akan menyentuh kateter. *Exit site* perlu dicuci dengan antiseptik setiap hari. Pasien dan penolong menggunakan masker ketika melakukan penggantian cairan dialisis. Pasien juga tidak boleh menggaruk atau menaburkan bedak pada area sekitar *exit side*.⁹³⁶

d. Manajemen perawatan mandiri

Kemampuan perawatan mandiri ini menyangkut tentang teknik melakukan dialisis secara benar, kemampuan mengenal adanya komplikasi dan kecepatan menghubungi perawat atau dokter jika terjadi masalah.⁴⁶ Kemampuan perawatan mandiri yang tidak baik berdampak pada tidak adekuatnya perawatan yang harus dilakukan sesuai standar, masalah ini memicu cepatnya pertumbuhan mikro organisme dan memudahkan terjadinya komplikasi. Upaya untuk meningkatkan kemampuan pasien dengan cara melatih kembali hal-hal yang kurang dikuasai dan melakukan pengawasan melalui kunjungan rumah secara rutin sesuai jadwal.

Kebersihan personal tiap hari meliputi mandi sedikitnya dua kali per hari. Kebersihan gigi dan mulut serta berganti pakaian. Peralatan CAPD harus disimpan di tempat yang dingin dan bersih.

6. Pendekatan Fenomenologi Pada Penelitian Kualitatif

Pendekatan kualitatif adalah suatu proses penelitian dan pemahaman yang berdasarkan pada metodologi untuk memahami sudut pandang

partisipan secara mendalam, dinamis dan menggali berbagai faktor.⁴⁷ Pada pendekatan ini peneliti membuat suatu gambaran kompleks, meneliti kata-kata, pernyataan terinci dari pandangan partisipan dan melakukan penelitian pada situasi yang alami. Peneliti adalah instrumen kunci yang harus mampu bertanya, menganalisis dan mengkonstruksi objek yang diteliti menjadi lebih jelas, mengetahui makna yang tersembunyi.

Tujuan penelitian kualitatif adalah untuk memahami situasi sosial, peristiwa, peran, kelompok atau interaksi tertentu. Penelitian kualitatif merupakan sebuah proses sosial dengan membedakan, membandingkan, meniru, mengkatalogkan dan mengelompokkan objek studi. Penelitian kualitatif terdiri dari : *case study, fenomenology, etnografi, dan grounded theory*.⁴⁷

Desain fenomenologi merupakan cara yang paling baik untuk menggambarkan dan memahami pengalaman manusia.⁴⁸ Penelitian kualitatif fenomenologi adalah penelitian yang menggali sesuatu yang ingin diketahui melalui cara menginterpretasikan sesuatu untuk mendapatkan gambaran peristiwa yang diteliti. Penelitian fenomenologi menghasilkan interpretasi, membangun suatu emosi, mengurung dan menginduksi intuisi dalam menganalisis data.⁴⁷

Fenomenologi menggambarkan riwayat hidup seseorang dengan cara menguraikan arti dan makna hidup serta pengalaman suatu peristiwa yang dialaminya. Penelitian ini dilakukan dalam situasi yang alami,

sehingga tidak ada batasan dalam memaknai atau memahami fenomena yang diteliti. Menurut Spiegelberg tahapan yang harus dilakukan dalam fenomenologi deskriptif adalah *intuiting*, *analyzing* dan *describing*.⁴⁸

Tahap pertama yaitu *intuiting*, Pengumpulan data pada penelitian fenomenologi deskriptif dilakukan dengan mengeksplorasi pengalaman partisipan tentang fenomena yang diteliti.⁴⁸ Peneliti menggali lebih dalam mengenai data dengan melibatkan langkah-langkah seperti menetapkan batas-batas penelitian, mengumpulkan informasi melalui pengamatan wawancara, dokumen, dan bahan-bahan visual serta menetapkan aturan untuk mencatat informasi.⁴⁷ Teknik wawancara yang digunakan dalam penelitian kualitatif adalah wawancara mendalam. Wawancara mendalam (*in-depth interview*) adalah proses memperoleh keterangan untuk tujuan penelitian dengan cara tanya jawab sambil bertatap muka antara pewawancara dengan informan atau siapa menggunakan pedoman wawancara.

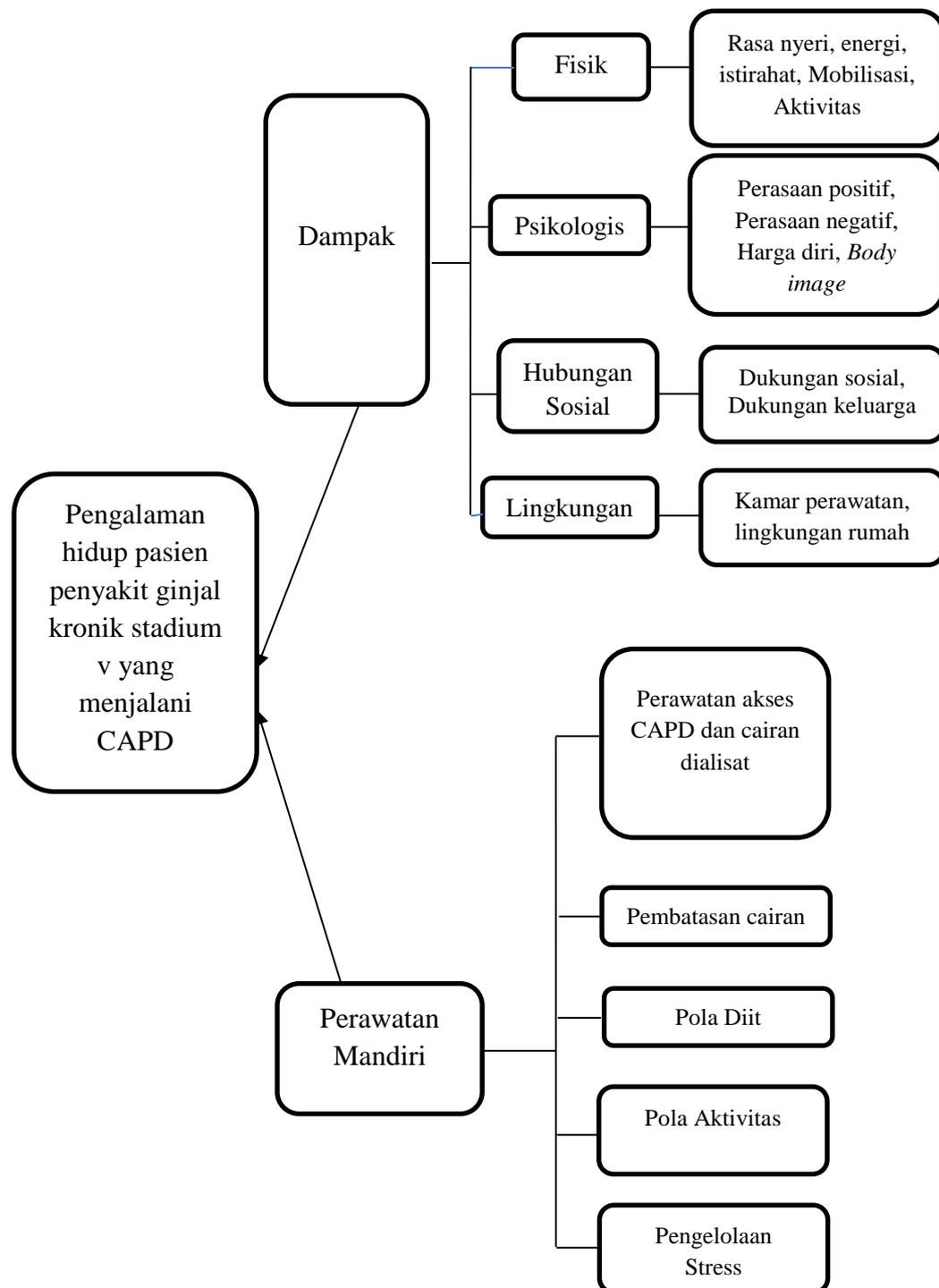
Tahapan kedua yaitu *analyzing*. Peneliti akan mengidentifikasi pengalaman yang akan diteliti. Adapun langkah-langkah dalam melakukan analisis penelitian kualitatif ini dengan menggunakan tahapan dari Colaizzi⁴⁸, adalah sebagai berikut : 1) menggambarkan fenomena yang akan diteliti; 2) mengumpulkan data tentang fenomena dari partisipan; 3) membaca semua gambaran fenomena yang telah dikumpulkan dari partisipan; 4) membaca lagi gambaran fenomena dan memilih kata kunci; 5) mencoba mengidentifikasi arti dari beberapa kata kunci yang telah teridentifikasi; 6)

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

Tahap ketiga yaitu *describing* merupakan penulisan laporan data yang akan digunakan. Peneliti mengkomunikasikan dan memeberikan gambaran tertulis dari elemen kritikal yang didasarkan pada pengklasifikasian dan pengelompokan fenomena.⁴⁸ Penulisan ini bertujuan untuk mengkomunikasikan hasil penelitian fenomenologi deskriptif pada pembaca.⁴⁷

Dengan demikian, berdasarkan tujuan penelitian ini maka peneliti menggunakan pendekatan fenomenologi dalam menggali pengalaman hidup pasien penyakit ginjal kronik stadium akhir yang menjalani peritoneal dialisis.

C. Kerangka Teori



Gambar 2.4 Kerangka Teori ⁴³

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Rancangan Penelitian

Jenis penelitian ini merupakan penelitian kualitatif. Menurut Bodgan dan Taylor yang dikutip oleh Maleong, dijelaskan bahwa penelitian kualitatif adalah suatu prosedur penelitian yang diarahkan pada latar atau individu secara holistic yang menghasilkan kata-kata yang bersifat deskriptif, baik berupa tulisan maupun lisan dari orang-orang maupun perilaku yang dapat diamati. Kirk dan Miller mendefinisikan penelitian kualitatif sebagai tradisi ilmu pengetahuan sosial yang secara fundamental tergantung pada pengamatan manusia dan bahasanya.⁴⁹ Penelitian kualitatif bersifat deskriptif non numeris, yaitu hasil penelitian tidak berupa angka.⁵⁰ Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa penelitian kualitatif merupakan penelitian bersifat utuh yang dideskripsikan secara lisan maupun tulisan dengan tidak melibatkan angka dan perhitungan statistik.

Dasar penelitian kualitatif adalah dengan menggunakan pendekatan fenomenologi, yang berarti peneliti menekankan pada aspek subjektif dari pengalaman seseorang. Peneliti berusaha masuk ke dalam dunia konseptual subjek yang diteliti, sehingga dapat mengerti bagaimana suatu pengertian yang dikembangkan oleh subjek yang diteliti dalam kehidupannya sehari-hari. Karena studi fenomenologi menuntut segala seuatunya untuk digali secara mendalam, pendekatan ini sangat cocok digunakan untuk

menginvestigasi fenomena-fenomena yang penting bagi dunia keperawatan ataupun pendidikan.⁵¹ Masalah utama yang diteliti dalam konteks fenomenologi adalah arti atau pengertian, struktur dan hakikat dari pengalaman hidup maupun pemahaman seseorang atau kelompok atas suatu gejala yang dialami.⁴⁹⁵⁰

B. Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi

Populasi penelitian adalah kumpulan dari subjek yang akan diteliti, yaitu individu yang analisis kriterianya sesuai dengan tujuan penelitian.⁵⁰ Dalam penelitian kualitatif populasi juga diartikan sebagai wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek/subyek yang mempunyai ciri tertentu yang ditetapkan peneliti untuk dipelajari dan ditarik kesimpulannya.⁵² Spradley mengungkapkan bahwa dalam penelitian kualitatif istilah populasi disebut dengan “*social situation*”, yang terdiri dari 3 elemen yaitu tempat (*place*), pelaku (*actors*), dan aktivitas (*activity*) yang berinteraksi secara strategis.⁵² Populasi penelitian ini adalah seluruh pasien ginjal kronik stadium v yang menjalani peritoneal dialisis di RSUP Dr. Kariadi Semarang.

2. Sampel

Sampel penelitian adalah sebagian dari keseluruhan obyek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi. Sebagai bagian dari populasi, sampel memberikan gambaran yang benar tentang populasi. Pengambilan sampel dari suatu populasi disebut dengan penarikan sampel atau sampling.⁵²

Pengambilan sampel dilakukan dengan cara purposive sampling atau judgmental sampling, yaitu menentukan sampel dengan pertimbangan tertentu yang dipandang dapat memberikan data secara maksimal, khususnya pada penelitian ini adalah partisipan yang mengungkap pengalamannya menggunakan CAPD.^{53 47}

Pada penelitian ini jumlah sampel yang direncanakan adalah 6 orang dengan harapan terjadi saturasi data dengan jumlah sampel tersebut. Saturasi data maksudnya, kekhususan makna dari informasi yang diberikan oleh responden telah ditemukan. Jumlah tersebut sesuai dengan besar sampel yang ditetapkan oleh Riemen pada tahun 1986 yaitu 6-10 partisipan. Bila data sudah jenuh, maka penambahan partisipan tidak perlu dilakukan.⁵²

Pengambilan sampel dimulai dengan mengidentifikasi nama-nama partisipan yang didapatkan oleh peneliti melalui dokumen rekam medik atau catatan nama-nama klien yang menjalani CAPD di Unit Hemodialisa RSUP Dr. Kariadi Semarang. Peneliti melakukan kontak yang informal dengan partisipan, berbincang-bincang dan menggunakan teknik snowball yaitu peneliti memilih responden secara berantai dalam mencari responden berikutnya.⁵³ Jika pengumpulan data dari responden ke-1 sudah selesai, peneliti meminta agar responden tersebut memberikan rekomendasi untuk responden ke-2, dan begitu seterusnya.

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari populasi target yang dapat dijangkau dan akan diteliti.⁵⁴ Dalam penelitian ini kriteria inklusi adalah sebagai berikut:

- a. Pasien melakukan peritoneal dialisis secara mandiri minimal 1 tahun di rumah
- b. Pasien berumur 18–60 tahun
- c. Pasien kooperatif
- d. Bertempat tinggal di Semarang, Jawa Tengah

Sedangkan kriteria eksklusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi dari penelitian karena berbagai sebab.⁵⁴

- a. Pasien dengan hambatan komunikasi verbal

C. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat Penelitian

Penelitian ini akan dilakukan di Ruang Hemodialisa RSUP Dr. Kariadi Semarang terhadap pasien yang menjalani CAPD dan telah memenuhi kriteria penelitian yang telah ditetapkan. Alasan pemilihan tempat penelitian ini dikarenakan RSUP Dr. Kariadi merupakan rumah sakit tipe A pendidikan, dimana pasien yang menjalani hemodialisis memiliki karakteristik yang berbeda. Selain itu RSUP Dr. Kariadi juga telah memberikan pelayanan CAPD dengan jumlah pasien yang terbanyak di Semarang, sehingga membantu peneliti dalam mendapatkan partisipan.

Serta peneliti melakukan *home visite* di rumah partisipan yang berdomisili di sekitar Kota Semarang, Jawa Tengah.

2. Waktu Penelitian

Penelitian dimulai dari membuat proposal yang dimulai sejak bulan Oktober 2016 hingga Juni 2017.

D. Definisi Istilah

1. CAPD, adalah terapi pengganti ginjal yang dapat dilakukan secara mandiri tanpa harus ke rumah sakit atau melibatkan tenaga kesehatan dan mesin dialyser sehingga lebih efisien.
2. Pengalaman hidup pasien PGK yang menjalani CAPD, dalam penelitian ini merujuk pada bagaimana dampak yang ditimbulkan setelah pasien menjalani CAPD terhadap aspek fisik, psikologi, hubungan sosial dan lingkungan, serta bagaimana perawatan mandiri yang dilakukan pasien.

E. Alat Penelitian dan Cara Pengumpulan Data

1. Alat Penelitian

Alat penelitian dalam penelitian kualitatif adalah peneliti itu sendiri. Sebagai alat penelitian, peneliti juga perlu divalidasi dengan mengukur sejauh mana siap melakukan penelitian di lapangan. Peneliti harus dipastikan telah memahami metode penelitian kualitatif, penguasaan bidang yang akan diteliti, dan kesiapan pemahaman materi yang akan diteliti. Validasi dalam penelitian ini dilakukan oleh peneliti itu sendiri. Fokus penelitian ditentukan oleh peneliti, sehingga kunci instrumen penelitian terletak pada peneliti itu sendiri. Peneliti juga menggunakan

instrumen pendukung dalam melakukan penelitian. Instrumen pendukung tersebut adalah ⁵² :

- a. Pedoman wawancara. Pedoman wawancara dikembangkan oleh peneliti sesuai dengan tema dan sub tema dari tinjauan teori yang dibahas. Pedoman ini berfungsi sebagai panduan agar pertanyaan yang dilontarkan oleh peneliti terarah dan terfokus, sesuai dengan data yang diinginkan.
- b. Buku catatan. Berfungsi untuk mencatat semua percakapan sumber data.
- c. *Recorder*. Berfungsi merekam percakapan dengan partisipan. Dalam melakukan wawancara dengan partisipan menggunakan *recorder*, sebelumnya perlu meminta izin kepada partisipan terlebih dahulu, apakah diperbolehkan atau tidak. Dalam penelitian ini peneliti menggunakan *recorder* dalam bentuk digital *voice recorder* dengan kapasitas waktu perekaman 48 jam dan memori penyimpanan 8 Gb.

2. Cara Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara mendalam (*indepth interview*). Wawancara adalah proses interaksi komunikasi yang dilakukan oleh setidaknya dua orang dimana arah pembicaraan mengacu pada tujuan yang telah ditetapkan dengan mengedepankan kepercayaan sebagai proses memahami. Wawancara mendalam (*indepth interview*) merupakan proses menggali keterangan pada suatu topik tertentu melalui

pertanyaan terbuka dengan bertatap muka dengan partisipan sehingga dapat terjalin interaksi sosial dengan partisipan.⁵⁵

Peneliti menggunakan bentuk wawancara semi terstruktur untuk menggali informasi dalam pengumpulan data. Wawancara semi terstruktur berisi pertanyaan terbuka dengan batasan tema dan alur pembicaraan. Kecepatan wawancara di tentukan dengan perjanjian waktu pelaksanaan. Wawancara ini bersifat fleksibel tapi terkontrol, sehingga peneliti dan partisipan lebih nyaman dalam menyampaikan pertanyaan dan jawaban.⁵⁵

3. Tahap Pengumpulan Data

a. Tahap Orientasi

Pada tahap orientasi, peneliti berkunjung dan memperkenalkan diri kepada partisipan. Peneliti membangun hubungan saling percaya dengan menginformasikan mengenai tujuan penelitian, menjelaskan manfaat penelitian, dan persetujuan sebagai informan diberikan pada tahap ini. Setelah peneliti mendapat persetujuan, peneliti membuat kontrak waktu untuk melakukan wawancara. Pada tahap ini, peneliti juga harus tahu tentang latar belakang partisipan.

b. Tahap Pelaksanaan

Peneliti menyiapkan alat pengumpulan data yang terdiri dari pedoman wawancara, alat perekam, alat tulis, dan buku catatan. Peneliti dan partisipan menyepakati rentang waktu wawancara yaitu 30 menit. Apabila waktu dirasa kurang karena partisipan masih ingin

mengungkapkan beberapa informasi terkait penelitian, maka waktu dapat diperpanjang dengan kesepakatan peneliti dan partisipan.

Jumlah pertemuan partisipan dengan peneliti bervariasi yaitu sekali hingga tiga kali sampai tercapai saturasi data. Peneliti juga memperhatikan kondisi partisipan, sehingga apabila dalam pertemuan pertama tujuan belum tercapai maka akan dilanjutkan dengan pertemuan selanjutnya. Peneliti juga memberikan kesempatan pada partisipan untuk melakukan konfirmasi, memperluas dan menambah deskripsi dari pengalaman partisipan untuk menambah keakuratan data.

Peneliti melakukan wawancara mendalam untuk pengumpulan data sesuai dengan pedoman wawancara, sebagai berikut:

- 1) Peneliti mengajukan pertanyaan kepada partisipan sesuai dengan panduan wawancara.
- 2) Pada saat wawancara berlangsung partisipan diperbolehkan meminta jeda istirahat sejenak, pergi ke toilet, minum atau makan makanan ringan.
- 3) Apabila ada pertanyaan yang belum terjawab oleh partisipan, peneliti mengarahkan kembali pertanyaan tersebut kepada partisipan
- 4) Peneliti mencatat hal penting yang sudah disediakan.
- 5) Peneliti menyimpulkan hasil wawancara dan mengklarifikasi jawaban partisipan.

- 6) Peneliti merekam seluruh proses wawancara menggunakan alat perekam suara.

c. Tahap Validasi

Validasi atau keabsahan data merupakan hal penting dalam penelitian. Keabsahan data penelitian kualitatif dapat diuji dengan:

- 1) Kredibilitas atau Keterpercayaan Data

Pengujian kredibilitas digunakan untuk menguji ketepatan atau keakurasian data dari hasil penelitian kualitatif.⁵⁶ Pengujian kredibilitas penelitian ini menggunakan triangulasi *member check*.

Peneliti melakukan *member check* dengan cara memberikan transkrip hasil wawancara kepada partisipan untuk memberikan mencocokkan isi transkrip sudah sesuai dengan yang diungkapkan partisipan serta partisipan dapat memberi tanggapan terhadap data tersebut.

- 2) Transferabilitas atau Keteralihan Data

Transferabilitas untuk menentukan apakah hasil penelitian dapat dialihkan pada konteks atau kelompok lain.⁵⁶

Peneliti melakukan uji transferabilitas menggunakan cara wawancara kepada partisipan. Peneliti memberikan pertanyaan yang sama kepada setiap partisipan. Penelitian dikatakan memiliki keteralihan data apabila partisipan yang dipilih mengungkapkan hal yang sama dengan partisipan lain.

3) Dependabilitas

Dependabilitas yaitu kemampuan hasil penelitian untuk direplikasi dan di teliti ulang di saat yang berbeda dengan menggunakan metode, partisipan, dan konteks yang sama.⁵⁶

Peneliti melakukan uji dependabilitas dengan cara berkonsultasi kepada pembimbing yang merupakan pakar dalam penelitian yang dilakukan oleh peneliti. Pembimbing mengoreksi keseluruhan proses penelitian. Proses penelitian tersebut meliputi penentuan masalah, tempat penelitian, penentuan jumlah partisipan, membuat analisa data, mengecek keabsahan data, dan menarik kesimpulan.

4) Konfirmabilitas

Konfirmabilitas adalah kesediaan peneliti untuk mengungkap secara terbuka proses dan hasil penelitiannya. Konfirmabilitas merupakan uji objektivitas penelitian kualitatif.⁵⁶

Peneliti melakukan uji konfirmabilitas dengan cara menguji hasil penelitian kepada pembimbing serta bersama-sama, peneliti dan pembimbing mengecek hasil wawancara apakah sudah sesuai dengan yang disampaikan oleh partisipan.

F. Teknik Pengolahan dan Analisis Data

Analisis data penelitian kualitatif berproses secara analisa deskriptif. Analisa suatu penelitian sebelum memasuki lapangan, selama di lapangan, dan

setelah di lapangan. Penelitian kualitatif memfokuskan analisa selama proses di lapangan bersamaan dengan pengumpulan data.⁴⁹ Peneliti akan menggunakan analisa konten dengan metode induktif.

Data yang terkumpul berdasarkan hasil pertanyaan terbuka dianalisis menggunakan analisis konten induktif. Menurut Elo dan Kyngäs (2008), penggunaan analisis konten induktif bertujuan untuk membangun kesimpulan berdasarkan pada jawaban yang dimunculkan oleh partisipan.

Pada analisis konten induktif peneliti perlu melakukan tiga tahapan pemrosesan data yaitu⁵⁷ :

1. *Bracketing*

Tahap *bracketing* merupakan tahapan awal untuk menunda atau menahan berbagai pengetahuan atau pengalaman pribadi partisipan yang bisa mendistorsi cara peneliti mendengarkan dan menangkap kata-kata partisipan. Tujuannya agar peneliti mampu memperoleh rekaman atau deskripsi fenomena sungguh-sungguh *from an insider's perspective* atau dari sudut pandang partisipan.⁵⁸

2. *Open Coding* (Membuat Koding)

Tahap *open coding* merupakan tahapan yang mengarahkan peneliti untuk memberikan satu catatan-catatan tertentu sebagai bentuk pengkodean pada jawaban partisipan.

3. Kategorisasi

Pada tahap kategorisasi, peneliti membuat kategori-kategori yang masih bersifat bebas terhadap jawaban para partisipan.

Pembuatan kategori-kategori ini didasarkan pada kemampuan peneliti untuk mendapatkan kata kunci dari jawaban yang telah dituliskan oleh partisipan. Pembuatan kategori ini mulanya masih bersifat bebas tanpa melakukan pengelompokan terlebih dahulu.

Setelah melakukan kategorisasi awal, selanjutnya peneliti melakukan pengelompokan kategori-kategori tersebut menjadi kategori yang lebih besar dengan didasarkan pada persamaan maupun perbedaan yang ada dalam kategori-kategori sebelumnya.

4. Abstraksi

Pada tahap penulisan abstraksi peneliti akan membuat suatu deskripsi umum yang merupakan hasil dari penggambaran model maupun konsep berdasarkan kategori-kategori yang sudah didapatkan sebelumnya.

G. Etika Penelitian

Etika dalam suatu penelitian adalah hal yang sangat penting, terutama bidang keperawatan yang berhubungan langsung dengan manusia, subjek yang digunakan dalam penelitian sebagian besar adalah manusia. Prinsip-prinsip dalam etika penelitian yaitu⁵⁶ :

1. Autonomy

Persetujuan setelah penjelasan (*informed consent*) diberikan dalam bentuk formulir. Partisipan dapat menyetujui untuk ikut berpartisipasi dalam penelitian dengan cara menandatangani formulir *informed*

consent setelah mendapat penjelasan mengenai penelitian oleh peneliti.

Partisipan memiliki hak otonomi dalam menentukan keputusan secara sadar dan suka rela tanpa paksaan setelah diberikan penjelasan oleh peneliti dan memahami bentuk partisipasinya dalam penelitian yang dilakukan. Partisipan berhak mengundurkan diri sebagai partisipan tanpa ada paksaan.

2. *Anonimity*

Peneliti menjaga kerahasiaan informasi partisipan dengan cara tidak menyebutkan nama partisipan (anonim) dengan cara memberi inisial untuk partisipan terhadap hasil wawancara. Hasil wawancara diberi kode tanpa nama.

3. *Confidentiality*

Peneliti wajib menjaga kerahasiaan atas informasi partisipan. Hal tersebut dilakukan dengan hanya mencantumkan inisial pada saat membuat persetujuan, ketika keperluan dokumentasi hendaknya muka diblur, atau pada mata ditutupi. Peneliti juga tidak akan mengungkap data pribadi partisipan kepada orang lain. Biodata, hasil penelitian berupa rekaman, dan transkrip akan disimpan pada tempat yang hanya bisa diakses oleh peneliti dan pembimbing. Hasil wawancara akan dimusnahkan setelah penelitian selesai dipublikasikan.

4. *Justice*

Peneliti memberikan hak yang sama terhadap semua partisipan. Semua partisipan memperoleh kesempatan wawancara yang sama dengan menghormati seluruh persetujuan yang telah disepakati.

5. *Nonmaleficience*

Peneliti mengusahakan agar partisipan terhindar dari segala bentuk kerugian yang ditimbulkan selama penelitian. Peneliti mengusahakan kegiatan penelitian yang tidak bersifat eksploitatif, dan menghindari ketidaknyamanan.