

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Ginjal merupakan organ terpenting dalam mempertahankan homeostatik dengan mengatur volume cairan, keseimbangan osmotik, asam basa, ekskresi sisa metabolisme, sistem pengaturan hormonal, dan metabolisme (Syaifuddin, 2013). Kerusakan ginjal yang terjadi merupakan hasil dari disfungsi sel, kematian sel, proliferasi, inflamasi, dan pemulihan (Adiyanti & Loho, 2013). Ada dua macam kerusakan pada ginjal yaitu gagal ginjal akut dan *Chronic Kidney Disease (CKD)*. CKD adalah kerusakan ginjal progresif dan ireversibel yang berakibat fatal dan ditandai dengan uremia (urea dan limbah nitrogen lainnya) yang beredar dalam darah serta komplikasinya (anemia, azotemia, dan asidosis metabolik) jika tidak dilakukan dialisis atau transplantasi ginjal (Nursalam & Batticaca, 2011). Data Pernefri (2014) tahun 2007 – 2014 pasien dengan diagnosa gagal ginjal kronik 28.882 dengan jumlah pasien baru terus meningkat dari tahun ke tahun, paling banyak terdapat di Jawa Barat di susul oleh Jawa Timur dengan data pasien baru pada tahun 2014 se-jumlah 3621 dan pasien aktif se-jumlah 2787.

CKD merupakan salah satu penyakit terminal. Pasien bertahan hidup dengan terapi cuci darah (hemodialisis) hingga akhir hidupnya (Sagiran, 2012). Hemodialisis merupakan suatu proses yang digunakan pada pasien dalam keadaan sakit akut dan memerlukan terapi dialisis jangka pendek

(beberapa hari hingga beberapa minggu) atau pasien dengan penyakit ginjal stadium akhir atau *end stage renal disease (ESRD)* yang memerlukan terapi jangka panjang atau permanen. Tujuan hemodialisa adalah untuk mengeluarkan zat-zat nitrogen yang toksik dari dalam darah dan mengeluarkan air yang berlebihan (Suharyanto & Madjid, 2009). Hemodialisis merupakan terapi yang lama, mahal serta membutuhkan restriksi cairan dan diet sehingga hal tersebut mengakibatkan pasien kehilangan kebebasan, tergantung pada pemberi layanan kesehatan, perpecahan dalam perkawinan, keluarga dan kehidupan sosial serta berkurang atau hilangnya pendapatan. Karena hal-hal tersebut maka aspek fisik, psikologis, sosioekonomi dan lingkungan dapat terpengaruh secara negatif, berdampak pada kualitas hidup pasien penyakit ginjal kronis (Nurchayati, 2011). kualitas hidup adalah persepsi individu terhadap posisi mereka dalam konteks budaya dan nilai dimana mereka hidup dan dalam hubungannya dengan tujuan hidup, harapan, standar dan perhatian sehingga Hal ini merupakan konsep yang luas yang mempengaruhi kesehatan fisik seseorang, keadaan psikologis, tingkat ketergantungan, hubungan sosial, keyakinan personal dan hubungannya dengan keinginan dimasa yang akan datang (WHO, 2014).

Palliative Care adalah pendekatan yang meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga mereka dalam menghadapi masalah yang berkaitan dengan penyakit yang mengancam jiwa, melalui pencegahan dan meringankan penderitaan dengan cara identifikasi awal dan penilaian penuh dan pengobatan nyeri serta masalah lainnya, fisik , psikososial dan spiritual

(WHO, 2015). Penelitian terkait *palliative care* pada pasien kanker yang dilakukan di 4 wilayah rumah sakit di Jepang, unit *palliative care*, dan *hospice care, Hospital* didapatkan hasil $P: 0.0012$ (memberi pengaruh yang signifikan) pada kualitas hidup di rumah sakit (Maeda et al., 2016). Konsep baru *palliative care* menekankan pentingnya integrasi perawatan paliatif lebih dini agar masalah fisik, psikososial dan spiritual dapat diatasi dengan baik. *Palliative care* adalah pelayanan kesehatan yang bersifat holistik dan terintegrasi dengan melibatkan berbagai profesi dengan dasar falsafah bahwa setiap pasien berhak mendapatkan perawatan terbaik sampai akhir hayatnya (KEPMENKES 2007). Sedangkan di Indonesia sendiri, Rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan *palliative care* di Indonesia masih terbatas di 5 (lima) ibu kota provinsi yaitu Jakarta, Yogyakarta, Surabaya, Denpasar dan Makassar (KEPMENKES, 2007). Menurut KEPMENKES NO: 812 (2007) Sasaran kebijakan pelayanan paliatif yaitu Seluruh pasien (dewasa dan anak) dan anggota keluarga, lingkungan yang memerlukan perawatan paliatif di mana pun pasien berada di seluruh Indonesia. Pelaksana *palliative care* antara lain; dokter, perawat, tenaga kesehatan lainnya dan tenaga terkait lainnya Serta Institusi-institusi terkait, misalnya; Dinas kesehatan provinsi dan dinas kesehatan kabupaten/kota, Rumah Sakit pemerintah dan swasta, Puskesmas, Rumah perawatan/hospis, Fasilitas kesehatan pemerintah dan swasta lain.

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Jember Klinik karena faktanya dimensi *palliative care* pada pasien CKD sudah diterapkan di RS. PTPN X (Jember Klinik) namun belum adanya unit paliatif, akibatnya sulit untuk

mengintegrasikan pelayanan paliatif yang baik, namun dalam melakukan perawatan hemodialisa dokter dan perawat hemodialisa yang bersertifikat dan berada pada unit hemodialisa yang menyampaikan dimensi *palliative care* dengan penekanan komunikasi paliatif kepada pasien dan keluarga. Dari masalah tersebut peneliti tertarik untuk memahami lebih jauh tentang Penerapan *Palliative Care* Pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) Terhadap Kualitas Hidup Pasien Hemodialisa Di Rumah Sakit Perkebunan Jember Klinik Jember.

B. Perumusan Masalah

1. Pernyataan masalah

CKD adalah penyakit yang tidak bisa disembuhkan seperti semula akibat kerusakan bagian – bagian nefron dalam ginjal. Selain mempengaruhi fisik, juga mempengaruhi keadaan sosial, psikologi dan spiritual. penderita harus melakukan cuci darah, yang paling sering digunakan adalah hemodialisa.. selain hemodialisa pasien CKD juga membutuhkan perawatan yang komprehensif melalui perawatan fisik, psiko, sosio dan spiritual yang telah di sebutkan dalam *Palliative care* yang tujuannya berfokus pada kualitas hidup pada pasien penyakit terminal. Dengan pernyataan tersebut peneliti ingin melakukan korelasi antara penerapan *palliative care* pada pasien gagal ginjal kronik dengan kualitas hidup pasien.

2. **Pertanyaan Masalah**

Apakah ada hubungan Penerapan *Palliative Care* Pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) Terhadap Kualitas Hidup Pasien Hemodialisa Di Rumah Sakit Perkebunan Jember Klinik Jember?

C. **Tujuan Penelitian**

1. **Tujuan umum**

Menganalisis hubungan Penerapan *Palliative Care* Pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) Terhadap Kualitas Hidup Pasien Hemodialisa Di Rumah Sakit Perkebunan Jember Klinik Jember.

2. **Tujuan Khusus**

- a. Mengidentifikasi Penerapan *Palliative Care* Pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) Terhadap Kualitas Hidup Pasien Hemodialisa Di Rumah Sakit Perkebunan Jember Klinik Jember.
- b. Mengidentifikasi Kualitas Hidup Pasien Hemodialisa Di Rumah Sakit Perkebunan Jember Klinik Jember.
- c. Menganalisa hubungan Penerapan *Palliative Care* Pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) Terhadap Kualitas Hidup Pasien Hemodialisa Di Rumah Sakit Perkebunan Jember Klinik Jember.

D. **Manfaat Penelitian**

1. **Praktis**

- a. Responden

Penelitian ini bermanfaat untuk memberikan informasi tentang kualitas hidup yang baik bagi pasien CKD.

b. Keluarga

Memberikan informasi bagi keluarga tentang perawatan penyakit terminal secara menyeluruh dan komprehensif.

c. Instansi kesehatan

Sebagai sara informasi untuk meningkatkan pelayanan kesehatan terutama untuk untuk *palliative*.

d. Instansi pendidikan

Sebagai bahan pertimbangan untuk membuat bahan ajar *Palliative Care*.

2. Teoritis

a. Bagi peneliti

Mengetahui hubungan Penerapan *Palliative Care* Pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) Terhadap Kualitas Hidup Pasien Hemodialisa Di RS. PTPN X (Jember Klinik) Kabupaten Jember.

b. Bagi peneliti lain

Hasil penelitian ini memberikan informasi tentang Penerapan *Palliative Care* Pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) Terhadap Kualitas Hidup Pasien Hemodialisa Di RS. PTPN X (Jember Klinik) Kabupaten Jember.