

EKSPLORASI PERUBAHAN FISIK, DAN GEJOLAK EMOSIONAL PADA PASIEN GAGAL GINJAL TERMINAL YANG MENJALANI HEMODIALISIS (PENDEKATAN KUALITATIF)

Lilin Rosyanti¹, Indriono Hadi², Kusman Ibrahim³

¹Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kendari

²Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kendari

³Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Padjdjaran Bandung

ABSTRACT

Introduction: Patients with terminal kidney failure report limitations and physical changes, psychological functions, weaknesses that have a negative effect on health status and a decrease in survival. Progress in dialysis technology and disease management still raises many complaints both physically and psychologically by increasing the mortality rate of patients undergoing hemodialysis. In 2008, there were about 1.75 million patients worldwide who regularly received kidney replacement therapy in the form of dialysis, about 1.55 (89%) million underwent hemodialysis (HD) and around 197,000 (11%) used peritoneal dialysis (PD) **Purpose:** This study is to explore the experience of hemodialysis patients with physical changes and emotional turmoil. This research is a descriptive qualitative research that aims to reveal broadly and deeply about the causes and things that influence the occurrence of something. **Method:** exploration is carried out with the aim of digging deeper into the existing elements to obtain specific information that influences the pattern of life behavior of patients from aspects of sexuality. **Results:** The results of the study found two categories of themes, namely: (1) Physical changes and physical complaints: black facial skin, damaged teeth, thin body, weak body, and fatigue quickly. (2) Feeling and emotional turmoil is felt: not accepting and fearing death, feeling helpless and useless, apologizing and suggesting that the couple remarry. **Conclusion:** the exploration experience of physical changes and emotional turmoil of hemodialysis patients is influenced by physical, physiological, psychological, social and spiritual aspects as well as values, cultures that exist in the lives of participants.

Keywords: GGT patients, hemodialysis, experience, nurses, qualitative

PENDAHULUAN

Data IRR, Indonesian Renal Registry, Pasien gagal ginjal yang menjalani hemodialisis pada tahun 2009 berjumlah 5.450 pasien, tahun 2010, sebanyak 8.034, dan tahun 2011 sebanyak 12.804. Jawa Barat salah satu provinsi yang memiliki kontribusi jumlah penderita GGT (gagal ginjal terminal) terbesar, yang menjalani hemodialisis pada tahun 2009 berjumlah 2.003 pasien, tahun 2010 berjumlah 2.412 pasien, dan tahun 2011 berjumlah 3.038 pasien.

Data tersebut menunjukkan adanya peningkatan jumlah pasien gagal ginjal kronik setiap tahun di Jawa Barat dan secara significant terjadi penambahan pasien yang menjalani hemodialisis (IRR, 2012)

Kualitas hidup mengandung makna yang subjektif yaitu sejauh mana seseorang dapat merasakan kepuasan atau ketidakpuasan

terhadap aspek tertentu yang berperan penting dalam hidupnya (Liu, 2006). Hemodialisis yang dilakukan dapat memperpanjang usia, tetapi tindakan ini tidak akan mengubah perjalanan alami penyakit ginjal yang mendasari dan tidak akan mengembalikan seluruh fungsi ginjal. Pasien akan tetap mengalami sejumlah permasalahan dan komplikasi. (Corwin & Elizabeth, 2005).

Respon individu terhadap tindakan hemodialisis diproses melalui pembelajaran pengalaman masa lalu, persepsi, emosi, pemecahan masalah dan proses pengambilan keputusan. Rangsangan yang berhubungan dengan tindakan hemodialisis sering memicu persepsi dan pengalaman isolasi sosial dan ketidakpastian karena periode ketidakstabilan waktu dan upaya yang diperlukan untuk kembali stabil (Pelletier-Hibbert & Sohi, 2001).

Perubahan fisik, psikososial dan kekhawatiran yang terkait dengan hemodialisis termasuk seringnya tusukan pada pigmentasi kulit arteri dan vena dan adanya perubahan penampilan, keterbatasan mobilitas fisik, makanan dan pembatasan cairan, kelelahan, biaya perawatan, perubahan peran dalam keluarga, dan perasaan tidak mampu (Burns, 2004). Terjadi penurunan kualitas hidup dan status fungsional pasien hemodialisis, adanya hubungan antara meningkatnya keparahan gangguan fungsi ginjal dan peningkatan prevalensi kesehatan, kesejahteraan menurun, perubahan fungsi fisik dan peningkatan prevalensi depresi. (McClellan et al., 2010)

Pasien yang menjalani hemodialisis mengalami berbagai masalah yang berpengaruh terhadap kehidupan. Berbagai perubahan pada sistem dan fungsi tubuh yang menyebabkan perubahan fisik, penampilan, peran, mobilitas fisik, perasaan dan pekerjaan sehari-hari. Timbulnya Masalah fisik, psikologis, dan perubahan gaya hidup dan kondisi emosional. (Weisbord et al., 2007)

METODE

Jenis Penelitian

Dalam penelitian ini digunakan desain deskriptif kualitatif eksploratif untuk memberikan gambaran mendalam dari perubahan fisik dan gejala emosional pasien gagal ginjal terminal tentang selama menjalani dialisis. (Sandelowski, 2000).

Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSHS Bandung pasien yang menjalani hemodialisis berjumlah 132 pasien, dengan siklus 2-3 kali seminggu, selama 1-17 tahun dan untuk usia berkisar antara 11- 70 tahun, pada bulan Maret-agustus 2012.

Populasi dan Sampel.

Subjek penelitian dalam metode kualitatif disebut sebagai partisipan (Moleong, 2011). perekrutan partisipan dengan cara purposive sampling (Sugiyono, 2008). Jumlah partisipan yang diambil adalah sebanyak 10 partisipan didasarkan pada pertimbangan tertentu yang dibuat oleh peneliti yaitu kooperatif (sadar dan bisa diajak kerjasama), Bersedia menjadi responden, menjalani terapi hemodialisis, Menikah dan tinggal bersama pasangannya. Tidak ada yang drop out selama perekrutan sampel.

Pengumpulan Data

Setelah ijin ethical clearance keluar dengan No.42/UN6.C2.1.2/KEPK/PN/2012, pada tanggal 9 maret 2012 peneliti melakukan observasi dan menjalin *rapport* dengan pasien, keluarga pasien keluarga, perawat, dokter dan lingkungan ruangan hemodialisis. Setelah terjalin hubungan saling percaya, peneliti memulai proses wawancara untuk melakukan penelitian. Peneliti juga melakukan studi dokumentasi terhadap catatan-catatan perkembangan penyakit pasien. Peneliti mulai melakukan pengumpulan data, dengan wawancara secara mendalam. Perawat diruangan hemodialisis merupakan sumber informasi dan diminta untuk membantu mengidentifikasi calon partisipan lainnya.

Pengolahan dan Analisis Data

Analisis data penelitian ini adalah *content analysis*. *Content analysis* merupakan sebuah prosedur untuk mengkategorikan data verbal atau perilaku, untuk tujuan klasifikasi, membuat ringkasan dan tabulasi. *Content analysis* melibatkan koding dan pengelompokan data, hal ini dilakukan untuk mengidentifikasi dan memilah pesan penting dari hasil wawancara. Data ditampilkan dalam bentuk narasi, informasi tersusun sesuai dengan urutan partisipan sehingga mudah diamati. Dari tema umum yang didapatkan selanjutnya dianalisis berdasarkan teori dan konsep yang relevan dan diinterpretasikan (Hancock, 2002).

HASIL

Karakteristik Partisipan

Jenis kelamin partisipan laki-laki berjumlah 5 orang dan partisipan perempuan berjumlah 5 orang dengan rentang umur 39 – 60 tahun. Pendidikan partisipan adalah Sarjana 4 orang, SLTA 2 orang, SLTP 3 orang dan SD 1 orang. Pekerjaan partisipan 5 orang PNS dan 3 orang pensiun dini, pedagang 1 orang, perusahaan swasta 1 orang dan 3 orang ibu rumah tangga (IRT). Semua partisipan beragama Islam, suku Sunda 9 orang dan suku Jawa 1 orang.

Kategori Tema

Dari hasil penelitian ini, ditemukan ada 2 kategori tema yaitu: (1) Perubahan fisik dan keluhan fisik: berupa kulit wajah hitam, gigi rusak, badan kurus, badan lemah, lemas, dan cepat capek. (2) Perasaan dan gejala emosional yang dirasakan berupa: tidak terima dan ketakutan akan kematian, perasaan tak berdaya dan merasa hidup tak berguna,

kasihan, meminta maaf dan menyarankan pasangan menikah lagi. Semua tema saling berhubungan dan akan dijelaskan menurut kelompok kategori tema sebagai berikut :

1. Perubahan Fisik Dan Aktivitas Fisik

Partisipan menungkapkan perubahan dan keluhan fisik dalam tiga tema yaitu :

a. Kulit wajah hitam, gigi rusak, badan kurus

Terdapat delapan partisipan, yaitu partisipan ke-2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, dan ke-10 mengungkapkan bahwa kulitnya menjadi hitam, terutama pada bagian wajah. Selain kulit wajah menjadi hitam juga terlihat kusam, kasar dan terlihat lebih tua. Hal ini mempengaruhi persepsi diri partisipan. Mereka menjadi minder dan kurang percaya diri.

Pada umumnya semua pasien yang menjalani cuci darah sudah mengalami perubahan kulit menjadi hitam, selama mereka berada dalam ruang hemodialisa hal tersebut tidak mempengaruhi mereka, karena hampir semua pasien seperti itu, mereka merasa dalam satu lingkungan dan komunitas yang sama, adanya rasa senasib sehingga wajah yang menghitam dianggap biasa, tetapi ketika mereka selesai dan keluar dari ruang cuci darah, pada umumnya mereka merasakan perasaan kurang percaya diri, merasakan tatapan dari orang-orang sekelilingnya yang tidak mengetahui penyakit mereka.

Setiap ungkapan partisipan tentang perubahan kulit yang mereka alami, selalu diringi dengan keluhan perubahan berat badan yang menurun. Terdapat 6 partisipan, yaitu partisipan ke-1, 2, 3, 4, 6, 8, 9, dan ke-10 mengatakan bahwa sejak sakit tubuh mereka menjadi kurus. Ada partisipan yang menyatakan dengan berat badan yang menurun, ada juga yang menyatakan bahwa badannya menjadi lebih kurus dan kering, dan karena kurus, wajahnya kelihatan lebih tua. Mereka mengetahui berat badannya menurun karena sebelum dan sesudah cuci darah selalu dilakukan pengukuran berat badan.

Partisipan menungkapkan berat badan yang menurun merupakan efek dari cuci darah dan penyakit ginjal ginjal yang mereka derita. Sejak mereka di katakan harus menjalani cuci darah, maka harus selalu menjaga berat badan agar tidak naik di antara waktu dialisis. Sehingga

makananpun dijaga, tidak boleh makan sembarang, minum ditakar. Keluhan yang paling banyak adalah terjadinya penurunan nafsu makan, sehingga semakin hari mereka merasakan berat badannya semakin menurun. Kesempatan untuk makan enak hanya dapat terjadi ketika proses cuci darah sedang berlangsung, saat itu mereka dapat makan dengan bebas dan menikmati, tetapi setelah pulang biasanya hari pertama masih terasa enak makan, tetapi esok harinya makanan sudah tidak terasa lagi enaknya, jadi malas dan hilang nafsu makan, belum lagi adanya keharusan pembatasan makanan.

Peneliti membandingkan catatan berat badan sebelum cuci darah dan saat ini, terjadi penurunan yang bervariasi dengan rentang 5-20 kg. Beberapa partisipan terlihat sangat kurus, tulang-tulang menonjol, tetapi perutnya biasanya yang membesar. Hal ini sesuai dengan ungkapan partisipan di bawah ini :

"Efeknya kulit item, kurus mah udah pasti ya, kan sekarang makan mah dibatasi, minum juga sama, terus Hb kurang sejak sakit, nafsu makannya turun, terus tulang-tulang sakit kaya kurang kalsium gitu". (P3)

"Perubahan yang paling terasa berat badan menurun, warna kulit hitam, bengkak juga, ya beda dengan CAPD, sekarang mah makannya jadi malas, terus ngak boleh makan sembarang, waktu aku CAPD makan bebas, beda sekali dengan cuci darah". (P6)

"lemas, wajah berubah agak kehitaman, berat badan turun, jadi terasa lebih tua, wajah kelihatan cepet tua, kadang ada gatal, tetapi hilang lagi, wajah saya sekarnng hitam tetapi nggak ada masalah di sini banyak juga yang hitam (P8)

Selain mengeluhkan kulit wajah yang menghitam, tubuh menjadi kurus, juga adanya keluhan bahwa akibat dari kulit wajah yang menghitam itu membuat diri mereka menjadi minder dan tidak percaya diri. Perasaan ini timbul dari perubahan fisik yang terjadi sejak sakit dan perubahannya sangat berbeda dengan sebelum sakit. Hal ini dikeluhkan oleh partisipan perempuan. Dulu, kulit wajahnya bersih dan putih, sekarang menjadi hitam, dulu kulit wajahnya halus dan segar sekarang menjadi kasar dan kusam. Hal tersebut mempengaruhi mereka dalam citra tubuh dan harga diri mereka sebagai wanita. Adanya perasaan tidak cantik dan menarik menyebabkan perasaan

kurang nyaman, minder dalam proses interaksi dengan pasangan hidupnya, keluarga maupun dengan orang lain di sekitarnya. Seperti ungkapan beberapa partisipan di bawah ini :

“Sekarang rambutnya habis, giginya habis, kulitnya jadi kusam dan hitam asalnya bersih. Jadi banyak luka-luka di badan atau di jari-jari, kaki gitu, banyak luka keliatan, kalo udah luka lama mau sembuhnya. kulitnya jadi rusak, kusam gitu, jadi kurang percaya diri ”(P2)

“Kalau secara fisik begitulah sama, semua yang disisni sseperti itu, hitam kering, kurus, tadinya ibu tidak seperti itu kan sekarang kurus kering, dari kulit muka, ibu kan dulunya mukanya putih bersih, sekarang jadi hitam, itu penyebab mindernya ibu, sekarang ibu jadi seperti agak gosong, kelihatan lah” (P9)

“Ngerasa kurang cantik, minder, mindernya asalnya kulitnya, nggak gini, jadi menghitam, asalnya tidak terlalu kurus jadi kurus, terus kulit asalnya lemes, halus jadi kasar, jadi gimana ya tidak seperti dulu, sekarang hitam dulu mah kan cerah, terang gitu, sekarang mah kesannya kusam” (P10)

Terdapat lima partisipan, yaitu partisipan ke-1, 2, 4, 7, dan ke-9 selain mengeluhkan kulit wajah menjadi hitam, mereka juga mengungkapkan gigi menjadi keropos, gigi hancur, menjadi kuning dan giginya habis. Pada umumnya mereka tidak mengetahui mengapa giginya dapat mengalami kerusakan. Sebelum sakit sudah ada kerusakan gigi, tetapi sejak sakit dan menjalani cuci darah, perubahan yang dirasakan semakin berat. Seperti ungkapan beberapa partisipan di bawah ini :

“Gatal-gatal, kulit menjadi hitam terutama wajah, gigi keropos menjadi kuning, banyak yang rusak itu aja” (P4)

“Banyak perubahan yang saya alami, kulit agak hitam pada bagian wajah dan gatal, kemudian kram kaki. gigi saya hancur, gigi saya pada keropos (P7)

b. Badan lemah, lemas dan cepat capek

Perasaan lemah dan lemas diungkapkan oleh 8 partisipan, yaitu partisipan ke-1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, dan ke-10. Makna lemah dan lemas yang mereka rasakan disebabkan karena mereka tidak memiliki energi atau tenaga yang cukup untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Rasa lemas yang partisipan rasakan kadang disertai rasa pusing. Untuk memenuhi kebutuhan dasar

seperti ke toilet, mandi dan memakai baju harus ditolong atau digendong oleh suami / istrinya. Selain itu karena kelelemahannya beberapa partisipan sudah tidak mampu untuk bekerja lagi, ada 3 partisipan laki-laki yang mengajukan pensiunan dini dari pekerjaannya.

Rasa lemah dan lemas ini juga mempengaruhi aktivitas yang dilakukan oleh partisipan yang masih aktif bekerja di kantor. Hal ini diungkapkan oleh beberapa partisipan di bawah ini :

“Itu yg paling parah, lemas kadang masuk kantor saya merasa pusing, lemas jadi kadang tidur dulu, kadang dikantor saya hanya datang hanya sebentar kemudian tidur dulu, kalau merasa pusing dan lemas, jadi itu lagi sejak saya cuci darah, saya gak dapat tidur malam, justru saya tidurnya siang, (P8)

“Aku mah kalau sakit teh, sampai suami yang membedakin kadang saya gak mau, saya sampai lemes, aku di bedakin padahal aku sudah tidak berdaya itu teh, sudah pucet kadang siayah saya ke air pun di gendong, mandi di gendong, mandi di mandiin, setelah mandi di bajuan, di bajuan langsung di bedakin sama suami” (P10)

Ungkapan partisipan ke-7, yang mengatakan bahwa sejak sakit dan menjalani cuci darah cepat capek dan lemas. Untuk berjalan saja dari depan ke ruang cuci darah sudah susah dan harus istirahat 2 kali, apalagi untuk bekerja, sehingga partisipan total tidak bekerja lagi.

Partisipan ke-1 mengeluhkan ketika melakukan aktivitas mudah capek, sehingga aktivitas yang dilakukan tidak dapat lama, jika terlalu lama menyebabkan kaki bengkak. Cepat capek adalah pengaruh dari lemah dan lemasnya tubuhnya, sehingga bekerja tidak maksimal. Seperti yang dikemukakan partisipan di bawah ini :

“Kalo kerja, aktifkan gak dapat, cepat capek kesana kesini cepat capek. kalo kelamaan kerja kan suka bengkak jadi gak dapat aktifitas lama”(P1)

“Mempengaruh aktivitas teh, kan cepet capek, kalo misalkan bekerja itu kan gak maksimal, jalan juga capek kalau misalkan sapu-sapu, cuci piring, kadang terasa capenya” (P5)

“Sangat berpengaruh, ya yang itu cepat capek dan lemas, seandainya saya berjalan dari depan kesini ruang cuci darah, saya harus dua kali istirahat dulu, lemasnya itu yang saya alami, untuk jalan aja susah apalagi untuk bekerja. sekarang saya total tidak dapat bekerja lagi, duluan dapat gerak

bawa motor, sopir mobil, sekarang mah ngak”(P7)

Dua partisipan yaitu ke-2 dan ke-7 melakukan istirahat total tanpa ada sedikitpun aktivitas, hanya nonton TV. Sedangkan 3 partisipan yaitu ke-3, ke-4, dan ke-8 melakukan aktivitas ringan, masih bekerja tetapi hanya pekerjaan ringan yang tidak memerlukan banyak tenaga dan energi. Dua partisipan yaitu ke-1 dan ke-5 melakukan aktivitas sedang, Seperti yang dikemukakan partisipan di bawah ini :

“Ibu mah sejak sakit enggak kerja apa-apa lagi, istirahat aja, Jadi semua bapak yang kerjakan, jadi ibu rumah tangga gitu. Nyuci baju, semuanya, beresin rumah, nyuci piring, ngepel, semuanya bapak yang kerjakan” (P2)

“Jika dirumah kegiatannya ngak ada, saya, istirahat aja, kadang tidur atau nonton TV, untuk gerak aja kadang langsung lemas, cepat capek.”(P7)

“Kalo malam saya hanya nonton semua siaran TV sampai habis, saya nonton setelah jam 5 atau jam 6 pagi, saya makan setelah itu saya baru dapat tidur atau istirahat saja” (P8)

2. Perasaan, Gejala Emosional Yang Dirasakan

Ada tiga tema yang diungkapkan partisipan yaitu :

a. Tidak terima & ketakutan akan kematian

Ada lima partisipan ke-2, 5, 6, 8 dan 10 yang langsung tidak terima dan menolak ketika disampaikan bahwa mereka harus melakukan cuci darah, perasaan yang ada saat itu hilangnya harapan hidup.

Reaksi penolakan yang dialami menyebabkan mereka menunda untuk melakukan pengobatan cuci darah, dan mencari cara lain seperti pengobatan herbal, pengobatan cina, pengobatan alternatif bahkan sampai melakukan kompres tulang dan ke dukun. Partisipan ke-6, Partisipan ke-5 dan ke-8 Reaksi mereka terungkap dalam penuturan berikut ini :

“ Saya awalnya tidak menerima tadinya, tidak menerima kok saya harus cuci darah, tetapi kata dokter ini kan sudah bengkak-bengkak, sudah tidak kencing, ya pasrah saja kita mah, langsung saya kesini untuk cuci darah, sebenarnya neng saya memang ada perasaan takut (P5)

“Tidak menerima, itu vonis cuci darah dari dr.umum, bahkan saya sempat bilang ahhh

dokternya sudah gila, salah diagnosis kemudian saya langsung pulang” (P6)

Reaksi lain yang ada pada awal ketika harus menjalani cuci darah adalah adanya perasaan mengerikan dan ketakutan. Ada 6 partisipan ke-1, 3, 4, 5, 8 dan ke-9 yang mengungkapkan hal tersebut. Partisipan ke-1 dan ke-2 mengatakan belum pernah melihat atau mendengar tentang proses cuci darah. Reaksi mereka terungkap dalam penuturan partisipan berikut ini :

“Perasaan saya ngeri sekali, ngeliat nya, ya takut juga gitu tetapi gimana ya deg-degkan juga ” (P1)

“Perasannya takut, yang namanya denger cuci darah itu kan suatu kata yang mengerikan, kalo cuci darah mah ngak dapat pipis, BAB susah” (P3)

Dinamika lain alasan rasa takut yang dirasakan partisipan adalah dengan cuci darah mereka membayangkan pasti akan mati atau meninggal. Keyakinan ini semakin kuat dengan adanya kejadian yang mereka alami banyak teman mereka yang melakukan cuci darah sekali langsung meninggal. hal ini terungkap dalam penuturan partisipan berikut ini :

“saya takut banget piyee, ngeri banget, saya juga takut gituu, takut mati, bapak membayangkan ketika bapak cuci darah itu akan mati, saat inipun saya masih takut, banyak teman saya yang mati selama cuci darah” (P4)

“Waduh bu, saya sangat syok rasanya kaget sekali dalam fikiran saya cuci darah itu berarti saya akan mati, sudah tidak ada harapan hidup lagi (P7)

“Wahh saya langsung nolak, dan saya langsung dwon syok berat, karena ada teman saya juga melakukan cuci darah sekali langsung meninggal.” (P8)

b. Perasaan tak berdaya dan merasa hidup tak berguna.

Ada tujuh Partisipan ke-1, 2, 3, 4, 7, 8 dan ke-10 yang mengungkapkan perasaan tak berdaya. Adanya rasa bosan, capek, jenuh dalam menjalani cuci darah, ingin lepas dari rutinitas tindakan cuci darah tetapi tidak dapat, jadi partisipan merasa terjebak dalam situasi yang sulit, dimana ingin berhenti tetapi hal itu tidak mungkin dilakukan. Adanya perasaan tak berharga rasa frustrasi dan perasaan terbuang karena

ketidakmampuan dalam memberikan nafkah lahir dan batin dan ketidakmampuan dalam hubungan seksual dengan pasangan hidupnya baik pada partisipan laki-laki, maupun partisipan perempuan.

Seperti yang diungkapkan beberapa partisipan dibawah ini :

“sedih kasian sama anak, istri, hidup ini tidak berguna gitu teh, kerja gak dapat gitu, kasih nafkah istri gak dapat, nafkah lahir batin gak dapat, perasaan tidak berdaya, tidak berguna” (P1)

“Sudah tidak ada gunanya hidup ini teh, udah capek, tidak kuat lagi cuci darah, sudah jenuh, percuma juga hidup tetapi seperti ini, ngak dapat apa-apa” (P2)

Perasaan tak berguna pada partisipan laki-laki lebih mengarah pada peran mereka sebagai kepala rumah tangga, dimana terjadi perubahan peran yang seharusnya mampu mencari nafkah untuk kehidupan rumah tangga. Selain itu hilangnya kemampuan diri sebagai seorang suami dalam kehidupan seksual. Sedangkan perasaan tak berguna pada partisipan perempuan, lebih berfokus terhadap ketidakmampuan dalam aktivitas sehari-hari sebagai seorang ibu untuk anak-anaknya maupun sebagai seorang istri dalam memberikan pelayanan seksual terhadap suami. Hal ini sesuai dengan penuturan partisipan dibawah ini :

“perasaan saya sangat frustrasi, merasa tak berharga, tak berguna tidak ada gunanya hidup ini, saya merasa sangat frustrasi, saya merasa saya sudah tidak ada gunanya, tidak ada manfaatnya, baik dalam masalah hubungan dengan istri maupun dalam kehidupan saya sebagai seorang laki-laki.” (P7)

“Ya itu ada perasaan terbuang terutama dikantor kadang-kadang saya masuk kantor pulang lagi, saya masih punya anak yang masih harus saya biayai” (P8)

“kadang jika datang sesaknya, lemas aja kebadan, jika sedang ngajar istrhat dulu, kalau sakit sesek kadang merasa tak berdaya, ”(P10)

c. Kasihan, meminta maaf dan menyarankan pasangan menikah lagi.

Perasaan dan gejala emosional yang lain dan dirasakan partisipan adalah merasa kasihan terhadap pasangan hidupnya dan rasa kasihan ini ada pada diri semua partisipan, berhubungan dengan masalah

kehidupan seksual. seperti yang diungkapkan partisipan ke-6, yang meminta maaf pada istrinya karena tidak dapat seperti dulu lagi, tidak dapat memuaskan istri lagi. Hal ini dapat dilihat dari penuturan partisipan dibawah ini :

“saya menyampaikan, aduh ibu maafin ayah bu, ngak dapat lagi kaya dulu, ngak dapat memuaskan ibu lagi, (P6)

“Saya kasihan kadang-kadang sama istri saya mah kadang fikir percuma juga mencoba melakuin karena ngak dapat berdiri” (P8)

Perasaan ketidak berdayaan terhadap kondisi penyakitnya menyebabkan partisipan menganjurkan pasangannya untuk menikah lagi. Seperti yang diutarakan partisipan ke-1, ke-3 dan ke-5, hal ini dapat dilihat dari penuturan partisipan dibawah ini:

“Saya selalu bilang, saya minta maaf mah minta maaf ngak dapat kasih nafkah lahir batin, Mamah, kalo mau mah silahkan aja ceraikan saya, tingalkan saya, saya udah gak ada bergunanya lagi sebagai seorang laki-laki. Saya mah ridho gitu ditinggalkeun, (P1)

“Ibu ngak dapat lagi layanin sibapak, aduh ampun, jangan, tobat, ngak kuat, ibu menolak, kalo bapak mau, cari saja yang lain kata ibu gitu, ibu mah udah nyarakan bapak cari saja wanita lain karena ibu udah udah ngak dapat, ”(P2)

“Kan pernah gini kita teh kan udah menyadari diri ya kalo kita teh udah gak kaya dulu, pernah nyuruh, pak kalo mau kawin lagi, sok (silahkan) aja, mamah mah ridho karena kan kalo kita ngak gitu, dosa juga kan ke kitanya, ”(P3)

PEMBAHASAN

Terdapat delapan dari sepuluh partisipan mengungkapkan bahwa kulitnya menjadi hitam, terutama pada bagian wajah. Selain kulit wajah menjadi hitam juga terlihat kusam, kasar dan terlihat lebih tua. Hal ini mempengaruhi persepsi diri partisipan. Mereka menjadi minder dan kurang percaya diri.

Berdasarkan pendekatan teori, apa yang dirasakan oleh partisipan merupakan tanda dan gejala dari gangguan fungsi ginjal. Pada sistem integumen yang ditandai dengan warna kulit abu-abu mengkilat, kulit kering dan bersisik, pruritus, echymosis, kuku tipis dan rapuh serta rambut tipis dan kasar (Smeltzer & Bare, 2005). Pigmentasi yang tidak merata pada kulit yang terlihat sebagai bercak-bercak pigmentasi, yang disebabkan oleh penumpukan pigmen

melanin secara tidak teratur dalam sel sel basal di epidermis. Hal ini yang menyebabkan kulit pasien semakin hitam.

Perubahan kulit, penimbunan pigmen urine (terutama urokrom) bersama anemia pada insufisiensi ginjal lanjut akan menyebabkan kulit pasien menjadi putih seakan-akan berkilin dan kekuning-kuningan. Pada orang berkulit coklat, kulit akan berwarna coklat kekuningan, sedangkan pada orang kulit hitam akan berwarna abu-abu bersema kuning, terutama di daerah telapak tangan dan kaki. Kulit mungkin menjadi kering dan bersisik, sedangkan rambut menjadi rapuh dan berubah warna. Gatal-gatal dengan eksoriasi akibat toksin uremik dan pengendapan kalsium di pori-pori kulit echymosis akibat gangguan hematologis, urea terakumulasi, yang mengarah ke azotemia dan akhirnya uremia dan urea diekskresikan oleh keringat dan mengkristal pada kulit yang dikenal dengan frost uremic (Soeparman, 2005).

Sesuai penelitian Harilall (2008), Perubahan dalam penampilan fisik akibat penyakit ginjal kronis bervariasi dan berbeda antara pasien HD. Kadang-kadang kulit dapat menjadi lebih pucat, kering dan bersisik dan pasien mungkin ingin menggunakan kosmetik untuk mengubah warna kulit mereka. Perubahan dapat terjadi pada berat badan, karena kehilangan cairan atau retensi. Pasien mengalami perubahan rasa dan bau napas yang berbeda, berbau khas ureum akibat racun yang biasanya dikeluarkan oleh ginjal (Harilall, 2008).

Perasaan minder dan tidak percaya diri yang diungkapkan partisipan sesuai dengan penelitian Schlebusch (2005), adanya gangguan citra tubuh akibat hilangnya fungsi tubuh, akan dialami beberapa pasien GGT. Mereka secara tidak sadar menganggap diri mereka tidak lengkap (cacat), karena mesin dialisis merupakan pengganti ginjal dan dirasakan sebagai bagian dari tubuhnya. Perasaan ini membuat adanya perasaan tidak lengkap.

Bexter (2006), menemukan hal yang berbeda tentang penyebab rasa minder dan perubahan citra tubuh. Dalam penelitiannya, Bexter mengatakan sumber gangguan harga diri pasien gagal ginjal adalah pemasangan fistula. Meskipun fistula ditempatkan di bawah kulit, mereka tetap dapat melihat dengan jelas. Peningkatan aliran darah melalui pembuluh darah, menyebabkan perut pasien HD menjadi buncit dan adanya pembesaran di bagian

belakang tangan dan lengan bawah, dan ini mengganggu penampilan. (Bexter, 2006).

Pada pasien dengan gagal ginjal yang menjalani dialisis, adanya keluhan mual, muntah, tidak ada nafsu makan maupun penurunan berat badan harus dievaluasi secara hati-hati, diperkirakan penderita dialisis menunjukkan tanda dan gejala malnutrisi. Malnutrisi pada gagal ginjal terminal disebabkan oleh toksin uremi dan oleh prosedur hemodialisa. *Anoreksia* pada penderita gagal ginjal terminal yang dilakukan hemodialisa kronis sering terjadi. Pada pasien dengan gagal ginjal kronis biasanya akan berkembang *Protein Energy Malnutrition (PEM)*. Beberapa studi memperkirakan bahwa pasien dengan gagal ginjal akan memiliki asupan energi dan protein yang tidak cukup bahkan pada saat awal berkembangnya penyakit. *Anorexia* merupakan salah satu faktor penyebab dari rendahnya konsumsi makanan dan dapat berakibat pada gangguan hormonal. Faktor penyebab lainnya adalah *nausea* dan *vomiting*, pembatasan diet, uremia dan pengobatan. Kehilangan zat gizi dapat memberikan kontribusi pada *malnutrisi* dan disebabkan akibat dari *vomiting*, diare, pendarahan sistem pencernaan, *concurrent catabolic illness* dan dialisis (Kusuma, 2010).

Kejadian Anoreksia pada pasien pasien HD sekitar sepertiga dari jumlah pasien HD. Dalam penelitian ini dengan jumlah sampel 331, terjadi penurunan nafsu makan pada pasien HD sejumlah 124 pasien. Dengan rincian : Nafsu makan berkurang (38%) , tidak ada nafsu makan (7%) dan nafsu makan baik (31%). Demikian pula, dalam studi pasien Hemodialisis yang lain 1/3 dari pasien HD dengan jumlah 1846 melaporkan nafsu makan berkurang (23,8%) dan sangat kurang(8,8%). terdapat *anoreksia* dalam (37,8%) kasus. Menariknya, dilaporkan bahwa persentase yang lebih tinggi dari pasien memiliki nafsu makan yang buruk (12,7%) pada hari ketika dialisis dan (5,4%) ketika tidak menjalani dialisis (Bossola et al, 2006).

Pada gagal ginjal terminal dan pengobatan yang diberikan akan menyebabkan perubahan besar dalam gaya hidup pasien yang membuat frustrasi dalam semua aspek kehidupan pasien, termasuk pembatasan asupan makanan dan cairan. Bila nutrisi tidak diperhatikan, pasien gagal ginjal akan jatuh ke dalam keadaan malnutrisi. Pasien dengan gagal ginjal mengalami penurunan berat badan yang disertai pembengkakan tubuh dan perubahan pada

pegecapan rasa makanan. Pasien sering tidak mau makan banyak karena adanya pembatasan diet.

Perasaan lemah dan lemas diungkapkan oleh delapan dari sepuluh partisipan. Makna lemah dan lemas yang mereka rasakan disebabkan karena mereka tidak memiliki energi atau tenaga yang cukup untuk melakukan aktivitas sehari-hari.

Fungsi ginjal sebagai penyaring darah dari sisa-sisa metabolisme menjadikan keberadaannya tidak dapat tergantikan oleh organ tubuh lainnya. Kerusakan atau gangguan pada ginjal menimbulkan masalah pada kemampuan dan kekuatan tubuh. Akibatnya, aktivitas terganggu dan tubuh jadi mudah letih dan lemas (Colvy, 2010). Salah satu fungsi ginjal memproduksi hormon erythropoietin, karena fungsi ginjal rusak sintesis hormon menurun sehingga berpotensi menyebabkan anemia, dan hal tersebut menjadikan penderita mengalami kelelahan, hilang nafsu makan, mual dan muntah. Kelelahan dan lemah dapat disebabkan oleh anemia atau akumulasi *substansi* buangan dalam tubuh.

Penyebab utama anemia adalah berkurangnya pembentukan sel darah merah akibat defisiensi pembentukan eritropoietin oleh ginjal dan masa hidup sel darah merah pada penderita gagal ginjal hanya sekitar separuh dari masa hidup sel darah merah normal (Smeltzer & Bare, 2005).

Ungkapkan partisipan sesuai dengan penelitian yang dilakukan Keser (2006), yang mengatakan bahwa pasien dengan penyakit kronis menghadapi berbagai masalah, seperti kelemahan, kelelahan, penyakit tulang dan disfungsi seksual yang dapat muncul dari faktor fisiologis dan psikologis. Kelelahan dan kurangnya energi adalah gejala yang paling signifikan yang terkait dengan HD. Gejala umum lain yang dialami adalah sakit kepala, nyeri, mual, kram, kehilangan berat badan dan melihat.

Pasien HD sering mengalami kelelahan, sehingga mereka dapat tertidur setiap saat jika tidak ada aktivitas di sekitar mereka. Pengalaman kelelahan pasien berhubungan dengan kesulitan pasien secara fisik dan fungsional, dan ini mempengaruhi kegiatan sehari-hari mereka. Kelelahan fisik dan mental yang demikian harus dilihat sebagai aspek inti dalam proses dialisis. Hal ini berpengaruh dalam kemampuan untuk melaksanakan tugas

sehari-hari karena kapasitas fungsional mereka berkurang (Harilall, 2008).

Temuan tentang keterbatasan fisik dan kelelahan, ini konsisten dengan pengamatan yang dilakukan oleh beberapa peneliti. Mc Cann dan Boore dikutip dalam Shabalala (2004) melaporkan tingkat tinggi kelelahan, bersama dengan vitalitas yang rendah, motivasi berkurang, aktivitas berkurang dan kelelahan mental yang dialami oleh pasien hemodialisis dewasa. Kouidi (2004) berpendapat bahwa latihan pada pasien dialisis dalam peningkatan kapasitas fungsional, menunjukkan perbaikan pada psikologis dan peningkatan fungsi sosial. Goldberg, et all dikutip dalam Kouidi (2004) lebih lanjut menambahkan bahwa latihan dapat membuat kehidupan pasien HD kembali ke normal dan mampu meningkatkan fungsi psikososial mereka dan meningkatkan energi mereka.

Sesuai dengan penelitian Harilall (2008), banyak pasien dengan gagal ginjal tidak mampu melakukan aktivitas fisik seperti sebelum mereka sakit, maka perlu ada pengaturan pembatasan aktivitas pada pasien HD. Aktivitas harus dibatasi, terutama yang terbiasa berenang atau olahraga aktif. Aktivitas yang dilakukan sebaiknya aktivitas yang dapat meningkatkan kekuatan dan daya tahan, mencegah kelelahan, stres dan depresi dan meningkatkan kualitas keseluruhan sehari-hari hidup. Dalam sebuah penelitian deskriptif korelasional yang dilakukan oleh McCann dan Boore (2000) memeriksa adanya kelelahan dalam kelompok pasien hemodialisis usia dewasa, hasil penelitian tersebut mengindikasikan tingginya kasus kelelahan, disertai dengan vitalitas yang rendah dan motivasi berkurang. Lindsay, dikutip dalam Henderson dan Thuma (2000) menjelaskan bahwa penyakit kronis yang diderita pasien, seperti kondisi yang lemah dan kelelahan akan menyebabkan perubahan konsep diri dan harga diri seseorang sehingga memerlukan kemungkinan penyesuaian kematian dan mobilisasi pertahanan dan mekanisme coping.

Diagnosis harus melakukan cuci darah adalah pengalaman menghancurkan bagi yang bersangkutan (Ross & Deverell, 2004). Muncul reaksi, salah satunya adalah takut akan ancaman kematian. Dialisis merupakan sumber kecemasan bagi pasien GGT karena kemungkinan komplikasi seperti infeksi, kemungkinan pendarahan sampai mati jika selang AV *shunt* lepas dan kemungkinan terjadi

pembekuan darah. Sumber ancaman kematian juga berakar pada kesadaran bahwa kelanjutan kehidupan tergantung pada variabel-variabel eksternal di luar kendali seperti obat, mesin HD, staf unit ginjal, sumber daya yang tersedia dan masyarakat (Schlebusch 2005). Selain itu selalu terjadi reaksi penolakan yang dialami pasien gagal ginjal ketika awal diagnosis. Fase penolakan (*denial*) pasien terhadap penyakitnya karena adanya kecemasan akan tindakan yang akan diterimanya, hal ini terjadi terutama pada pasien yang masih menggunakan akses temporer karena tindakan pemasangan fistula tersebut dirasakan sangat sakit (Hudak & Gallo, 2010).

Pertahanan utama yang digunakan oleh pasien dengan dialisis adalah penyangkalan. Penolakan yang terjadi pada pasien HD akan menyebabkan terjadinya depresi. Pasien dialisis melindungi diri mereka terhadap stress yang dihadapi dengan menggunakan sumber daya apapun yang tersedia. Tanpa persiapan diri dari diagnosa gagal ginjal terminal, kenyataan tersebut mereka tidak pernah terima. Ada reaksi yang pasti, kebanyakan pasien memasuki masa penyangkalan. Mereka benar-benar tidak yakin bahwa ginjal mereka telah gagal. (Harilall, 2008).

Menurut Schlebusch (2005), ketakutan akan kematian adalah pemicu stress utama karena HD merupakan suatu usaha dari perjuangan untuk bertahan hidup. Untuk pasien HD, terjadi penurunan dan adanya ketakutan yang tidak dapat ditolerir sebagaimana dalam kesadaran bahwa kelangsungan hidup mereka sangat tergantung pada mesin dialisis. Pasien HD mengalami beberapa kecemasan tentang potensi masalah yang dapat muncul, salah satunya adalah kematian dini. Hal ini sesuai dalam penelitian Kouidi (2004) melaporkan bahwa pasien dialisis masih menghadapi stres akut dan kronis, meyakini bahwa kelangsungan hidup mereka tergantung sepenuhnya pada teknologi dan sarana buatan, mesin dialisis (Kouidi, 2004)

Penyakit kronik dan kebutuhan untuk perawatan yang terus menerus menyebabkan pasien mengalami perasaan tidak berdaya yang mengarah ke depresi. Pemindahan, isolasi perasaan, proyeksi dan pembentukan mekanisme pertahanan, semua reaksi digunakan oleh pasien dengan dialisis. Ketakutan, kecemasan, kemarahan, penarikan reaksi, umum ditampilkan dalam adaptasi terhadap penyakit ginjal. Jika kemarahan dan

permusuhan tidak diungkapkan, perasaan bersalah mulai timbul. Penarikan diri sebagai reaksi lain terjadi ketika kemarahan itu tidak dinyatakan secara langsung. Frazier-Fortner (2008) melaporkan bahwa reaksi pasien dengan dialisis yang situasional dan dilihat sebagai reaksi yang menyebabkan untuk terjadinya stres berat.

Menurut Welch dan Austin (2001) depresi adalah sangat umum terjadi di antara pasien dengan GGT terutama yang menjalani terapi HD. Kimmel (2000) menyatakan bahwa pasien dialisis kronik mengalami kerugian banyak, termasuk hilangnya fungsi ginjal, kesejahteraan, tempat dalam keluarga dan tempat kerja, waktu, sumber daya keuangan dan fungsi seksual. Ini tidak mengejutkan bahwa sebagian besar pasien menderita depresi pada satu tahap atau pada tahap yang lain.

Depresi adalah masalah lain yang terlihat pada pasien dengan GGT. Dalam sebuah penelitian yang dilakukan oleh McCann dan Boore (2000) pada pasien HD, bahwa pasien yang mendapatkan terapi hemodialisis dapat menyebabkan gangguan depresi dan kecemasan. Tidak bekerja merupakan pemicu stres utama pada pasien dengan penyakit ginjal kronik. Sebuah studi yang dilakukan oleh Kimmel (2000) mengungkapkan bahwa persentase terbesar penduduk dengan penyakit GGT yang menganggur/ tidak bekerja, sebagian karena usia tua, penyakit medis dan disinsentif sosial. Pasien dari latar belakang sosial ekonomi rendah akan mengalami kesulitan untuk memenuhi tuntutan keuangan terapi hemodialisis. Pasien mungkin bekerja lebih sedikit atau tidak bekerja karena kondisi yang melemahkan dirinya (Kimmel 2000).

Dampak biopsikososial GGT pada pasien dialisis dan pasangan mereka di Australia, mengungkapkan bahwa baik pasien dan pasangan, mereka melihat hubungan mereka selama dialisis dan keduanya mengatakan dampak dialisis pada kehidupan mereka cukup berat. Adanya kemarahan, depresi dan keputusan yang nyata yang dialami pasien, sedangkan kesedihan yang dalam, kebencian, rasa bersalah dan kehilangan yang kadang dirasakan oleh pasangan (White & Grenyer, 2000).

Kondisi perilaku seksual seseorang dan pasangannya, baik yang sehat maupun yang tidak sehat mewarnai kualitas hidup yang bersangkutan dan pasangannya, artinya perilaku seksual yang sehat dapat membuat

hidupnya berkualitas dan sebaliknya perilaku seksual yang tidak sehat dapat membuat hidupnya tidak berkualitas. Hal ini sejalan dengan pandangan Pangkahila (2007) yang menyatakan bahwa pada akhirnya disfungsi seksual dapat mengganggu kualitas hidup yang bersangkutan dan pasangannya (Pangkahila, 2007)

Daugirdas et al (2001) berpendapat bahwa dialisis akan menyebabkan kesulitan seksual pada laki-laki dan perempuan dengan gagal ginjal. Mereka menambahkan terjadinya impotensi yang berkembang pada laki-laki yang dirawat dengan dialisis dan perempuan pada dialisis, berkurangnya frekuensi orgasme selama hubungan seksual. Pada perempuan, terjadinya penghentian menstruasi, berkurangnya kesuburan dan perubahan dalam penampilan dapat menyebabkan disfungsi seksual.

Studi Galpin (2002) menyoroti pengaruh perubahan citra tubuh pada harga diri pasien dan akibatnya mempengaruhi identitas seksual dan pola fungsi seksual. Berdasarkan ungkapan partisipan, perasaan kasihan dan meminta maaf kepada pasangannya merupakan refleksi dari ketidakmampuan dalam memberikan nafkah lahir maupun batin baik pada responden laki-laki maupun responden perempuan. Sehingga partisipan menganjurkan pasangan hidupnya untuk menikah, perkawinan tidak hanya bertujuan untuk mewujudkan kebahagiaan lahiriah saja tetapi juga bertujuan untuk mewujudkan kebahagiaan batiniah karena perkawinan bukan hanya dilihat sebagai hubungan jasmani saja, tetapi juga merupakan hubungan batin.

KESIMPULAN DAN SARAN

Perubahan fisik dan aktivitas fisik yang dialami pasien gagal ginjal terminal merupakan akibat dari kerusakan ginjal dan proses hemodialisis yang dijalani. Perubahan tersebut mempengaruhi kehidupan mereka seperti kulit wajah hitam, gigi rusak, badan kurus, badan lemah, lemas dan cepat capek yang berkontribusi pada menurunnya kualitas hidup.

Perasaan dan gejala emosional yang dirasakan pasien gagal ginjal terminal adalah tidak terima dan ketakutan akan kematian, adanya perasaan tidak berdaya dan merasa hidup tidak berguna, serta kasihan, meminta maaf dan menyarankan pasangan menikah lagi.

Adanya kecemasan, stress, dan perasaan depresi terhadap pasangan hidupnya merupakan aspek seksualitas yang ada pada pasien GGT.

DAFTAR PUSTAKA

- Ali Qaimi. (2007), *Pernikahan Masalah dan Solusinya*. Jakarta. Cahaya.
- Aghighi, M. (2009). *Changing Epidemiology of End-Stage Renal Disease in Last 10 Years in Iran*. Retrieved
- Aslan, G., et all (2003). *Analysis of premature ejaculation in hemodialysis patients using the International Index of Erectile Function*.
- Awi Muliadi M, (2010) *Terapi pengganti ginjal, renal replacement therapy (RRT)*. Diakses tanggal 10 november, 2011, dari
- Baxter, (2006). *Understanding Treatment Options For Renal Therapy* Baxter Healthcare Corporation.
- Bharita Harilall. (2008). *Experiences Of Patients On Haemodialysis And Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis In End Stage Renal Disease : An exploratory study at a tertiary hospital in, Durban, South Africa*.
- Baradero, M. (2008). *Seri Asuhan Keperawatan : Klien Gangguan Ginjal*. Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta.
- Burns, D. (2004). *Physical and psychosocial adaptation of Blacks on hemodialysis*. *Applied Nursing research*, 17(2), 116-124.
- Burrows-Hudson, S & Prowant, B. (2005). *Nephrology nursing standards of practice and guidelines for care*. Pitman, NJ : American Nephrology Nurses Association.
- Callahan, M. B. (2000). *The Role of the Nephrology Social Worker in Optimizing Treatment Outcomes for End-Stage Renal Disease Patients*. *Dialysis and Transplantation*, 27 (11):630 - 642.
- Colvy, J. (2010). *Gagal Ginjal : Tips Cerdas Mengenali & Mencegah Gagal Ginjal*. Yogyakarta: Penerbit DAFA Publishing.
- Corwin Elizabeth, J. (2009). *Buku Saku Patofisiologi*. Jakarta: EGC
- Frazier & Fortner, C. L. (2000). *Social Work And Dialysis - The Medical and Psychosocial Aspects of Kidney Disease*. Berkeley.
- Grassmann, A. (2005). *ESRD Patients in 2004: Global Overview of Patient Numbers, Treatment Modalities and Associated Trends*.
- Hancock, B. (2002). *Trent Focus for Research and Development in Primary Health Care*

- An Introduction to Qualitative Research. Trent Focus Group: University of Nottingham.
- Hedayati S. Et all (2009). Validation of Depression Screening Scales in Patients With CKD, Volume 54, Issue 3 , Pages 433-439.
- Henderson, L.W. & Thuma, R.S. (1999). Quality Assurance in Dialysis. Great Britain: Kluwer Academic Publishers.
- Hudak & Gallo. 2005. Keperawatan Kritis, Pendekatan Holistik, 6 (II).
- Kimmel, P.L. (2000). Psychological Factors In Adult End - Stage Renal Disease Patients Treated With Haemodialysis. Correlates And Outcomes. American Journal of Kidney Diseases, 35(4): 132 - 140.
- Kouidi, E. (2004). Health-Related Quality Of Life In End-Stage Renal Disease Patients: The Effects Of Renal Rehabilitation. Clinical Nephrology, 61(1): S60-S71.
- Kusuma RJ, (2010) Management Diet Untuk Pasien Dengan Gagal Ginjal..
- Magnan, M., et all (2005). Barriers to addressing patient sexuality in nursing practice. MedSurg Nursing, 14(5), 282-289.
- M Bossola L., Tazza S., Giungi & G Luciani. (2006). Anorexia in hemodialysis patients: An update, Kidney International. 70, 417–422. Doi:10.1038/sj.ki.5001572
- McCann, K & Boore, J.R.P. (2000) Fatigue In Persons With Renal Failure Who Require Maintenance Haemodialysis. Journal of Advanced Nursing, 32 (5): 1132 - 1142.
- McClellan, et all (2010). Physical and psychological burden of chronic kidney disease among older adults. *American journal of nephrology*, 31(4), 309-317. doi:10.1159/000285113
- Moleong, L. (2011) Metodologi penelitian kualitatif. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya
- Pelletier-Hibbert, M. & Sohi. (2001). Sources of uncertainty and coping strategies used by family members of individuals living with end stage renal disease. Nephrology Nursing Journal, 28(4), 411-418.
- Perhimpunan Nefrologi Indonesia, PERNEFRI, (2012). Penyakit Ginjal Kronik dan Glomerulopati: Aspek Klinik dan Patologi Ginjal. PERNEFRI, Jakarta
- Polaschek, N. (2002). Living on dialysis: Concerns of clients in a renal setting.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2006). Essentials of Nursing Research Methods, a Appraisal, and Utilization (6th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Price, S. Et all (2005). Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit. Buku Kedokteran EGC, Jakarta.
- Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description. Research in Nursing & Society of Nephrology
- Schlebusch, L.(1990). Clinical Health Psychology A Behavioural Medicine Perspective. Half way House: Southern Book Publishers.
- Shabalala, T.M. (2004). Factors that facilitate Adherence to Haemodialysis therapy amongst patients with chronic renal failure. University of KwaZulu Natal.
- Sibernagl Stevan & Lang Florian, (2007), Teks dan Atlas Berwarna Patofisiologi. Edisi kedua, penerbit EGC.
- Smeltzer, et all (2005). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth. Edisi 8. Jakarta :EGC
- Sugiyono. (2008). Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R & D. Bandung: Alfabeta.

- McClellan, W. M., Abramson, J., Newsome, B., Temple, E., Wadley, V. G., Audhya, P., . . . Kimmel, P. (2010). Physical and psychological burden of chronic kidney disease among older adults. *American journal of nephrology*, 31(4), 309-317. doi:10.1159/000285113
- Weisbord, S. D., Fried, L. F., Mor, M. K., Resnick, A. L., Unruh, M. L., Palevsky, P. M., . . . Kimmel, P. L. (2007). Renal provider recognition of symptoms in patients on maintenance hemodialysis. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 2(5), 960-967.