

SUPPORT PSIKOSOSIAL PASIEN END STAGE RENAL DISEASE (ESRD)

Endro Haksara, M.Kep
Staf Keperawatan Unit Dialisis Rumah Sakit Tentara dr. Soedjono Magelang
ehaksara@gmail.com

Abstrak

Gagal ginjal kronis atau stadium akhir penyakit ginjal / *End Stage renal Disease (ESRD)*, adalah kemunduran fungsi ginjal yang progresif dan ireversibel dimana kemampuan tubuh untuk menjaga keseimbangan metabolik, cairan dan elektrolit terganggu, mengakibatkan uremia atau azotemia (retensi urea dan nitrogen lainnya. Limbah dalam darah). ESRD bisa disebabkan oleh penyakit sistemik, seperti diabetes mellitus (penyebab utama); hipertensi; Glomerulonefritis kronis; Pielonefritis (radang panggul ginjal); Penyumbatan saluran kemih; Lesi herediter, seperti pada penyakit ginjal polistik; Gangguan vaskular; Infeksi; Obat-obatan; Atau agen beracun. Kondisi komorbid yang berkembang selama insufisiensi ginjal kronis berkontribusi pada morbiditas dan mortalitas yang tinggi di antara pasien dengan ESRD. Beberapa hal pada aspek sosial pasien yang menjalani dialysis diantaranya emosi, gaya hidup, fungsi seksual dan perubahan peran sangat berpengaruh pada kualitas hidup pasien ESRD. Gangguan psikososial pasien ESRD yang sering muncul adalah depresi, harga diri rendah dan tahap yang lebih lanjut adalah isolasi sosial.

Intervensi psikososial harus dilakukan sedini mungkin sejak diagnosis gagal ginjal ditetapkan dilakukan secara terus menerus untuk membuatnya lebih baik, antara lain implikasi keperawatan (peran perawat), membina hubungan saling percaya, edukasi, motivasi, pemberian dukungan, membesarkan hati, mengajarkan cara membantu diri sendiri dan memonitor diri sendiri akan meningkatkan kualitas hidup pasien. Selain beberapa hal tersebut terapi yang sedang dikembangkan adalah Terapi *Spiritual Emotional Freedom Technique (SEFT)* dan *Support group*. Terapi SEFT berpengaruh untuk penurunan tingkat depresi pada pasien hemodialisa. Unsur kekuatan do'a terapi SEFT efektif menurunkan depresi yang diberikan dapat membuat perasaan tenang, membangkitkan harapan, rasa percaya diri dan menambah keimanan seseorang sehingga dampak psikologis dari penyakit dan terapi hemodialisa yang dijalani dapat diatasi dengan terapi ini.

Support group merupakan salah satu proses terapi pada suatu kelompok yang memiliki permasalahan yang sama untuk saling memotivasi dan belajar bersama dalam perawatan sesuai dengan permasalahannya sehingga meningkatkan kualitas hidup mereka.

Penyakit Ginjal Kronis (PGK) menurut *National Kidney Foundation Kidney Disease Outcome Quality Initiative (NKF-KDOQI)* adalah kerusakan ginjal yang telah berlangsung selama 3 bulan atau lebih, berupa kelainan struktur ginjal atau gangguan fungsi ginjal, dengan atau tanpa penurunan laju filtrasi glomerulus, yang ditandai dengan kelainan patofisiologi atau adanya pertanda kerusakan ginjal,

termasuk kelainan komposisi darah atau urine, atau kelainan dalam evaluasi radiologis, atau penurunan laju filtrasi glomerulus.

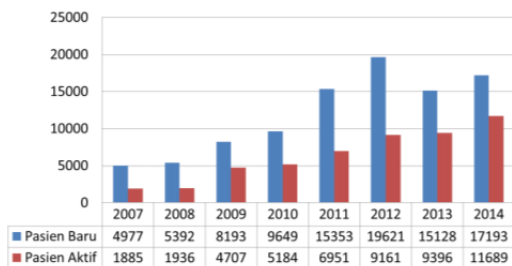
Penderita penyakit ginjal tahap akhir atau disebut juga dengan *End Stage Renal Disease (ESRD)* di Amerika Serikat tahun 2013 yaitu 468.000 diantaranya menjalani hemodialisis dan 193.000 menjalani

transplantasi ginjal (United States Renal Data System /USRDS) (2013).

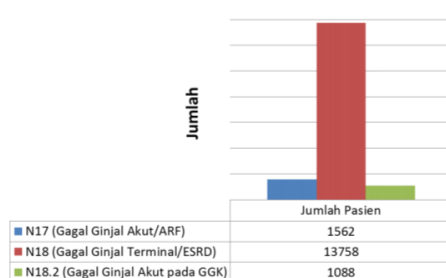
Prevalensi PGK tertinggi didapatkan di Jepang dengan jumlah 2000 per juta penduduk, di Amerika 1500 per juta penduduk, di Eropa 800 per juta penduduk. Di Malaysia, dengan populasi 18 juta, diperkirakan terdapat 1800 kasus baru Penyakit Ginjal Kronis pertahunnya. Di negara - negara berkembang lainnya, insiden ini diperkirakan sekitar 40 - 60 kasus perjuta penduduk per tahun.

Di Indonesia, jumlah penderita penyakit ginjal kronik (PGK) pada tahun 2014 yang menjalani hemodialisa yaitu pasien baru 17.193, pasien aktif/rutin menjalani HD 11.689, menjalani CAPD yaitu 1.423 dan diagnosa utama N18 (gagal ginjal terminal atau ESRD) jumlah 13.758 (IRR, 2014).

Pasien baru dan pasien aktif di Indonesia dari tahun 2007 – 2014



Diagnosa Penyakit Utama pasien HD Di Indonesia Tahun 2014



Peningkatan epidemi PGK secara global yang berakhir pada ESRD merupakan masalah yang sangat serius bagi banyak negara berkembang. Perawatan terhadap pasien yang menjalani dialisis tidak hanya fokus pada aspek medis dan teknis, tetapi juga terhadap faktor psikososial (seperti

kualitas hidup dan kepuasan pasien) yang juga akan ikut berpengaruh terhadap kesehatan pasien. Faktor-faktor lain dalam ESRD dengan dialisis, seperti gangguan tidur, gangguan fungsi seksual, anemia, manifestasi klinis dari penyakit komorbid, dan status nutrisi juga turut memberikan dampak terhadap kualitas hidup pasien (Okpechi et al, 2013).

Pasien yang menjalani HD dalam waktu lama jelas mengalami penurunan kualitas hidup. Hal ini terbukti dari beberapa hasil studi yang menunjukkan adanya penurunan kualitas hidup pasien HD. Pada penelitian tahun 2011, di dapatkan prevalensi pasien HD yang mempunyai kualitas hidup kurang baik mencapai 47,4% (Nurchayati, 2011).

Secara psikologis, pasien dengan ESRD mempunyai insiden tinggi terhadap kejadian depresi, ansietas, dan menghadapi kesulitan dalam menerima penyakitnya (Spiegel et all, 2008). Beberapa studi melaporkan tingginya angka kejadian depresi pada pasien PGK terutama pada pasien yang menjalani terapi HD (Hinrichsen et all, 2010). Berdasarkan penelitian, prevalensi depresi pada pasien HD dengan menggunakan skor *Beck Depression Inventory (BDI)* mencapai 51%, selain itu juga ditemukan bahwa 55,5% pasien mempunyai kualitas hidup yang rendah (Cengic, 2010).

Pada penelitian tahun 2005, ditemukan bahwa prevalensi depresi pada pasien PGK yang menjalani HD mencapai 31,1% dan sebagian besar komponen kualitas hidup mereka lebih rendah dibandingkan dengan pasien PGK yang menjalani HD tanpa depresi (Wijaya, 2005). Sedangkan untuk ansietas, dari hasil penelitian terhadap 28 orang (51,9 %) laki-laki dan 26 orang (48,1 %) perempuan penderita PGK yang menjalani HD di Rumah Sakit Universitas Kristen Indonesia, terdapat 42 orang (77,78 %) di antaranya yang

mengalami kecemasan. Penderita dengan rerata periode dan frekuensi HD terpanjang mengalami kecemasan ringan, sedangkan penderita dengan rerata periode dan frekuensi HD terpendek mengalami kecemasan sedang (Luana et al, 2012).

Faktor Psikososial

Pada umumnya setelah seorang pasien divonis untuk menjalani hemodialisa apalagi memasuki lansia maka ia mengalami penurunan fungsi kognitif dan psikomotor. Fungsi kognitif meliputi proses belajar, persepsi, pemahaman, pengertian, perhatian dan lain-lain sehingga menyebabkan reaksi dan perilaku pasien menjadi makin lambat. Sementara fungsi psikomotorik meliputi hal-hal yang berhubungan dengan dorongan kehendak seperti gerakan, tindakan, koordinasi, yang berakibat bahwa pasien menjadi kurang cekatan.

Dengan adanya penurunan kedua fungsi tersebut, pasien GGK juga mengalami perubahan aspek psikososial yang berkaitan dengan keadaan kepribadiannya. Beberapa perubahan tersebut dapat dibedakan berdasarkan 5 tipe kepribadian sebagai berikut:

1) Tipe Kepribadian Konstruktif (*Construction personalitiy*), biasanya tipe ini tidak banyak mengalami gejala, tenang dan mantap.

2) Tipe Kepribadian Mandiri (*Independent personalitiy*), pada tipe ini ada kecenderungan mengalami post power sindrome, apalagi jika pada sebelumnya tidak diisi dengan kegiatan yang dapat memberikan otonomi pada dirinya

3) Tipe Kepribadian Tergantung (*Dependent personalitiy*), pada tipe ini biasanya sangat dipengaruhi kehidupan keluarga, apabila kehidupan keluarga selalu harmonis maka pada saat divonis untuk menjalani HD tidak bergejolak,

4) Tipe Kepribadian Bermusuhan (*Hostility personalitiy*), pada tipe ini setelah menjalani HD tetap merasa tidak puas dengan kehidupannya, banyak keinginan yang kadang-kadang tidak diperhitungkan secara seksama sehingga menyebabkan kondisi ekonominya menjadi morat-marit.

5) Tipe Kepribadian Kritik Diri (*Self Hate personalitiy*), pada tipe ini umumnya terlihat sengsara, karena perilakunya sendiri sulit dibantu orang lain atau cenderung membuat susah dirinya

Berikut ini beberapa hal yang berpengaruh pada aspek sosial pasien yang menjalani dialysis:

1. Emosi

Pasien dengan gagal ginjal sering kali merasa kehilangan kontrol akan dirinya. Mereka memerlukan waktu yang panjang untuk beradaptasi dan menyesuaikan diri dengan apa yang dialaminya. Perubahan peran adalah sesuatu yang tidak bisa dihindari. Sebagai contoh seorang pencari nafkah di keluarga harus berhenti bekerja karena sakitnya. Perasaan menjadi beban keluarga akan menjadi masalah buat individu ini.

Perasaan takut adalah ungkapan emosi pasien gagal ginjal yang paling sering diungkapkan. Pasien sering merasa takut akan masa depan yang akan dihadapi dan perasaan marah yang berhubungan dengan pertanyaan mengapa hal tersebut terjadi pada dirinya. Ketakutan dan perasaan berduka juga kerap datang

karena harus tergantung seumur hidup dengan alat cuci ginjal. Perasaan ini tidak bisa dielakan dan seringkali afeksi emosional ini ditujukan kepada sekeliling seperti pasangan, karyawan dan staf di rumah sakit. Kondisi ini perlu dikenali oleh semua orang yang terlibat dengan pasien.

2. Gaya Hidup

Gaya hidup pasien akan berubah. Perubahan diet dan pembatasan air akan membuat pasien berupaya untuk melakukan perubahan pola makannya. Keharusan untuk kontrol atau melakukan dialisis di rumah sakit juga akan membuat keseharian pasien berubah. Terkadang karena adanya komplikasi pasien harus berhenti bekerja dan diam di rumah. Hal-hal ini yang perlu mendapatkan dorongan untuk pasien agar lebih mudah beradaptasi.

3. Fungsi Seksual

Fungsi seksual pada pasien yang mengalami gagal ginjal akan sering terpengaruh. Hal ini bisa disebabkan karena faktor organik (perubahan hormonal atau karena insufisiensi vaskuler pada kasus gagal ginjal dengan diabetes), psikososial (perubahan harga diri, citra diri dan perasaan tidak menarik lagi) atau masalah fisik (distensi perut, perasaan tidak nyaman dan keluhan-keluhan fisik akibat uremia). Masalah pengobatan yang mengganggu fungsi seksual juga bisa menjadi masalah.

4. Perubahan Peran

Perubahan peran pasien ESRD yang menjalani terapi dialysis sangat dirasakan oleh pasien. Seorang yang menjadi tulang punggung keluarga akan berubah seketika. Kebutuhan hidup yang semula dipenuhi oleh pasien tidak bisa lagi

dikerjakan. Hal ini akan menimbulkan masalah baru dalam keluarga pasien.

Gangguan Psikososial

1. Depresi

Depresi merupakan gangguan mood yang berkepanjangan yang mewarnai seluruh mental seseorang dalam berperilaku, perasaan dan kognitif (berpikir). Depresi mempengaruhi masalah dan kondisi perasaan seseorang yang mempengaruhi kepribadiannya sehingga individu mudah marah, cepat sedih, melamun, menyalahkan diri sendiri dan cepat merasa putus asa. Umumnya mood yang secara dominan muncul adalah perasaan tidak berdaya dan kehilangan harapan. Depresi juga ditandai dengan rasa lesu, pesimis, sering menyalahkan diri sendiri, memikirkan hal-hal yang menyedihkan, duka mengeluh, apatis, adanya keinginan untuk bunuh diri dan pandangan masa depan yang suram (Liembono, 2012).

Pasien gagal ginjal yang menjalani hemodialisis menimbulkan gejala depresi seperti penolakan terhadap kegiatan hemodialisis yang terjadwal, ketidakpatuhan terhadap diet ini merupakan salah satu hal sebagai upaya halus untuk bunuh diri (Andri, 2012). Pasien gagal ginjal tahap akhir kehilangan kemampuan fisik dan kognitif yang akhirnya membawa pasien pada kesedihan dan keputusan sehingga menyebabkan pemutusan dialisis, perilaku ini dianggap sebagai pemikiran bunuh diri, bunuh diri dipicu akibat kegagalan mengatasi depresi dialisis (Kurella et.,al. 2005). Gangguan mental untuk nonpsikotik seperti depresi dapat diatasi dengan menggunakan terapi spiritual (Wicaksana, 2008).

2. Harga diri rendah

Harga diri rendah adalah evaluasi diri, perasaan dan pengalaman tentang diri atau kemampuan diri yang negatif, yang dapat di ekspresikan secara langsung maupun tidak langsung. (Towsend, 1998)

Menurut Schult & Videbech (1998), gangguan harga diri rendah adalah penilaian negatif seseorang terhadap diri dan kemampuan, yang diekspresikan secara langsung maupun tidak langsung.

Gangguan harga diri rendah digambarkan sebagai perasaan yang negatif terhadap diri sendiri, termasuk hilangnya percaya diri dan harga diri, merasa gagal mencapai keinginan (Budi Ana Keliat, 1999).

3. Isolasi sosial

Merupakan keadaan di mana individu atau kelompok mengalami atau merasakan kebutuhan atau keinginan untuk meningkatkan keterlibatan dengan orang lain tetapi tidak mampu untuk membuat kontak (Carpenito ,L.J, 1998). Menurut Rawlins, R.P & Heacock, P.E (1988) isolasi sosial menarik diri merupakan usaha menghindari dari interaksi dan berhubungan dengan orang lain, individu merasa kehilangan hubungan akrab, tidak mempunyai kesempatan dalam berfikir, berperasaan, berprestasi, atau selalu dalam kegagalan.

Intervensi Psikososial

Intervensi psikososial harus dilakukan sedini mungkin sejak diagnosis gagal ginjal ditetapkan. Hal ini juga membutuhkan usaha yang terus menerus untuk membuatnya lebih baik.

1. Implikasi Keperawatan

Gagal ginjal kronis mempunyai karakteristik penurunan kondisi yang cepat. Bantuan keperawatan dalam

bidang psikososial harus berusaha memfasilitasi penyesuaian perubahan akibat sakit yang dialami. Perawat juga perlu memperbaiki interaksi sosial dan gaya hidup dengan mencegah kondisi sakit yang lebih jauh, mengontrol gejala dan menjadikan hemodialisis menjadi bagian dari kehidupan normal sehari-hari. Pengetahuan pasien yang baik tentang penyakit yang dideritanya akan mengurangi kecemasan pasien. Hal ini yang membuat sangat penting bagi perawat untuk mempunyai keahlian dalam menyediakan informasi yang jelas demi membantu pasien untuk menentukan tujuan dari perawatan dan membantu pemecahan masalah untuk kemampuan fungsional fisik yang lebih baik.

2. Penilaian Kondisi

Penilaian kondisi pasien akan menentukan kebutuhan pasien, mengidentifikasi masalah dan masalah-masalah yang menjadi potensial untuk timbul serta mengumpulkan informasi untuk rencana pengobatan sehingga bantuan yang sesuai bisa diberikan. Penilaian ini berfokus pada efek sakit terhadap pasien. Beberapa informasi berguna termasuk gaya hidup, pola kehidupan sehari-hari, kekuatan kepribadian dan minat, cara adaptasi sehari-hari, pengertian akan penyakit saat ini, persepsi terhadap pengobatan yang diberikan, tekanan hidup atau perubahan belakangan ini dan beberapa masalah yang terkait dengan penyakit. Dengan mendengarkan pasien dan keluarga dalam diskusi, perawat bisa mengidentifikasi masalah-masalah psikososial yang terkait dengan penyakit dan kebutuhan akan bantuan. Diwaktu yang sama informasi tentang pengobatan yang dilakukan dan bagaimana kondisi harapan dari sakit yang diderita bisa dijelaskan.

3. Bina Hubungan Saling Percaya

Bina hubungan saling percaya dengan cara salam terapeutik, beri kesempatan pada klien untuk mengungkapkan perasaannya, ciptakan lingkungan yang tenang dan Membesarkan hati dan jika mungkin membuat pasien mampu menerima tanggung jawab akan kesehatan dan kebahagiaan serta mampu mengisi tanggung jawab mereka di keluarga dan masyarakat. Pada kondisi ini perawat dapat membesarkan hati pasien untuk menerima keterbatasan pribadi akibat kondisi sakit dan pengobatannya. Kondisi-kondisi seperti ini yang bisa memberikan persepsi positif dan pengertian di antara pasien dan petugas kesehatan.

4. Peningkatan Kualitas Hidup

Pasien dengan karakter *dependen* atau tergantung mungkin beradaptasi dengan terapi lebih mudah, namun ketergantungan yang berlebihan dapat menciptakan permintaan yang eskترم kepada pengasuh dan dapat menghambat rehabilitasi. Beberapa pasien mungkin mendapatkan "*secondary gain*" dari penyakit yang diderita dan beberapa yang lainnya menikmati peran menjadi pasien. Perawat dapat memfasilitasi adaptasi pasien terhadap hal-hal yang dibutuhkan sehubungan dengan perawatan dengan memaksimalkan kekuatan pasien dan mendorong pasien lebih baik lagi. Terapi yang lebih bersifat individu dan meminimalkan kompleksitasnya dapat membantu perilaku yang lebih kooperatif. Edukasi, motivasi, pemberian dukungan, membesarkan hati, mengajarkan cara membantu diri sendiri dan memonitor diri sendiri akan membuat pada akhirnya peningkatan kepatuhan pasien dan pasien mampu hidup dengan kondisi kronis yang dialaminya.

Jika dalam program rehabilitasi terdapat kelompok-kelompok suportif seperti latihan fisik bersama, program edukasi bersama atau kegiatan bersama lainnya maka hal ini akan membuat pasien lebih nyaman. Hal ini disebabkan karena adanya hubungan kebersamaan dengan orang yang senasib dan adanya penghargaan sosial serta apresiasi dari rekan senasib. Kegiatan ini bisa membuat isolasi pasien terhadap lingkungan berkurang. Pada akhirnya kegiatan-kegiatan ini sangat berkontribusi dengan peningkatan kepatuhan pasien dalam proses terapi.

5. Terapi *Spiritual Emotional Freedom Technique (SEFT)*

Terapi SEFT berpengaruh untuk penurunan tingkat depresi pada pasien hemodialisa. Unsur kekuatan do'a terapi SEFT efektif menurunkan depresi yang diberikan dapat membuat perasaan tenang, membangkitkan harapan, rasa percaya diri dan menambah keimanan seseorang sehingga dampak psikologis dari penyakit dan terapi hemodialisa yang dijalani dapat diatasi dengan terapi ini.

Hal yang sama diperkuat oleh teori Hawari (2008) bahwa terapi psikoreligius dapat membangkitkan harapan (*hope*), rasa percaya diri (*self confidence*) dan keimanan (*faith*) pada diri seseorang. Hal ini sama diperkuat oleh Sholeh (2007) bahwa respon emosional yang positif atau dari pengaruh terapi psikoreligius dengan doa berjalan mengalir dalam tubuh dan diterima oleh batang otak. Setelah diformat dengan bahasa otak, kemudian ditransmisikan ke salah satu bagian otak besar yakni thalamus, kemudian, thalamus menstransmisikan impuls hipokampus (pusat memori yang vital untuk mengkoordinasikan segala hal yang diserap indera) untuk mensekresikan

GABA (Gama Amino Batiric Acid) yang bertugas sebagai pengontrol respon emosi, dan menghambat asetilcholine, serotonin dan neurotransmitter yang lain yang memproduksi sekresi kortisol. Sehingga akan terjadi proses homeostasis (keseimbangan) sehingga akan memperbaiki sistem neurotransmitter yang terganggu dan memunculkan optimisme, dan menghilangkan pikiran negatif, sehingga akan memunculkan pikiran-pikiran yang positif.



6. Support Group

Support group atau dukungan kelompok adalah suatu dukungan oleh kelompok yang memiliki permasalahan yang sama untuk mengkondisikan dan memberi penguatan pada kelompok maupun perorangan dalam kelompok. Kelompok yang memiliki problem yang relatif sama dengan cara *sharing* informasi tentang permasalahan yang dialami serta solusi yang perlu dilakukan sekaligus proses saling belajar dan menguatkan, sering disebut kelompok sebaya (Lazuardi, 2017).

Tujuan utama dari intervensi *Support Group* adalah tercapainya kemampuan coping yang efektif terhadap masalah ataupun trauma yang dialami.

Dukungan kelompok dapat diberikan dalam bentuk *emotional support*, *esteem*

support, *informational support*, *instrumental or tangible support*, dan *companionship support*.

Emotional support adalah dukungan dengan melibatkan ekspresi empati, perhatian, pemberian semangat, kehangatan pribadi, cinta, atau bantuan emosional. Seperti bantuan ketika ada anggota kelompok yang mengalami kecemasan saat hemodialisa, teman dalam kelompok dapat menjadi *support koping* yang dapat menenangkannya.

Esteem support adalah dukungan terjadi melalui ekspresi penghargaan yang positif, dorongan yang semangat, atau persetujuan dengan ide atau perasaan yang dikemukakan individu serta perbandingan yang positif antara individu dengan orang lain. Ketika ada subjek pasien yang baru dilakukan tindakan hemodialisa, temannya dapat memberikan semangat dan motivasi kepada subjek untuk mampu senantiasa menjaga kesehatannya.

Instrumental support adalah pemberian dukungan yang melibatkan bantuan secara langsung, seperti bantuan finansial ataupun mengerjakan tugas rumah sehari-hari. Ketika saat temannya kesulitan saat menuju ke instalasi hemodialisa, teman lainnya dapat membantu bersama menuju ke ruang tersebut.

Informational support adalah dukungan diberikan dalam bentuk saran, penghargaan dan umpan-balik mengenai cara menghadapi atau memecahkan masalah yang ada. Ketika pasien tidak tahu cara pendaftaran atau kesulitan jalan untuk ke instalasi hemodialisa, teman pasien membantu untuk mengarahkan ke tempat yang dituju.

Companionship support adalah dukungan diberikan dalam bentuk kebersamaan

sehingga individu merasa sebagai bagian dari kelompok. Keterlibatan subjek dalam sebuah kelompok pasien hemodialisa. Kebersamaan yang ada dalam kelompok subjek yaitu saling berbagi pengalaman, kekuatan dan harapan.



Peran keluarga

Anggota keluarga memerankan hal yang penting dalam kesejahteraan pasien. Mereka tidak boleh dikesampingkan dalam proses penanganan pasien. Perubahan pola kehidupan keluarga mungkin diperlukan untuk memenuhi kebutuhan pasien. Pasien dan keluarga harus dibantu untuk menceritakan perasaan mereka dalam suatu hubungan saling percaya agar dapat menyesuaikan dengan proses adaptasi dari sakit pasien. Penelitian sebelumnya mengungkapkan bahwa perasaan bersalah, kesedihan dan kehilangan yang sangat dan sering terjadi pada pasangan pasien.

Edukasi dan informasi yang adekuat bagi pasien dan keluarga tentang penyakit yang dialami dan perjalanan penyakit akan sangat penting dan harus dimulai sejak sebelum memutuskan untuk melakukan dialisis.

Peran petugas

Petugas kesehatan yang berkecimpung dalam bidang ini, dokter spesialis, dokter jaga, perawat dan staf lainnya bisa mempengaruhi dan dipengaruhi secara negatif maupun positif jika berhubungan dengan pasien gagal ginjal. Adanya harapan hidup dengan program rehabilitasi akan membuat sikap positif dari para petugas kesehatan yang terlibat. Hal ini berhubungan dengan keteraturan berobat, latihan dan perawatan diri. Namun demikian sering terjadi petugas kesehatan menjadi sangat tidak nyaman karena perilaku yang sulit dari pasien, penurunan kondisi pasien pada pasien yang hubungan rapport telah terbina baik dan kegagalan terapi.

Terjadinya kecemasan berkaitan dengan tuntutan kerja dan distres spiritual akibat kesulitan menemukan arti atau tujuan dari kehidupan pribadi dan profesional seringkali dikatakan oleh petugas kesehatan. Petugas kesehatan yang terlibat dalam tim bisa diberikan kesempatan untuk menilai penyebab stres, membangun ide-ide, membagikannya dengan sejawat dan menciptakan kesempatan untuk saling menghormati dan memberikan dorongan kepada anggota yang lain. Cara lain untuk mengganti perhatian dari stres ke hal lain adalah mencari hal-hal yang lucu dalam pengalaman kerja, belajar dari pasien untuk menerima keterbatasan dan untuk mengambil waktu yang sesuai lepas dari pekerjaan untuk bermain dan beristirahat.

Kesimpulan

Perawat yang bekerja di unit ginjal sering dihadapkan pada pasien yang mengalami problem psikososial dan perilaku. Membangun kemampuan untuk mengenali dan beradaptasi dengan masalah-masalah itu adalah sesuatu yang diperlukan. Sering kali intervensi psikososial tidak bekerja karena keterbatasan dari segi jumlah perawat. Perawat diharapkan dapat belajar cara-cara mengatasi masalah psikososial yang terjadi di unitnya masing-masing baik yang dialami pasien, keluarga maupun petugas di dalam unit itu sendiri.

Beberapa intervensi keperawatan untuk mengatasi masalah psikososial antara lain pendekatan atau membina hubungan saling percaya, meningkatkan kepercayaan pasien, terapi *SEFT* dan *Support group* sangat direkomendasikan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien ESRD yang menjalani terapi dialisis.

Daftar Pustaka

- Aird, W.C., 2007. Phenotypic Heterogeneity of the Endothelium : I. Structure, Function, and Mechanisms. *Circ Res*,100:158-73.
- Agarwal, R., and Light, R.P. 2010. Intradialytic Hypertension is a Marker of Volume Excess. *Nephrol Dial Transplant*, 25(10): 3355–61.
- Agarwal, R., and Weir, M.R. 2010. Dry-Weight: A Concept Revisyed in an Effort to Avoid Medication-Directed Approaches for Blood Pressure Control in Hemodialysis Patients. *Clin J am Soc Nephrol*, 5:1255-60.
- Agarwal, R., Metiku, T., Tegegne, G., Light, R.P., Bunaye, Z., Bekele, D.M., and Kelley, K. 2008. Diagnosing Hypertension by Intradialytic Blood Pressure Recordings. *Clin J Am Soc Nephrol*, 3: 1364–72.
- Agustriadi, O. 2009. __Hubungan antara Perubahan Volume Darah Relatif dan Episode Hipotensi Intradialitik Selama Hemodialisis pada Gagal Ginjal Kronik__ (karya akhir). Denpasar: Universitas Udayana.
- Amerling, R.C.G., Dubrow, A., Levin, N.W., Psherooff, R., 1995. *Complications During Hemodialysis*. Stamford, CT: Appleton and Lange.
- Balk, R.A., Casey, L.C. 2000. *Sepsis and Septic Shock*. Critical Care Clinics. Bassenge, E., Zanzinger, J. 1992. Nitrates in different vascular beds, nitrate tolerance, and interactions with endothelial function. *Am J Cardiol*; 70:23B-9B.
- Baylis, C. 2006. Arginine, arginine analogs and nitric oxide production in chronic kidney disease,” *Nature Clinical Practice. Nephrology*;2(4): 209–20.
- Baylis, C. 2008. Nitric Oxide Deficiency in Chronic Kidney Disease. *Am J Physiol Renal Physiol*, 294:F1-F9.
- Beiber, S.D. dan Himmelfarb, J. 2013. Hemodialysis. In: Schrier’s Disease of the Kidney. 9th edition. Coffman, T.M., Falk, R.J., Molitoris, B.A., Neilson, E.C., Schrier, R.W. editors. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia:2473- 505.
- Bussemaker, E., Passauer, J., Reimann, D., Schulze, B., Reichel, W., and Gross, P. 2002. The Vascular Endothelin System is not Overactive in Normotensive Hemodialysis Patients. *Kid Int*, 62: 940-48.
- Chazot, C., and Jean, G. 2010. Intradialytic Hypertension: It Is Time to Act. *Nephron Clin Pract*;115:c182–88.
- Carpenito, L.J, (1998). Buku Saku Diagnosa keperawatan (terjemahan), Edisi 8, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta
- Cengic, K.J., Lee, P.T., Chen, C.L., Chiou, C.W., Hsu, C.Y., Chung, H.M., Liu, C.P., and Fang, H.C. 2010. Physiological changes during hemodialysis in patients with intradialysis hypertension. *Kid Int*;69: 1833–38.
- Cirit, M., Akicek, F., Terzioglu, E., Soydas, C., Ok, E., Ozbasli, C.F., Basci, A., Mees, D. 1995. Paradoxical rise in blood pressure during ultrafiltration in dialysis patients. *Nephrol Dial Transplant*;10:1417-20.
- Corretti, M.C., Anderson, T.J., Benjamin, E.T. 2002. Guidelines for the ultrasound assessment of endothelial-dependent flow-mediated vasodilation of the brachial artery: a report of the International Brachial Artery Reactivity Task Force. *J Am Coll Cardiol*;39:257-65.
- Daugirdas, J.T., Blake, P.G., Ing, T.S. 2007. Handbook of Dialysis. 4th ed. Philidelphia. Lipincott William & Wilkins.
- Dhaun, N., Goddard, J., Webb, D.J. 2006. The Endothelin System and Its Antagonis in Chronic Kidney Disease. *J Am Soc Nephrol*;17:943-55

- Dhaun, N., Goddard, J., Kohan, D.E., Pollock, D.M., Schiffrin, E.L., Webb, D.J. 2008. Role of Endothelin-1 in Clinical Hypertension : 20 Years On. *Hypertension*; 52:452-59.
- Ding, H., Triggle, C.R. 2005. Endothelial cell dysfunction and the vascular complications associated with type 2 diabetes: assessing the health of the ium. *Vasc Health Risk Manag*;1:55-71.
- Felner, S.K. 1993. Intradialytic Hypertension: II. *Semin Dial*;6:371-73.
- Fliser, D., Kielstein, J.T., Haller, H., BodeBoGer, S.M. 2003. Asymmetric dimethylarginine: A cardiovascular risk factor in renal disease? *Kid Int*;63(84):. S37-40.
- Fliser, D., Kronenberg, F., Kielstein, J.T., Morath, C., BodeBoger, S.M., Haller,H., and Ritz, E. 2004. Asymmetric Dimethylarginine and Progression of Chronic Kidney Disease: The Mild to Moderate Kidney Disease Study. *J Am Soc Nephrol* 16: 2456-61.
- Fliser, D. 2011. The dysfunctional endothelium in CKD and in cardiovascular disease: mapping the origin(s) of cardiovascular problems in CKD and of kidney disease in cardiovascular conditions for a research agenda, *Kid Int Supplements*;1: 6-9
- Flythe, J.E., Kimmel, S.E., and Brunelli, S.M. 2011. Rapid fluid removal during dialysis is associated with cardiovascular morbidity and mortality. *Kid Int*;79:250-57.
- Gunal, A.I., Karaca, I., Celiker, H., likay, E., and Duman, S. 2002. Paradoxical rise in blood pressure during ultrafiltration is caused by increased cardiac output. *J Nephrol*.15, 42-7.
- Guzik, T.J., dan Harrison, D.G. 2006. Vascular NADPH oxidases as drug targets for novel antioxidant strategies. *Drug Discovery Today*; 11 (11-12): 524-33. Hansson, G.K. Inflammation, atherosclerosis, and coronary artery disease. *N Engl J Med* 2005; 352: 1685-95
- Harnowo, 2013. Gangguan Jiwa Ini Sering Dialami Pasien Gangguan Ginjal. <http://health.detik.com>. Diakses 5 Januari 2016
- Hawari, D. 2008. Manajemen stress cemas dan depresi. Edisi 2. Jakarta:Balai penerbit FKUI
- Hinrichsen, S.J., Ballantyne, C.M., Sharrett, A.R. 2010. Circulating adhesion molecules VCAM-1, ICAM-1, and E-selectin in carotid atherosclerosis and incident coronary heart disease cases: the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) study. *Circulation*;96:4219-25.
- Indonesian Renal Registry (IRR), 2014. 5th Report of Indonesian Renal Registry 2014. Perhimpunan Nefrologi Indonesia (PERNEFRI).
- Inrig, J.K., Oddone, E.Z., Hasselblad, V., Gillespie, B., Patel, U.D., Reddan, D., Toto, R., Himmelfarb, J., Winchester, J.F., Stivelman, J., Lindsay, R.M., and Szczech, L.A. 2007. Association of intradialytic blood pressure changes with hospitalization and mortality rates in prevalent ESRD patients. *Kid Int* : 71; 454-61.
- Inrig, J.K., Patel, U.D., Toto, R.D., Szczech, L.A. 2009. AssLeeociation of Blood Pressure Increases During Hemodialysis With 2-Year Mortality in Incident Hemodialysis Patients: A Secondary Analysis of the Dialysis Morbidity and Mortality Wave 2 Study. *Am J Kidney Dis*, November ; 54(5): 881-90.
- Inrig JK. 2010a. Intradialytic Hypertension: A Less-Recognized CardiovascularComplication of Hemodialysis. *Am J Kidney Disease*;55:580-89.
- Inrig, J.K. 2010b. Antihypertensive agents in hemodialysis patients; a current perspective. *Semin Dial*;23:290-97.
- Inrig, J.K., Buren, P.V., Kim, C.,Vongpatanasin, W., Povsic, T.J., Toto, R.D., 2011. Intradialytic Hypertension and its Association with Endothelial Cell Dysfunction. *Clin J Am Soc Nephrol* (8): 2016-24.
- K/DOQI: Clinical Practice Guidelines on Hypertension and Antihypertensive Agent in Chronic Kidney Disease. In Guideline 2 In: Evaluation of Patient with CKD or Hypertension. CKD 2006: 1-18.
- KDIGO, 2013. Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kid Int Supplements* (3); 18-27.
- Keliat, B.A, dkk, (1999). Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa, Ed I, EGC, Jakarta
- Kielstein, J.T., dan Zoccali, C. 2005. Asymmetric dimethylarginine: a cardiovascular risk factor and a uremic toxin coming of age?. *Am J Kid Dis*; 46(2): 186-202.
- Krapf, R., Hulter, H.N. 2009. Arterial hypertension induced by erythropoietin and erythropoiesis-stimulating agents (ESA). *Clin J Am Soc Nephrol*. Feb;4(2):470-80
- Kohan, D.E. 2010. Endothelin, Hypertension, and Chronic Kidney Disease: New Insight. *Curr Opin Nephrol Hypertens*; 19(2):134-39.
- Kovacic, L., Roguljic, V., Kovacic, B., Bacic, T., Bosnjak. 2003. Ultrafiltration Volume is Associated with Changes in Different Blood Pressure Clinical Parameters in Chronically Hemodialyzed Patients. *The Internet Journal ofInternal Medicine*. 3; 2:10.5580/2f3

- Kurella et al., 2005. Management of depression in hemodialysis patient. *The CANNT Journal*, 22 (3), 29-34.
- Landry, D.W., and Oliver, J.A. 2006. Blood pressure instability during hemodialysis. *Kid Int*: 69, 1710–11.
- Lazuardi, 2016. Pengaruh Intervensi *Support Group* Terhadap Kualitas Hidup Pasien Penyakit Ginjal Kronis Yang Menjalani Hemodialisa. eprints.undip.ac.id/51595/
- Levin NW, Kotanko P, Eckardt KU, et al. 2012. Blood pressure in chronic kidney disease stage 5D-report from a Kidney Disease Improving Global Outcomes controversies conference. *Kidney Int*; (77)273-84.
- Locatelli, F., Cavalli, A., and Tucci, B. 2010. The growing problem of intradialytic Hypertension. *Nephrol*; 6: 41–8.
- Liembono, 2012. Gangguan Depresi pada Lanjut Usia, Majalah Kedokteran Atmajaya. Volume. 1, No. 2. Bagian Kedokteran Jiwa: FK/ RS Atma Jaya Alam dan Hadibroto,
- Madiyono, B. 2010. In: Sastroasmoro S dan Ismael S., editors. *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis*. 3rd. Ed. Sagung Seto.p 302-31.
- Martens, C.R., dan Edwards, D.O. 2011. Peripheral Vascular Dysfunction in Chronic Kidney Disease. *Cardiology Research and Practice*;2011:1-9.
- McGregor, D.O., Buttmore, A.L., Lynn, K.L., Yandle, T., and Nicholls, M.G., 2003. Effects of long and short hemodialysis on endothelial function: A shortterm study. *Kid Int*(63); 709–71.
- McIntyre, C.W. 2009. Effects of hemodialysis on cardiac function. *Kid Int* : 76, 371–75.
- Mees, D. 1996. Rise in blood pressure during hemodialysis-ultrafiltration: a “paradoxical” phenomenon? *Int J Artif Organs*;19:569-70.
- Morris, S.T., McMurray, J., Spiers, A., and Jardine, A.G. 2001. Impaired endothelial function in isolated human uremic resistance arteries. *Kid Int*; 60: 1077–82.
- Nissenson, A.R., and Fine, R.N. 2008. *Handbook of Dialysis Therapy*. 4th ed. Saunders Elsevier. Philadelphia.
- Nurchayati. 2011, Hubungan tingkat depresi dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal terminal.
- Okpechi., McMennamin, E, Lucas, F.L. 2013. Increased prevalence of oxidant stress and inflammation in patients with moderate to severe chronic kidney disease. *Kid Int.*. 65(3): 1009–16.
- Peixoto AJ. 2007. Can “diagnostic marker” predict blood pressure response in hypertensive dialysis patients? *Semin Dial*;20:411-15.
- Pradhan, A.D., Manson, J.E., Rifai, N. 2001. C-reactive protein, interleukin-6 and risk to developing type 2 diabetes mellitus. *JAMA*;286:327-34.
- Raj, D., Vincent, B., Simpson, K., Sato, E., Jones, K.L., Welbourne, T.C., Levi, M.V., Blandon, P., Zager, P., and Robbins, R.A. 2002. Hemodynamic changes during hemodialysis: Role of nitric oxide and endothelin. *Kid Int*;61: 697–704.
- Raka, W.I.G., dan Suwitra, K. 2011. Paradoxical post dialytic blood pressure reaction and association with dialysis modality. *Buku Proceeding The 5th Scientific meeting on hypertension - InaSH 2011*.
- Rizzoli, E., Incasa, E., Gamberini, S., and Manfredini, R. 2009. Management of intradialytic hypertension: old problem, old drug? *Intern Emerg Med*; 4:271–72
- Rawlins, R.P & Heacock, P.E (1988). *Clinical Manual of Psychiatric Nursing*, Edisi 1th, The C.V Mosby Company, Toronto
- Rubinger, D., Backenroth, R., Sapoznikov, D. 2012. Sympathetic Activation and Baroreflex Fuction during Intradialytic Hypertensive Episodes. *PLoS ONE*; 7(5): 1-12
- Sarkar, SR., Kaitwatcharachai, C., Levin, N.W. 2005. *Complications during hemodialysis*. McGraw-Hill Professional.
- Shafei, E.M., El-Nagar, G.F., Selim, M.F., Sorogy. 2008. Is There a role for Endothelin-1 in the hemodynamic changes during hemodialysis? *Clin Exp. Nephrol*. 12.370-5.
- Sibal, L., Agarwal, S.C., Home, P.D. 2010. The role of asymmetric dimethylarginine (ADMA) in endothelial dysfunction and cardiovascular disease . *Curr Cardiol Rev*; 6 : 82–90.
- Spiegel, J., Kore, A., Mohlig, 2008, Inflammatory cytokines and the risk to develop type 2 diabetes: results of the the prospective population-based European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC)-Postdam Study. *Diabetes*;52:812-7.
- Suhardjono. 2006. Proteinuria Pada Penyakit Ginjal Kronik: Mekanisme dan Pengelolaannya. Peranan Stres Oksidatif dan Pengendalian Faktor Risiko pada Progresi Penyakit Ginjal Kronik serta Hipertensi, *JNHC 2006*; 1-7.
- Tatsuya, S., Tsubakihara, Y., Fujii, M., Imai, E. 2004. Hemodialysis-associated hypotension as an independent risk factor for two-year mortality in hemodialysis patients. *Kidney Int*; 66:1212–20.
- Townsend, M.C, (1998). *Buku Saku Diagnosa Keperawatan Pada Keperawatan Psikitari (terjemahan)*, Edisi 3, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta

- United States Renal Data System (USRDS). 2013. Annual Data Report: Atlas of Chronic Kidney Disease and End-Stage Renal Disease in the United States, National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, Bethesda, MD, 2011. Van Buren, P.N., Kim, C., Toto, R.D., Inrig, J.K. 2012. The Prevalence of Persistent Intradialytic Hypertension in a Hemodialysis Population with Extended Follow up. *Int J Artif Organs*. 2012;35(12):1031-8
- Vervoort, G., Lutterman, J.A., Smits, P. 1999. Transcapillary escape rate of albumin is increased and related to haemodynamic changes in normoalbuminuric type 1 diabetic patients. *J Hypertens*; 17(12):1911-6.
- U.S. Renal Data System. (2013). USRDS 2013 annual data report: Atlas of chronic kidney disease and end-stage renal disease in the United States National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Bethesda, MD.
- Van Dijk, S., van den Beukel, T. O., Dekker, F. W., le Cessie, S., Kaptein, A. A., Honig, A., . . . Verduijn, M. (2012). Short-term versus long-term effects of depressive symptoms on mortality in patients on dialysis. *Psychosomatic Medicine*, 74(8), 854-860.
- Vázquez, I., Valderrábano, F., Fort, J., Jofré, R., López-Gómez, J., Moreno, F., & SanzGuajardo, D. (2005). Psychosocial Factors and Health-Related Quality of Life in Hemodialysis Patients. *Quality of Life Research*, 14(1), 179-190. doi: 10.1007/s11136-004-3919-4
- Van Dam, N. T., & Earleywine, M. (2011). Validation of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale--Revised (CESD-R): pragmatic depression assessment in the general population. *Psychiatry Res*, 186(1), 128-132.
- Weir, M.R., and Jones, H. 2010. Drug Therapy for Hypertension in Hemodialysis Patients. *US Nephrology*;5(1):45-7
- Xiao, S., Wagner, L., Schmidt, R.J., and Baylis, C. 2001. Circulating endothelial nitric oxide synthase inhibitory factor in some patients with chronic renal disease. *Kid Int*; 59: 1466-72.
- Yilmaz, M.I., Saglam, M., Caglar, K. 2006. The determinants of endothelial dysfunction in CKD: oxidative stress and asymmetric dimethylarginine. *Am J Kid Dis*; 47(1):42-50.
- Young, J.M., Terrin, N., Wang, X., Greene, T., Beck, G.J., Kusek, J.W, Collins, A.J, Sarnak, M.J., and Menon, V. 2009. Asymmetric Dimethylarginine and Mortality in Stages 3 to 4 Chronic Kidney Disease. *Clin J Am Soc Nephrol*;4: 1115-20.
- Zhang, Q.L., and Rothenbacher, D. 2008. Prevalence of chronic kidney disease in population-based studies: Systematic review. *BMC Public H Health*; 8:117;1-13.
- Zhang, J., Xu, C.-p., Wu, H.-x., Xue, X.-j., Xu, Z.-j., Li, Y., . . . Liu, Q.-z. (2013). Comparative study of the influence of diabetes distress and depression on treatment adherence in Chinese patients with type 2 diabetes: A cross-sectional survey in the People's Republic of China. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9.