

GAMBARAN *QUALITY OF LIFE* PADA PASIEN *CHRONIC KIDNEY DISEASE* YANG MENJALANI HEMODIALISA

Rini Junita Bakri & Kustimah Usri
Departemen Psikologi Klinis
Fakultas Psikologi Universitas Padjadjaran Bandung
Jl. Raya Bandung – Sumedang Km. 21 Jatinangor – Sumedang 45363
rinijunitabakri@gmail.com; kuzpsi@yahoo.com

Abstrak:

Quality of life atau dikenal juga dengan *quality of life* menjadi *issue* yang penting dalam psikologi kesehatan. Individu yang mengalami gangguan kesehatan seringkali mengalami penurunan *quality of life*, sehingga menjadi menarik untuk diberikan intervensi psikologis yang dapat meningkatkan *quality of life* pada individu yang memiliki gangguan kesehatan. Penelitian ini mencoba untuk menggambarkan *quality of life* pada pasien *chronic kidney disease* (selanjutnya akan disingkat CKD) yang menjalani *treatment* hemodialisa. Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat menjadi dasar untuk merancang intervensi psikologis untuk meningkatkan *quality of life* pada pasien CKD yang menjalani hemodialisa. Penelitian ini dilakukan dengan metode kualitatif berbentuk studi fenomenologi, melibatkan 4 orang responden (2 laki-laki dan 2 perempuan) dengan kriteria telah menjadi pasien CKD selama kurun waktu minimal enam bulan. Data dikumpulkan melalui wawancara dan juga observasi. Analisis data dilakukan dengan menggunakan *thematic analysis* dimana muncul tema-tema inti yang diperoleh dari transkrip salinan hasil wawancara. Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa pasien CKD mengalami penurunan *quality of life* dalam domain fisik, sosial, dan psikologis. Khususnya pada domain fisik seperti penurunan fungsi fisik dan aktivitas juga pada domain psikologi seperti perasaan takut akan kematian menjadi *highlight* penyebab *quality of life* pada pasien CKD yang menjalani hemodialisa menjadi rendah.

Kata kunci: *Quality of life; Chronic Kidney Disease*

PENDAHULUAN

Latar Belakang

Chronic Kidney Disease (CKD) adalah kondisi kesehatan yang serius yang umum terjadi pada banyak kalangan di Indonesia. Tahun 2009, Perhimpunan Nefrologi Indonesia (Penefri) menyatakan bahwa prevalensi penderita *Chronic Kidney Disease* (CKD) sekitar 12,5%, angka tersebut menunjukkan kurang lebih 18 juta jiwa orang dewasa di Indonesia menderita *Chronic Kidney Disease* (CKD) (Siallagan, 2012). Didagnosis mengalami *Chronic Kidney Disease* (CKD) adalah sebuah berita yang buruk bagi terwonis yang mungkin saja akan menjadi pengalaman negative yang berpotensi menimbulkan permasalahan psikologis. Terwonis harus bersiap menghadapi *treatment* hemodialisa dan harus dilakukan seumur hidup, kondisi keluarga terlebih jika terwonis adalah tulang punggung atau seorang yang aktif bekerja sebelumnya, dan juga permasalahan ekonomi untuk melakukan pengobatan yang tidak dapat dipungkiri menjadi stressor untuknya.

Hal ini diperparah dengan kenyataan bahwa *treatment* hemodialisa pada pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) harus dilakukan selama seumur hidup. Dengan kata lain, pasien harus meluangkan waktunya selama 12 – 15 jam setiap minggunya atau 3 – 4 jam setiap kali *treatment* hemodialisa dilakukan (Brunner & Suddart, 2001). Tentu saja, hal tersebut menjadi sebuah kondisi yang berat untuk dilalui, dimana pasien harus melakukan penyesuaian diri akan perubahan yang terjadi dalam hidupnya, tidak hanya penambahan aktivitas baru tetapi juga penyesuaian diri dengan makanan yang boleh dan tidak boleh dikonsumsi, pekerjaan yang berkurang karena keterbatasan kondisi, dan kondisi-kondisi sakit yang mungkin muncul seiring waktu berjalan.

Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa individu yang menderita *Chronic Kidney Disease* (CKD) mengalami beragam kondisi-kondisi psikologis dibandingkan dengan orang yang sehat secara fisik (Brunner & Suddart, 2001). Kondisi psikologis paling umum yang dirasakan oleh pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) dengan hemodialisa antara lain seperti depresi, kecemasan, *fatigue*, keinginan bunuh diri yang pada akhirnya menurunkan tingkat *quality of life* penderita (Wang & Chen, 2012). Disamping itu, pasien CKD juga akan menemui kondisi baru seperti kehilangan pekerjaan, kehilangan kebebasan (makan, aktivitas, bahkan berolahraga), harapan umur panjang, dan fungsi seksual yang menurun yang juga berdampak pada kondisi psikologisnya (Brunner & Suddart, 2001). Menurunnya *quality of life* pada penderita CKD sama saja dengan menurunnya semangat hidup baik dalam bekerja, bersosialisasi, dan untuk melakukan *treatment* hemodialisa yang menghambat pasien CKD untuk mendapatkan kondisi fisik yang lebih baik. (Bargiel-Matusiewicz, 2006). Penelitian mengenai hal ini sudah banyak dilakukan namun masih minim dalam menggali dampak psikologis secara kualitatif pada pasien CKD, sehingga belum tergambar dengan jelas bagaimana pasien CKD menghadapi vonis hingga memberikan dampak yang signifikan pada *quality of life* penderita.

Tujuan Penelitian

Adapun tujuan penelitian dari penelitian ini adalah untuk melihat gambaran *quality of life* pada penderita *Chronic Kidney Disease* (CKD) dengan harapan berdasarkan hasil tersebut dapat dilanjutkan dengan pemberian intervensi jika didapati bahwa benar adanya pada pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) dengan hemodialisa terdapat penurunan *quality of life*.

Hipotesis Kerja

Terdapat penurunan *quality of life* pada pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) dimasa awal vonis diterima yang memberikan dampak pada kondisi psikologis seperti perasaan cemas dan takut.

METODE

Rancangan Penelitian

Penelitian yang digunakan adalah penelitian kualitatif, dimana penelitian kualitatif dianggap mampu untuk memahami permasalahan secara lebih mendalam dengan menggunakan tata cara atau metodologi tertentu (Creswell, 2010). Penelitian kualitatif menggunakan analisis induktif dimana peneliti tidak memaksakan diri untuk memaksakan dugaan-dugaannya, melainkan mencoba memahami fenomena sesuai dengan yang dialami oleh subjek penelitian ini.

Subjek Penelitian

Bagian ini mencakup mengenai karakteristik subjek yang digunakan dalam penelitian ini, jumlah subjek penelitian, serta teknik sampling yang digunakan.

a. Karakteristik Subjek Penelitian

Subjek penelitian ini adalah pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD), baik perempuan ataupun laki-laki berusia sekitar dewasa madya-dewasa akhir. Hal ini dikarenakan CKD dapat dialami oleh siapapun tidak mengenal usia dan gender. Berdomisili di Bandung untuk mempermudah peneliti melakukan wawancara dan observasi. Jumlah subjek yang digunakan dalam penelitian ini sebanyak empat orang (2 laki-laki, dan 2 perempuan). Hal ini untuk membandingkan satu sama lain dan melihat gambaran *quality of life* pada pasien CKD tersebut. Karakteristik yang menjadi subjek penelitian ini antara lain:

- 1) Telah divonis mengalami CKD selama minimal enam bulan
- 2) Berusia 25 – 60 tahun

b. Teknik Pengambilan Subjek

Patton (Poerwandari, 2001) menyatakan bahwa dalam penelitian kualitatif pengambilan sampel perlu disesuaikan dengan permasalahan dan tujuan penelitian. Berdasarkan hal tersebut, maka pengambilan sampel dalam penelitian ini dilakukan dengan teknik *purposive sampling* yang berarti merupakan teknik pengambilan sampel penelitian dengan pertimbangan-pertimbangan tertentu. Misalnya subjek yang menjadi responden adalah orang yang tahu persis terkait fenomena yang akan diteliti.

Teknik pengambilan sampel ini disebut juga dengan metode *non probability sampling* dimana subjek penelitian diperoleh dengan meminta kesediaan subjek penelitian, tidak diambil secara acak, dan tidak semua individu dalam populasi mendapatkan kesempatan yang sama untuk dipilih menjadi subjek penelitian sesuai dengan tujuan penelitian (Moleong, 2005).

Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah observasi, wawancara, dan dokumentasi. Poerwandari (2007) mengemukakan bahwa wawancara adalah percakapan dan Tanya jawab yang diarahkan untuk mencapai tujuan tertentu. Dalam penelitian ini, wawancara yang dilakukan adalah *in depth interview* atau wawancara secara mendalam dan detail sehingga menghasilkan gambaran *quality of life* yang benar-benar dialami. Sedangkan observasi merupakan metode pengumpulan data esensial dalam penelitian khususnya penelitian kualitatif.

Dalam melakukan penelitian ini, peneliti menggunakan beberapa alat bantu sebagai berikut;

- a. *Informed consent*, hal ini sesuai dengan prinsip kode etik psikologi (HIMPSI, 2010) bahwa lembar ini diperlukan untuk menanyakan kesediaan subjek mengikuti penelitian dan bersifat sukarela. *Informed consent* menjelaskan mengenai informasi umum terkait penelitian dan mencakup tujuan penelitian.
- b. Pedoman Wawancara, hal ini dimaksudkan agar pertanyaan yang diberikan kepada subjek penelitian terarah dan sesuai dengan topic yang diteliti. Selain itu, adanya pedoman wawancara membantu peneliti dalam mengumpulkan data agar pertanyaan-pertanyaan penting tidak ada yang terlewat.
- c. Lembar Catatan, Alat tulis, dan Alat Perekam. Alat-alat ini membantu peneliti dalam melakukan pencatatan dan observasi.

Teknik Analisis Data

Dalam penelitian ini, teknik analisis data yang digunakan adalah sebagai berikut;

- a. Verbatim, setelah melakukan wawancara dengan subjek penelitian hasil wawancara tersebut kemudian dituangkan dalam bentuk tertulis berupa verbatim. Hal ini memudahkan peneliti dalam melakukan pengumpulan data selanjutnya dan juga dalam melakukan analisis data.
- b. Analisis Awal, pada tahap ini peneliti akan membaca verbatim yang telah dibuat lalu menggunakan salah satu bagian kosong untuk memisahkan data yang dianggap fakta atau kata kunci terkait fenomena.
- c. Koding, tahapan ini merupakan tahapan lanjutan dari analisis awal. Peneliti mulai mengelompokkan kata kunci yang didapatkan menjadi aspek tertentu dalam teori yang diusung sesuai dengan tema penelitian.
- d. Analisis dengan interpretasi (teori), tahap terakhir adalah melakukan perbandingan penemuan penelitian dengan teori yang ada.

ANALISIS DAN HASIL

Gambaran Kehidupan Subjek Penelitian

a. Subjek Pertama (F)

Subjek pertama berinisial F saat ini berusia 29 tahun. Pertama kali divonis menderita CKD ketika F berusia 23 tahun, saat itu S langsung diminta untuk melakukan pendaftaran untuk proses *treatment* hemodialisa. Sebelum divonis CKD, S terlebih dahulu divonis *nefritis syndrome* yaitu ginjal bocor. Namun, karena kurangnya edukasi dalam penjangaan pola makan, hingga akhirnya ginjal bocor milik F berkembang menjadi Chronic Kidney Disease (CKD). Yang menjadi *trigger* F pertama kali adalah karena S putus dengan pacarnya, sehingga F sering mengkonsumsi makanan-minuman yang tidak sehat. Saat itu, F berada difase *down* yang membuat F tidak peduli dengan apapun termasuk makanan dan minuman yang dikonsumsinya.

Gejala awal yang dirasakan F adalah mudah lelah bahkan ketika hanya mengerjakan pekerjaan ringan, gejala-gejala yang ditampilkan seperti gejala masuk angin (meriang) tapi disertai dengan pegal-pegal. F awalnya mendiamkan gejala-gejala tersebut, tapi semakin lama F merasa semakin sakit. Hingga saat pertama kali divonis CKD, F masih menolak dan tidak menyangka bahwa ia terkena CKD walaupun telah disarankan harus segera melakukan hemodialisa. F masih belum mau melakukan hemodialisa dan malah memilih ke pengobatan alternative berdasarkan saran orang lain yang mengatakan bahwa pengobatan tersebut manjur.

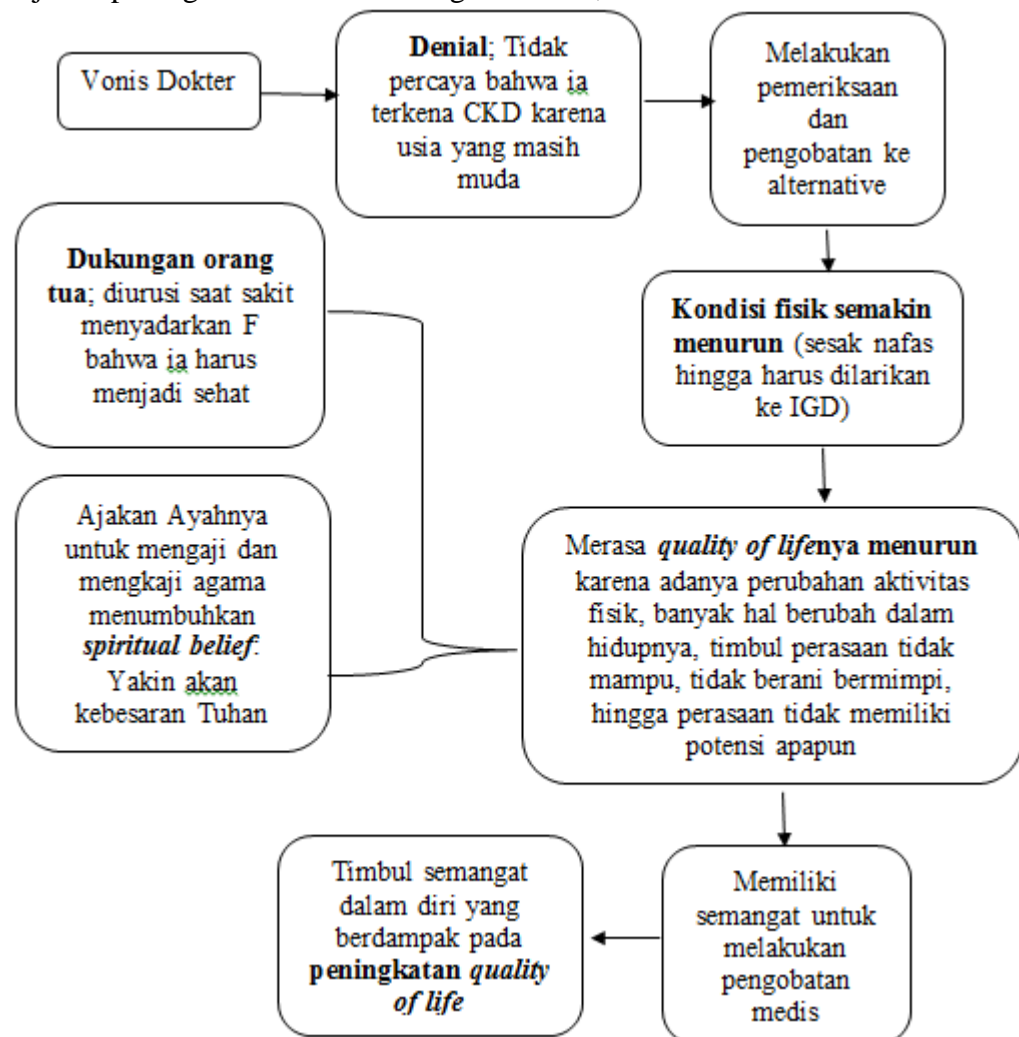
F mengaku bahwa reaksi pertama yang ia perlihatkan adalah *denial* pada kenyataan yang diberitahukan olehnya, ia merasa bahwa ia masih muda dan memiliki banyak mimpi. Bahkan ketika telah melakukan hemodialisa sekalipun, S tetap menganggap bahwa ia mampu mengkonsumsi segala rupa makanan karena akan melakukan hemodialisa setelahnya. F baru menyadari bahwa ia harus mematuhi anjuran dokter setelah merasa sesak nafas dan harus masuk IGD karena mengkonsumsi air yang berlebihan. Ibu F mendampingiya saat ke IGD dengan ayahnya, mengurus I saat dirumah sakit. I merasa orang tuanya tetap mengurusnya walaupun pada usia yang seharusnya ialah yang lebih banyak membantu. Saat itulah S merasa ia harus berusaha untuk sehat.

Meskipun F telah menyadari bahwa ia harus mematuhi perintah dokter dengan menjaga pola makan dan mengkonsumsi obat, S tetap merasa bahwa ada

yang berbeda dalam hidupnya. Ia tidak lagi dapat bermimpi setinggi dulu sebelum sakit, ia memiliki keterbatasan secara fisik sehingga aktivitasnya juga terbatas. Ia merasa hidupnya hanya sebatas rumah dan ruang hemodialisa. *Quality of life* F menurun, ia tidak lagi berani bermimpi dan menganggap bahwa ia berbeda dari yang lain. F pernah merasa depresi dengan kondisi kesehatannya yang membatasi keinginan-keinginannya untuk berkunjung ke tempat baru dan ia juga berhenti bekerja karena merasa malu dan tidak mampu. Setelah vonis itu diberikan, dan ditengah turunnya *quality of life* F, ia merasa ia tidak memiliki potensi apapun lagi dalam dirinya dan harus senantiasa siap dengan kondisinya yang semakin memburuk.

F baru mendapatkan kepercayaan diri lagi dan memiliki sedikit semangat untuk melakukan aktivitas, setelah ayahnya mengajak S untuk mengaji dan mengkaji agama yang diakitkan dengan fase hidupnya. Ia merasa nasehat-nasehat yang berbau agama tersebut menumbuhkan semangatnya dan keyakinannya bahwa ia tetap bisa beraktivitas dengan baik dengan bantuan Tuhan, dan hal itu cukup terbukti pada dirinya hingga hari ini. Walaupun *quality of lifenya* sudah sedikit meningkat, namun kadang kala ketika sakit tersebut ia rasakan lagi, maka terjadi lagi penurunan *quality of life*, namun selama ini F cukup terbantu dengan nasehat-nasehat spiritual dari ayahnya.

Berdasarkan ulasan di atas, dinamika psikologis yang terjadi dalam diri subjek dapat digambarkan dalam bagan berikut;



Bagan I: Dinamika Psikologis Subjek F

b. Subjek Kedua (R)

Subjek kedua berinisial R saat ini berusia 28 tahun. Sebelum divonis CKD, R sudah menjadi pasien diabetes melitus sejak usia 16 tahun. Lima tahun kemudian, ketika ia berusia 21 tahun R divonis menderita CKD. S Ia merasa tidak kesulitan untuk beradaptasi dengan pengobatan (hemodialisa) karena ia sudah sering bolak-balik rumah sakit untuk mengontrol gula darahnya. Walau demikian, respon *denial* tetap terlihat padanya. Ia merasa marah pada keadaan bahwa diusianya yang sangat muda dimana ia masih bermimpi untuk berkuliah dan bekerja nanti, namun karena vonis CKD mimpi-mimpinya terasa semakin sulit untuk dicapai. R telah menerima penjelasan dokter dan berusaha menerima bahwa ia akan menjalani hemodialisa seumur hidupnya, namun ternyata menerima kenyataan tersebut tidaklah semudah yang ia bayangkan.

Ia merasa bahwa hemodialisa adalah penyakit orang tua, ia juga merasa hidup sedikit tidak adil pada dirinya. Sejak usia 16 tahun ia menjadi pasien diabetes, lalu lima tahun setelahnya ia menjadi pasien gagal ginjal, ia merasa tidak benar-benar menikmati hidup seperti orang kebanyakan. Terlebih jika R membandingkan kehidupannya dengan orang lain, ia merasa benar-benar berbeda. Saat menjadi pasien diabetes, ia sudah merasa terisolasi dari teman-temannya karena sering jatuh sakit. R merasa dengan CKD, ia akan semakin tidak memiliki teman dan semakin berbeda dari lingkungan. Dengan vonis CKD ini juga R merasa bahwa masa depan yang sempat dibayangkannya semakin tidak tergapai, bukan hanya masalah keinginan berkuliah dan bekerja namun masalah pernikahan. R merasa ia tidak akan pernah menikah, karena penyakit yang ia miliki bukan penyakit biasa dan harus ia bawa seumur hidupnya. Belum lagi, permasalahan ekonomi. Menjadi pasien CKD, adalah sebuah penyakit yang membutuhkan biaya yang besar. Saat itu, BPJS belum ada. Biaya hemodialisa masih sangat mahal, dan R merasa tidak enak pada orang tuanya karena menyulitkan kehidupan secara ekonomi sejak diabetes hingga hemodialisa.

Selama satu tahun, R jatuh bangun dalam usahanya untuk menerima bahwa ia adalah pasien CKD. Walaupun sulit, tapi dengan dukungan keluarga dan merasa yakin bahwa Tuhan memiliki rencana yang indah untuknya dilain waktu. Walaupun perasaan-perasaan berbeda itu masih menjadi *issue* utama bagi R, tapi sedikit banyak S mampu menerima kondisi dirinya saat ini. Bukan hanya dukungan dari keluarga yang membuatnya bangkit, tapi dukungan dari teman-teman sesama pasien CKD, keyakinannya akan rencana Tuhan, dan keinginannya untuk tetap hidup.

R berkata bahwa *quality of lifenya* benar-benar turun setahun pertama, ia merasa paling menderita, tidak akan sembuh, dan tidak akan mendapatkan bahagia. Semangatnya bangkit tiap kali melihat orang tuanya yang tetap semangat mengurusinya, namun jatuh ketika melihat orang-orang seusianya sibuk dengan urusan akademik dan mengejar mimpi. Tapi, R merasa sangat tertolong dengan perawat di rumah sakit X yang sangat membantunya, menyemangati, bahkan mengingatkan akan kuasa Tuhan. Hal itu sangat berdampak pada R, ia menjadi lebih semangat dan percaya bahwa sakitnya adalah bagian dari cobaan hidup.

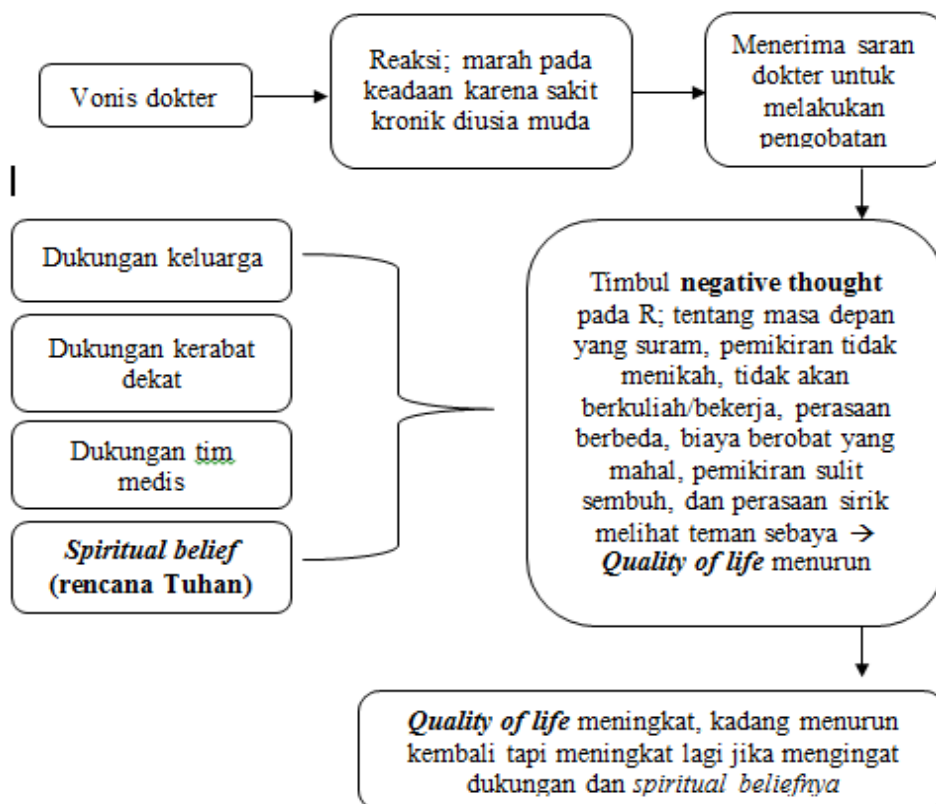
Bagi R, *quality of lifenya* selama menjadi pasien CKD selalu naik turun. Tergantung seberapa positif ia memandang semua kejadian hidupnya. Dikala ia merasa cemas karena sakit yang ia miliki dan ketakutan-ketakutan akan masa depan (tidak menikah, tidak bekerja, dan berbeda dari orang lain) itu menyerang R, ia kembali akan merasa menderita yang membuat *quality of lifenya* menurun.

Saat ini yang R lakukan adalah banyak-banyak berpikir positif dan memandang kejadian yang dihadapinya sebagai ujian hidup dari Tuhan. Dengan begitu, *quality of life* R menjadi meningkat yang terlihat dari semangat R untuk melakukan pengobatan.

Berdasarkan ulasan di atas, dinamika psikologis yang terjadi dalam diri subjek dapat digambarkan dalam bagan II.

c. Subjek Ketiga (A)

Subjek ketiga, saat ini berusia 67 tahun berinisial A. Ia pertama kali divonis CKD ketika berusia 61 tahun. A tidak merasakan adanya gejala khusus sebelum ia divonis, ia hanya merasa kesulitan mengkonsumsi makanan dan minuman. Setiap kali mengkonsumsi makanan dan minuman, ia akan memuntahkannya. Setelah diperiksa, tekanan darahnya sangat tinggi mencapai 180 padahal biasanya hanya 130. Setelah itu, A tidak mengingat persis kejadiannya namun ia telah divonis CKD. Reaksi A ketika mengetahui penyakit yang dideritanya tentu saja merasa *shock*, dan takut mati. Ia memiliki teman yang juga divonis hemodialisa seumur hidupnya namun baru melakukan hemodialisa beberapa kali, ia meninggal. Hal itulah yang membuat ia merasa takut. A membayangkan hidupnya tidak akan lama lagi karena ia memiliki penyakit yang sangat bergantung pada alat dengan beragam aturan pola hidup yang harus dihadapinya.



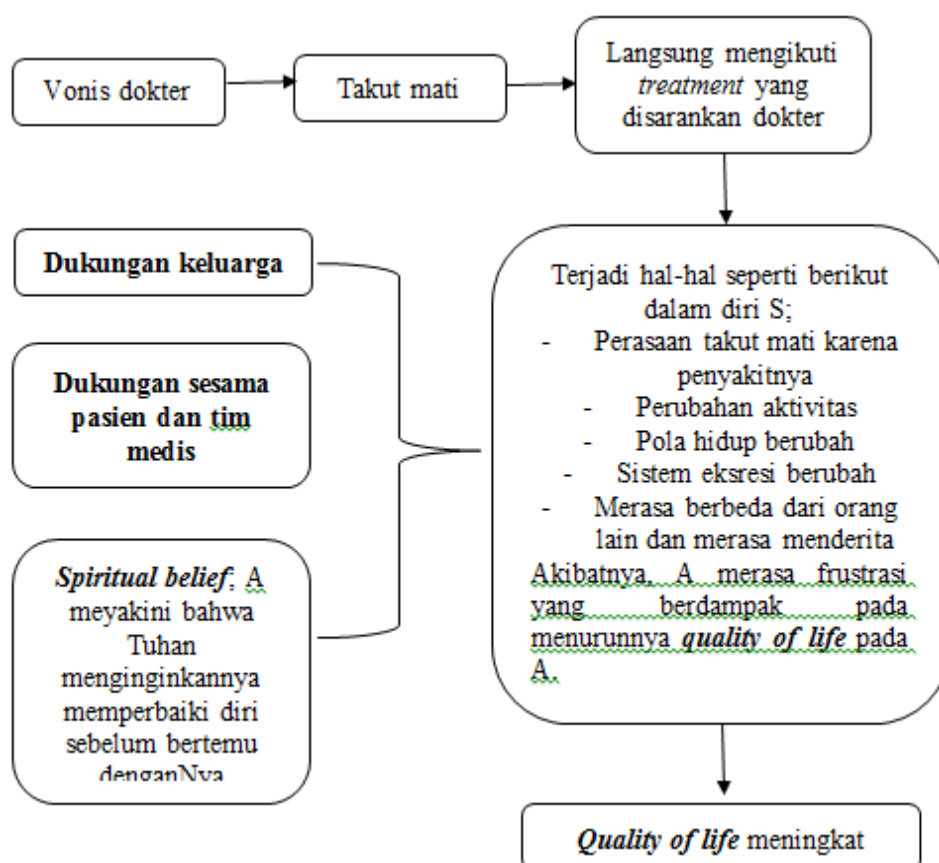
Bagan II: Dinamika Psikologis Subjek K

Belum menghilangkan rasa takut tersebut, kesulitan lain menghampirinya. Perubahan kondisi fisik dari terbiasa melakukan olah raga seperti lari dipagi hari menjadi tidak bisa dilakukan lagi, kebiasaan meminum air putih yang banyak dan makan pisang yang kini menjadi pantangannya, juga kebiasaan utuk kencing yang tidak lagi dapat ia lakukan sempat membuat A frustrasi, yang membuat

quality of lifenya menurun. Ia merasa semakin berbeda dari orang lain, merasa bahwa ia yang paling menderita dan tidak ada penderitaan yang lebih berat lagi selain yang ia rasakan. Beruntungnya, keluarga A selalu mendukung. Tidak hanya istri dan anak-anaknya, tapi menantu juga cucunya. Semuanya menyemangati A untuk melakukan pengobatan. Hal ini menumbuhkan semangatnya untuk melakukan pengobatan.

Disamping dukungan, A juga mendapatkan banyak bantuan dari tim medis dan rekan-rekan sesama pasien CKD. Dan hal lain yang menumbuhkan semangat A adalah keyakinannya akan rencana Tuhan. Ia merasa bahwa ini saatnya untuk lebih bersyukur, A meyakini bahwa sakitnya ini hanyalah penegur dirinya untuk dosa-dosanya selama 61 tahun kemarin diberikan hidup sehat. A juga mengaku bahwa dengan sakit ini, Tuhan mungkin ingin A untuk lebih taat beribadah dan lebih meyakini kebesarannya. Hal itu membuat A tidak takut lagi akan kematian, sejak keyakinannya akan Tuhan meningkat A merasa bahwa *quality of lifenya* kembali lagi seperti sedia kala. Walau ia tidak dapat melakukan aktivitas yang banyak, tapi A tidak pernah lagi merasa hidupnya jatuh bangun karena sakitnya, tidak lagi merasa takut mati, dan tidak pula merasa menderita. Keyaninannya akan kebesaran Tuhan menghantarkan A memperbaiki *quality of lifenya*, dan memperbaiki diri hingga saatnya bertemu Tuhan.

Berdasarkan ulasan di atas, dinamika psikologis yang terjadi dalam diri subjek dapat digambarkan dalam bagan berikut;



Bagan III: Dinamika Psikologis Subjek A

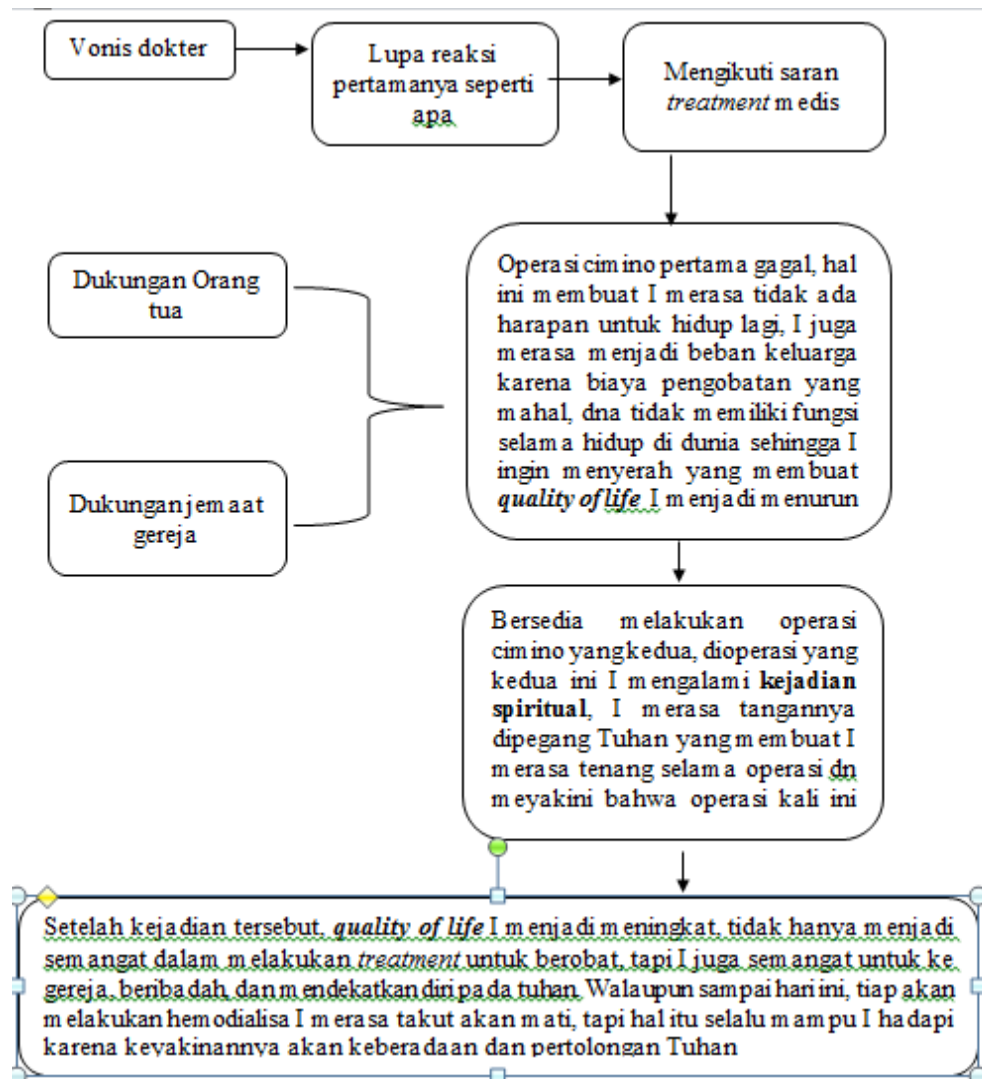
d. Subjek Keempat (I)

Subjek keempat berinisial I, saat ini I berusia 25 tahun. Ketika pertama kali divonis CKD I masih kelas tiga SMA usia I saat itu adalah 19 tahun. Gejala-gejala yang I rasakan adalah ia mudah lelah dan sakit. Saat melakukan pemeriksaan, I langsung diberitahukan bahwa ia menderita CKD. I tidak mengingat persis reaksi yang ia berikan, tapi orang tuanya menceritakan pada I bahwa ia merasa bahwa ia sudah akan mati. Yang I ingat adalah Ibunya mengangis ketika mengetahui vonis yang diberikan dokter padanya. Sebelum melakukan *treatment* hemodialisa, I harus melakukan beberapa kali operasi cimino untuk memberikan jalannya selang hemodialisa pada tubuhnya. Pertama kali dilakukan tidak berhasil, dan diulangi lagi.

I sudah merasa lelah ketika operasi pertama tidak berhasil, ia merasa bahwa memang sudah waktunya ia menyerah dan pergi. Belum lagi, ia mencuri dengar bahwa biaya operasi mahal. Hal ini membuat I merasa bahwa ia menyulitkan keluarganya dan tidak ada gunanya ia menjalani hidup di dunia kalau hanya menyulitkan kedua orang tuanya. Walaupun demikian, orang tua I tetap mendukung dan menemani I dalam semua proses pengobatan dan memenuhi pembayaran untuk berobat. I juga dijenguk oleh teman-teman gereja Ibu I yang memberitahukan bahwa Tuhan memiliki rencana dibalik ini semua., dan memberikan dukungan moril. Saat operasi cimino kedua I seolah-olah merasakan genggaman tangan Tuhan yang menghangatkan tangannya. I juga merasa bahwa Tuhan menginginkan I untuk tetap semangat dan meyakini kebesarannya dan hikmah dibalik ini.

Setelah pengalaman spiritual yang I rasakan, I semakin mendekatkan diri dengan Tuhan dan turut aktif di gereja. Saat digereja, I merasa sangat diterima dan selalu didoakan. Ibu I juga tidak menangis lagi melihat I tetap ceria seperti itu, dan Ayahnya tetap bekerja dan menyemangati I dan mengantarkan I untuk melakukan hemodialisa. I merasa I sangat tidak bersyukur jika tetap tidak ingin sehat disaat nikmat Tuhan yang ia rasakan sangat besar. Namun sebelum merasakan penerimaan yang cukup besar, I sempat melalui fase berat yang membuatnya tidak ingin melakukan aktivitas apapun dan tidak ingin bertemu dengan teman-temannya yang datang menjenguk. Ia merasa bahwa hidupnya tidak lagi berharga. Persepsi I akan hidupnya, tidak ada hal yang baik lagi yang dapat ia gapai, karena sakit yang ia miliki. Bahkan hingga saat ini, tiap kali akan melakukan hemodialisa I tetap merasa cemas akan terjadi hal buruk selama proses pengobatannya, namun mengingat nikmat Tuhan yang ia dapatkan dan dukungan orang tua serta teman-teman di gereja, I tetap bersemangat untuk melakukan pengobatan.

Berdasarkan ulasan di atas, dinamika psikologis yang terjadi dalam diri subjek dapat digambarkan dalam bagan berikut;



Bagan IV: Dinamika Psikologis Subjek I

Kategorisasi Data Penelitian Subjek

1. Reaksi setelah mendengar vonis dokter

Individu memiliki reaksi yang berbeda ketika mengetahui penyakit yang dideritanya. Sekalipun pada awalnya semua subjek menunjukkan penolakan terhadap penyakit yang diderita, namun bentuk-bentuk reaksinya berbeda. Reaksi penolakan tersebut umumnya terjadi karena adanya perasaan tidak menyangka bahwa ia divonis menderita CKD. Terlebih pada salah satu subjek, sebelum divonis CKD terbiasa melakukan banyak aktivitas fisik seperti olahraga dan menjaga pola hidup sehat dengan tidak merokok serta mengonsumsi soda sehingga tidak pernah sedikitpun terbersit dalam pikirannya bahwa ia akan divonis CKD.

Tiga dari empat subjek, ketika divonis CKD merasakan bahwa kematian senantiasa mengintai mereka. Bahwa usia mereka tidak akan sepanjang orang yang sehat karena kondisi fisik mereka yang bisa saja memburuk tanpa diduga-duga. Hal ini membuat pasien CKD menjadi semakin cemas dan tidak menikmati kehidupan karena bayang-bayang kematian. Keempat subjek penelitian merasakan perbedaan yang signifikan antara ia dengan orang lain. Bahwa mereka tidak akan memiliki kehidupan yang sama dengan orang lain pada umumnya, bahwa mereka berbeda, yang menjadi pemicu rendahnya rasa percaya diri dalam

diri pasien CKD. Semua bentuk reaksi penolakan tersebut, membuat *quality of life* pasien CKD menurun.

2. Proses penerimaan

Adalah sulit untuk menerima perubahan dalam hidup, begitu pula dengan yang dirasakan oleh pasien CKD. Mereka perlu melakukan banyak adaptasi terhadap kondisi yang dialami. Perubahan fungsi fisik, perubahan aktivitas, perubahan pola makan, tuntutan kepatuhan untuk mengkonsumsi obat-obatan, hingga *dealing* akan perasaan-perasaan yang kurang menyenangkan, seperti merasa cemas, merasa berbeda, merasa tidak mampu, merasa tidak percaya diri, merasa tidak yakin, hingga merasa akan mati. Pasien CKD harus mau berdamai dengan itu semua, bagaimanapun caranya jika mereka ingin sehat. Dan setahun pertama dari fase perjalanan hidup mereka sebagai pasien CKD adalah fase yang terberat.

Proses penerimaan penyakit CKD yang dialami oleh subjek penelitian umumnya hampir serupa. Terdapat tiga poin dalam penumbuhan proses penerimaan dalam diri pasien CKD yaitu, dukungan sosial, keinginan untuk sehat, dan keyakinan spiritual. Dukungan sosial membuat para pasien CKD bersemangat untuk menjadi sehat untuk beraktivitas sehari-hari. Dukungan sosial didapatkan dari keluarga terdekat dan juga lingkungan. Dengan dukungan yang diberikan, semangat untuk melakukan pengobatan pada pasien CKD meningkat karena merasa bahwa ia mendapatkan perhatian dan dukungan dari orang terdekat dan tidak ada alasan untuknya menjadi *down* kembali.

Selain dukungan sosial, keinginan dari dalam diri sendiri juga diperlukan. Pasien CKD yang menjadi subjek penelitian umumnya akan merasakan adanya semangat untuk sehat setelah mendapatkan dukungan sosial dari orang-orang terdekat, saat semangat untuk sehat itu tumbuh, keinginan untuk sehat dan mampu menghadapi penyakit CKDnya juga menjadi tumbuh. Dengan adanya keinginan dari diri sendiri untuk menjadi sehat pasien CKD juga memiliki kekuatan untuk menghilangkan dan mencegah ketakutan akan kematian atau kecemasan-kecemasan lainnya hadir kembali. Sehingga, pasien CKD menjadi lebih positif dalam menghadapi hari.

Dukungan sosial dan keinginan dari dalam diri sendiri untuk sehat kembali juga semakin kuat dengan adanya keyakinan spiritual. Keempat subjek penelitian semuanya merasakan keyakinan akan rencana Tuhan membuat mereka semakin yakin untuk terus melakukan pengobatan dan semakin menguatkan pasien CKD untuk terus yakin bahwa mereka tidak memiliki perbedaan dengan orang lain, mereka tetap dapat beraktivitas sesuai dengan kemampuan mereka, dan terlebih mereka menerima kondisi mereka yang berdampak semakin kurangnya kecemasan dan ketakutan-ketakutan yang dirasakan.

3. Dampak vonis CKD terhadap *quality of life* subjek

Divonis menderita penyakit apa saja, tentu menurunkan *quality of life* pada diri seseorang, terlebih jika vonis yang diterima adalah vonis penyakit terminal akhir dimana fungsi salah satu organ tubuh tidak lagi dapat bekerja dan memerlukan bantuan alat, dan pasien bergantung pada alat tersebut seumur hidupnya. Subjek dalam penelitian ini melakukan penyangkalan akan vonis yang didupkannya. Banyak rencana dalam hidup yang gagal terlaksana, perasaan akan kematian yang mengintai mereka kapan saja, keterbatasan fisik, sulitnya untuk bekerja atau bersekolah, hingga kekhawatiran akan jodoh yang tidak

kunjung datang. Vonis CKD yang diterima oleh pasien tentu saja membuat dunia mereka yang dulunya penuh optimisme menjadi redup dan diselimuti perasaan negative, ketidakmampuan, dan ketidakmungkinan.

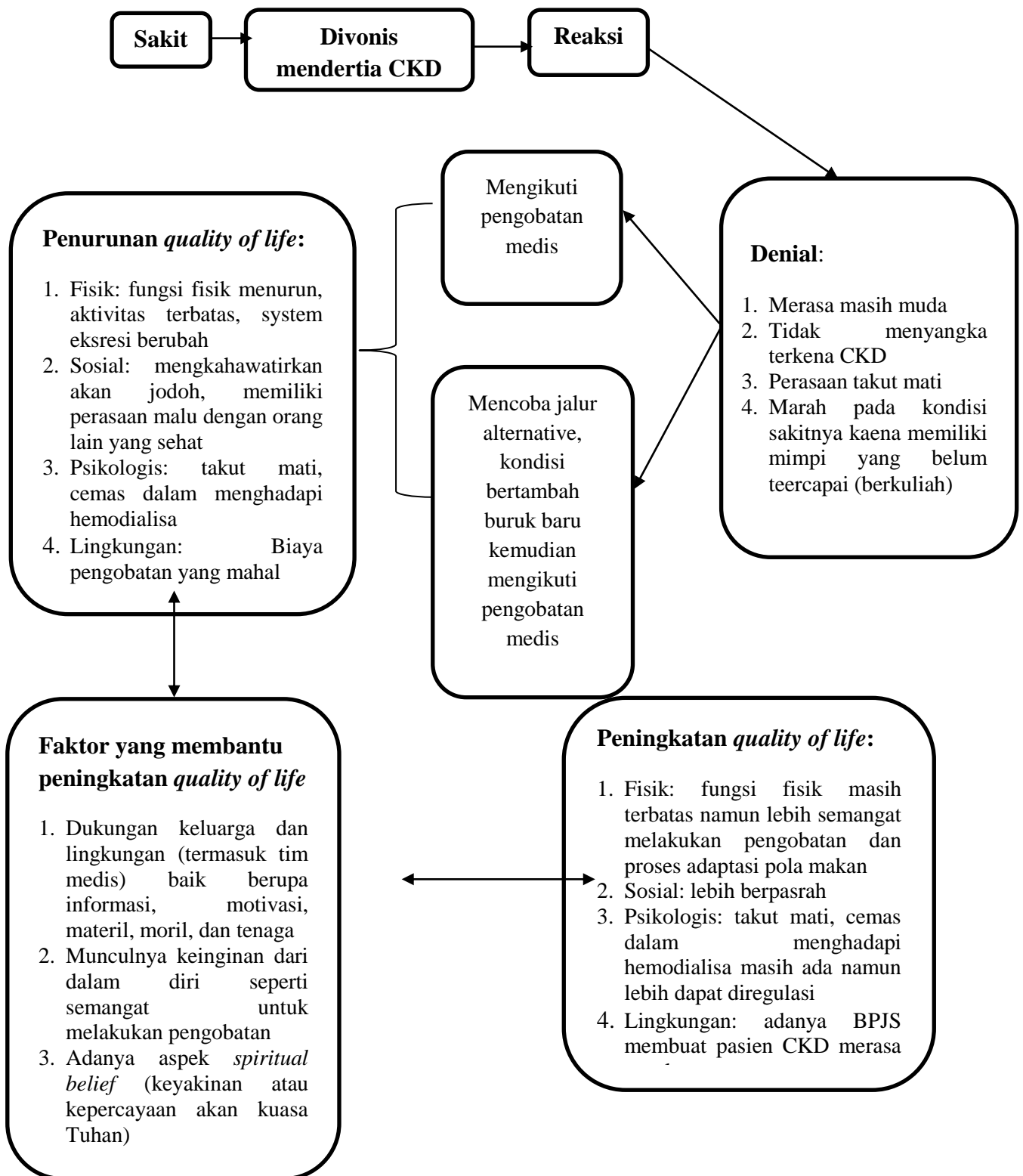
Perasaan-perasaan tersebut membuat pasien kehilangan semangat. Kehilangan semangat dalam hidup membuat pasien memiliki hidup yang tidak berkualitas, dengan kata lain *quality of life* pada pasien CKD dalam penelitian ini mengalami penurunan ketika mengetahui bahwa mereka adalah pasien CKD. Tidak ada semangat untuk melakukan aktivitas lagi, tidak yakin bahwa mereka bisa melalui ini, dan juga merasa dirinya paling menderita. Persepsi pasien akan hidupnya difase awal mengetahui bahwa ia merupakan pasien CKD hanya satu kata; menuju pada kematian. Dengan kata lain, *quality of life* pasien CKD khususnya pada setahun pertama berada pada titik terendah sepanjang kehidupannya. Walaupun *quality of life* pada pasien CKD mengalami turun naik, namun tidak pernah serendah pada saat setahun pertama.

PEMBAHASAN

Temuan Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Bandung tepatnya disalah satu rumah sakit swasta yang ada di Bandung pada pasien Chronic Kidney Disease (CKD) yang telah menderita CKD lebih dari satu tahun dan telah mampu beradaptasi dengan penyakit yang dideritanya. Peneliti berusaha melakukan eksplorasi untuk menjawab pertanyaan penelitian yaitu, “*gambaran quality of life pada penderita Chronic Kidney Disease (CKD) dengan harapan berdasarkan hasil tersebut dapat dilanjutkan dengan pemberian intervensi jika didapati bahwa benar adanya pada pasien Chronic Kidney Disease (CKD) dengan hemodialisa terdapat penurunan quality of life*”. Berdasarkan hasil observasi dan wawancara mendalam terdapat beberapa temuan penelitian yang sedikit berbeda dengan aspek-aspek pembentuk *quality of life* yang dikemukakan oleh Testa dan Simonson (1996), namun asumsi bahwa pasien CKD mengalami penurunan *quality of life* memang benar adanya. Pada penelitian ini, hal yang berbeda dari aspek-aspek *quality of life* yang dikemukakan oleh Testa dan Simonson (1996) adalah adanya faktor *spiritual belief* pada pasien CKD. Penelitian ini menemukan bahwa, pasien CKD dengan keyakinannya akan Tuhan, kebesaran Tuhan, dan rencana Tuhan menumbuhkan semangat mereka untuk sehat, menghilangkan kecemasan-kecemasan psikologis yang dimiliki, dan lebih yakin serta tenang.

Berdasarkan tiga poin yang dibahas, dapat disimpulkan bahwa *quality of life* pada pasien gagal ginjal kronik juga ditentukan oleh faktor *spiritual belief* diluar dari aspek-aspek pembentuk *quality of life* yang selama ini kita ketahui yang tergambar dalam bagan dibawah ini:



Bagan V: Gambaran Temuan Penelitian

DISKUSI

Quality of life merupakan penilaian subjektif individu itu sendiri mengenai kehidupannya. Testa dan Simonson (1996) mengemukakan bahwa *quality of life* adalah persepsi individu yang dihasilkan dari pengalaman pribadi terkait kondisi kesehatan yang dimiliki individu yang mengacu pada kondisi fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan. Berdasarkan hasil penelitian ini, didapatkan bahwa *quality of life* pada pasien CKD memang mengalami penurunan pada semua aspek antara sebelum divonis dan setelah divonis menjadi pasien CKD. Penurunan tersebut terlihat dari dampak yang ditimbulkan setelah mengetahui vonis dokter dan sebelum serta peningkatannya diketahui setelah eksplorasi mendalam dan ditemukan perubahan dari mengetahui vonis dokter dengan perilaku saat ini.

Dalam aspek fisik, pasien CKD akan mengalami perubahan aktivitas fisik dimana pasien harus mau menjalani proses hemodialisa yang menyita waktu bahkan mungkin membuat pasien terkendala dalam bekerja. Bargiel-Matusiewicz (2006) mengemukakan bahwa sebagian besar kurang lebih dua pertiga dari pasien CKD tidak dapat kembali bekerja, kehilangan harapan umur panjang, dan kebebasan beraktivitas fisik yang membuat pasien CKD memiliki tingkat kecemasan akan keberlangsungan hidupnya. Sedangkan dalam aspek sosial Van, Supaporn, dan Bonner (2012) mengemukakan bahwa derajat kualitas hidup pada masyarakat kultur Asia sangat ditentukan oleh hubungan sosial dengan orang-orang terdekat, dengan kata lain interaksi dengan lingkungan memegang peranan penting dalam peningkatan *quality of life* individu. Pada pasien CKD dukungan keluarga dan interaksi dengan anggota keluarga tentu saja menjadi hal yang penting, namun tetap saja pasien CKD memiliki keterbatasan untuk *hang out* dengan teman-teman sebaya yang memberikan dampak pada derajat *quality of life*nya.

Jika dilihat dari aspek psikologis, yang menjadi *highlight* pada pasien CKD adalah adanya perasaan takut mati, kecemasan dalam melakukan pengobatan, dan minder dengan kondisi sakitnya adalah hal yang umum terdengar. Hal tersebut tidak menutup kemungkinan menghantarkan pasien CKD berada pada tahapan depresi seperti yang dikemukakan oleh Rustina, Putrini, dan Fitriangga (2012) mengemukakan bahwa depresi yang terjadi pada penderita Chronic Kidney Disease (CKD) yang menjalani terapi hemodialisa disebabkan terjadinya perubahan dari segi kehidupan sosial dan psikologis (psikososial), dan mekanisme biologi. Aspek-aspek psikososial tersebut antara lain emosi, harga diri, gaya hidup, fungsi seksual. Emosi yang dimaksud adalah perasaan-perasaan yang dirasakan penderita Chronic Kidney Disease (CKD) terkait dengan penyakit yang diderita dan terapi hemodialisis yang akan dilakukan, seperti perasaan takut akan masa depan, cemas terhadap keberlangsungan hidup penderita, marah terhadap penyakit yang dideritanya hingga menyebabkan depresi.

Bahkan jika dilihat dari aspek psikologis, ketakutan akan mati, perasaan cemas dan minder bukanlah sebuah perasaan yang dapat diabaikan atau menghilang. Perasaan-perasaan tersebut terus datang dan menghantui, terlebih ketakutan akan mati yang dirasakannya tetap hadir setiap akan melakukan pengobatan atau ketika sakit menyerang. Hal ini membuat *quality of life* pasien CKD menjadi naik dan turun sesuai dengan perasaan-perasaan yang mendominasi.

Tidak hanya sampai disitu, faktor lingkungan seperti keterbatasan ekonomi juga menjadi sorotan pada pasien dengan penyakit apapun tak terkecuali CKD. Kebutuhan biaya pengobatan yang amat besar membuat perasaan frustrasi karena tidak mampu untuk membayar pengobatan seringkali menjadi permasalahan. Beruntungnya, saat

ini pasien CKD sangat terbantu dengan keberadaan BPJS sehingga pasien CKD tidak lagi mengkhawatirkan masalah biaya. BPJS kesehatan memberikan peningkatan *quality of life* yang baik pada pasien dengan CKD khususnya.

Hal-hal diatas menceritakan bahwa pasien CKD memerlukan perhatian khusus dalam peningkatan *quality of life*. Hal ini dikarenakan *quality of life* pada pasien penyakit apapun tak terkecuali CKD memegang peranan penting dalam proses pengobatan. Oleh karena itu, ada baiknya tim medis, *social worker*, dan pemerhati CKD memfokuskan juga dalam peningkatan *quality of life*. Dalam penelitian ini ditemukan faktor-faktor tertentu yang membuat *quality of life* pada pasien CKD akan kembali seperti sedia kala atau malah menjadi lebih baik. Faktor-faktor yang mempengaruhi tersebut adalah dukungan baik dari pihak keluarga, kerabat, bahkan tim medis. Dukungan dapat berupa waktu, motivasi, tenaga, informasi terkait CKD, dan materil. Sarafino (2006) mengemukakan bahwa dukungan sosial dapat menjadi salah satu pemicu timbulnya harapan untuk sembuh.

Harapan untuk sembuh yang timbul dalam diri pasien CKD menumbuhkan semangat dalam dirinya sendiri untuk melakukan pengobatan, mengontrol pola makan, mengkonsumsi obat, dan menahan keinginan untuk minum air sehingga tidak lebih dari dosis yang seharusnya. Semangat yang dimiliki pasien CKD tumbuh ketika melihat keluarganya lebih bersemangat dalam memberikan bantuan, disamping itu pasien CKD juga menjadi lebih berkualitas hidupnya ketika menyadari bahwa semua hal yang terjadi dalam kehidupan adalah rencana dari Pencipta Kehidupan. Vonarx dan Hyppolite (2013) mengemukakan bahwa spiritualitas dan religiusitas menumbuhkan ketenangan dalam diri sehingga membuat hidup menjadi lebih berkualitas dan lebih dapat dimaknai dan dijalani dengan lebih baik.

Pada pasien CKD, ketenangan didapatkan dengan meyakini kebesaran Tuhan, rencana Tuhan, dan hikmah dibalik penyakit yang dimilikinya. Dengan meyakini hal-hal tersebut, tentu saja membuat pasien CKD menjadi lebih kuat dan mempersepsikan hidupnya dengan lebih baik dibandingkan sebelumnya. Walaupun pada kenyataannya *quality of life* pada pasien CKD seperti *rollercoaster* namun pasien CKD dapat mengatasinya ketika mendapatkan dukungan, memiliki harapan, dan memiliki keyakinan spiritual.

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Adapun kesimpulan dari penelitian ini bahwa pasien Chronic Kidney Disease (CKD) atau yang disingkat dengan CKD memang benar mengalami penurunan *quality of life* namun mereka dapat mengatasinya dengan beberapa faktor yaitu dukungan sosial, keyakinan dalam diri, dan *spiritual belief*. Disamping itu, satu tahun pertama adalah masa terberat bagi pasien CKD dalam melakukan adaptasi dengan perubahan-perubahan yang dialami dan meskipun telah beradaptasi terkadang penurunan tingkatan *quality of life* tetap terjadi namun hal itu dapat teratasi dengan tiga faktor pendukung tadi.

Saran

Bagi peneliti selanjutnya mungkin memasukkan data dari perawat atau keluarga/pendamping pasien CKD sehingga gambaran *quality of life* sebagai data tambahan dari *significant other*.

UCAPAN TERIMA KASIH

Para pasien CKD yang telah bersedia untuk menjadi subjek penelitian, khususnya kepada KPCDI Cabang Bandung yang telah sangat ramah dan terbuka menerima peneliti dan membantu peneliti dalam proses pengumpulan data.

DAFTAR PUSTAKA

- Bargiel-Matusiewicz K. (2006). Psychological influence on the physical state of haemodialysis patients. *Journal of Physicology Pharmacol.* 57, (4): 33-38
- Brunner., & Suddart. (2001). *Buku ajar keperawatan medikal bedah*. Edisi 8. Jakarta: EGC
- Creswell, J. W. (2010). *Research design: Pendekatan kualitatif, kuantitatif, dan mixed*. Edisi Ketiga. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Himpunan Psikologi Indonesia. (2010). *Kode etik psikologi Indonesia*. Jakarta: HIMPSI pusat
- Moleong, L. J. (2002). *Metodologi penelitian kualitatif*. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya
- Poerwandari, K. (2007). *Pendekatan kualitatif untuk penelitian perilaku manusia*. LPSP3. Jakarta: Fakultas Psikologi Universitas Indonesia
- Rustina., Putrini, J., & Fitriangga, A. (2012). Gambaran tingkat depresi pada pasien Chronic Kidney Disease (CKD) yang menjalani hemodialisis di RSUD DR. Soedarso Pontianak tahun 2012. *Penelitian*. Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Tanjungpura: Pontianak
- Sarafino, E. P. (2006). *Health psychology: Biopsychosocial Interactions*. Fifth Edition. USA: John Wiley & Sons
- Siallgan, H. (2012). Karakteristik penderita Chronic Kidney Disease (CKD) yang dirawat inap di RS Martha Friska Medan 2011. *Skripsi*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara
- Testa, M.A., Simonson, D.C. (1996). Assessment of quality-of-life outcomes. *New Eng J Med.* 334(13), 835-840
- Van. N. K., Supaporn, D. & Bonner, A., (2102). Examining the health related quality of life of people with end-stage kidney disease living in Hanoi, Vietnam. *Renal Society of Australian Jurnal*, 8(3), 140-145
- Vonarx, N., & Hyppolite, S-R. (2013). Religion, spirituality, and cancer: The question of individual empowerment. *Integrative Cancer Therapies.* 12, (1): 69-80. DOI: 10.1177/1534735411433835
- Wang, L-J., & Chen, C-K. (2012). The Psychological Impact of Hemodialysis on Patient with Chronic Renal Failure. *Real Failure: The Facts*.