

PERAN PERAWAT DALAM MENINGKATKAN KUALITAS PASIEN PERITONIAL DIALISIS

Krisna Yetti *

Abstrak

Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) merupakan salah satu terapi pengganti pada Penyakit Ginjal Tahap Akhir (PGTA). Empat area yang menjadi tanggung jawab perawat CAPD adalah predialisis, rawat inap, sebelum dan selama pelatihan CAPD, serta pada saat pasien di rumah. Merujuk pada empat peran perawat, yaitu sebagai praktisi, pengelola, peneliti, dan pendidik, maka peran perawat CAPD mempunyai peran dan fungsi yang berbeda pula pada masing-masing area ini. Tujuan utama peran dan fungsi perawat di setiap area ini adalah agar layanan keperawatan yang diterima oleh pasien menjadi prima. Pada artikel ini dibahas peran perawat sebagai praktisi dan pengelola pelayanan keperawatan. Sedangkan dua peran lagi yaitu pendidik dan peneliti tidak dibahas.

Kata kunci: fungsi, peran, dan perawat CAPD

Abstract

Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) is one of replacement therapy of End Stage Renal Disease (ESRD). CAPD nurse takes the responsibility in four areas. Those are pre-dialysis stage, during hospitalization, before and during peritoneal dialysis training, and patient at home. Refer to the roles of the nurses, as a care provider, manager, educator and researcher, CAPD nurse has a comprehensible role and function. This comprehensible role and function is also applied in this each area in order to get the better quality of life of the CAPD patients. In this article the role of care provider and manager are discussed. However, the other two, educator and researcher roles are not discussed.

Key words: CAPD nurse, function and role

PENDAHULUAN

Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) sebagai salah satu alternatif terapi pengganti pada Penyakit Ginjal Tahap Akhir (PGTA) telah diintroduksikan sejak tahun 1975 oleh Popovich dan Moncrief (Thomas, 2003). Beberapa tahun berselang negara-negara di Asia mulai menerapkan program CAPD. Demikian juga di Indonesia sejak awal tahun 1980-an telah dilakukan CAPD secara insidental (Tambunan, 2007). Meskipun telah tiga dekade sejak dikenalkan CAPD dan telah diupayakan pelatihan dan simposium keperawatan sejak awal tahun 1990-an, namun CAPD belum menjadi suatu pilihan terapi pengganti PGTA di Indonesia.

Peran perawat CAPD meliputi empat peran, yaitu sebagai praktisi atau pelaksana asuhan keperawatan, pengelola pelayanan keperawatan, peneliti dan pendidik. Pada makalah ini, sesuai dengan judul, hanya membahas dua peran yaitu peran perawat sebagai praktisi dan pengelola pelayanan keperawatan. Khusus peran perawat sebagai praktisi pendekatan menggunakan modifikasi panduan dari Fresenius Medical Company (FMC) serta rujukan lainnya.

PERAN PERAWAT SEBAGAI PRAKTIISI ASUHAN KEPERAWATAN

Perawat sebagai praktisi berfungsi untuk menjamin program CAPD terlaksana secara prima. Layanan secara prima ini bertujuan agar program CAPD yang

dijalani pasien terjamin keamanannya sehingga hidup pasien berkualitas. Dengan demikian perawat berfungsi sebagai pelindung pasien secara komprehensif. Agar tujuan ini tercapai perawat CAPD menjalankan fungsinya pada empat kondisi yang berbeda yaitu asuhan pada **predialisis, rawat inap, sebelum dan selama pelatihan, serta pasien di rumah** (Tambunan, 2007). Asuhan/ tindakan keperawatan dan tanggung jawab perawat berbeda pada masing-masing kondisi.

Predialisis

Pada kondisi predialisis, perawat CAPD berperan serta untuk memastikan kesesuaian terapi pengganti yang dipilih oleh pasien PGTA. Pemahaman pasien atas terapi pengganti yang dipilih meliputi kelebihan dan keterbatasan metoda yang dipilih dan memastikan perawatan yang tepat sebelum implantasi *Tenckhoff kateter*. Hal ini merupakan tugas perawat CAPD pada kondisi predialisis ini. Jika pasien telah menentukan terapi pengganti yang dipilih, maka penyuluhan/ edukasi untuk memandirikan pasien dapat dimulai sesegera mungkin. Pemahaman pasien dari sejak awal akan menentukan keberhasilan program CAPD yang akan mempengaruhi kualitas hidup pasien.

Hal-hal yang perlu diperhatikan pada tahap predialisis ini adalah:

1. Keinginan pasien. Pasien sebaiknya mampu untuk memilih terapi pengganti yang sesuai untuknya. Pemilihan terapi pengganti didasarkan pada kondisi individu. Kedua terapi pengganti baik hemodialisis (HD) ataupun CAPD memiliki keuntungan dan keterbatasan yang perlu dipahami oleh calon pasien CAPD
2. Pasien diberikan kesempatan untuk memilih HD atau CAPD. Pada keadaan ini hak pasien perlu diperhatikan, karena pasienlah yang akan menjalani kehidupan selanjutnya. Jika ada atau tidak ada penyulit perlu diadvokasi pasien dalam memilih program. Bila hal ini dapat dilaksanakan secara terus menerus maka program CAPD ditempat institusi dilaksanakan telah mengedepankan etika dan moral, karena sangat memperhatikan *Human Rights*.

3. Pasien juga mampu secara mandiri untuk melakukan penggantian cairan diálisis. Dari semula program CAPD dikenalkan pada calon pasien dan keluarga, komponen ini menjadi bagian dari pengkajian. Jika pasien tidak mampu melakukan penggantian cairan dan tidak ada dari keluarga yang dapat melaksanakan, sedangkan CAPD sebagai pilihan terbaik untuknya, maka seyogianya telah diciptakan suatu agen yang mempunyai sumber daya manusia terlatih untuk membantu pelaksanaan program CAPD di rumah. Dengan demikian calon pasien CAPD dan keluarga mendapat bantuan, di lain pihak tercipta lapangan kerja baru. Jiwa kewirausahaan diperlukan untuk menjawab tantangan dan peluang untuk membantu pasien CAPD.
4. Calon pasien CAPD bertoleransi terhadap penambahan berat badan akibat pemasukan cairan pada rongga peritoneum. Pengkajian akan jumlah cairan yang mungkin ditolerir pasien diprediksi dari awal. Satu setengah liter atau dua literkah cairan yang akan digunakan bagai *dialysate*.
5. Memperhatikan penyulit-penyulit sehingga CAPD bukan menjadi opsi. Jika pasien didiagnosa mengalami nyeri punggung, hernia, gastroesophageal reflux, hemorrhoids atau beberapa bentuk penyakit lain maka, pasien tidak mungkin menjalani program CAPD.

Rawat Inap

Tujuan utama pasien menjalani rawat inap adalah untuk implantasi *Tenckhoff kateter* dan inisiasi program CAPD sesuai dengan perencanaan medis. Edukasi terstruktur (Yetti, 2004) dapat dilanjutkan pada tahap ini. Intervensi keperawatan terkait pascaoperasi dan perawatan khusus pada *exit site* merupakan tanggung jawab perawat CAPD. Dengan demikian perawat CAPD memberikan asuhan keperawatan lintas ruang rawat. Perawat CAPD memberikan asuhan keperawatan dari suatu ruangan ke ruangan lain. Jika belum tercipta sistem seperti ini, maka perlu dibuat suatu mekanisme, sehingga perawat CAPD tidak merasa asing untuk mendatangi ruang rawat untuk merawat pasien CAPD. Bila hal ini terlaksana, maka keberadaan (eksistensi diri) perawat CAPD secara tidak sengaja akan tercipta.

Sebelum dan Selama Pelatihan

Tujuan pelatihan adalah untuk memperoleh hidup yang berkualitas (Yetti, 2004). Hal ini dapat dicapai bila perawat CAPD memiliki **ilmu pengetahuan** dan **keterampilan psikomotor** yang memenuhi kriteria. Di samping itu perawat CAPD memiliki integritas pribadi yang kokoh sehingga memiliki **emosi** yang stabil dalam menghadapi pasien dan keluarga dari waktu ke waktu. Oleh karena itu perawat CAPD perlu mengembangkan diri dalam segala dimensi sehingga menjadi peneduh bagi pasien CAPD dan keluarganya.

Berbagai kriteria harus ditentukan dan dibuat sebelum pasien memulai program CAPD. Kriteria ini menjadi jaminan untuk keamanan pasien. Selain itu terapi yang dipilih menjadikan pasien untuk memperoleh kepuasan yang tinggi. Kriteria untuk menentukan hidup pasien CAPD berkualitas, antara lain:

1. *Adequate dialysis*. Pengeluaran zat-zat yang tidak dibutuhkan tubuh antara *dialysate* dan pembuluh darah pasien terjadi pada kapiler. Jadi kapiler bertindak sebagai media pemisah untuk antara pembuluh darah dan *dialysate*. Secara sederhana dapat disimpulkan bahwa cairan dan zat-zat terlarut melewati baik ke atau dari *dialysate*- pembuluh darah dengan cara difusi, ultrafiltrasi, atau osmosis. Membahas adekuasi dialisis berarti membahas fungsi dari yang menggantikan fungsi ginjal. Dalam hal ini adalah terapi pengganti yaitu CAPD. Dialisis dapat disebut adekuat bila pasien mengkonsumsi diit protein yang tepat dan tidak terjadi tanda-tanda uremia. Di samping itu keseimbangan cairan, elektrolit asam basa, sejahtera fisik, kepatuhan terhadap program pengobatan dan toleransi terhadap program terapi pengganti merupakan bagian dari adekuat dialisis. Secara konvensional pengukuran adekuasi didasarkan pada Kt/V. Secara umum nilai Kt/v adalah 2.0. Penilaian yang juga dapat mencerminkan dialisis yang adekuat adalah Peritoneal Equilibration Test (PET) (Twardowski, 1989, dalam Thomas, 2003).
2. *Adequate fluid balance*. Data dasar diperlukan untuk mengetahui keseimbangan cairan pada tubuh pasien CAPD. Data ini keseimbangan cairan ini

dikaji secara berkala. Penambahan berat badan akibat penambahan massa otot atau lemak tubuh perlu dibedakan dari penambahan berat badan akibat kelebihan cairan. Penimbangan berat badan setiap pagi, penimbangan cairan dalam kantung yang dikeluarkan dari rongga peritoneum perlu dilakukan secara teliti.

3. *Adequate nutrition*. Ahli Gizi berwenang untuk menyampaikan program diit dan menindaklanjutinya. Akan tetapi karena pasien lebih banyak berhubungan dengan perawat, maka perawat perlu dibekali dengan pengetahuan dasar tentang diit. Kewenangan perawat dalam konteks diit perlu jelas. Artikata standar dan *guideline* untuk memandu perawat dalam memberikan intervensi nutrisi harus ada.
4. *Prevention of complications*. Ada tiga komplikasi yang terkait dengan CAPD: mekanikal, medikal, dan infeksi (DeVore, <http://www.uspharmacist>). **Mekanikal:** yaitu berbagai komplikasi yang terkait pemasangan kateter. Nyeri karena ketidakstabilan pemasangan plester pada awal-awal implantasi (akibat lanjut terjadi kebocoran di sekitar *exit site*), obstruksi pada *inflow-outflow* atau *kinking* merupakan contoh-contoh komplikasi mekanikal. **Medikal:** berbagai komplikasi dapat terjadi pada pasien CAPD. Misalnya malnutrisi, fibrosis peritoneum pleural effusion. **Infeksi:** Peritonitis, infeksi pada *exit site* atau *tunnel* merupakan komplikasi yang sering terjadi. Dari ketiga komplikasi ini peran perawat yang paling nyata adalah untuk mencegah terjadinya infeksi. Meskipun demikian dua komplikasi lainnya mekanikal dan medikal tidak boleh luput dari pemantauan perawat.

Pasien di rumah

Tujuan asuhan keperawatan pasien dirumah adalah agar pasien dapat secara mandiri menjalani program CAPD. Beberapa langkah berikut dapat dipertimbangkan untuk dilaksanakan (Tambunan, 2007), adalah *follow up* melalui telpon, handphone ataupun email; *follow up* saat pasien melakukan kunjungan ke klinik CAPD; kunjungan ke rumah oleh perawat CAPD; jika memungkinkan berkordinasi dengan perawat komunitas.

Dokumentasi

Dokumentasi bertujuan agar kedua pihak perawat/ tim kesehatan dan pasien memperoleh jaminan keamanan secara hukum. Asuhan keperawatan yang telah dilakukan perawat dicatat disuatu format yang telah disahkan. Demikian juga apa yang dilakukan pasien atau yang membantu dicatat. Catatan hendaknya akurat tidak berlebihan dan juga tidak kurang. Kejelasan materi yang dicatat perlu mendapat pengesahan oleh suatu badan. Tujuan lain dari dokumentasi adalah menjadi sumber ilmu pengetahuan. Dapat menjadi bahan perbandingan, ataupun penelitian. Oleh karena itu budaya mencatat perlu didengung-dengungkan dari waktu ke waktu.

Komponen-komponen asuhan keperawatan yang didiskusikan merupakan sebagian dari keseluruhan Asuhan Keperawatan/ *Nursing Care*. Banyak komponen-komponen lain yang menjadi pertimbangan, akan tetapi tidak mungkin dibahas pada waktu yang terbatas ini. Pelatihan-pelatihan merupakan wadah lebih lanjut untuk membahas *nursing care* yang lebih *comprehensive*.

PERAN SEBAGAI PENGELOLA PELAYANAN KEPERAWATAN

Telah dibahas tentang *nursing care* pada Romawi 2, berikut ini dibahas secara umum tentang *management nursing care* yang ikut menentukan keberhasilan *nursing care*, antara lain: sistem kerja, standar asuhan, pendekatan holistik, Kriteria dan pengakuan sebagai perawat CAPD, dan prasarana

Sistem kerja

Diperlukan suatu tata kerja yang mengatur operasional program CAPD. Penjelasan peran dan fungsi masing-masing anggota tim, kordinator CAPD, serta alur komunikasi diatur pada sistem kerja ini. Bentuk pencatatan, siapa saja yang mencatat juga perlu ditata.

Standar asuhan.

Standard asuhan merupakan suatu cerminan unjuk kerja minimal yang dilengkapi dengan kriteria yang dapat diukur. Unjuk kerja ini dibuat dan diaudit dari waktu. Standard ini akan memberi arahan terhadap tampilan

kerja, menjadi acuan bagi pengelola serta menjadi pertimbangan hukum yang menjamin keselamatan pasien. Oleh karena itu perlu suatu badan untuk membuat, mengevaluasi dan merevisi Standard ini. Pada tingkat yang lebih tinggi kegiatan benchmarking keinstitusi lain perlu dikembangkan.

Pendekatan Holistik

Perlu dilakukan suatu pendekatan yang komprehensif untuk menjamin mutu layanan. *Total patient care* perlu dipertimbangkan oleh pengelola CAPD untuk menjawab *holistic approach* ini. Sebagai contoh perawat CAPD merawat pasien dari mulai datang sampai rumah, termasuk jika pasien tersebut menjalani rawat inap, rawat jalan, dan pasien dirumah.

Kriteria dan Pengakuan sebagai perawat CAPD.

Sudah waktunya ada pengakuan secara formal terhadap perawat CAPD. Misalnya dengan pencantuman gelar dibelakang nama. Untuk itu perlu dibuat suatu kriteria yang menentukan siapa saja yang berhak menyandang gelar tersebut.

Prasarana

Kelengkapan alat melaksanakan program CAPD, serta pelatihan menjamin terlaksanya program yang baik. Tim pengadaan barang perlu memenuhi sarana ini, sehingga perawat CAPD lebih berfokus pada asuhan dan layanan keperawatan.

KESIMPULAN

Asuhan dan layanan keperawatan seperti suatu mata uang logam yang saling melengkapi. Tanpa layanan keperawatan yang baik dipastikan asuhan keperawatan tidak dapat memenuhi standar minimal yang dapat dibenarkan. Pemahaman perawat CAPD untuk meningkatkan asuhan dan layanan keperawatan akan memberikan dampak pada kualitas hidup pasien CAPD (HH).

* Krisna Yetti, SKp., M.App.Sc: Staf Akademik Kelompok Keilmuan Dasar Keperawatan dan Keperawatan Dasar Universitas Indonesia

KEPUSTAKAAN

DeVore. <http://www.uspharmacist.com>. Diunduh pada 7 September 2007

Fresenius Medical Company. Makalah FMC: tidak dipublikasikan

Tambunan, R. (2007). *Kecenderungan perawat menjadi spesialisik*. Bahan ajar pada mata ajar trend dan issue Program Pascasarjana FIK-UI: tidak dipublikasikan

Thomas, N. (2003). (Ed.). *Renal nursing*. China: Bailliere Tindall

Yetti, K. (2004). *Edukasi pada pasien yang mengalami PGTA*. Bahan ajar pelatihan perawat ginjal pada RS Cipto Mangunkusumo dan RS PGI Cikini: tidak dipublikasikan

