

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Ginjal bertugas menyaring zat-zat buangan yang dibawa darah agar darah tetap bersih, dan membuang sampah metabolik tersebut agar sel-sel tubuh tidak menjadi loyo akibat keracunan. Zat-zat tersebut berasal dari proses normal pengolahan makanan yang dikonsumsi, dan dari pemecahan jaringan otot setelah melakukan suatu kegiatan fisik. Tubuh akan memakai makanan sebagai energi dan perbaikan jaringan sel tubuh. Setelah tubuh mengambil secukupnya dari makanan tersebut sesuai dengan keperluan untuk mendukung kegiatan, sisanya akan dikirim ke dalam darah untuk kemudian disaring di ginjal (Alam & Handibroto, 2007).

Ginjal mempunyai peran yang sangat vital bagi bekerjanya tubuh kita dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Begitu pentingnya sehingga manusia diberikan dua ginjal sebagai cadangan untuk menjaga kemungkinan salah satu ginjal rusak atau tidak berfungsi sebagaimana mestinya. Manusia tidak akan dapat bertahan hidup lebih lama apabila kedua ginjalnya berhenti bekerja.

Gagal ginjal adalah hilangnya fungsi ginjal. Apabila hanya 10% dari ginjal yang berfungsi, pasien dikatakan sudah sampai pada penyakit ginjal *end-stage renal disease* (ESRD) atau penyakit ginjal tahap akhir. Awitan gagal ginjal mungkin akut, yaitu berkembang dengan cepat dalam beberapa jam atau dalam

beberapa hari. Gagal ginjal dapat juga kronik, yaitu terjadi perlahan dan berkembang perlahan, mungkin dalam beberapa tahun (Baradero, 2008).

Saat ini jumlah *Cronic Kidney Disease* (CKD) sudah bertambah banyak dari tahun ke tahun. Jumlah kejadian *Cronic Kidney Disease* (CKD) didunia tahun 2009 menurut USRDS terutama di Amerika rata-rata prevalensinya 10-13% atau sekitar 25 juta orang yang terkena *Cronic Kidney Disease* (CKD). Sedangkan di Indonesia tahun 2009 prevalensinya 12,5% atau 18 juta orang dewasa yang terkena *Cronic Kidney Disease* (CKD). Data Indonesian Renal Registry (IRR) dari 249 renal unit yang melapor, tercatat 30.554 pasien aktif menjalani dialisis pada tahun 2015, sebagian besar adalah pasien dengan *Cronic Kidney Disease* (CKD). Hasil systematic review dan metaanalysis yang dilakukan oleh Hill et al, 2016, mendapatkan prevalensi global PGK sebesar 13,4% (InfoDATIN, 2007).

Penanganan penyakit gagal ginjal terminal adalah dengan terapi dialisis (hemodialisis dan peritoneal) atau transplantasi. Hemodialisa adalah salah satu terapi pengganti ginjal yang paling banyak dipilih oleh para penderita *Cronic Kidney Disease* (CKD). Pada prinsipnya terapi hemodialisa adalah untuk menggantikan kerja dari ginjal yaitu menyaring dan membuang sisa-sisa metabolisme dan kelebihan cairan, membantu menyeimbangkan unsur kimiawi dalam tubuh serta membantu menjaga tekanan darah.

Untuk proses hemodialisa dibutuhkan pintu masuk atau akses agar darah dari tubuh dapat keluar dan disaring oleh dialyzer kemudian kembali ke dalam tubuh. Terdapat 3 jenis akses yaitu arteriovenous (AV) fistula atau AV-shunt, AV graft dan central venous catheter. AV-shunt adalah akses vaskular yang paling

direkomendasikan karena cenderung lebih aman dan juga nyaman untuk pasien. AV-shunt memungkinkan pembuluh darah vena untuk tumbuh lebih tebal sehingga memungkinkan insersi jarum yang berulang-ulang yang diperlukan pada waktu cuci darah.

Pada akhir tahun 2013 di Amerika, terapi untuk pasien ESRD adalah 63,7% hemodialisis, 6,8% peritoneal dialisis, dan 29,2% transplantasi ginjal. Sebanyak 80,2% pasien ESRD menggunakan akses kateter intravena pada awal hemodialisa, kemudian menurun menjadi 68,3% setelah 90 hari pertama hemodialisa. Penggunaan *arteriovenous fistula* (AVF) sebagai akses hemodialisa sebesar 17,1% pada awal hemodialisa dan pada akhir tahun pertama hemodialisa jumlahnya meningkat menjadi 65%. Sekitar 80% pasien ESRD masih menggunakan akses AVF atau AVG (*arteriovenous graft*) tanpa menggunakan kateter intravena setelah 1 tahun hemodialisa (USRDS, 2015).

Dari beberapa penelitian yang telah dilakukan, AVF selain mempunyai banyak kelebihan, ternyata mempunyai angka kegagalan yang cukup berarti. Hampir 50% AVF tidak pernah dapat digunakan untuk hemodialisa, dan jika dapat digunakan, 25% akan mengalami kegagalan setelah 2 tahun (Schinstock et al, 2011). Pada 2013, angka kegagalan AVF sebesar 35,9% dari rata-rata terjadi 135 hari setelah AVF pertama kali digunakan (USRDS, 2015). Sekitar 30-61% AVF akan mengalami kegagalan untuk hemodialisa, baik karena kegagalan maturasi maupun thrombosis (MarRae et al, 2015).

Berdasarkan studi pendahuluan yang telah dilakukan didapatkan data bahwa pada tahun 2018, ada 100 pasien per tiga bulannya yaitu adalah pasien dengan AV

Shunt. Kejadian komplikasi pun sering terjadi di RS tersebut, pada tahun 2018 bulan Februari hingga Mei terdapat kurang lebih 50 pasien terjadi komplikasi dari pemasangan AV Shunt tersebut.

Teknik pembedahan AV Shunt memiliki risiko komplikasi yaitu terjadi stenosis, trombosis, infeksi, aneurysma, sindrom “*steal*” arteri, gagal jantung kongestif. Pencegahan komplikasi AV Shunt perlu diperhatikan supaya tidak terjadi berbagai macam komplikasi. Salah satu cara untuk mencegah terjadinya komplikasi yaitu dengan adanya penyampaian *discharge planning* yang akan membantu pasien dalam mencapai kesembuhan tanpa adanya komplikasi dan berhasil dalam pemasangan AV Shunt.

*Discharge planning* pasien dapat memberikan motivasi untuk mencapai kesembuhan pasien (Moran, et al., 2005), dapat memberikan dampak terhadap pemendekan lama perawatan pasien di rumah sakit, menurunkan anggaran kebutuhan rumah sakit, menurunkan angka kekambuhan, dan memungkinkan intervensi rencana pulang dilakukan tepat waktu (Swanburg, 2000). *Discharge planning* dapat meningkatkan kepuasan pasien (Shepperd, et al., 2010).

Program *discharge planning* (perencanaan pulang) pada dasarnya merupakan program pemberian informasi atau pemberian pendidikan kesehatan kepada pasien yang meliputi nutrisi, aktifitas/latihan, obat-obatan dan instruksi khusus yaitu tanda dan gejala penyakit pasien (Potter & Perry, 2005 dalam Herniyatun *dkk*, 2009:128). Informasi diberikan kepada pasien agar mampu mengenali tanda bahaya untuk dilaporkan kepada tenaga medis. Sebelum pemulangan, pasien dan keluarganya harus mengetahui bagaimana cara

manajemen pemberian perawatan di rumah dan apa yang diharapkan di dalam memperhatikan masalah fisik yang berkelanjutan karena kegagalan untuk mengerti pembatasan atau implikasi masalah kesehatan (tidak siap menghadapi pemulangan) dapat menyebabkan meningkatnya komplikasi yang terjadi pada pasien (Potter & Perry, 2006).

Perencanaan pulang (*discharge planning*) akan menghasilkan sebuah hubungan yang terintegrasi, yaitu antara perawatan yang diterima pada waktu di rumah sakit dengan perawatan yang diberikan setelah klien pulang. Perawatan di rumah sakit akan bermakna jika dilanjutkan dengan perawatan di rumah. Namun sampai dengan saat ini perencanaan pulang bagi klien yang dirawat di rumah sakit belum optimal dilaksanakan, di mana perawat terbatas pada kegiatan rutinitas saja, yaitu hanya berupa informasi kontrol ulang. Klien yang memerlukan perawatan kesehatan di rumah, konseling kesehatan, atau penyuluhan dan pelayanan komunitas terapi tidak dibantu dalam upaya memperoleh pelayanan sebelum pemulangan sering kembali ke ruang kedaruratan dengan masalah minor, sering kali diterima kembali dalam waktu 24 jam sampai 48 jam dan kemudian pulang kembali (Nursalam & Efendi, 2008).

*Discharge planning* keperawatan merupakan komponen yang terkait dengan rentang keperawatan. Rentang keperawatan sering pula disebut dengan perawatan berkelanjutan yang artinya perawatan yang dibutuhkan oleh klien di mana pun klien berada. Kegagalan untuk memberikan dan mendokumentasikan perencanaan pulang akan berisiko terhadap beratnya penyakit, ancaman hidup, dan disfungsi fisik. Dalam perencanaan pulang diperlukan komunikasi yang baik dan terarah

sehingga apa yang disampaikan dapat dimengerti dan berguna untuk perawatan di rumah (Nursalam & Efendi, 2008).

Berdasarkan latar belakang diatas peneliti tertarik untuk meneliti “Hubungan Penyampaian *Discharge Planning* Dengan Komplikasi Post Operasi AV Shunt di RS Lavalette Malang.”

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian pada latar belakang masalah diatas, maka dapat dirumuskan masalah dalam penelitian ini sebagai berikut. Apa Hubungan Penyampaian *Discharge Planning* Dengan Komplikasi Post Operasi AV Shunt Di RS Lavalette Malang ?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Untuk mengetahui “Hubungan Penyampaian *Discharge Planning* Dengan Komplikasi Post Operasi AV Shunt Di RS Lavalette Malang”

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengidentifikasi penyampaian *Discharge Planning*
2. Mengidentifikasi adanya komplikasi Post Operasi AV Shunt
3. Menganalisa hubungan penyampaian *Discharge Planning* dengan

Komplikasi Post Operasi AV Shunt.

## **1.4 Manfaat Penelitian**

### **1.4.1 Bagi Pelayanan Kesehatan**

Hasil penelitian ini berguna sebagai salah satu dasar bagi institusi dan staf perawat untuk penyampaian *Discharge Planning* pelayanan keperawatan yang lebih tepat pada pasien AV Shunt yang akan menjalani pembedahan dengan tujuan pencegahan komplikasi post operasi AV Shunt dan menghasilkan peningkatan pemulihan pasien sehingga akan meningkatkan mutu pelayanan.

#### **1.4.2 Bagi Pengembangan Ilmu Keperawatan**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai salah satu rujukan yang bermanfaat bagi ilmu keperawatan perioperatif khususnya keperawatan TKV tentang upaya teknik pembedahan AV Shunt dengan melakukan penyampaian *Discharge Planning* sehingga bisa lebih efektif dan meningkatkan pencegahan komplikasi post operasi AV Shunt.

#### **1.4.3 Bagi Peneliti**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan suatu data untuk penelitian selanjutnya, memperkaya riset keperawatan di Indonesia, sehingga dapat mengembangkan ilmu keperawatan dengan berbagai inovasi intervensi sesuai kebutuhan pasien. Penelitian ini akan memberikan kejelasan penyampaian *Discharge Planning* pada AV Shunt apakah efektif atau kurang efektif dalam meningkatkan pencegahan komplikasi AV Shunt pada pasien post operasi AV Shunt.