

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA DAN KERANGKA TEORI

#### A. Tinjauan Pustaka

##### 1. Gagal Ginjal Kronis (GGK)

###### a. Pengertian

Gagal Ginjal Kronis (GGK) adalah penurunan progresif fungsi ginjal dalam beberapa bulan atau tahun. Penyakit ginjal kronis didefinisikan sebagai kerusakan ginjal dan/atau penurunan *Glomerular Filtration Rate* (GFR) kurang dari 2 60mL/min/1,73 m selama minimal 3 bulan (*Kidney Disease Improving Global Outcomes, KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management* dalam Infodatin, 2017).

Menurut Smeltzer dan Bare (2017) GGK adalah penyimpangan progresif, fungsi ginjal yang tidak dapat pulih dimana kemampuan tubuh untuk mempertahankan keseimbangan metabolik dan cairan dan elektrolit mengalami kegagalan yang mengakibatkan uremia. Kondisi ini mungkin disebabkan oleh *glomerulofritis* kronis, *pielonefritis*, hipertensi tidak terkontrol, lesi herediter seperti pada penyakit polikistik, kelainan vaskular, obstruksi saluran perkemihan, penyakit ginjal sekunder akibat penyakit sistemik, infeksi, obat-obatan atau preparat toksik.

Gagal Ginjal Kronis (GGK) adalah kerusakan ginjal yang ditandai dengan penurunan laju filtrasi glomerulus yang terjadi secara *progresif* dan *irreversible*. Pasien dengan laju filtrasi glomerulus

kurang dari 60 ml/menit/1,73m<sup>2</sup> selama lebih dari 3 bulan termasuk dalam gagal ginjal kronis dan memerlukan terapi (Lewis *et al.*, 2011).

b. Klasifikasi

Menurut Syamsiah (2011) GKG dapat diklasifikasikan berdasarkan derajat penurunan fungsi ginjal. Fungsi ginjal dapat dilihat berdasarkan nilai Laju Filtrasi Glomerulus (LFG) atau *Glomerular Filtration Rate* (GFR) yang dihitung dengan menggunakan rumus *Kockcroft- Gault*.

$$\text{Klirens kreatinin (ml/menit)} = \frac{(140 - \text{usia}) \times \text{BB}}{72 \times \text{kreatinin serum}}$$

Jika laki-laki hasilnya dikalikan 1,00 dan jika perempuan hasilnya dikalikan 0,86.

*National Kidney Foundation* (2015) mengklasifikasi berdasar nilai *Glomerular Filtration Rate* (GFR) dalam tabel berikut:

**Tabel 2.1. Klasifikasi GKG**

Stadium	Keterangan	Laju Filtrasi Glomerulus (mL/mnt/1,73)
1	Kerusakan ginjal disertai LFG normal / risiko	>90
2	Penurunan ringan LFG / <i>Chronic renal insufisiensi</i>	60-89
3	Penurunan moderat LFG / <i>Chronic renal failure</i>	30-59
4	Penurunan berat LFG / CRF	15-29
5	Gagal ginjal / <i>End stage renal disease</i> (ESDR)	< 15 atau dialisis

Sumber: Levey *et al.*, 2010

Karakteristik penting GKG adalah perburukan yang kontinyu. Menurut Morton *et al.* (2011) perburukan GKG umumnya digolongkan menjadi tiga stadium yaitu :

### 1) Penurunan cadangan ginjal

Penurunan cadangan ginjal ditandai dengan penurunan fungsi ginjal sebesar 40-50 %. Selama stadium ini, ginjal masih dapat mempertahankan fungsi ekskretorik dan regulatorik dan pasien biasanya asimtomatik. Tanda awal gagal ginjal, seperti BUN dan kadar kreatinin serum agak naik, terbukti hanya setelah 50-60 % fungsi ginjal hilang.

### 2) Insufisiensi ginjal

Pada insufisiensi ginjal, fungsi ginjal sisa hanya 20-40 % dari fungsi normal. Pada saat ini, klirens zat terlarut, kemampuan untuk memekatkan urin, dan sekresi hormon terganggu. Akibatnya, tanda gagal ginjal (mencakup azotemia, ketidakseimbangan elektrolit, dan anemia) mulai. Gejala umum selama stadium ini mencakup menunjukkan manifestasi keletihan, poliuria, dan nokturia.

### 3) Penyakit ginjal stadium akhir

Stadium akhir gagal ginjal kronis adalah ESRD. Ini ditandai dengan fungsi ginjal yang tersisa kurang dari 15 % fungsi normal. Pada titik ini, semua fungsi pengaturan normal, ekskretorik, dan hormon ginjal sangat terganggu. ESRD ditandai dengan peningkatan mencolok *Blood Urea Nitrogen* (BUN) dan kadar kreatinin serum, anemia, ketidakseimbangan elektrolit (yaitu hipokalsemia, hiperkalemia, hiperfosfotemia), dan kelebihan beban cairan. Biasanya pasien mengalami oliguri dengan osmolalitas urin sama dengan osmolalitas plasma.

c. Etiologi

Penyakit yang termasuk dalam GGK adalah *glomerulonefritis*, gagal ginjal akut, penyakit ginjal polikistik, *pielonefritis*, *lupus eritematosus*, infeksi saluran kemih, *nefrosklerosis hipertensif*, gangguan kongenital dan herediter dan nefropati toksik. Banyak faktor yang menyebabkan GGK, namun penyebab terbanyak adalah diabetes mellitus (DM) dan hipertensi. DM merupakan penyebab dari 2/3 kasus GGK, sedangkan hipertensi bertanggung jawab terhadap 1/3 kasus (Lewis *et al.*, 2011).

*Glomerulonefritis*, hipertensi esensial dan *pielonefritis* merupakan penyebab paling sering dari gagal ginjal kronis, kira-kira 60%. Gagal ginjal kronis yang berhubungan dengan penyakit ginjal polikistik dan *nefropati obstruktif* hanya 15 – 20% (Smeltzer & Bare, 2017). *Glomerulonefritis* kronis merupakan penyakit parenkhim ginjal progresif, sering kali berakhir dengan gagal ginjal kronis. Laki-laki lebih sering dari wanita, umur antara 20 – 40 tahun. Sebagian besar pasien relatif muda dan merupakan calon utama untuk transplantasi ginjal. *Glomerulonefritis* mungkin berhubungan dengan penyakit-penyakit sistem (*glomerulonefritis* sekunder) seperti *lupus eritomasus sistemik*, *polaritas nodosa*, *granulomasus wagner*. *Glomerulonefritis* (glomeropati) yang berhubungan dengan diabetes melitus (*glomerulosklerosis*) tidak jarang dijumpai dan dapat berakhir dengan gagal ginjal kronis. *Glomerulonefritis* yang berhubungan

dengan amiloidosis sering dijumpai pada pasien-pasien dengan penyakit menahun seperti *tuberkulosis*, lepra, *osteomyelitis*, *arthritis reumatoid* dan *mieloma* (Bandiara, 2008 dalam Jamilah, 2017).

Penyakit ginjal hipertensif (*arteriolar nephrosclerosis*) merupakan salah satu penyebab gagal ginjal kronis. Insiden hipertensi berat yang berakhir dengan gagal ginjal kronis kurang dari 10%. Kira-kira 10 – 15% pasien-pasien dengan gagal ginjal kronis disebabkan penyakit ginjal kongenital seperti sindrom alport, penyakit fibri, sindrom nefrotik kongenital, penyakit ginjal polistik dan amiloidosis. Pada orang dewasa gagal ginjal kronis yang berhubungan dengan infeksi saluran kemih dan ginjal (*pielonefritis*) tipe *uncomplicated* jarang dijumpai, kecuali *tuberkulosis*, abses multipe, nekrosis papilla renalis yang tidak mendapat pengobatan yang adekuat (Bandiara, 2008 dalam Jamilah, 2017).

#### d. Patofisiologi

Corwin (2009) mengemukakan patofisiologi penyakit GGK pada awalnya tergantung penyakit awal yang mendasarinya, tetapi dalam perkembangan selanjutnya proses yang terjadi adalah sama. Pengurangan masa ginjal menyebabkan hipertrofi struktur dan fungsi dari nefron yang sehat. Kompensasi hipertrofi ini diperantarai oleh molekul vasoaktif, sitokin, dan *growth factor*. Hal ini mengakibatkan terjadinya *hiperfiltrasi*, yang diikuti oleh peningkatan tekanan kapiler dan aliran darah *glomerulus*. Proses adaptasi ini berlangsung singkat, akhirnya diikuti oleh proses maladaptasi berupa *sklerosis nefron* yang

masih tersisa, dan akhirnya diikuti oleh penurunan fungsi nefron yang progresif, walaupun penyakit dasarnya sudah tidak aktif lagi. Adanya peningkatan aktivitas aksis *Renin Angiotensin Aldosteron* intrarenal, ikut memberikan kontribusi terhadap terjadinya hiperfiltrasi *sclerosis* dan progresivitas penyakit.

Semakin berkembangnya penyakit ginjal, terjadi asidosis metabolik seiring dengan ketidakmampuan ginjal mengekskresikan muatan asam yang berlebihan. Penurunan sekresi asam terutama akibat ketidakmampuan tubulus ginjal untuk mensekresi ammonia dan mengabsorpsi natrium bikarbonat. Pada gagal ginjal, produksi *eritropoietin* menurun dan *anemia* berat terjadi, disertai keletihan, angina dan sesak nafas. Abnormalitas utama yang lain pada gagal ginjal kronis adalah gangguan metabolisme kalsium dan fosfat (Price & Wilson, 2009).

e. Manifestasi klinis

Menurut Smeltzer dan Bare (2017) manifestasi klinis yang muncul pada pasien dengan GGK dapat mengenai semua sistem yaitu:

1) Gangguan pada sistem *gastrointestinal*

- a) Anoreksia, mual dan muntah, berhubungan dengan gangguan metabolisme protein didalam usus, terbentuknya zat-zat toksik akibat metabolisme bakteri usus seperti ammonia
- b) Fosfor uremik disebabkan oleh ureum yang berlebihan pada air liur diubah oleh bakteri di mulut menjadi ammonia sehingga napas berbau ammonia.

- 2) Gangguan pada kulit
  - a) Kulit berwarna pucat akibat *anemia* dan kekuning-kuningan akibat penimbunan urokrom, gatal-gatal akibat toksin uremik.
  - b) Ekimosis akibat gangguan hematologis.
  - c) Urea fros, akibat kristalisasi urea yang ada pada keringat, (jarang dijumpai).
- 3) Gangguan sistem hematologi
  - a) *Anemia* dapat disebabkan berbagai faktor antara lain:
    - (1) Berkurangnya produksi eritropoetin, sehingga rangsangan *eritropoesis* pada sumsum tulang menurun.
    - (2) *Hemolisis*, akibat berkurangnya masa hidup eritrosit dalam suasana uremia toksik.
    - (3) Defisiensi besi akibat nafsu makan yang berkurang.
  - b) Gangguan fungsi trombosit dan trombositopeni  
Mengakibatkan perdarahan akibat *agregasi* dan *adhesi* trombosit yang berkurang serta menurunnya faktor trombosit III dan ADP (*adenosin difosfat*).
  - c) Gangguan fungsi leukosit.  
*Fagositosis* dan *kemotaksis* berkurang, fungsi limfosit menurun sehingga imunitas juga menurun.
- 4) Gangguan sistem saraf dan otot
  - a) *Restless leg syndrome* yaitu pasien merasa pegal pada kakinya sehingga selalu digerakkan.

- b) *Burning feat syndrome* yaitu rasa semutan dan seperti terbakar, terutama di telapak kaki.
  - c) *Ensefalopati metabolic* yaitu pasien merasa lemah, gangguan konsentrasi, tremor, *mioklonus*, kejang.
- 5) Gangguan sistem kardiovaskular
- a) Hipertensi akibat retensi cairan dan natrium dari peningkatan aktivitas sistem *renin-angiotensin-aldosteron*.
  - b) Gangguan irama jantung akibat ketidakseimbangan elektrolit.
  - c) Edema akibat penimbunan cairan.
- 6) Gangguan sistem endokrin
- a) Gangguan seksual berupa libido, fertilitas dan ereksi menurun pada laki-laki akibat produksi testoteron dan *spermatogenesis* yang menurun. Sedangkan pada wanita timbul gangguan menstruasi, gangguan ovulasi sampai *amenorea*.
  - b) Gangguan metabolisme vitamin D.
- 7) Gangguan sistem lain
- a) Asidosis metabolik akibat penimbunan asam organik sebagai hasil metabolisme.
  - b) Gangguan elektrolit berupa *hiperfosfatemia*, *hiperkalemia*, *hipokalsemia*.
- f. Penatalaksanaan Gagal Ginjal Kronik
- Menurut Sukanda (2006 dalam Fitriya, 2014) penatalaksanaan GGK meliputi :
- 1) Terapi spesifik terhadap penyakit dasarnya.



Waktu yang paling tepat untuk terapi penyakit dasarnya adalah sebelum terjadinya penurunan LFG, sehingga pemburukan fungsi ginjal tidak terjadi. Bila LFG sudah menurun sampai 20-30% dari normal, terapi terhadap penyakit dasar sudah tidak banyak bermanfaat.

2) Pencegahan dan terapi terhadap kondisi *komorbid*

Penting sekali untuk mengikuti dan mencatat kecepatan penurunan LFG pada pasien GJK dimana hal ini untuk mengetahui kondisi *komorbid* yang dapat memperburuk keadaan pasien. Kondisi *komorbid* antara lain gangguan keseimbangan cairan, hipertensi yang tidak terkontrol, infeksi traktus urinarius, obstruksi traktus urinarius, obat-obatan *nefrotoksik*, bahan radiokontras atau peningkatan aktivitas penyakit dasarnya.

3) Menghambat perburukan fungsi ginjal

Faktor utama terjadinya perburukan fungsi ginjal adalah terjadinya hiperfiltrasi *glomerulus* dan hal ini dapat dikurangi dengan dua cara, yaitu:

- a) Pembatasan asupan protein yang mulai dilakukan pada LFG  $\leq 60$  % ml/menit, sedangkan di atas nilai tersebut pembatasan asupan protein tidak selalu dianjurkan.
- b) Terapi farmakologis untuk mengurangi hipertensi intraglomerulus. Sasaran terapi farmakologis sangat terkait dengan derajat *proteinuria*.

4) Pencegahan dan terapi penyakit kardiovaskuler dan komplikasi

Hal-hal yang termasuk dalam pencegahan dan terapi penyakit kardiovaskuler adalah pengendalian diabetes, pengendalian hipertensi, pengendalian *dislipidemia*, pengendalian *anemia*, pengendalian *hipofosfatemia*, dan terapi terhadap kelebihan cairan dan gangguan keseimbangan elektrolit.

#### 5) Terapi pengganti ginjal

Terapi pengganti ginjal meliputi dialisis (hemodialisa dan peritoneal dialisis) dan transplantasi ginjal. Terapi pengganti ginjal yang paling banyak dilakukan pada saat ini adalah hemodialisa.

## 2. Hemodialisa

### a. Pengertian

Dialisis adalah salah satu cara terapi pengganti ginjal akibat tidak berfungsinya ginjal (Tjokroprawiro, 2015). Hemodialisa merupakan satu tindakan yang bertujuan untuk mengambil zat-zat nitrogen yang bersifat toksik dari dalam darah dan mengeluarkan air yang berlebih (Rahman, Kaunang & Elim, 2016).

Hemodialisa merupakan pengobatan (*replacement treatment*) pada penderita gagal ginjal kronik stadium terminal, jadi fungsi ginjal digantikan oleh alat yang disebut dialyzer (*artificial kidney*), pada dialyzer ini terjadi proses pemindahan zat-zat terlarut dalam darah ke dalam cairan dialisa atau sebaliknya. Hemodialisa adalah suatu proses dimana komposisi solute darah diubah oleh larutan lain melalui membran semi permeabel, hemodialisa terbukti sangat bermanfaat dan meningkatkan kualitas hidup pasien (Smeltzer & Bare, 2018).

### b. Tujuan Hemodialisa

Tujuan utama hemodialisa yaitu mengeluarkan toksin uremik dan cairan serta pengaturan keseimbangan cairan, elektrolit dan asam basa (Tjokroprawiro, 2015).

c. Mekanisme Hemodialisa

Menurut Tjokroprawiro (2015) mekanisme dalam hemodialisa adalah;

- 1) Difusi, yaitu gerakan zat terlarut melewati membrane semipermeabel dari daerah zat terlarut konsentrasi tinggi ke zat terlarut konsentrasi rendah
- 2) Osmosis, yaitu gerakan cairan zat pelarut melewati membrane semipermeabel dari daerah zat terlarut konsentrasi rendah ke zat terlarut konsentrasi tinggi
- 3) Filtrasi, yaitu proses cairan melalui filter atau membrane semipermeable. Filtrasi dikendalikan oleh tekanan hidrostatis, cairan bergerak dari daerah bertekanan tinggi ke daerah bertekanan rendah.
- 4) Ultrafiltrasi yaitu fungsinya mirip filtrasi, perbedaannya adalah adanya tekanan hidrostatis negatif antar kompartemen dan cairan bergerak lebih cepat
- 5) Konveksi, yaitu fungsinya mirip difusi dengan mekanisme mirip filtrasi maupun ultrafiltrasi.

d. Lama Hemodialisa

Menurut Pranoto (2010) lama hemodialisa terbagi menjadi 3 kategori, yaitu kurang dari 12 bulan, 12-24 bulan, lebih dari 24 bulan. Dosis hemodialisa yang diberikan umumnya 2 kali dalam seminggu

dengan setiap hemodialisa 5 jam atau sebanyak 3 kali seminggu dengan setiap hemodialisa selama 4 jam. Lamanya proses hemodialisa berkaitan erat dengan efisiensi dan adekuasi hemodialisa, sehingga lama hemodialisa juga dipengaruhi oleh tingkat uremia akibat progresivitas perburukan fungsi ginjalnya dan faktor-faktor komorbiditasnya, serta kecepatan aliran darah dan kecepatan aliran dialisat. Semakin lama proses hemodialisa, maka semakin lama darah berada diluar tubuh, sehingga makin banyak antikoagulan yang dibutuhkan, dengan konsekuensi sering timbulnya efek samping.

e. Komplikasi Hemodialisa

Nasution, Joshua dan Patrick (2015) mengemukakan bahwa komplikasi hemodialisa adalah :

1) Hipotensi

Hipotensi intradialisis (IDH) merupakan salah satu komplikasi yang paling sering dari hemodialisa, mencapai 20-30% dari komplikasi hemodialisa. Hipotensi intradialisis (Intradialytic hypotension) sebagai suatu penurunan tekanan darah sistolik  $\geq 20$  mmHg atau penurunan Mean arterial pressure (MAP)  $>10$  mmHg dan menyebabkan munculnya gejala-gejala seperti: perasaan tidak nyaman pada perut (abdominal discomfort); menguap (yawning); mual; muntah; otot terasa kram (muscle cramps), gelisah, pusing, dan kecemasan.

2) Kram.

Kejadian kram otot dijumpai sekitar 24-86 % terutama pada tahun pertama dilakukan hemodialisa. Saat ini angka kejadian kram otot menurun sampai 2% karena perbaikan dalam teknologi dialisis. Meskipun kram sebagian besar terlihat di ekstremitas bawah, juga dapat terjadi di bagian perut, lengan dan tangan. Kram otot dapat terjadi saat mendekati akhir sesi dialisis.

### 3) Aritmia

Aritmia adalah komplikasi yang sering diamati pada pasien hemodialisa yang umumnya terjadi selama dan setelah dialysis. Etiologi dari aritmia terkait hemodialisa adalah multi-faktorial. Terapi dialisis itu sendiri dapat menyebabkan perubahan yang menimbulkan rangsangan pada miokardium. Hal ini terjadi karena perubahan komposisi cairan dalam tubuh, PH dan konsentrasi panas dan elektrolit. Pasien dengan penyakit ginjal kronis yang menjalani terapi dialisis rentan terhadap aritmia karena mereka biasanya memiliki pemberat iskemik penyakit jantung, hipertrofi ventrikel kiri atau neuropati otonom. Obat-obat anti aritmia yang digunakan oleh pasien mungkin juga terdialisis sehingga rentan terhadap aritmia selama atau setelah hemodialisa.

### 4) Nyeri dada

Peningkatan prevalensi nyeri dada terjadi pada pasien koroner dengan stadium akhir gagal ginjal dan diikuti dengan terjadinya infark miokard (MI). Sebuah kematian terkait jantung terjadi 10

sampai 20 kali lebih banyak dalam kelompok pasien dengan hemodialisa.

5) Perikarditis.

Terdapat 2 cara penyebab terjadinya pericarditis pada pasien hemodialisa, yaitu dalam bentuk uremik pericarditis dan perikarditis terkait dialisis. Jenis uremik pericarditis terjadi sebelum memulai dialisis atau pada 8 minggu pertama dialisis. Hal ini biasanya berhubungan dengan uremia. Sedangkan jenis perikarditis terkait dialisis dapat terjadi setiap saat setelah pasien mulai dialisis.

6) *Sudden Cardiac Death*.

Kematian jantung mendadak bertanggung jawab atas 62% dari kematian terkait jantung. Pada tahun pertama hemodialisa kejadian kematian jantung mendadak dilaporkan 93 dari 1000 pasien. Penyakit jantung iskemik, kardiomiopati, perubahan ion cepat dan elektrolit selama hemodialisa, perubahan PH, penyakit mikrovaskuler atau disfungsi endotel menjadi faktor resiko dalam patogenesis.

7) *Disequilibrium* dialisis

*Disequilibrium* dialisis adalah sindroma berupa sakit kepala hebat, gelisah, penglihatan kabur, mual muntah, dan dapat mengalami kejang-kejang. Hal ini dapat terjadi karena hemodialisa yang terlalu cepat sehingga penurunan kadar ureum, elektrolit, perubahan pH terjadi secara cepat di daerah perifer sedang perubahan di susunan saraf pusat karena ada *blood brain barrier*

secara lambat. Keadaan ini bisa dicegah dengan melakukan hemodialisa secara perlahan pada minggu pertama.

8) Nyeri Kepala.

*The International Headache Society* tahun 2004 memasukkan nyeri kepala hemodialisa dalam klasifikasi sakit kepala. Untuk dapat disebut sebagai sakit kepala hemodialisa, sakit kepala harus muncul setidaknya setengah dari sesi hemodialisa, terdapat 3 serangan sakit kepala akut saat sesi hemodialisa dan sakit kepala harus lega dalam waktu 72 jam setelah hemodialisa.

9) *Bleeding Diasthesis*.

Pendarahan adalah faktor yang paling penting yang membatasi penggunaan heparin pada hemodialisa, dengan angka kejadian perdarahan adalah 10% -15%. Perdarahan Gastrointestinal terjadi pada sepertiga pasien uremik. Perdarahan gastrointestinal bagian atas lebih sering pada pasien uremik yang menjalani hemodialisa. Komplikasi hemoragik yang dilaporkan lainnya termasuk stroke hemoragik, hematoma subdural, perdarahan retroperitoneal spontan, hematoma spontan subkapsular hati, perdarahan intraokular, dan hemorrhagic pericarditis dengan tamponade jantung. Stroke hemoragik dan hematoma subdural lebih banyak terjadi pada hemodialisa dengan angka kejadian stroke hemoragik adalah 5-10 kali lebih besar dibanding populasi normal.

10) Hemolisis

Hemolisis terjadi sekitar 2% pada tahun-tahun awal program dialisis dan semakin menurun jauh kejadiannya saat ini. Berbagai

faktor menyebabkan terjadinya hemolisis berupa peningkatan agent oksidator dan agent reduktor, gangguan termal dan mekanik atau kadar uremia berlebihan pada inisiasi dialisis. Agent Oksidator berasal dari kontaminasi dialisat dengan tembaga, seng, chloramine atau nitrat. Agen ini memicu hemolisis melalui proses oksidan damage dalam eritrosit. Gangguan termal berupa panas terjadi ketika suhu dialisat mencapai tingkat yang lebih tinggi dari suhu tubuh.

#### 11) Mual dan Muntah

Mual dan muntah ditemui pada pasien hemodialisa sekitar 10%. Mual dan muntah dapat menjadi komplikasi terkait dengan dialisis seperti sindrom disequilibrium, hipotensi, reaksi alergi dan ketidakseimbangan elektrolit, mereka juga dapat menyertai sindrom koroner akut, cerebrovascular event dan infeksi.

#### 12) Gatal

Gatal adalah salah satu gejala yang sering dijumpai pada penyakit ginjal kronis. Keluhan gatal ditemukan di 50 sampai 60% dari pasien dengan gagal ginjal stadium akhir yang sedang menjalani terapi dialisis.

#### f. Perubahan Psikososial akibat Hemodialisa

Hemodialisa merupakan tindakan pengobatan yang dilakukan pada pasien GJK supaya mampu bertahan hidup. Namun demikian, tindakan tersebut mempunyai efek samping pada kondisi fisik serta psikologis penderita GJK (Kemenkes, 2018 dalam Wiliyanarti & Muhith, 2019). Terapi hemodialisa pada pasien penyakit ginjal kronik



membutuhkan waktu yang lama, memiliki komplikasi dan membutuhkan kepatuhan pasien. Hal ini akan memberikan stressor fisiologis dan psikologis serta mengakibatkan terjadinya perubahan dan gangguan dalam kehidupan pasien, di antaranya perubahan biologis, psikologis, sosial, dan spiritual (Wahyuni, Miro, & Kurniawan, 2018).

Menurut Gerogianni (2014), dalam penelitiannya ditemukan bahwa dampak psikososial dari hemodialisa adalah depresi, penolakan penyakit, kecemasan, stres, harga diri rendah, isolasi sosial, persepsi negatif dari tubuh (*body image*), takut kecacatan dan kematian, kehilangan pekerjaan dan kesulitan keuangan. Soehardjono (2006 dalam Caninsti, 2013) berpendapat bahwa penyakit gagal ginjal kronis dapat digolongkan sebagai stressor, yaitu peristiwa yang menimbulkan stres pada seseorang. Pasien yang menjalani terapi hemodialisa pada umumnya mengalami stres.

Perubahan yang dialami pada pasien hemodialisa, juga dirasakan oleh keluarga seperti perubahan gaya hidup. Keluarga dan sahabat memandang pasien sebagai orang yang mempunyai keterbatasan dalam kehidupannya, karena hemodialisa akan membutuhkan waktu yang dapat mengurangi pasien dalam melakukan aktivitas sosial, dan dapat menimbulkan konflik, frustrasi, serta rasa bersalah di dalam keluarga. Keterbatasan ini menyebabkan pasien hemodialisa rentan terhadap stres (Sandra, 2012).

Pasien GGK yang menjalani hemodialisa dapat mengalami berbagai masalah yang timbul akibat dari tidak berfungsinya ginjal dan proses hemodialisa. Masalah yang terjadi tidak hanya masalah penurunan fungsi tubuh, namun juga terjadi masalah psikososial. Pasien dapat mengalami masalah psikososial seperti merasa khawatir atas kondisi sakitnya yang tidak dapat diramalkan, mereka biasa mengalami masalah finansial, kesulitan dalam mempertahankan pekerjaan, dorongan seksual yang impotensi, depresi akibat sakit kronis dan ketakutan menghadapi kematian. Permasalahan psikososial yang lain adalah gangguan peran, kekhawatiran terhadap hubungan dengan pasangan, perubahan gaya hidup, kehilangan semangat akibat adanya pembatasan-pembatasan serta adanya perasaan terisolasi. Bahkan pasien usia muda khawatir terhadap perkawinan mereka, anak-anak yang dimiliki dan beban yang ditimbulkan pada keluarga mereka (Hinkle & Cheever, 2008 dalam Armiyati & Rahayu, 2014).

Berbagai masalah tersebut dapat menimbulkan stres pada pasien GGK yang menjalani hemodialisa yang menimbulkan respon penerimaan stres yang bervariasi. Stres tersebut dapat mengganggu cara pasien dalam menyelesaikan masalah, berpikir secara umum; dan hubungan seseorang dan rasa memiliki. Selain itu, stres dapat mengganggu pandangan umum seseorang terhadap hidup, sikap yang ditujukan pada orang yang disayangi, dan status kesehatan (Potter & Perry, 2014).

Pada stadium lanjut, pasien GGK tidak hanya mengalami berbagai masalah fisik seperti nyeri, sesak nafas, penurunan berat badan, gangguan aktivitas tetapi juga mengalami gangguan psikososial dan spiritual yang mempengaruhi kualitas hidup pasien dan keluarganya. Oleh karena itu kebutuhan pasien GGK tidak hanya pemenuhan pengobatan gejala fisik, namun juga pentingnya dukungan terhadap kebutuhan psikologis, sosial dan spiritual (Widayati & Lestari, 2015)

Spiritualitas merupakan aspek yang sangat penting bagi pasien yang menderita penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisa. Spiritualitas mengandung pengertian hubungan manusia dengan Tuhannya dengan menggunakan medium sholat, puasa, zakat, haji, doa dan sebagainya (Hawari, 2008 dalam Murdiatin, 2017). Selain itu, komponen spiritualitas juga terdiri dari hubungan manusia dengan alam, hubungan dengan dirinya sendiri dan hubungan dengan orang lain (Dossey, 2005 dalam Mailani, Setiawan & Cholina, 2015). Banyak peneliti juga berpendapat bahwa masalah spiritual merupakan masalah yang sangat penting bagi pasien yang menderita penyakit kronik yang mengancam jiwa, untuk itu perlu pendekatan dengan model biopsikososial-spiritual dalam merawat pasien. Spiritualitas merupakan dimensi penting yang harus diperhatikan dalam penilaian kualitas hidup karena gangguan spiritualitas akan menyebabkan gangguan berat secara psikologis termasuk keinginan bunuh diri (Bele dkk., 2012).

Gangguan psikososial pasien GGK yang menjalani program terapi seperti hemodialisa dapat dimanifestasikan dalam serangkaian perubahan perilaku antara lain menjadi pasif, ketergantungan, merasa tidak aman, bingung dan menderita. Dua pertiga dari pasien yang mendapat terapi dialisis tidak pernah kembali pada aktifitas atau pekerjaan seperti sedia kala. Pasien akan mengalami kehilangan pekerjaan, penghasilan, kebebasan, harapan umur panjang dan fungsi seksual sehingga dapat menimbulkan kemarahan yang akhirnya timbul suatu keadaan depresi (Rustina, 2012).

### **3. Kecemasan**

#### **a. Pengertian**

Menurut Videbeck (2011) bahwa kecemasan atau ansietas adalah perasaan takut yang tidak jelas dan tidak didukung oleh situasi. Ketika merasa cemas, individu merasa tidak nyaman atau takut atau mungkin memiliki firasat akan ditimpa malapetaka padahal ia tidak mengerti mengapa emosi yang mengancam tersebut terjadi. Tidak ada objek yang dapat diidentifikasi sebagai stimulus ansietas. Ansietas merupakan alat peringatan internal yang memberikan tanda bahaya kepada individu. Irman, Nelisa dan Keytimu (2020) mengemukakan bahwa kecemasan adalah respon emosional seseorang terhadap suatu ancaman.

Kecemasan terkait dengan perasaan tidak pasti, tidak berdaya, isolasi dan ketidakamanan. Kecemasan bersifat subyektif dan tidak memiliki obyek secara spesifik yang tidak dapat dinilai secara

langsung. Kecemasan adalah kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar, yang berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya. Keadaan emosi ini tidak memiliki objek yang spesifik. Kecemasan dialami secara subjektif dan didokumentasikan secara interpersonal. Kecemasan berbeda dengan rasa takut, yang merupakan penilaian intelektual terhadap bahaya. Kecemasan adalah respons emosional terhadap penilaian tersebut. Kapasitas untuk menjadi cemas diperlukan untuk bertahan hidup (Stuart, 2016).

b. Jenis-jenis kecemasan

Amin (2020), membagi kecemasan menjadi 3 yaitu :

1) Kecemasan Realitas atau Objektif (*Reality or Objective Anxiety*)

Kecemasan realistik merupakan perasaan yang tidak menyenangkan dan tidak spesifik yang mencakup kemungkinan bahaya itu sendiri.

2) Kecemasan Neurosis (*Neurotic Anxiety*)

Kecemasan neurosis adalah rasa cemas akibat bahaya yang tidak diketahui. Perasaan itu berada pada ego, tetapi muncul dari dorongan id.

3) Kecemasan Moral (*Moral Anxiety*)

Kecemasan ini berakar dari konflik antara ego dan superego. Kecemasan ini dapat muncul karena kegagalan bersikap konsisten dengan apa yang mereka yakini benar secara moral.

c. Respon fisiologis dan psikologis terhadap kecemasan

Menurut Saputro dan Fazrin (2017) respon kecemasan antara lain:

1) Respon fisiologis

Secara fisiologis respon tubuh terhadap kecemasan adalah dengan mengaktifkan sistem saraf otonom. Serabut saraf simpatis mengaktifkan tanda-tanda vital pada setiap tanda bahaya untuk mempersiapkan pertahanan tubuh.

2) Respon psikologis

Respon psikologis akibat kecemasan terhadap perilaku adalah tampak gelisah, ketegangan fisik, reaksi terkejut, bicara cepat, kurang koordinasi, menarik diri dan hubungan impersonal, melarikan diri dari masalah, menghindari dan sangat waspada.

3) Respon kognitif

Kecemasan dapat mempengaruhi kemampuan berpikir, di antaranya adalah tidak mampu memperhatikan, konsentrasi menurun, mudah lupa, menurunnya lapang persepsi, bingung, kehilangan objektivitas, takut kehilangan kendali, takut pada obyek visual, takut pada cedera atau kematian dan mimpi buruk.

4) Respon afektif

Secara afektif seseorang yang mengalami kecemasan akan mengekspresikan dalam bentuk kebingungan, gelisah, tegang. Gugup, ketakutan, waspada, khawatir, mati rasa, rasa bersalah atau maju dan curiga berlebihan.

d. Tingkat Kecemasan

Menurut Amin (2020) tingkat kecemasan terdiri dari:

1) Kecemasan ringan

Kecemasan ringan berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari, ansietas ini menyebabkan individu menjadi waspada dan meningkatkan lapang persepsinya. Ansietas ini dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan serta kreativitas.

2) Kecemasan sedang

Kecemasan sedang merupakan perasaan yang memungkinkan individu untuk berfokus pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain. Ansietas ini mempersempit lapang persepsi individu. Dengan demikian, individu mengalami tidak perhatian yang selektif namun dapat berfokus pada lebih banyak area jika diarahkan untuk melakukannya.

3) Kecemasan Berat

Kecemasan berat sangat mengurangi lapang persepsi individu. Individu cenderung berfokus pada sesuatu yang rinci dan spesifik serta tidak berpikir tentang hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan. Individu tersebut memerlukan banyak arahan untuk berfokus pada area lain.

4) Panik

Berhubungan dengan terperangah, ketakutan, dan teror. Hal yang rinci terpecah dari proporsinya karena mengalami kehilangan kendali, individu yang mengalami panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan arahan. Panik mencakup disorganisasi kepribadian dan menimbulkan peningkatan aktivitas motorik,

menurunnya kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang, dan kehilangan pemikiran yang rasional.

e. Gejala-gejala Kecemasan

Hawari (2001, dalam Fitriyani, 2016) mengemukakan gejala klinis mengenai kecemasan sering ditemukan oleh orang yang mengalami gangguan kecemasan antara lain sebagai berikut:

- 1) Cemas khawatir, firasat buruk, takut akan pikirannya sendiri, mudah tersinggung.
- 2) Merasa tegang, tidak senang, gelisah, mudah terkejut.
- 3) Takut sendirian, takut pada keramaian dan banyak orang.
- 4) Gangguan pola tidur, mimpi-mimpi yang menegangkan.
- 5) Gangguan konsentrasi dan daya ingat.
- 6) Keluhan-keluhan somatik, misalnya: rasa takut pada otot dan tulang, pendengaran berdenging, berdebar-debar, sesak nafas, gangguan pendengaran, gangguan perkemihan dan sakit kepala.

Menurut Chrisnawati dan Aldino (2019) gejala kecemasan meliputi :

- 1) Gejala somatik: sakit dan nyeri otot, kaku, kedutan otot, gigi gemerutuk, suara tidak stabil.
- 2) Gejala sensorik: tinitus, penglihatan kabur, muka merah atau pucat, merasa lemas, dan perasaan ditusuk-tusuk.
- 3) Gejala kardiovaskuler: berdebar, nyeri di dada, denyut nadi mengeras, perasaan lesu lemas seperti mau pingsan, dan detak jantung hilang sekejap.



- 4) Gejala pernapasan: rasa tertekan di dada, perasaan tercekik, sering menarik napas, napas pendek/ sesak.
  - 5) Gejala gastrointestinal: sulit menelan, perut melilit, gangguan pencernaan, nyeri sebelum dan sesudah makan, perasaan terbakar di perut, kembung, mual, muntah, buang air besar lembek, berat badan turun, susah buang air besar.
  - 6) Gejala urogenital: sering kencing, tidak dapat menahan air seni, *amenorrhoe*, *menorrhagia*, *frigid*, ejakulasi *praecoeks*, ereksi lemah, dan impotensi.
  - 7) Gejala otonom: mulut kering, muka merah, mudah berkeringat, pusing, dan bulu roma berdiri.
- f. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kecemasan

Menurut Irman, Nelista dan Keytimu (2020) dan dalam faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan diantaranya adalah:

1) Umur

Gangguan kecemasan dapat terjadi pada semua umur, akan tetapi lebih sering menimpa usia dewasa dengan rentangusia 21-45 tahun. semakin bertambahnya usia, kemampuan seseorang mengatasi masalah semakin matang. Seseorang yang berusia lebih tua relatif lebih tenang dalam menghadapi situasi yang mengancam.

2) Jenis kelamin

Pada laki-laki lebih sering terjadi kekerasan dan gangguan kepribadian. Pada perempuanadanya gangguan afektif dan kecemasan.

### 3) Potensi stresor psikososial

Potensi stresor psikososial merupakan setiap peristiwa atau keadaan yang menyebabkan perubahan dalam kehidupan seseorang, sehingga perlu beradaptasi untuk mananggulangnya. Jika coping maladaptif maka akan timbul kecemasan, depresi dan menarik diri.

### 4) Kematangan (maturitas)

Individu yang matang yaitu yang mengalami kematangan kepribadian sehingga akan sukar mengalami gangguan akibat stres. Hal ini karena individu yang matang memiliki kemampuan adaptasi yang optimal dan dapat menangkal munculnya stresor sehingga respon perilaku menjadi adaptif.

### 5) Pendidikan

Pada orang yang memiliki tingkat pendidikan rendah, terjadi penurunan kemampuan kognitif dalam mempersepsikan munculnya stresor. Pendidikan menjadi suatu tolak ukur kemampuan seseorang dalam berinteraksi dengan orang lain secara efektif. Seseorang dengan pendidikan tinggi lebih mudah menerima dan mengerti informasi dan mudah menyelesaikan masalah.

### 6) Keadaan fisik

Individu yang mengalami gangguan fisik lebih mudah mengalami stres. Individu dengan penyakit kronis atau kecacatan lebih mudah mengalami kecemasan karena adanya ancaman integritas fisik yang berpengaruh dalam pembentukan konsep diri.

## 7) Sosial budaya

Sosial budaya merupakan cara hidup masyarakat yang akan mempengaruhi kemampuan dalam beradaptasi dengan stres.

## 8) Status ekonomi

Seseorang dengan status ekonomi yang kuat cenderung lebih positif terhadap stresor dibanding seseorang dengan status ekonomi lemah.

## 9) Lingkungan

Lingkungan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kecemasan. Seseorang yang berada dalam lingkungan baru menganggap lingkungan tersebut sebagai ancaman yang memunculkan respon kecemasan sebagai kondisi yang tidak nyaman.

## g. Mekanisme Koping

Strategi koping juga dibedakan menjadi dua tipe menurut Berman, Snyder & Frandsen (2015) yaitu:

- 1) Koping berfokus pada masalah (*problem focused coping*), meliputi usaha untuk memperbaiki suatu situasi dengan membuat perubahan atau mengambil beberapa tindakan dan usaha segera untuk mengatasi ancaman pada dirinya. Contohnya adalah negosiasi, konfrontasi dan meminta nasehat.
- 2) Koping berfokus pada emosi (*emotional focused coping*), meliputi usaha-usaha dan gagasan yang mengurangi distress emosional. Mekanisme koping berfokus pada emosi tidak memperbaiki situasi tetapi seseorang sering merasa lebih baik.

#### h. Pengukuran Tingkat Kecemasan

Menurut Saputro & Fazrin (2017) dan Irman, Nelista dan Keytиму (2020) terdapat beberapa instrumen pengukuran kecemasan, yaitu:

##### 1) *State Trait Anxiety Inventory* (STAI)

Instrumen penelitian STAI terdiri atas dua dimensi yaitu kecemasan sesaat dan kecemasan dasar. STAI terdiri atas state anxiety berisi 20 pertanyaan yang menunjukkan bagaimana perasaan seseorang yang dirasakan saat ini. Trait anxiety berisi 20 pertanyaan yang menunjukkan bagaimana perasaan seseorang yang dirasakan biasanya atau pada umumnya. Tingkat kecemasan pada instrumen ini berupa kecemasan ringan, sedang dan berat. Instrumen STAI terdapat 4 pilihan jawaban pada setiap bagiannya dan setiap item pernyataan mempunyai rentang angka pilihan antara 1-4.

##### 2) *Beck Anxiety Inventory* (BAI)

BAI merupakan kuesioner *self report* yang dirancang untuk mengukur keparahan kecemasan dan membedakan antara kecemasan dengan depresi. BAI terdiri dari 21 pertanyaan dan masing-masing pertanyaan ada empat poin menggunakan skala likert dengan skor terendah 0 dan tertinggi 63.

##### 3) *The State Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety* (STICSA)

STICSA merupakan alat ukur yang didesain untuk mengkaji gejala kognitif dan somatik dari tingkat kecemasan saat ini dan

secara umum. Terdiri dari 21 pertanyaan untuk mengetahui bagaimana yang responden rasakan sekarang, pada waktu sekarang dan kejadian sekarang. Menggunakan skala Likert yang terdiri dari 2 poin mulai dari 1 dengan tidak ada gejala sampai 4 yang berarti sering.

#### 4) *Zung Self Rating Anxiety Scale*

Merupakan metode pengukuran tingkat kecemasan yang berfokus pada kecemasan secara umum dan coping dalam menghadapi stres. Terdiri dari 20 pertanyaan, 15 pertanyaan tentang peningkatan kecemasan dan 5 pertanyaan tentang penurunan kecemasan.

#### 5) *Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)*

*Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)* adalah satu skala rating yang dikembangkan untuk mengukur kerasnya dari kegelisahan gejala. Skala yang terdiri dari 14 item, masing-masing ditetapkan oleh serangkaian gejala dan mengukur kedua kegelisahan psikis (mental agitation psikologis dan penderitaan) dan *somatic anxiety* (keluhan fisik yang terkait dengan kegelisahan). *Scoring* pada setiap item dapat dikelompokkan menjadi 5 kategori yaitu :

- 1) 0 – 13 : tidak ada kecemasan
- 2) 14 – 20 : kecemasan ringan
- 3) 21 – 27 : kecemasan sedang
- 4) 28 – 34 : kecemasan berat
- 5) > 34 : kecemasan sangat berat atau panic

## 4. Spiritualitas

a. Pengertian

Menurut Adian (2016) spiritualitas adalah konsep yang luas dengan berbagai dimensi dan perspektif yang ditandai adanya perasaan keterikatan (koneksitas) kepada sesuatu yang lebih besar dari diri kita, yang disertai dengan usaha pencarian makna dalam hidup atau dapat dijelaskan sebagai pengalaman yang bersifat universal dan menyentuh. Beberapa individu menggambarkan spiritualitas dalam pengalam-pengalaman hidupnya seperti adanya perasaan terhubung/transendental yang suci dan menentramkan, sebagaimana individu yang lain merasakan kedamaian saat berada di masjid, gereja, kuil atau tempat suci lainnya.

Stanley dan Beare (2006 dalam Munawarah, Rahmawati, & Setiawan, 2018) mengemukakan bahwa spiritualitas adalah sebuah konsep dua dimensional antara dimensi vertikal dan horisontal. Sedangkan yang dimaksud dimensi vertikal sendiri disini adalah hubungan dengan Tuhan, dan dimensi horisontal adalah hubungan dengan orang lain (manusia). Hubungan manusia dengan Tuhan yaitu dengan beribadah, berdoa serta mengikuti kegiatan keagamaan, sedangkan hubungan individu dengan orang lain yaitu seperti menerima orang lain dan merasa tanpa pamrih peduli dengan orang lain.

b. Aspek-aspek spiritualitas

Fisher (2010, dalam Apriningrum, 2021) menjelaskan bahwa *spiritual well-being* mempunyai empat aspek, yaitu sebagai berikut:

1) *Personal*

*Personal* merupakan cerminan individu yang berhubungan dengan diri sendiri yang meliputi makna hidup dan tujuan serta nilai-nilainya.

2) *Communal*

*Communal* adalah cara mengekspresikan diri dalam kualitas dan hubungan dengan orang lain seperti cinta, harapan, keadilan dan kepatuhan terhadap kemanusiaan.

3) *Environmental*

*Environmental* yaitu rasa kagum terhadap lingkungan yang berkaitan dengan kepedulian dunia fisik dan biologis.

4) *Transcendental*

*Transcendental* menyangkut tentang relasi individu dengan sesuatu hal yang melampaui batas pemahaman makhluk seperti hubungan manusia dengan Tuhannya.

c. Makna Spiritualitas

Hendrawan (2009 dalam Saputra, 2017) mengemukakan makna spiritualitas yaitu:

- 1) Spiritualitas sangat individual dan personal. Orang tidak harus religius untuk menjadi spiritual.
- 2) Spiritualitas adalah kepercayaan dasar adanya kekuatan besar yang mengatur alam semesta. Ada tujuan bagi segala sesuatu dan setiap orang
- 3) Segala sesuatu terkait dengan yang lain, memengaruhi dan dipengaruhi segala sesuatu yang lain.

- 4) Spiritualitas adalah perasaan tentang keterkaitan.
- 5) Spiritualitas adalah perasaan tentang betapapun buruknya selalu ada jalan keluar. Ada rencana agung yang membimbing seluruh kehidupan.
- 6) Pada dasarnya kita hidup untuk berbuat kebaikan.
- 7) Spiritualitas terkait dengan kepedulian, harapan, kebaikan, cinta dan optimisme.

d. Manfaat spiritualitas bagi kesehatan

Perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia dapat menjadi stresor dikehidupannya. Spiritualitas yang baik membantu lansia untuk memiliki kehidupan yang lebih bermakna, mereka dapat mengisi hari-harinya dengan kegiatan yang positif dan bermanfaat. Spiritualitas adalah sumber energi bagi lansia yang memberikan kekuatan untuk menghadapi masalah dan merasa terhubung dengan Yang Maha Tinggi, alam, atau kekuatan yang dianggap lebih besar dari dirinya sehingga memunculkan perasaan damai dan bahagia. Spiritualitas merupakan kesadaran dan perasaan dari seorang lansia akan hubungannya dengan keberadaan yang Maha Tinggi, kekuatan yang dianggap lebih besar dari dirinya sendiri, atau alam (Rahmah, Husairi, Fauzan, 2015).

e. Faktor-faktor yang mempengaruhi spiritualitas

Menurut Taylor, Lillis, Le Mone (2007 dalam Mariyanto, 2017) faktor-faktor yang mempengaruhi spiritualitas adalah:

- 1) Tahap perkembangan.



Berdasarkan hasil penelitian terhadap anak-anak dengan empat agama yang berbeda ditemukan bahwa mereka memiliki konsep spiritualitas yang berbeda menurut usia, jenis kelamin, agama dan kepribadian anak. Kelompok usia dewasa muda dihadapkan pada pertanyaan bersifat keagamaan dari anaknya akan menyadari apa yang pernah diajarkan kepadanya pada masa kanak-kanak dahulu, lebih dapat diterima pada masa dewasa daripada waktu remaja dan masukan dari orang tua tersebut dipakai untuk mendidik anaknya. Usia pertengahan dan lansia lebih banyak waktu untuk kegiatan agama dan berusaha untuk mengerti nilai agama yang diyakini generasi muda.

2) Keluarga.

Peran orang tua sangat penting dalam perkembangan spiritualitas seorang anak karena orang tua sebagai role model. Keluarga juga sebagai orang terdekat di lingkungan dan pengalaman pertama anak dalam mengerti dan menyimpulkan kehidupan di dunia, maka pada umumnya pengalaman pertama anak selalu berhubungan dengan orang tua ataupun saudaranya.

3) Latar belakang etnik budaya: sikap, keyakinan dan nilai

Spiritualitas dipengaruhi oleh latar belakang etnik dan sosial budaya. Hal yang perlu diperhatikan adalah apapun tradisi agama atau sistem keagamaan yang dianut individu, tetap saja pengalaman spiritual tiap individu berbeda dan mengandung hal unik.

4) Pengalaman hidup sebelumnya.

Pengalaman hidup baik positif maupun negatif dapat mempengaruhi spiritualitas seseorang. Selain itu juga dipengaruhi oleh bagaimana seseorang mengartikan secara spiritual kejadian atau pengalaman tersebut. Peristiwa dalam kehidupan sering dianggap sebagai suatu ujian. Pada saat ini, kebutuhan spiritual akan meningkat yang memerlukan kedalaman spiritual dan kemampuan coping untuk memenuhinya.

5) Krisis dan perubahan.

Krisis dan perubahan dapat memperkuat kedalaman spiritual seseorang. Krisis sering dialami ketika individu dihadapkan dengan hal sulit. Apabila klien mengalami krisis, maka keyakinan spiritual dan keinginan untuk melakukan kegiatan spiritual menjadi lebih tinggi.

6) Terpisah dari ikatan spiritual.

Individu yang biasa melakukan kegiatan spiritual ataupun tidak dapat berkumpul dengan orang terdekat biasanya akan mengalami terjadinya perubahan fungsi spiritual.

7) Isu moral terkait dengan terapi.

Pada kebanyakan agama, proses penyembuhan dianggap sebagai cara Tuhan untuk menunjukkan kebesarannya walaupun ada yang menolak intervensi pengobatan. Konflik antara jenis terapi dengan keyakinan agama sering dialami oleh klien dan tenaga kesehatan.

f. Dimensi spiritualitas

Kurniawati (2016) menjelaskan bahwa spiritualitas merupakan bentuk multidimensi sebagaimana yang dijelaskan oleh Elkins yang dibangun dari sembilan aspek sebagai berikut:

1) Dimensi Transeden.

Orang spiritual jelas yakin dan percaya bahwa adanya dimensi transenden dalam hidup. Kepercayaan ini dapat berupa tradisi atau keagamaan mengenai Tuhan sampai perspektif psikologis bahwa dimensi transenden adalah eksistensi alamiah dari kesadaran diri wilayah ketidaksadaran atau ketidak sadaran. Orang spiritual memiliki pengalaman dalam istilah Maslow *peak experience*. Seseorang dapat melihat sesuatu yang tidak kasat mata.

2) Dimensi Idealisme.

Orang spiritual adalah orang yang visioner, memiliki komitmen untuk membuat dunia menjadi lebih baik lagi. Mereka berkomitmen pada idealisme yang tinggi dan mengaktualisasikan potensinya untuk seluruh aspek kehidupan.

3) Dimensi makna dan tujuan hidup.

Orang yang memiliki kekuatan spiritual dalam hidupnya akan sadar bahwa hidup memiliki makna. Makna hidup dapat dirasakan ketika ia memiliki tujuan hidup yang jelas. Sehingga makna dan tujuan hidup ini sangat penting sebagai pegangan

orang agar tidak kehilangan arah. Orang akan bersemangat dalam menata kehidupan dan mendapatkan eksistensi dalam hidup.

4) Dimensi misi hidup.

Seseorang yang berspiritual memiliki rasa tanggungjawab terhadap hidupnya. Mereka termotivasi oleh motivated dan memahami bahwa kehidupan senantiasa harus terus ditemukan.

5) Dimensi kesucian hidup.

Kesucian hidup ialah hal-hal yang berhubungan dengan kesakralan atau sesuatu yang tidak bisa didefinisikan. Orang spiritual merasakan kekhidmatan dalam hidup meski tidak lewat ritual keagamaan. Mereka tidak melakukan dikotomi kehidupan tetapi percaya bahwa seluruh hidup adalah akhirat. Orang spiritual dapat *sacralize* atau *religionize* dalam hidup.

6) Dimensi kepuasan spiritual.

Kepuasan spiritual tidak di dapatkan dari segala bentuk hal-hal yang bersifat materi atau duniawi. Orang akan mendapatkan kepuasan spiritual dari aktifitas yang berhubungan dengan kerohanian.

7) Dimensi *altruisme*.

Seseorang memahami bahwa semua orang sesungguhnya bersaudara dan tersentuh oleh penderitaan orang lain. Seseorang akan memiliki perasaan yang sangat kuat dengan keadilan sosial dan berkomitmen terhadap cinta kasih kepada sesama manusia.

## 8) Dimensi kesadaran adanya penderitaan.

Penderitaan dalam kehidupan orang spiritual meyakinkannya sebagai bentuk ujian dari sang Maha Pencipta. Kesadaran ini membentuk seorang lebih serius dalam menghadapi kenyataan, meningkatkan kualitas hidup, kegembiraan dan penilaian hidup.

## 9) Hasil dari spiritualitas.

Seorang yang spiritualitasnya tinggi akan berdampak dalam kehidupan. Spiritualitas yang benar akan berdampak pada hubungan individu terhadap dirinya sendiri, dengan orang lain, alam, lingkungan dan apapun yang menurutnya akan membawa pada *ultimate*.

## g. Bentuk Spiritualitas

Dale dan Daniel (2011 dalam Syamsuddin & Azman, 2012) membagi konsep spiritualitas kedalam 3 bentuk yakni :

1) Bentuk spiritualitas yang berorientasi pada Tuhan (*God-oriented*)

Artinya pemikiran, pandangan maupun praktek spiritualitasnya bersandar pada teologis atau atas wahyu dari Tuhan. Ini dapat ditemukan pada hampir semua bentuk praktek agama-agama yang dilembagakan, seperti Islam, Kristen, Yahudi, Hindu, Budha dll.

2) Bentuk spritualitas yang berorientasi pada dunia/alam (*world-oriented*)

Yakni bentuk spiritualitas yang didasarkan pada harmoni manusia dengan ekologi dan alam. Mungkin kita pernah menyaksikan film *The secret*, yang banyak sekali menyinggung perihal harmoni alam

dengan pikiran manusia, bahwa alam adalah medan magnet yang akan merespon segala pikiran manusia, karena itulah manusia diwajibkan untuk senantiasa mengembangkan pemikiran positif agar alam semesta memberikan umpan-balik yang positif juga menuju kehidupan yang maslahat secara batiniah.

### 3) Spiritualistik humanistik

Yang mendasarkan bentuk spiritualnya pada optimalisasi potensi kebaikan dan kreativitas manusia pada puncak pencapaian termasuk dalam hal ini pencapaian prestasi.

#### h. Pengukuran spiritualitas

Instrumen untuk mengukur spiritualitas ada beberapa, salah satunya adalah *Spiritual Well-being Scale* (SWBS) yang dikembangkan pertama kali oleh Ellison (1983). *Spiritual Well-being Scale* berisi dua sub yaitu merepresentasikan dimensi vertikal dan dimensi horisontal. Imam, Karim, Jusoh dan Mamad (2009 dalam Pratama, 2017) memodifikasi SWBS menjadi *Spiritual Well-being Scale Malay version* yang terdiri dari 20 item pernyataan dengan menggunakan skala likert 1 – 6 dari sangat setuju sampai sangat tidak setuju. Kuesioner *Spiritual Well-being Scale* (SWBS) sudah diuji validitas dan reliabilitas oleh Imam, Karim, Jusoh dan Mamad (2009), dengan hasil nilai *test retest reliability* antara 0,73 – 0,99 dan *internal consistency reliability* antara 0,78 – 0,94.

## 5. Kualitas Hidup

a. Pengertian

Kualitas hidup merupakan persepsi individu mengenai posisi mereka dalam hidup yang dilihat dari konteks budaya dan sistem nilai dimana mereka hidup dan memiliki tujuan, harapan, standar yang ditetapkan dan perhatian seseorang (WHOQOL Group dalam Lopez *et al.*, 2004). Terdapat dua komponen dasar dari kualitas hidup yaitu subyektifitas dan multidimensi. Subyektifitas mengandung arti bahwa kualitas hidup hanya dapat ditentukan dari sudut pandang klien sendiri dan hanya dapat diketahui dengan bertanya langsung kepada klien. Sedangkan multidimensi bermakna bahwa kualitas hidup dipandang dari seluruh aspek kehidupan seseorang secara holistik meliputi aspek biologi atau fisik, psikologis, sosial dan lingkungan.

b. Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup

Menurut Nazir (2007 dalam Saputra, 2017) faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup terdiri atas:

- 1) Faktor internal yang berpengaruh terhadap kualitas hidup sebagai berikut :
  - a) Jenis kelamin, wanita mempunyai kualitas hidup yang lebih rendah dibanding laki-laki.
  - b) Umur, penduduk dengan usia > 75 tahun (33,2%) mempunyai kualitas hidup yang buruk dibandingkan usia muda 18-24 tahun hanya 7,5%,
  - c) Etnis ras, kebudayaan atau kultur suatu etnis dapat membentuk kebiasaan dan respons terhadap kesehatan dan penyakit di masyarakat tanpa memandang tingkatannya (Ridho *et al.*, 2019).

Sosial budaya setiap suku memiliki budaya unik dan memberi ciri khusus pada setiap komunitasnya. Keunikan dan kekhasan masing-masing suku tersebut, seperti persepsi masyarakat terhadap sehat sakit, keyakinan, pendidikan dan nilai kebudayaan (Soekanto, 2013).

- d) Faktor kesehatan, yaitu adanya penyakit kronik yang dialami seseorang akan menurunkan kualitas hidup.
- 2) Faktor eksternal yang berhubungan dengan kualitas hidup sebagai berikut :
- a) Status pernikahan, yakni individu yang belum menikah dan bercerai mempunyai kualitas hidup lebih buruk dibandingkan individu yang berstatus menikah,
  - b) Pendidikan, individu dengan pendidikan sekolah menengah ke bawah mempunyai kualitas hidup yang lebih buruk dibandingkan dengan individu yang berpendidikan tinggi
  - c) Penghasilan, penduduk dengan penghasilan yang tidak bisa mencukupi kebutuhan hidup sehari-hari mempunyai kualitas hidup yang buruk
  - d) Status pekerjaan, seseorang yang sudah pensiun dan orang yang tidak bekerja mempunyai kualitas hidup yang buruk dibanding orang yang bekerja
  - e) Asuransi kesehatan, seseorang yang tidak mempunyai asuransi kesehatan mempunyai kualitas hidup yang buruk
  - f) Nilai dan kepercayaan keluarga.



c. Masalah-masalah yang mempengaruhi kualitas hidup pada pasien GGK yang menjalani hemodialysis

Kualitas hidup pasien GGK yang menjalani HD masih merupakan masalah yang menarik perhatian para profesional kesehatan. Pasien bisa bertahan hidup dengan menjalani terapi HD, namun masih menyisakan sejumlah persoalan penting sebagai dampak dari terapi HD (Jamilah, 2017). Hal utama yang berhubungan dengan kualitas hidup pasien HD yaitu status fungsional dan kesehatannya, terapi yang dijalannya, kemampuan bekerja, dukungan sosial, *komorbiditas*, gejala serta permasalahan yang terjadi selama terapi. Hal yang juga dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien HD diantaranya usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan lamanya menjalani terapi HD

d. Pengukuran Kualitas Hidup

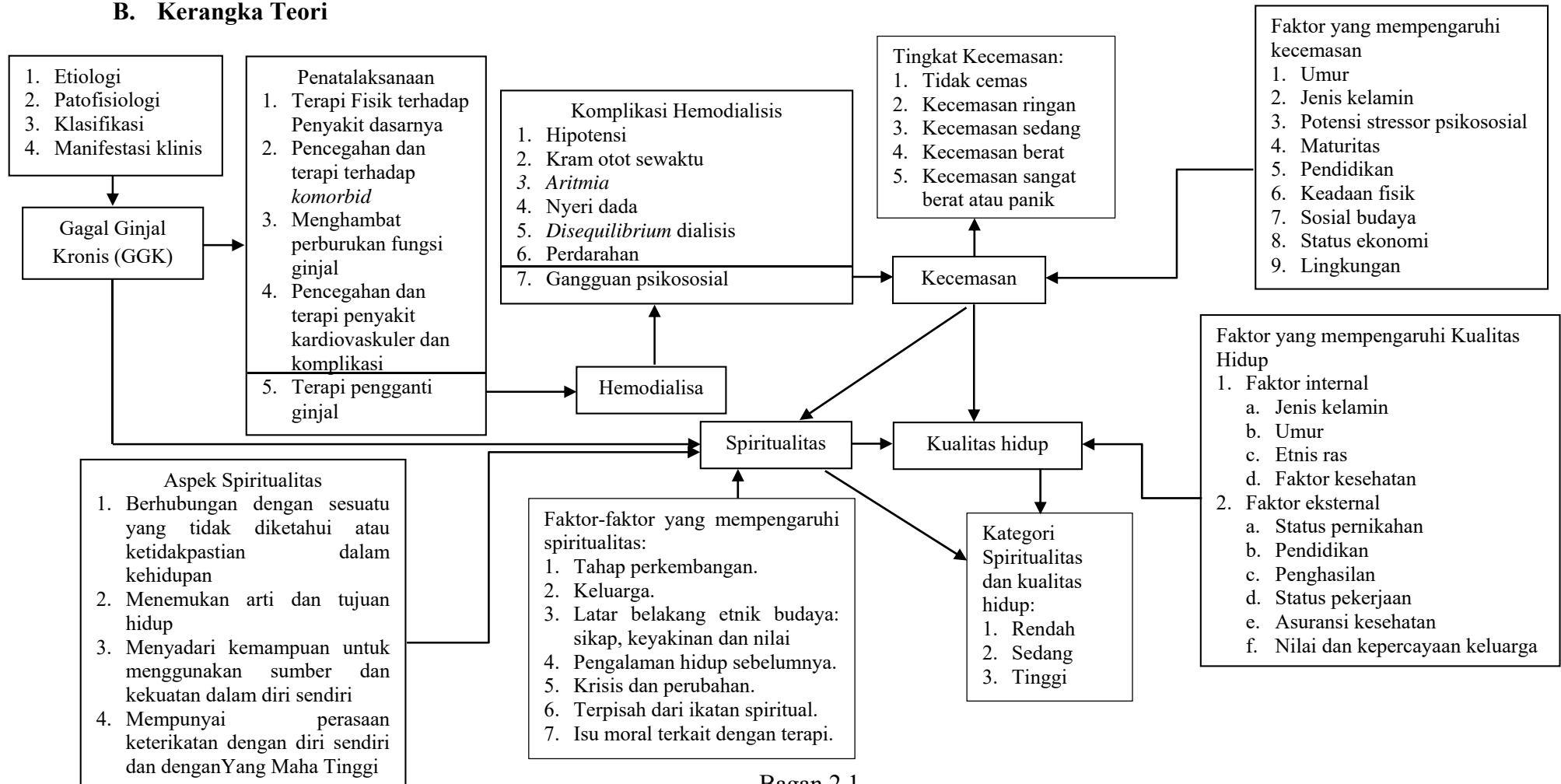
Alat ukur kualitas hidup yang dikembangkan para ilmuwan untuk mengukur kualitas hidup pasien dengan penyakit kronik salah satunya adalah *World Health Organization Quality of Live-Bref* (WHOQOL-BREF) yang berisi 26 pertanyaan. Domain dan aspek WHOQOL-BREF ada dalam tabel 2.2 berikut :

Tabel 2.2.  
Domain dan aspek yang dinilai dalam WHOQOL\_BREF

Domain	Aspek yang Dinilai
Seluruh kualitas hidup dan kesehatan umum	1. Keseluruhan kualitas hidup 2. Kepuasan terhadap kesehatan
I. Kesehatan Fisik	Nyeri dan ketidaknyamanan, ketergantungan pada perawatan medis, energi dan kelelahan, mobilitas, tidur dan istirahat, aktivitas sehari-hari, kapasitas bekerja
II. Kesehatan Psikologis	Afek positif; spiritual; berfikir, belajar, memori dan konsentrasi, body image dan penampilan; harga diri; afek negatif
III. Hubungan Sosial	Hubungan personal, aktivitas seksual, dukungan social
IV. Lingkungan	Keamanan fisik, lingkungan fisik (polusi, suara, lalu lintas, iklim), sumber keuangan, peluang mendapatkan informasi dan ketrampilan, partisipasi dan kesempatan untuk rekreasi/aktivitas yang menyenangkan, lingkungan rumah, perawatan kesehatan dan sosial, kemampuan akses dan kualitas, transportasi.

Sumber : Nursalam (2011 dalam Jamilah, 2017)

**B. Kerangka Teori**



Bagan 2.1

**Kerangka Teori Penelitian**

Sumber : Lewis *et al.* (2011), Videbeck (2011), O'Connor *et al.* (2012), Fitriya (2014), *National Kidney Foundation* (2015), Sanusi (2015), Tjokropawiro (2015), Adian (2016), Infodatin (2017), Jamilah (2017), Mariyanto (2017), Pratama (2017), Prawita (2017), Smeltzer dan Bare (2017), Wahyuni, Miro, & Kurniawan (2018), Amin (2020), Irman, Nelisa & Keytimu (2020)

