

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Penyakit Ginjal Kronik

2.1.1 Pengertian

Penyakit ginjal kronis (PGK) merupakan kelainan fungsi ginjal pada tahap akhir yang bersifat progresif dan irreversible dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme serta keseimbangan cairan dan elektrolit sehingga terjadi uremia (Purwanto, 2016).

Penyakit ginjal kronis merupakan kegagalan fungsi ginjal untuk mempertahankan metabolisme, keseimbangan cairan dan elektrolit akibat destruksi struktur ginjal yang progresif yang berdampak menumpuknya sisa metabolisme di dalam darah (Muttaqin & Sari, 2014).

Berdasarkan pengertian PGK diatas, dapat disimpulkan bahwa PGK merupakan suatu kegagalan fungsi ginjal untuk mempertahankan keseimbangan metabolik, cairan dan elektrolit akibat kemunduran fungsi ginjal yang terjadi secara progresif dan ireversibel sehingga mengakibatkan uremia dan azotemia.

2.1.2 Klasifikasi

Menurut *Kidney Disease Improving Global Outcomes* (KDIGO) tahun 2013, klasifikasi PGK dapat dibagi menjadi :

Tabel 2.1
Klasifikasi PGK

Derajat	LFG (mL/mnt/1,73m²)	Deskripsi dan rentang LFG
G1	≥90	Normal atau tinggi
G2	60-89	Sedikit menurun
G3a	45-59	Penurunan ringan sampai sedang
G3b	30-44	Penurunan sedang sampai berat
G4	15-29	Sangat menurun
G5	<15	Gagal ginjal

Sumber : KDIGO, 2013

2.1.3 Etiologi

Penyebab penyakit GGK bermacam-macam, menurut Perhimpunan Nefrogi Indonesia (PERNEFRI) tahun 2018 dua penyebab utama paling sering adalah hipertensi (36%) dan nefropati diabetika (28%). Penyebab lain dari GGK yang sering ditemukan yaitu glomerulopati primer/GNC (10%), neropati obstruksi (3%), pielonefritis chronic/PNC (3%), nefropati asam urat (1%), ginjal polikistik (1%), neuropati lupus/SLE (1%), penyebab lain-lain (5%), dan tidak diketahui (12%)

2.1.4 Manifestasi Klinis

Banyak orang tidak menunjukkan gejala atau memiliki gejala spesifik. Gejala PGK sering tidak spesifik hingga mencapai PGK tahap lanjut. Pada derajat 1-3 biasanya belum terdapat gejala apapun (asimptomatik). Menurut Webster dkk (2017) tanda dan gejala yang mungkin muncul diantaranya:

1. Anemia
2. Hipertensi
3. Sesak nafas

4. Gatal
5. Kram
6. Perubahan kognitif
7. Gejala gastrointestinal (anoreksia, muntah, gangguan rasa, bau uraemik)
8. Perubahan output urin (poliuria, oliguria, nokturia)
9. Hematuria
10. Proteinuria
11. Edema perifer

2.1.5 Patofisiologi

Secara ringkas, PGK dimulai fase awal gangguan, keseimbangan cairan, penanganan garam, serta penimbunan zat-zat sisa masih bervariasi dan bergantung pada bagan ginjal yang sakit. Fungsi ginjal turun sampai kurang dari 25% normal, manifestasi klinis PGK mungkin minimal karena nefron-nefron sisa yang sehat mengambil alih fungsi nefron yang rusak. Nefron yang tersisa akan meningkatkan kecepatan filtrasi, reabsorpsi, dan sekresinya, serta mengalami hipertrofi. Seiring dengan makin banyaknya nefron yang mati, makin nefron yang tersisa menghadapi tugas yang semakin berat sehingga nefron-nefron tersebut ikut rusak dan akhirnya mati. Hal tersebut berkaitan dengan tuntutan pada nefron-nefron yang tersisa untuk meningkatkan reabsorpsi protein.

Pada saat penyusutan progresif nefron-nefron, terjadi pembentukan jaringan parut dan aliran darah ginjal akan berkurang. Pelepasan renin

akan meningkat bersama dengan kelebihan beban cairan sehingga dapat menyebabkan hipertensi. Hipertensi akan memperburuk kondisi gagal ginjal, dengan tujuan agar terjadi peningkatan filtrasi protein-protein plasma. Kondisi akan bertambah parah dengan semakin banyaknya pembentukan jaringan parut sebagai respons dari kerusakan nefron yang bertambah luas dan secara progresif fungsi ginjal menurun drastis dengan manifestasi penumpukan metabolit-metabolit yang seharusnya dikeluarkan tubuh. Sehingga akan terjadi sindrom uremia berat yang memberikan banyak manifestasi pada setiap organ tubuh (Harmilah, 2020).

2.1.6 Komplikasi Gagal Ginjal

Menurut Romagnani dkk (2017) komplikasi gagal ginjal yang dapat terjadi diantaranya:

1. Gangguan Tulang Mineral

Gangguan tulang mineral pada PGK (CKD-MBD) meliputi kelainan metabolisme mineral, struktur tulang dan kalsifikasi ekstraskletal yang terjadi dengan PGK progresif. Pasien dengan CKD-MBD lanjut mungkin mengalami nyeri tulang, kesulitan berjalan dan/atau kelainan bentuk tulang serta risiko patah tulang yang lebih tinggi.

2. Asidosis Metabolik

Asidosis metabolik berhubungan dengan penurunan ekskresi amonium ginjal total yang terjadi ketika GFR menurun menjadi $<40\text{--}50\text{ ml/menit per }1,73\text{ m}^2$.

3. Hiperurisemia

Peningkatan kadar asam urat dapat terjadi pada pasien dengan PGK karena penurunan ekskresi urin. Asam urat serum $> 7,5\text{ mg/dl}$ adalah faktor risiko independen untuk perkembangan PGK yang dipercepat.

4. Hipertensi Arteri

Pada sebagian besar pasien, hipertensi arteri bukanlah penyebab tetapi konsekuensi dari PGK. Hipertensi dapat hadir pada tahap awal PGK dan berkontribusi pada morbiditas dan mortalitas kardiovaskular. Hipertensi adalah konsekuensi dari aktivasi aksis neurohumoral (yaitu, aktivitas katekolamin dan aldosteron), aktivasi RAS, dan hipervolaemia.

5. Anemia

Penyebab anemia pada PGK adalah multifaktorial dan termasuk penurunan produksi eritropoietin ginjal, berkurangnya umur sel darah merah, gangguan penyerapan zat besi usus yang dimediasi oleh hepcidin (pengatur utama sirkulasi besi) dan kehilangan darah berulang pada pasien dengan hemodialisis. Anemia pada PGK

dikaitkan dengan kelelahan, kelemahan, penurunan perhatian, kantuk dan toleransi olahraga yang rendah.

6. Dislipidemia

Metabolisme lipid abnormal dan modifikasi toksin terkait uremik dalam partikel lipid yang memicu aterosclerosis adalah umum pada pasien dengan PGK.

7. Cardiovascular Disease (CVD)

Tingginya insiden CVD dalam PGK dapat disebabkan oleh tingginya prevalensi hipertensi, anemia dislipid, hiperurikemia, metabolisme glukosa abnormal, obesitas, peradangan sistemik dan stres oksidatif. Dewasa muda (usia 25-34 tahun) dengan PGK memiliki setidaknya 100 kali lipat risiko lebih tinggi untuk kematian terkait CVD dibandingkan dengan populasi umum.

8. Disfungsi Endokrin

Pada pasien dengan PGK, beberapa sistem endokrin menjadi tidak berfungsi karena fungsi ginjal semakin memburuk. Kelainan pada hormon gonad dapat menyebabkan berkurangnya kesuburan dan masalah seksual pada pria dan wanita. Abnormalitas pada fungsi tiroid sering terjadi pada PGK pada semua usia.

9. Uremia

Pada awal ESRD, pasien yang tidak diobati dapat mengalami anoreksia, muntah, kelemahan dan kelelahan, yang secara kolektif disebut sebagai gejala uraemia. Perubahan neurologis meliputi

neuropati perifer dan kelainan sistem saraf pusat, termasuk hilangnya konsentrasi, kelesuan, kejang, koma, dan kematian. Pada orang dewasa, perubahan kognitif mendominasi, sedangkan pada anak-anak, perkembangan semua domain neurokognitif dipengaruhi, yang dapat menyebabkan kecacatan intelektual yang parah. Kantuk dan kelelahan di siang hari sering terjadi dan meningkat dengan menurunnya fungsi ginjal. Sindrom kaki gelisah dapat mengganggu tidur, tetapi gangguan pernapasan karena tidur, melebihi rasa kantuk di siang hari dan gangguan insomnia juga sering terjadi.

10. Kelainan Cairan Dan Elektrolit

Gangguan penanganan natrium dan air dapat menjadi jelas pada semua tahap PGK, dengan kecenderungan untuk menjadi lebih parah pada tingkat fungsi ginjal yang lebih rendah. Peningkatan akumulasi cairan (hipervolemia) dapat terang-terangan atau tersembunyi, dan bermanifestasi sebagai hipertensi arteri, edema, dan/atau sesak napas.

2.1.7 Penatalaksanaan

1. Pengobatan Konsevatif

a. Diet rendah protein

Diet rendah protein bertujuan untuk mencegah atau mengurangi toksin azotemia, tetapi untuk jangka lama dapat merugikan terutama gangguan keseimbangan negatif nitrogen. Jumlah protein yang diperbolehkan kurang dari 0,6 g protein/Kg/hari dengan LFG kurang dari 10 ml/menit.

b. Terapi diet rendah Kalium

Hiperkalemia (kadar kalium $>6,5$ mEq/L) merupakan komplikasi interdialitik yaitu komplikasi yang terjadi selama periode antar hemodialisis. Hiperkalemia mempunyai resiko untuk terjadinya kelainan jantung yaitu aritmia yang dapat memicu terjadinya cardiac arrest yang merupakan penyebab kematian mendadak. Jumlah yang diperbolehkan dalam diet adalah 40-80 mEq/hari.

c. Optimalisasi dan pertahankan keseimbangan cairan dan garam

Asupan cairan pada gagal ginjal kronik membutuhkan regulasi yang hati-hati. Asupan yang terlalu bebas dapat menyebabkan kelebihan beban sirkulasi, edem, dan juga intoksikasi cairan. Kekurangan cairan juga dapat menyebabkan dehidrasi, hipotensi, dan memburuknya fungsi ginjal. Aturan umum untuk asupan cairan adalah keluaran urine dalam 24 jam ditambah 500 ml yang mencerminkan kehilangan cairan yang tidak disadari.

d. Kontrol hipertensi

Pada pasien hipertensi dengan gagal ginjal kronik, keseimbangan garam dan cairan diatur tersendiri tanpa tergantung tekanan darah sering diperlukan diuretik loop, selain obat antihipertensi.

e. Mencegah dan tata laksana penyakit tulang ginjal

Hiperfosfatemia dikontrol dengan obat yang mengikat fosfat seperti aluminium hidroksida (300-1800 mg) atau kalsium karbonat pada setiap makan.

f. Deteksi dini dan terapi infeksi

g. Modifikasi terapi obat dengan fungsi ginjal

h. Deteksi dini dan terapi komplikasi

2. Pengobatan Pengganti Ginjal (*Replacement Treatment*)

a. Transplantasi Ginjal

Transplantasi ginjal merupakan cara pengobatan yang lebih disukai untuk pasien gagal ginjal stadium akhir. Kebutuhan transplantasi ginjal jauh melebihi ketersediaan ginjal yang ada dan juga kecocokan dengan dengan pasien (umumnya keluarga dari pasien). Transplantasi ginjal memerlukan dana dan peralatan yang mahal serta sumber daya yang memadai. Komplikasi akibat pembedahan atau reaksi penolakan tubuh merupakan keadaan yang timbul akibat dari transplantasi ginjal.

b. Dialisis Peritoneal

CAPD dapat digunakan sebagai terapi dialisis untuk penderita gagal ginjal kronik sampai 3-4 kali pertukaran cairan per hari. Pertukaran cairan dapat dilakukan pada jam tidur sehingga cairan peritoneal dibiarkan semalam. Terapi dialisis tidak boleh terlalu cepat pada pasien dialisis peritoneal.

c. Hemodialisis

Hemodialisis merupakan suatu metode terapi dialisis yang digunakan untuk mengeluarkan cairan dan produk sisa dari dalam tubuh. Prosedur ini dilakukan menggunakan mesin yang dilengkapi membran penyaring semipermeabel yang sama seperti ginjal. Hemodialisis dapat dilakukan pada saat zat sisa atau toksik harus segera dikeluarkan untuk mencegah kerusakan permanen di berbagai organ dan mencegah kematian (Muttaqin dan Sari, 2014).

2.2 Hemodialisis

2.2.1 Pengertian

Hemodialisa berasal dari kata *hemo* yang artinya darah dan *dialisa* yang artinya pemisahan zat-zat terlarut. Hemodialisis adalah suatu metode terapi dialisis yang digunakan untuk mengeluarkan cairan dan produk limbah dari dalam tubuh ketika secara akut atau secara progresif ginjal tidak mampu melaksanakan proses tersebut (Muttaqin dan Sari, 2012). Hemodialisis adalah pergerakan larutan dan air dari darah pasien melewati membran semipermeabel (*dializer*) ke dalam dialisat. *Dializer* juga dapat digunakan untuk memindahkan sebagian besar volume cairan (Harmilah, 2020).

2.2.2 Tujuan

Tujuan dilakukan hemodialisis adalah untuk memindahkan produk-produk sisa yang terakumulasi dalam sirkulasi pasien dan dikeluarkan ke dalam mesin dialisis. Menurut Havens dan Terra (2005, dalam Harmila, 2020) fungsi hemodialisis antara lain:

- 1) Mengganti fungsi ginjal dalam fungsi ekskresi, yaitu membuang zat sisa metabolisme dalam tubuh.
- 2) Mengganti fungsi ginjal dalam mengeluarkan cairan tubuh yang seharusnya dikeluarkan.
- 3) Meningkatkan kualitas hidup pasien yang menderita penurunan fungsi ginjal.
- 4) Mengganti fungsi ginjal sambil menunggu program pengobatan yang lain.

2.2.3 Indikasi

Hemodialisa diindikasikan pada pasien dalam keadaan akut yang memerlukan terapi dialisis jangka pendek (beberapa hari hingga beberapa minggu) atau pasien dengan gagal ginjal tahap akhir/kronik yang memerlukan terapi jangka panjang/permanen. Secara umum indikasi dilakukan hemodialisa pada penderita gagal ginjal adalah laju filtrasi glomerulus kurang dari 15 ml/menit, hiperkalemia, kegagalan terapi konservatif, kadar ureum lebih dari 200 mg/dl, kreatinin lebih dari 65 mEq/L, kelebihan cairan dan anuria berkepanjangan lebih dari 5 kali (Mardyaningsih, 2014).

2.2.4 Kontraindikasi

Kontraindikasi pada hemodialisis dibedakan menjadi 2 yaitu, kontraindikasi absolut dan kontraindikasi relatif. Kontraindikasi absolut yaitu apabila tidak didapatkannya akses vaskular. Sedangkan untuk kontraindikasi relatif yaitu apabila ditemukannya kesulitan akses vaskular, fobia terhadap jarum, gagal jantung, dan koagulopati (Suhardjono, 2014)

2.2.5 Komplikasi Hemodialisis

Berbagai komplikasi dapat terjadi pada pasien yang menjalani hemodialisis. Menurut Tjokroprawiro dkk. (2015) komplikasi pada hemodialisis dapat dibagi menjadi 2 (dua) yaitu komplikasi pada pasien dan komplikasi teknik.

1. Komplikasi pada Pasien
 - a. Hipotensi dan hipertensi
 - b. Sindroma *disequilibrium*
 - c. Kram
 - d. Mual dan muntah
 - e. Sakit kepala
 - f. Nyeri dada dan aritmia
 - g. Gatal
 - h. Reaksi demam
 - i. Hipoksemia
2. Komplikasi teknik

- a. Hemolisis
- b. Pembekuan darah dalam saluran maupun tabung dialiser
- c. Bocor membrane dialiser
- d. Emboli udara
- e. Reaksi dialiser
- f. Alergi pada heparin

2.2.6 Dampak Hemodialisis

Keluhan fisik yang dialami pasien PGK yang menjalani HD seperti lelah, sesak, kesulitan beraktivitas, pusing, mual, oedem, dan lain-lain. Sedangkan untuk masalah sosial dapat dilihat dari dukungan keluarga yang baik, dukungan dari lingkungan, tenaga kesehatan, dan dukungan dari pasangan. Masalah fisik tersebut dapat menimbulkan permasalahan psikososial pada pasien seperti stres, kecemasan dan depresi (Astuti, 2014).

2.3 Depresi

2.3.1 Pengertian Depresi

Menurut Dirgayunita (2016) depresi merupakan gangguan emosional atau suasana hati yang buruk yang ditandai dengan kesedihan yang berkepanjangan, putus harapan, perasaan bersalah dan tidak berarti. Sehingga seluruh proses mental (berpikir, berperasaan dan berperilaku) tersebut dapat mempengaruhi motivasi untuk beraktivitas dalam kehidupan sehari-hari maupun pada hubungan interpersonal.

2.3.2 Tanda dan Gejala Depresi

Pada umumnya, individu yang mengalami depresi menunjukkan gejala psikis, fisik dan sosial yang khas. Beberapa orang memperlihatkan gejala yang minim, beberapa orang lainnya lebih banyak. Tinggi rendahnya gejala bervariasi dari waktu ke waktu. Menurut Institut Kesehatan Jiwa Amerika Serikat (NIMH) dan Diagnostic and Statistical manual IV–Text Revision (DSM IV-TR) kriteria depresi dapat ditegakkan apabila sedikitnya 5 dari gejala dibawah ini telah ditemukan dalam jangka waktu 2 minggu yang sama dan merupakan satu perubahan pola fungsi dari sebelumnya. Gejala dan tanda umum depresi adalah sebagai berikut :

1. Gejala Fisik

- a. Gangguan pola tidur; sulit tidur (insomnia) atau tidur berlebihan (hipersomnia)
- b. Menurunnya tingkat aktivitas, misalnya kehilangan minat, kesenangan atas hobi atau aktivitas yang sebelumnya disukai.
- c. Sulit makan atau makan berlebihan (bisa menjadi kurus atau kegemukan)
- d. Gejala penyakit fisik yang tidak hilang seperti sakit kepala, masalah pencernaan (diare, sulit BAB, dll), sakit lambung dan nyeri kronis
- e. Terkadang merasa berat di tangan dan kaki
- f. Energi lemah, kelelahan, menjadi lamban

- g. Sulit berkonsentrasi, mengingat, memutuskan

2. Gejala Psikis

- a. Rasa sedih, cemas, atau hampa yang terus-menerus.
- b. Rasa putus asa dan pesimis
- c. Rasa bersalah, tidak berharga, rasa terbebani dan tidak berdaya/tidak berguna
- d. Tidak tenang dan gampang tersinggung
- e. Berpikir ingin mati atau bunuh diri
- f. Sensitif
- g. Kehilangan rasa percaya diri

3. Gejala Sosial

- a. Menurunnya aktivitas dan minat sehari-hari (menarik diri, menyendiri, malas)
- b. Tidak ada motivasi untuk melakukan apapun
- c. Hilangnya hasrat untuk hidup dan keinginan untuk bunuh diri

2.3.3 Penyebab Depresi

Etiologi depresi terkait dialisis bersifat multifaktorial dan terkait dengan mekanisme biologis, psikologis, dan sosial. Mekanisme biologis meliputi peningkatan kadar sitokin dan kemungkinan kecenderungan genetik. Faktor psikologis dan sosial termasuk perasaan putus asa, persepsi kehilangan dan kurangnya kontrol, kehilangan pekerjaan, dan keluarga yang berubah serta hubungan sosial (Armaly dkk., 2012).

2.3.4 Faktor Resiko Penyebab Depresi pada Pasien Hemodialisis

Menurut Fatmawati (2017) & Panma (2019) faktor-faktor yang mempengaruhi depresi pada pasien yang menjalani hemodialisis diantaranya:

1. Usia

Salah satu faktor yang dapat mempengaruhi depresi adalah semakin tuanya umur seseorang. Kondisi depresi akan semakin bertambah berat seiring dengan pertambahan umur seseorang (Fatmawati dkk, 2017).

2. Pendidikan

Seseorang dengan pendidikan yang rendah akan memiliki kemungkinan yang lebih besar untuk tidak memeriksakan kondisi kesehatannya jika belum sampai pada tahap yang buruk atau parah, sampai hal tersebut dirasakan mengganggu aktivitasnya. Hal inilah yang berperan dalam munculnya depresi, terlebih dengan ditegakkannya diagnosa penyakit kronis pada pasien (Fatmawati dkk, 2017).

3. Pendapatan

Kondisi sosial ekonomi juga memainkan peranan penting pada terjadinya depresi pada pasien PGK yang menjalani hemodialisis. Hal ini disebabkan karena tidak sedikitnya biaya yang harus dikeluarkan oleh pasien untuk menjalani hemodialisis, terlebih jika

saat ini pasien tersebut sudah tidak lagi bekerja (Fatmawati dkk, 2017).

4. Lama Hemodialisa

Pasien yang menjalani hemodialisis lebih dari 6 bulan cenderung lebih banyak yang mengalami depresi. Menurut Fatmawati dkk. (2017), hal ini dapat disebabkan karena pasien belum memiliki mekanisme koping yang tepat untuk menghadapi perubahan kondisi psikologisnya. Alasan lain yaitu terdapat kecenderungan pasien yang enggan untuk membicarakan perubahan-perubahan yang terjadi di dirinya pada tenaga kesehatan ataupun orang-orang terdekatnya.

5. Tingkat Spiritual

Spiritualitas penting bagi pasien hemodialisis, untuk membuat rencana masa depan untuk kehidupan sementara mereka beradaptasi dengan terapi hemodialisis, dan untuk menghadapi prospek kematian. Karena dampak fisik dari penyakit ginjal kronis, efek samping pengobatan dan perawatan dialisis berdampak negatif pada peran dan aktivitas pasien dan juga menantang spiritualitas pasien

Menurut Panma (2019) praktek keagamaan seperti meditasi, yang dapat mengaktifkan berbagai bagian otak, termasuk di dalamnya struktur lobus frontal sehingga dapat menyebabkan regulasi fungsi saraf otonom sistem dengan menghubungkan lobus frontal dan limbik, hipotalamus, dan amigdala Sistem saraf otonom

dapat mengurangi tekanan darah, mempercepat denyut nadi, tingkat respirasi dan kortisol dan sedang efektif untuk mengurangi stres, kecemasan dan panik.

2.3.5 Risiko yang Ditimbulkan Akibat Depresi

Risiko yang dapat timbul akibat depresi pada pasien PGK menurut Arici (2014) diantaranya yaitu:

1. Kematian
2. Rawat inap (bertambah kumulatif hari di rumah sakit dan jumlah penerimaan)
3. Perkembangan penyakit ginjal
4. Inisiasi dialisis
5. Kualitas hidup yang buruk
6. Disfungsi fisik dan seksual

2.3.6 Dampak Depresi

Depresi dapat meningkatkan peradangan, yang pada gilirannya dapat mempercepat aterosklerosis dan berpotensi menyebabkan kejadian kardiovaskular. Depresi juga terlibat dalam modulasi tonus pembuluh darah dengan mengubah kadar serotonin dan fungsi sistem saraf otonom, meningkatkan agregasi trombosit, mengubah kortisol dan norepinefrin produksi, yang semuanya dapat menyebabkan kejadian kardiovaskular dan stroke.

Selain itu, depresi dapat mempengaruhi perawatan diri seperti ketidakpatuhan pengobatan, gangguan diet, penambahan berat badan

interdialitik, dan melewatkan dialisis. Ketidakpatuhan terhadap perilaku perawatan diri dapat memperburuk tekanan darah, glukosa darah, kolesterol, metabolisme tulang, anemia, fosfor, dan status volume pada pasien dengan CKD dan ESRD, dan pada akhirnya menyebabkan hasil kesehatan yang merugikan (Shirazian, 2016).

2.4 Spiritualitas

2.4.1 Pengertian

Menurut KBBI, spiritual merupakan hubungan dengan atau bersifat kejiwaan (rohani atau batin). Secara etimologi, spiritual berkenaan tentang roh (terutama dalam aspek religius). Berasal dari kata Latin "spirituel, esperituel" yang berkaitan dengan napas, pernapasan, angin, atau udara.

Kata spiritualitas berasal dari bahasa Latin *spiritus*, yang berarti bernafas atau angin. Itu artinya segala sesuatu yang menjadi pusat semua aspek dari kehidupan seseorang (Potter & Perry, 2017). Spritualitas merupakan sesuatu yang kompleks dan multidimensional dari pengalaman manusia dan merupakan sebuah kekuatan besar dalam mencari makna dan tujuan dari hidup (Prasetyo, 2016).

2.4.2 Konsep Spiritual

Menurut Potter & Perry (2017) konsep spiritual memiliki memiliki lima konstruksi yang berbeda tetapi tumpang tindih terbagi menjadi :

1. Transendensi diri (*self transcendence*)

Transendensi diri adalah kepercayaan yang merupakan dorongan dari luar dan lebih besar dari individu. Transendensi diri merupakan perasaan terhubung secara autentik ke diri batin seseorang. Transendensi diri adalah kekuatan positif. Ini memungkinkan orang untuk memiliki pengalaman baru dan mengembangkan perspektif baru yang berada di luar batas fisik biasa.

2. Keterhubungan (*connectedness*)

Perasaan terhubung secara intrapersonal (keterhubungan dan diri sendiri), interpersonal (keterhubungan secara dengan orang lain dan lingkungan), dan transpersonal (keterhubungan dengan Tuhan, atau kekuatan yang lebih tinggi yang tidak terlihat. Melalui keterhubungan pasien bergerak melampaui tekanan kehidupan sehari-hari dan menemukan kenyamanan, iman, harapan.

3. Kepercayaan (*faith*)

Memungkinkan orang untuk memiliki kepercayaan yang kuat meskipun kurangnya bukti fisik. Ini memungkinkan mereka untuk percaya dan membangun koneksi transpersonal. Meskipun banyak orang mengaitkan iman dengan keyakinan agama, itu ada tanpa mereka.

4. Harapan (*hope*)

Memiliki beberapa makna yang berbeda-beda pada dasar arus yang sedang dialami, biasanya mengacu pada sumber energi yang memiliki orientasi ke tujuan dan hasil di masa depan.

2.4.3 Kesejahteraan Spiritual

Konsep kesejahteraan spiritual memiliki dua dimensi. Satu dimensi mendukung hubungan transenden antara seseorang dan Tuhan atau kekuatan yang lebih tinggi. Dimensi lain menggambarkan hubungan dan koneksi positif yang dimiliki orang dengan orang lain.

Kesejahteraan spiritual memiliki efek yang positif pada kesehatan dan menciptakan kesehatan spiritual. Mereka yang mengalami kesejahteraan spiritual merasa terhubung dengan orang lain dan dapat menemukan makna atau tujuan dalam kehidupan mereka. Mereka yang sehat mengalami sukacita, mampu memaafkan diri sendiri dan orang lain, menerima kesulitan dan kematian, dan melaporkan peningkatan kualitas hidup.

Sepanjang kehidupan, individu menanamkan banyak nilai spiritual, menjadi lebih menyadari arti, tujuan, dan nilai-nilai hidup. Saat mengalami tekanan, penyakit, kehilangan atau pemulihan, individu biasanya akan menggunakan cara sebelumnya atau menyesuaikan diri dengan keadaan. Seringkali gaya coping tersebut ada di dalam kepercayaan spiritual individu (Potter & Perry, 2017).

2.4.4 Masalah Spiritual

Ketika pasien mengalami sakit, kehilangan, duka cita, atau perubahan hidup yang besar, pasien menggunakan sumber daya spiritual untuk membantu mereka beradaptasi atau menimbulkan kebutuhan dan masalah spiritual. Tekanan spiritual merupakan gangguan kemampuan

untuk mengalami dan mengintegrasikan arti dan tujuan hidup melalui hubungan dengan diri sendiri, orang lain, kesenian, music, literatur, alam, maupun dengan kekuatan yang lebih tinggi dari diri sendiri. Suatu penyakit dianggap sebagai sebuah bencana yang dapat mengganggu kesejahteraan spiritual seseorang sepenuhnya sehingga menyebabkan keraguan dan kehilangan kepercayaan. Tekanan spiritual menyebabkan seseorang merasa sendiri atau bahkan merasa diabaikan. Pasien sering mempertanyakan nilai-nilai spiritual, menimbulkan pertanyaan tentang jalan hidup, tujuan hidup, dan sumber pemahaman (Potter & Perry, 2010).

2.4.5 Spiritualitas pada Pasien HD

Pasien yang menjalani hemodialisis menggunakan pendekatan spiritualitas sebagai coping untuk menghadapi penyakit terminal yang dideritanya. Kedekatan dengan Tuhan, dukungan dari keluarga dan lingkungan menjadi penguatan dan meningkatkan motivasi pasien untuk sembuh (Mailani & Setiawan, 2015).

2.6 Hubungan Spiritualitas dengan Depresi

Agama/kepercayaan agama dapat memberi individu rasa kesejahteraan yang lebih besar. Agama dan spiritualitas dianggap sebagai sumber penting untuk mengatasi kejadian kehidupan yang penuh tekanan. Penyakit kronis seperti penyakit ginjal kronis dapat berpengaruh terhadap hubungan dengan Yang Maha Tinggi menyangkut iman dan harapan hidup. Seseorang yang didiagnosa dengan penyakit kronis sering menganggap dirinya berbeda dengan orang lain dan mulai merasakan kesepian yang mendalam. Pasien dengan penyakit kronis cenderung merasa cemas terhadap penyakit yang dialaminya, mereka mulai membatasi hubungan dan aktifitas sosial sehingga menimbulkan harga diri rendah dan perasaan negatif terhadap diri sendiri (Makiyah, 2018).

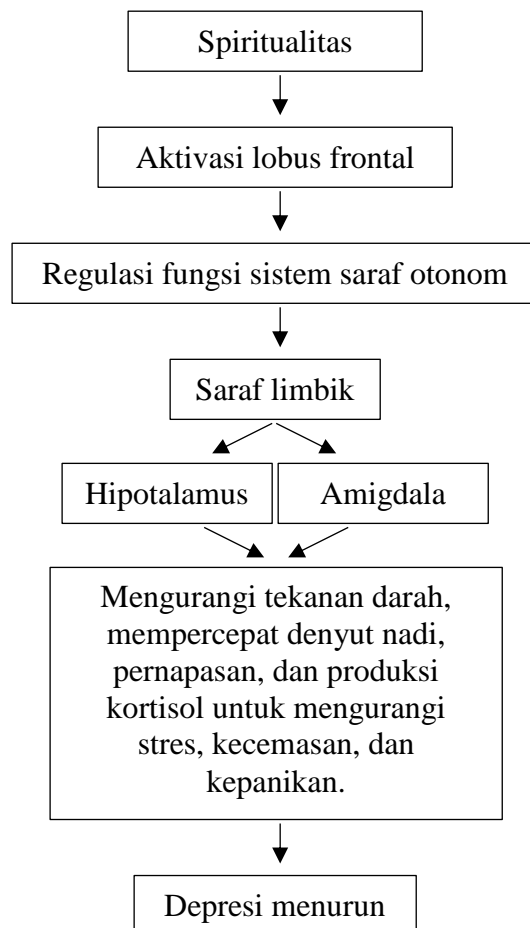
Spiritualitas secara signifikan membantu klien untuk beradaptasi terhadap perubahan yang diakibatkan oleh penyakit kronis. Pasien yang memiliki pemahaman kesejahteraan spiritual, merasakan hubungan dengan kekuatan yang lebih tinggi dan orang lain, dan dapat menemukan arti dan tujuan hidup, dan lebih mampu mengatasi dan menerima penyakit kronis mereka, dimana membantu mereka mencapai potensi dan peningkatan kualitas hidup mereka. (Potter & Perry, 2017).

Menurut Makiyah (2018) pemenuhan aspek spiritualitas dan kebutuhan spiritual pada pasien dengan PGK penting sebagai salah satu cara untuk meningkatkan makna dan harapan hidup, memperbaiki kualitas hidup, dan meningkatkan kepercayaan diri pasien meskipun dalam kondisi kesehatan

yang tidak mendukung serta mengurangi kecemasan dan rasa takut akan kematian dengan aktivitas spiritual seperti sholat dan doa.

2.8 Kerangka Konsep Penelitian

Bagan 2.1
Kerangka Konsep
Hubungan Spiritualitas Dengan Depresi Pada
Pasien yang Menjalani Hemodialisis



Sumber : (Panma, 2019)