

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Kajian Pustaka**

Berdasarkan hasil penelitian Liana (2019) yang berjudul “Hubungan Spiritualitas terhadap Kualitas Hidup pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) yang menjalani Hemodialisis” didapatkan bahwa 59 pasien PGK yang menjalani hemodialisis sebagian besar kebutuhan spriritual kurang terpenuhi sebanyak 34 orang (57,6%) sedangkan yang terpenuhi kebutuhan spiritualnya sebanyak 25 orang (42,4%). Hasil uji statistik dengan menggunakan uji chi square didapatkan p value = 0,032 dengan nilai alpha 0,05 ( $p < \alpha$ ) hal ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara spiritualitas dengan kualitas hidup pasien PGK yang menjalani hemodialisis. Oleh karena itu, pasien PGK yang menjalani hemodialisis harus beradaptasi tidak hanya untuk penyakit dan pengobatannya, akan tetapi juga untuk kesehatan fisiologis, psikososal, dan spiritual. Dalam keadaan seperti ini, banyak pasien meningkatkan iman dan pengetahuan agama sebagai cara untuk mencari dukungan dan bantuan untuk permasalahan mereka. Hal ini juga penting untuk para tenaga kesehatan untuk memahami makna dari spiritualitas bagi pasien PGK sebagai bagian dari perawatan holistik dalam melakukan praktek klinis (Liana, 2019).

Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Rusa et al (2014) yang berjudul “*Quality of life/ Spirituality, Religion and Personal belief of adult and elderly Chronic Kidney patients under Hemodialysis*” didapatkan bahwa pada pasien penyakit ginjal kronik mendapatkan skor yang lebih tinggi pada kualitas hidup khususnya dalam dimensi yang berkaitan dengan spiritualitas, agama dan keyakinan. Dalam penelitian ini spiritualitas, agama dan keyakinan adalah salah satu faktor penting dalam mengatasi PGK dan dalam menjalani terapi pengganti ginjal salah satunya hemodialisis dan para tenaga kesehatan khususnya perawat dapat mendiskusikan untuk menjadikan spiritualitas, agama dan keyakinan ini sebagai strategi untuk membuat pasien lebih merasakan kenyamanan, ketenangan dalam menjalani terapi hemodialisis (Rusa et al., 2014).

Berdasarkan hasil penelitian Hutagaol (2016) yang berjudul “Peningkatan Kualitas Hidup pada penderita Gagal Ginjal Kronik yang menjalani terapi Hemodialisa melalui *Psychological intervention* di unit Hemodialisa RS Royal Prima Medan tahun 2016” didapatkan bahwa Kualitas hidup pada pasien penderita penyakit ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis sebelum dilakukannya *psychological intervention* dengan terapi relaksasi spiritualitas dzikir (pre-test), rata-rata responden mengalami kualitas hidup kurang adalah 2,58. Kualitas hidup pada penderita penyakit ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis sesudah dilakukan *psychological intervention* dengan terapi relaksasi spiritualitas dzikir (post-test), rata-rata responden mengalami

kualitas hidup baik adalah 1,50. Adanya peningkatan kualitas hidup pada pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis terhadap *psychological intervention* di Unit Hemodialisa RS Royal Prima Medan Tahun 2016 (Hutagaol, 2016).

## **2.2 Konsep Penyakit Ginjal Kronik (PGK)**

### **2.2.1 Definisi Penyakit Ginjal Kronik (PGK)**

Penyakit Ginjal Kronik (PGK) merupakan kelainan fungsi ginjal yang semakin memburuk dan permanen yang ditandai dengan penumpukan sisa metabolisme dalam darah (toksik uremia) (Muliani et al., 2021). Penyakit ginjal kronik mengacu pada kelainan struktur ginjal lebih dari tiga bulan dengan adanya *Glomerular Filtration Rate* (GFR) kurang dari 60 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> disertai dengan beberapa gejala seperti protein proteinuria, endapan urin, kelainan elektrolit yang berhubungan dengan kelainan tubulus ginjal, kelainan histologis, kelainan yang terdeteksi dengan imaging dan riwayat transplantasi ginjal (Sulistiowati & Idaiani, 2015).

Penyakit ginjal kronik merupakan penyakit sistemik dan perjalanan akhir dari berbagai penyakit yang berhubungan dengan traktus urinarius dan ginjal, di mana terjadi penurunan fungsi ginjal yang progresif dan irreversible sehingga tubuh

gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit (Muzaenah & Makiyah, 2018).

Menurut Nursiswati (2016) Penyakit Ginjal Kronik merupakan suatu perubahan fungsi ginjal yang progresif dan irreversible ditandai oleh penurunan laju filtrasi glomerulus secara mendadak dan cepat (hitungan jam-minggu), Penyakit Ginjal Kronik tahap akhir tidak mampu untuk mengkonsentrasikan atau mengencerkan urin secara normal, ginjal tidak dapat merespon sesuai dengan perubahan masukan cairan dan elektrolit sehari-hari, retensi natrium dan air sehingga dapat meningkatkan beban sirkulasi berlebihan, terjadinya edema, gagal jantung kongestif dan hipertensi.

Berdasarkan beberapa pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa penyakit ginjal kronis adalah suatu keadaan di mana terjadi kerusakan pada fungsi ginjal yang ditandai dengan penurunan *Glomerular Filtration Rate* (GFR).

### **2.2.2 Etiologi**

*National Kidney Foundation* (NKF) menyebutkan bahwa dua penyebab utama penyakit ginjal kronik adalah diabetes dan hipertensi. Diabetes dapat menyebabkan kerusakan pada banyak organ tubuh, termasuk ginjal, pembuluh darah, jantung, serta saraf dan mata. Selain itu juga tekanan darah tinggi atau hipertensi yang tidak terkontrol dapat

menyebabkan serangan jantung, stroke dan penyakit ginjal kronik. Sebaliknya, penyakit ginjal kronik juga dapat menyebabkan tekanan darah tinggi (Anita, 2020). Kondisi lain yang dapat mempengaruhi ginjal menurut Anita (2020) yaitu:

1. Glomerulonefritis, yang merupakan kumpulan penyakit yang menyebabkan inflamasi dan kerusakan pada unit penyaring pada ginjal
2. Penyakit bawaan seperti penyakit ginjal polikistik, yang dapat menyebabkan pembentukan kista pada ginjal dan merusak jaringan di sekitarnya
3. Lupus dan penyakit lain yang dapat mempengaruhi sistem kekebalan tubuh
4. Obstruksi yang disebabkan karena batu ginjal, tumor atau pembesaran kelenjar prostat pada pria
5. Infeksi saluran kencing yang berulang.

Penyebab kerusakan ginjal pada PGK adalah multifaktorial dan kerusakannya bersifat ireversibel. Penyebab PGK pada pasien hemodialisis baru di Indonesia adalah glomerulopati primer 14%, nefropati diabetika 27%, nefropati lupus/SLE 1%, penyakit ginjal hipertensi 34%, ginjal polikistik 1%, nefropati asam urat 2%, nefropati obstruksi 8%, pielonefritis kronik/PNC 6%, lain-lain 6%, dan tidak diketahui

sebesar 1%. Penyebab terbanyak adalah hipertensi dengan persentase 34 % (Aisara et al., 2018).

Penyebab penyakit ginjal kronik menurut Price (2015) dibagi menjadi delapan kelas, antara lain :

1. Penyakit infeksi tubulointestinal misalnya pielonefritis atau refluks nefropati
2. Penyakit peradangan misalnya glomerulonephritis
3. Penyakit vaskuler hipertensif misalnya nefroklerosis benigna, nefroklerosis maligna dan stenosis arteri renalis
4. Gangguan jaringan ikat misalnya lupus eritematosus sistemik, polyarteritis nodosa dan sclerosis sistemik progresif
5. Gangguan congenital dan hereditas misalnya penyakit ginjal polokistik, asidosis tubulus ginjal
6. Penyakit metabolic misalnya diabetes mellitus, gout, hiperparatiroidisme dan amilodisme
7. Nefropati toksik misalnya penyalahgunaan analgesic dan nefropati timah
8. Nefropati obstruksi misalnya tractus urinarius bagian atas : batu, neoplasma, fibrosis retroperitoneal. Tractus urinarius bagian bawah : hipertropi prostat, struktur uretra, anemi congenital leher vesika urinaria dan uretra.

### 2.2.3 Klasifikasi

Klasifikasi penyakit ginjal kronik didasarkan pada dua hal yaitu derajat penyakit dan diagnosis berdasarkan etiologi (Kemenkes RI, 2018). Klasifikasi penyakit ginjal kronik menurut Hiß & Kielstein (2014) adalah sebagai berikut :

**Tabel 2.1**  
**Klasifikasi Penyakit Ginjal kronik**

Stadium	Penjelasan	Kategori (mL/min/1.73m <sup>2</sup> )	GFR
G1	Ginjal normal atau kerusakan ginjal dengan GFR yang meningkat	>90	
G2	Kerusakan ginjal dengan penurunan GFR ringan	60-89	
G3a	Kerusakan ginjal dengan penurunan gfr ringan sampai sedang	45-59	
G3b	Kerusakan ginjal dengan penurunan gfr ringan sampai berat	30-44	
G4	Kerusakan ginjal dengan penurunan GFR berat	15-29	
G5	Gagal ginjal	<15	

Sumber: Hiß & Kielstein (2014)

### 2.2.4 Patofisiologi

Patogenesis penyakit ginjal kronik melibatkan penurunan dan kerusakan nefron yang diikuti kehilangan fungsi ginjal yang progresif. Total laju filtrasi glomerulus (GFR) menurun dan klirens menurun, BUN dan kreatinin meningkat. Nefron yang masih tersisa mengalami hipertrofi akibat usaha menyaring jumlah cairan yang lebih banyak. Akibatnya ginjal kehilangan kemampuan memekatkan urine. Tahapan untuk melanjutkan

ekskresi, sejumlah besar urine dikeluarkan yang menyebabkan klien mengalami kekurangan cairan. Tubulus secara bertahap kehilangan kemampuan menyerap elektrolit. Biasanya, urine yang dibuang mengandung banyak sodium sehingga terjadi poliuri (Hutagaol, 2016).

Menurut Anita (2020) Penyakit ginjal kronik pada awalnya tergantung pada penyakit yang mendasarinya. Pengurangan massa ginjal mengakibatkan hipertrofi struktural dan fungsional nefron yang masih tersisa (*surviving nephrons*) sebagai upaya kompensasi, yang diperantarai oleh molekul vasoaktif seperti sitokinin dan *growth faktor*. Hal ini mengakibatkan terjadinya hiperfiltrasi, yang diikuti oleh peningkatan tekanan kapiler dan aliran darah glomerulus. Proses adaptasi ini berlangsung singkat, dan pada akhirnya diikuti dengan penurunan fungsi nefron yang progresif, meski terkadang penyakit dasarnya sudah tidak aktif lagi. Adanya peningkatan aktivitas aksis renin-angiotensin-aldosteron system (RAAS) intrarenal ikut memberikan kontribusi terhadap terjadinya hiperfiltrasi, sklerosis dan progresifitas tersebut. Aktivasi jangka panjang aksis RAAS, sebagian diperantarai oleh *transforming growth factor  $\beta$*  (TGF- $\beta$ ). Beberapa hal yang juga dianggap berperan terhadap terjadinya progresifitas penyakit ginjal kronik adalah albuminuria, hipertensi,

hiperglikemia, dislipidemia. Terdapat variabilitas inter individual untuk terjadinya sklerosis dan fibrosis glomerulus maupun tubulointerstitial. Stadium yang paling dini dari penyakit ginjal kronik adalah terjadinya kehilangan daya cadang ginjal (*renal reserve*). Secara perlahan tapi pasti, akan terjadi penurunan fungsi nefron yang progresif yang ditandai dengan peningkatan kadar urea dan kreatinin serum (Anita, 2020).

Proses terjadinya penyakit ginjal kronik tergantung pada penyakit yang mendasarinya. Dimulai dari fase awal gangguan keseimbangan cairan serta penimbunan zat-zat yang menyebabkan terjadinya pengurangan jumlah nefron yang menyebabkan rusaknya bagian nefron yang sehat untuk mempertahankan keseimbangan atau fungsi ginjal tetap normal. Hal tersebut terjadi secara terus-menerus hingga fungsi ginjal turun kurang dari 25% yang berakibat terhadap peningkatan aktivitas dengan konsekuensi diproduksi sejumlah faktor dan sitokin oleh sel-sel ginjal serta terjadi perubahan struktur dan fungsi dari nefron yang tersisa dan sehat (Harmilah, 2020).

Proses kematian nefron akan terus berjalan diikuti dengan proses nefrosklerosis dan fibrosis yang masih sehat sehingga menyebabkan terjadinya pembentukan jaringan parut dan aliran darah dalam ginjal semakin berkurang. Berkurangnya jumlah nefron ini bersifat progresif dimana laju filtrasi glomerular

kurang dari  $60\text{ml/m}/1.73\text{m}^3$  maka akan menyebabkan penurunan fungsi ginjal. Hal tersebut semakin memburuk dan menyebabkan manifestasi berupa penumpukan metabolit yang seharusnya dikeluarkan dari sirkulasi sehingga biasanya pada pasien penyakit ginjal kronik terjadi sindrom uremia berat yang berdampak pada setiap organ tubuh (Harmilah, 2020).

### **2.2.5 Manifestasi Klinis**

Manifestasi penyakit ginjal kronik seringkali asimtomatik dan baru terdeteksi apabila telah melakukan pemeriksaan. Manifestasi klinis yang ditimbulkan tergantung dari etiologi penyakit ginjal kronik itu sendiri, beberapa orang memiliki manifestasi klinis yang langsung terjadi karena adanya kerusakan pada ginjal, seperti (Webster et al, 2017) :

#### **1. Hipertensi**

Hipertensi merupakan masalah yang paling sering terjadi dan paling sulit untuk dikontrol. Hipertensi merupakan penyebab tertinggi dari gangguan kardiovaskular dan stroke. Batas yang masih bisa ditoleransi adalah  $\leq 140/90$  mmHg atau  $\leq 130/80$  mmHg pada pasien dengan kadar albuminuria ( $>3.5$  mg/mmol pada perempuan dan  $>2.5$  mg/mmol pada laki-laki) atau diabetes mellitus.

## 2. Nafas dangkal

Nafas dangkal biasanya terjadi karena akumulasi cairan yang berlebih, anemia, kardiomiopati dan penyakit jantung iskemik (Webster et al, 2017).

## 3. Gangguan ginjal

Biasanya terjadi perubahan bentuk ginjal, apabila secara bilateral bentuk mengecil maka dapat dipastikan bahwa terjadi penyebab intrinsik seperti glomerulonefritis. Apabila kecil unilateral menunjukkan karena adanya gangguan arteri ginjal. Ginjal kistik yang membesar menunjukkan adanya kistikginjal (Webster et al, 2017).

## 4. Perubahan status kognitif

Gagal ginjal kronik meningkatkan risiko gangguan kognitif hingga 65%. Kognitif mungkin merupakan tanda awal diagnosis penyakit ginjal kronik dilihat dari gangguan pada cara berkomunikasi dan gangguan perhatian (Webster et al, 2017).

## 5. Gangguan gastrointestinal

Gangguan pada system gastrointestinal dapat berupa anoreksia, mual, muntah, dan perubahan rasa pada mulut, biasanya terjadi pada penyakit ginjal kronik tahap

lanjut dan diperkirakan karena adanya peran genetic. Selain itu mulut bau keton juga merupakan indikasi dari penyakit ginjal kronik tahap lanjut yang disebabkan karena adanya pemecahan ureum oleh saliva (Webster et al, 2017).

6. Gangguan haluaran urin

Biasanya terjadi polyuria, oliguria, dan nocturia yang disebabkan karena terjadinya gangguan pada tubulus dan gangguan pada diuresis serta terjadinya edema (Webster et al, 2017).

7. Hematuria

Perdarahan pada glomerulus menandakan adanya injuri pada dinding kapiler glomerulus. Hal tersebut terlihat dari pemeriksaan mikroskopis yang membedakan dengan perdarahan pada saluran bawah (Webster et al, 2017).

8. Proteinuria

Kerusakan tubular terlihat dari rendahnya kadar protein dalam urin  $<2$  gr. Kerusakan glomerulus menyebabkan hilangnya kemampuan menyaring protein (Webster et al, 2017).

9. Edema perifer

Mengindikasikan retensi natrium ginjal, diperburuk karena kurangnya kemampuan onkotik pada nefron dan disebabkan karena terjadinya hypoalbuminemia (Webster

et al, 2017).

#### 10. Gatal-gatal dan kram otot

Biasanya terjadi pada penyakit ginjal kronik tahap lanjut. Gatal mungkin diakibatkan karena kurangnya imunitas dan opioid. Kram otot biasanya banyak terjadi di malam hari, hal tersebut diakibatkan karena iritasi saraf yang disebabkan oleh kelainan biokimia penyakit ginjal kronik (Webster et al, 2017).

### **2.2.6 Penatalaksanaan**

Mengingat fungsi ginjal yang rusak sangat sulit untuk dilakukan pengembalian, maka tujuan dari penatalaksanaan klien gagal ginjal kronik adalah untuk mengoptimalkan fungsi ginjal yang ada dan mempertahankan keseimbangan secara maksimal untuk memperpanjang harapan hidup klien. Sebagai penyakit yang kompleks, penyakit ginjal kronik membutuhkan penatalaksanaan terpadu dan serius sehingga akan meminimalisir komplikasi dan meningkatkan harapan hidup klien (Hutagaol, 2016).

Penatalaksanaan penyakit gagal ginjal kronik terbagi atas penatalaksanaan nonfarmakologis, farmakologis, dan terapi pengganti ginjal (Yasmara, Nursiswati, 2016):

#### 1. Non-farmakologis

##### a. Pengaturan asupan protein

Pasien nondialisis 0.6-0.7 g/kgBB/hari.

Pasien hemodialisis 1-1.2 g/kgBB/hari.

Pasien peritoneal dialysis 1.3 g/kgBB/hari.

- b. Pengaturan asupan kalori: 35 kal/ g/kgBB/hari
- c. Pengaturan asupan lemak: 30-40% dari kalori total dan mengandung jumlah yang sama antara asam lemak bebas jenuh dan tidak jenuh.
- d. Pengaturan asupan karbohidrat: 50%-60% dari kalori total.
- e. Garam: 2-3 gram/hari.
- f. Kalium: 40-70 mEq/kgBB/hari.
- g. Fosfor: 5-10 mg/kgBB/hari. Pasien Hemodialisis: 17 mg/hari.
- h. Kalsium: 1400-1600 mg/hari.
- i. Besi: 10-18 mg/hari.
- j. Magnesium: 200-300 mg/hari.
- k. Asam folat pasien hemodialisis: 5 mg.
- l. Air: jumlah urine 24 jam + 500 ml (*insensible water lost*). Kenaikan berat badan di antara waktu dialisis kurang <5% BB kering.

## 2. Farmakologis

- a. Kontrol tekanan darah: hipertensi dicegah dengan mengontrol volume vascular dengan mengendalikan

asupan natrium dan obat-obatan antihipertensi seperti beta bloker, alpa metildopa, dan vasodilator.

- b. Penghambat EKA atau antagonis reseptor angiotensin II kemudian evaluasi Kreatinin dan kalium serum. Bila terdapat peningkatan kreatinin  $> 35\%$  atau timbul hiperkalemia harus dihentikan.
- c. Penghambat kalsium
- d. Diuretik
- e. Pada pasien DM kontrol gula darah dan hindari pemakaian Metformin atau obat obat sulfonilurea dengan masa kerja panjang. Target HbA1C untuk DM tipe 1 0.2 diatas nilai normal tertinggi, untuk diabetes melitus tipe 2 adalah 6%.
- f. Koreksi anemia dengan target hemoglobin 10-12 gr/dl.
- g. Kontrol Hiperfosfatemia: kalsium karbonat atau kalsium asetat.
- h. Kontrol *renal osteodystrophy*: kalsitrol.
- i. Koreksi asidosis metabolik dengan target  $\text{HCO}_3$  20-22 mEq/L.
- j. Koreksi hiperkalemia: Hiperkalemia biasanya ditunjukkan dengan adanya kejang/ kram pada abdomen dan otot. Pengobatan yang dapat dilakukan pada hiperkalemia adalah dengan mengurangi intake kalium,

pemberian Na Bikarbonat, dan pemberian infus glukosa.

k. Kontrol dislipidemia dengan target dianjurkan

### 3. Tatalaksana pengganti ginjal

a. Hemodialisis

Dialysis dapat dilakukan untuk mencegah komplikasi gagal ginjal yang serius seperti hiperkalemia, pericarditis dan kejang. Dialysis memperbaiki abnormalitas biokimia, menyebabkan cairan, protein dan natrium dapat dikonsumsi secara bebas, menghilangkan kecenderungan perdarahan dan membantu penyembuhan luka.

b. Transplantasi ginjal

Transplantasi ginjal berhasil memperpanjang usia dan dengan jelas meningkatkan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik. Klien pun terbebas dari pembatasan dialysis dan dari manifestasi uremia yang reversible (Yasmara, Nursiswati, 2016).

#### 2.2.7 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan diagnostik yang dilakukan pada pasien penyakit ginjal kronik, yaitu: (Yasmara & Nursiswati, 2016)

1. Laboratorium:

a. Kadar BUN (normal:5-25 mg/dL), kreatinin serum (normal: 0,5-1,5 mg/dL), natrium (normal: serum:135-

- 145 mmol/L; urine: 40-220 mEq/L/24 jam), dan kalium (normal: 3,5-5,0 mEq/L) meningkat.
- b. Analisa gas darah arteri menunjukkan penurunan pH arteri (normal: 7,35-7,45) dan kadar bikarbonat (normal: 24-28 mEq/L)
  - c. Kadar Hematokrit (normal: wanita=36-46%; pria= 40-50%) dan hemoglobin (normal: wanita= 12-16 g/dL; pria= 13,5-18 g/dL) rendah; masa hidup sel darah merah berkurang
  - d. Muncul defek trombositopenia dan trombosit ringan
  - e. Terjadi hiperglikemia dan hipertrigliseridemia
  - f. Pasien mengalami proteinuria, glikosuria, dan pada urine ditemukan sedimentasi, leukosit, sel darah merah, dan kristal.
2. Radiografi KUB, urografi ekskretorik, nefrotomografi, scan ginjal, dan arteriografi ginjal menunjukkan penurunan ukuran ginjal
  3. Biopsi ginjal memungkinkan identifikasi histologi dari proses penyakit yang mendasari
  4. EEG menunjukkan dugaan perubahan ensefalopati metabolic

### **2.2.8 Komplikasi**

Komplikasi yang dapat ditimbulkan dari penyakit ginjal kronik adalah (Hutagaol, 2016) :

1. Penyakit tulang
2. Penyakit kardiovaskuler
3. Anemia
4. Disfungsi seksual.

## **2.3 Konsep Hemodialisis**

### **2.3.1 Definisi Hemodialisis**

Hemodialisis merupakan suatu proses terapi pengganti ginjal dengan menggunakan selaput membran semi permeabel (dialiser), yang berfungsi seperti nefron sehingga dapat mengeluarkan produk sisa metabolisme dan mengoreksi gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit pada pasien gagal ginjal (Hutagaol, 2016). Menurut Aisara et al (2018) Hemodialisis adalah proses pertukaran zat terlarut dan produk sisa tubuh. Zat sisa yang menumpuk pada pasien PGK ditarik dengan mekanisme difusi pasif membran semipermeabel. Perpindahan produk sisa metabolik berlangsung mengikuti penurunan gradien konsentrasi dari sirkulasi ke dalam dialisat. Dengan metode tersebut diharapkan pengeluaran albumin yang terjadi pada pasien PGK dapat diturunkan, gejala uremia

berkurang, sehingga gambaran klinis pasien juga dapat membaik (Aisara et al., 2018). Hemodialisis merupakan salah satu terapi pengganti ginjal yang berfungsi menjaga keseimbangan asam basa, cairan dan elektrolit serta membuang sisa metabolisme dari dalam tubuh (Harmilah, 2020).

Berdasarkan pengertian di atas peneliti dapat simpulkan, Hemodialisis adalah salah satu penanganan yang dilakukan oleh pasien penyakit ginjal kronik untuk mengeluarkan cairan atau racun yang berlebih dalam darah dengan cara mengalirkan darah ke alat dialiser untuk melalui proses penyaringan.

### **2.3.2 Tujuan Hemodialisis**

Tujuan dilaksanakannya hemodialisis adalah untuk mengambil zat-zat nitrogen yang bersifat toksik dari dalam tubuh pasien ke dializer tempat darah tersebut dibersihkan dan kemudian dikembalikan ke tubuh pasien (Hutagaol, 2016).

Menurut Nurari & Widayanti (2017) tujuan dari hemodialisis antara lain :

1. Menggantikan fungsi ginjal dalam fungsi ekskresi, yaitu membuang sisa-sisa metabolisme dalam tubuh seperti ureum, kreatinin, dan sisa metabolisme yang lain.
2. Mengganti fungsi ginjal dalam mengeluarkan cairan tubuh yang seharusnya dikeluarkan sebagai urin saat ginjal sehat.

3. Meningkatkan kualitas hidup pasien yang menderita penyakit ginjal.
4. Menggantikan fungsi ginjal sambil menunggu pengobatan lain.

### 2.3.3 Prinsip yang mendasari kerja Hemodialisis

Ada tiga prinsip yang mendasari kerja hemodialisis, yaitu difusi, osmosis dan ultrafiltrasi. Pada difusi, toksin dan zat limbah di dalam darah dikeluarkan, dengan cara bergerak dari darah yang memiliki konsentrasi tinggi ke cairan dialisat yang memiliki konsentrasi rendah. Pada osmosis, air yang berlebihan pada tubuh akan dikeluarkan dari tubuh dengan menciptakan gradien tekanan di mana air bergerak dari tubuh pasien ke cairan dialisat. Gradien ini dapat ditingkatkan melalui penambahan tekanan negatif yang dikenal sebagai ultrafiltrasi pada mesin dialysis (Hutagaol, 2016).

Pada proses hemodialisis, limbah dan kelebihan cairan dibuang dengan menggunakan filter eksternal yang disebut dengan dialiser yang merupakan membrane semipermeabel. Di dalam dialiser terdapat selaput membran semi permeabel yang memisahkan darah dari cairan dialisat yang komposisinya menyerupai cairan tubuh normal. Pembuangan limbah dalam aliran darah dilakukan dengan menciptakan *gradient* berlawanan arus, di mana aliran darah berada dalam satu arah dan cairan dialyzer berada pada arah yang berlawanan. Proses difusi

dengan cara bergerak dari darah, yang memiliki konsentrasi tinggi, ke cairan dialisis dengan konsentrasi yang lebih rendah. Air yang berlebihan dikeluarkan dari dalam tubuh melalui proses osmosis (Vadakedath *et al*, 2017).

Prinsip dasar hemodialisis adalah pergerakan atau difusi partikel terlarut melewati membran semipermeabel (difusi). Produk limbah hasil metabolisme seperti ureum dan kreatinin, berdifusi dari sirkulasi ke dialisis (natrium bikarbonat ( $\text{NaHCO}_3$ ), sodium klorida ( $\text{NaCl}$ ), konsentrasi asam, dan air. Semakin besar ukuran partikel terlarut maka semakin lambat kecepatan difusi melewati membran. Pada proses ini arteri membawa darah penuh oksigen dari jantung yang terhubung dengan vena dan membentuk *shunt arteriovenosa* yang membuat vena kuat dengan membentuk otot-otot di sekitar. Semakin banyak zat toksik atau cairan tubuh yang dikeluarkan maka bersihan ureum yang dicapai selama hemodialisis akan semakin optimal (Vadakedath *et al*, 2017).

#### **2.3.4 Indikasi Hemodialisis**

Hemodialisis diindikasikan pada pasien dalam keadaan akut yang memerlukan terapi dialisis jangka pendek (beberapa hari hingga beberapa minggu) atau pasien dengan gagal ginjal tahap akhir yang memerlukan terapi jangka panjang/permanen.

Secara umum indikasi dilakukan hemodialisis pada penderita gagal ginjal (Hutagaol, 2016):

1. Laju filtrasi glomerulus kurang dari 15 ml/menit
2. Hiperkalemia
3. Kegagalan terapi konservatif
4. Kadar ureum lebih dari 200 mg/dl
5. Kreatinin lebih dari 65 mEq/L
6. Kelebihan cairan
7. Anuria berkepanjangan lebih dari 5 kali

Menurut Setiati, et al (2015) Hemodialisis dilakukan apabila ada keadaan sebagai berikut:

1. Kelebihan (*overload*) cairan ekstraseluler yang sulit dikendalikan
2. Hiperkalemia yang refrakter (tidak berespon) terhadap restriksi diit dan terapi farmakologi
3. Asidosis metabolik yang refrakter terhadap pemberian terapi bikarbonat
4. Hiperfosfatemiayang refrakter terhadap restriksi diit dan terapi pengikat fosfat
5. Anemia yang refrakter terhadap pemberian eritropoietin dan besi
6. Adanya penurunan kapasitas fungsional atau kualitas hidup tanpa penyebab yang jelas

7. Penurunan berat badan atau malnutrisi, terutama apabila disertai gejala mual, muntah.
8. Selain itu indikasi segera untuk dilakukannya hemodialisis adalah adanya gangguan neurologis (Seperti neuropati, ensefalopati), pleuritis atau perikarditis.

### **2.3.5 Adekuasi Hemodialisis**

Setelah pasien melakukan hemodialisis pertama dan dilanjutkan dengan hemodialisis rutin maka penting melakukan pengkajian untuk menentukan apakah pasien telah mendapatkan hemodialisis yang adekuat atau tidak. Pengkajian hemodialisis harus meliputi (Hutagaol, 2016):

1. Gejala pasien
2. Hasil Pemeriksaan Darah
3. Berat Badan Ideal dan Manajemen Cairan
4. Kinetik Modelling
5. *Urea Reduction Ratio*

Pencapaian adekuasi hemodialisis diperlukan untuk menilai efektivitas tindakan hemodialisis yang dilakukan. Hemodialisis yang adekuat akan memberikan manfaat yang besar dan memungkinkan pasien penyakit ginjal tetap bisa menjalani aktivitasnya seperti biasa (Daugirdas et al., 2015). Hemodialisis inadekuat dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti bersihan ureum yang tidak optimal, waktu dialisis yang kurang, dan

kesalahan dalam pemeriksaan laboratorium. Untuk mencapai adekuasi hemodialisis, maka besarnya dosis yang diberikan harus memperhatikan hal-hal berikut (Daugirdas et al., 2015):

1. *Interdialytic Time*

Waktu interval atau frekuensi pelaksanaan hemodialisis yang berkisar antara 2 kali/minggu atau 3 kali/minggu. Idealnya hemodialisis dilakukan 3 kali/minggu dengan durasi 4-5 jam setiap sesi, akan tetapi di Indonesia dilakukan 2 kali/minggu dengan durasi 4-5 jam.

2. *Time of Dialysis*

Lama waktu pelaksanaan hemodialisis idealnya 10-12 jam perminggu. Bila hemodialisis dilakukan 2 kali/minggu maka lama waktu tiap kali hemodialisis adalah 5-6 jam, sedangkan bila dilakukan 3 kali/minggu maka waktu tiap kali hemodialisis adalah 4-5 jam.

3. *Quick of Blood*

Besarnya aliran darah yang dialirkan ke dalam dialiser yaitu antara 200-600 ml/menit. Pengaturan  $Q_b$  200ml/menit akan memperoleh bersihan ureum 150 ml/menit, dan peningkatan  $Q_b$  sampai 400ml/menit akan meningkatkan bersihan ureum 200 ml/menit. Kecepatan aliran darah ( $Q_b$ ) rata-rata adalah 4 kali berat badan pasien, ditingkatkan secara bertahap selama hemodialisis dan dimonitor setiap jam.

#### 4. *Quick of Dialysate (Dialysate flow)*

Besarnya aliran dialisat yang menuju dan keluar dari dialiser yang dapat mempengaruhi tingkat kebersihan yang dicapai, sehingga perlu diatur sebesar 400-800 ml/menit.

#### 5. *Trans membrane pressure*

Besarnya perbedaan tekanan hidrostatis antara kompartemen dialisis ( $P_d$ ) dan kompartemen darah ( $P_b$ ) yang diperlukan agar terjadi proses ultrafiltrasi. Nilainya tidak boleh kurang dari -50 dan  $P_b$  harus lebih besar daripada  $P_d$ .

#### 6. *Clearance of dialyzer Klirens*

Menggambarkan kemampuan dialiser untuk membersihkan darah dari cairan dan zat terlarut, dan besarnya klirens dipengaruhi oleh bahan, tebal, dan luasnya membrane.

### 2.3.6 **Komplikasi**

Komplikasi yang dapat diakibatkan oleh hemodialisis (Hutagaol, 2016) adalah:

1. Hipotensi dapat terjadi selama dialisis ketika cairan dikeluarkan
2. Emboli udara merupakan komplikasi yang jarang tetapi dapat saja terjadi jika udara memasuki sistem vaskuler pasien.
3. Nyeri dada dapat terjadi karena  $pCO_2$  menurun bersamaan dengan terjadinya sirkulasi darah diluar tubuh.

4. Pruritus dapat terjadi selama terapi dialisis selama produk akhir metabolisme meninggalkan kulit.
5. Gangguan keseimbangan dialisis terjadi karena perpindahan cairan serebral dan muncul sebagai serangan kejang. Komplikasi ini kemungkinan terjadi lebih besar jika terdapat gejala uremia yang berat.
6. Kram otot yang nyeri terjadi ketika cairan dan elektrolit dan cepat meninggalkan ruang ekstrasel.
7. Mual dan muntah merupakan hal yang sering terjadi.

#### **2.3.7 Peran Perawat Di Unit Hemodialisis**

Merujuk pada definisi sehat yang dikeluarkan oleh WHO, maka dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi pasien gagal ginjal yang menjalani hemodialisis, pelayanan kesehatan dituntut untuk dapat memfasilitasi pasien agar mendapatkan kondisi kesehatan yang optimal. Perawat sebagai bagian yang integral dari tim pelayanan kesehatan sangat berperan dalam mengupayakan terwujudnya kondisi kesehatan yang optimal bagi pasien gagal ginjal yang menjalani hemodialisis dengan cara memberikan asuhan keperawatan paliatif yang bersifat komprehensif dan holistik yang meliputi bio-psiko-sosio dan spiritual (Hutagaol, 2016).

## **2.4 Konsep Kualitas Hidup**

### **2.4.1 Definisi Kualitas Hidup**

Kualitas hidup merupakan suatu persepsi yang hadir dalam kemampuan, keterbatasan, gejala serta sifat psikosial hidup individu baik dalam konteks lingkungan, budaya dan nilai dalam menjalankan peran dan fungsinya sebagaimana mestinya (Zurmeli & Bayhakki, 2015). Menurut Rahman et al (2016) Kualitas hidup adalah persepsi individu mengenai posisi mereka dalam hidup dalam konteks budaya dan sistem nilai tempat mereka tinggal, dan hubungan dengan standar hidup, harapan, kesenangan, dan perhatian. Hal ini terangkum secara kompleks mencakup kesehatan fisik, status psikologis, tingkat kemandirian, hubungan sosial, dan hubungan pada karakteristik lingkungan mereka.

Kualitas hidup merupakan sesuatu yang bersifat subyektivitas dan multidimensi. Subyektivitas, mengandung arti bahwa kualitas hidup hanya dapat ditentukan dari sudut pandang pasien itu sendiri, sedangkan multidimensi bermakna bahwa kualitas hidup dipandang dari seluruh aspek kehidupan seseorang secara holistik meliputi aspek biologis, fisik, psikologis, sosiokultural dan spiritual (Rahman et al., 2016). Kualitas hidup adalah sasaran utama yang ingin dicapai di bidang pembangunan sehingga kualitas hidup ini sejalan dengan tingkat kesejahteraan.

Diharapkan semakin sejahtera maka kualitas hidup semakin tinggi. Kualitas hidup ini salah satunya dipengaruhi oleh derajat kesehatan. Semakin tinggi derajat kesehatan seseorang maka kualitas hidup juga semakin tinggi (Hutagaol, 2016).

Berdasarkan uraian di atas, bisa disimpulkan bahwa kualitas hidup adalah persepsi individu tentang kehidupan ditinjau dari konteks latar belakang budaya dan dimana individu tinggal terkait dengan tujuan kehidupan, harapan, termasuk banyak aspek termasuk bio-psiko-spiritual.

#### **2.4.2 Faktor-Faktor yang mempengaruhi Kualitas Hidup**

Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup dibagi menjadi dua bagian. Bagian pertama adalah sosio demografi yaitu jenis kelamin, usia, pendidikan, pekerjaan dan status pernikahan. Kedua adalah medik yaitu lama menjalani hemodialisis, stadium penyakit, dan penatalaksanaan medis yang dijalani (Hutagaol, 2016).

##### **1. Faktor Sosiodemografi**

###### **a. Jenis kelamin**

Secara umum, setiap penyakit dapat menyerang manusia baik laki-laki ataupun perempuan, akan tetapi beberapa penyakit terdapat perbedaan frekuensi antara laki-laki atau perempuan yang diakibatkan oleh perbedaan

pekerjaan, kebiasaan hidup, genetic ataupun kondisi psikologis (Anggraini, 2016).

b. Usia

Pasien yang berusia produktif merasa terpacu untuk sembuh karena masih mempunyai harapan hidup yang tinggi dan sebagai tulang punggung keluarga, pasien yang termasuk lanjut usia akan menyerahkan keputusan kepada keluarga atau anak-anaknya. Usia berkaitan dengan prognose penyakit dan harapan hidup mereka yang berusia diatas 55 tahun kecenderungan untuk terjadi berbagai komplikasi yang akan memperberat fungsi ginjal (Anggraini, 2016). Pasien hemodialisis akan merasakan kelelahan setelah melakukan terapi , kelelahan tersebut dirasakan oleh semua pasien terutama pada pasien yang berusia 60 tahun yang memiliki kelelahan lebih tinggi karena pasien mempunyai penyakit penyerta terkait dengan penyakit ginjal kronis (Anggraini, 2016).

c. Pendidikan

Pasien PGK yang memiliki Pendidikan lebih tinggi akan mempunyai pengetahuan lebih luas yang memungkinkan pasien lebih dapat mengontrol dirinya dalam mengatasi masalah yang dihadapi, mempunyai

rasa percaya diri yang tinggi, berpengalaman, dan mempunyai perkiraan yang tepat bagaimana mengatasi kejadian, mudah mengerti tentang apa yang dianjurkan oleh petugas Kesehatan, serta dapat mengurangi kecemasan sehingga dapat membantu individu tersebut dalam membuat keputusan (Anggraini, 2016).

d. Pekerjaan

Anggraini (2016) menyatakan, Perbedaan kualitas hidup pada pekerjaan terjadi akibat perbedaan beban kerja, lingkungan tempat bekerja, jam kerja masing-masing dan jenis pekerjaannya. Pasien banyak yang tidak bekerja dan kehilangan pekerjaan akibat kondisi fisiknya yang telah menurun dan cepat Lelah setiap melakukan pekerjaan. Pasien PGK lebih banyak menghabiskan waktunya beristirahat dirumah dibandingkan bekerja, sehingga akan berdampak pada status ekonomi yang dapat mengganggu Tindakan pengobatan yang dilakukan pasien (Anggraini, 2016).

e. Status pernikahan

Individu yang menikah memiliki kualitas hidup yang lebih tinggi daripada individu yang tidak menikah, bercerai, atau janda/duda dan akibat pasangan meninggal. Hal ini didukung oleh penelitian kualitas

hidup dengan menggunakan kuesioner SF-36 terhadap 145 laki-laki dan wanita, dinyatakan bahwa laki-laki dan wanita yang sudah menikah memiliki kualitas hidup yang lebih baik dibandingkan dengan yang belum menikah atau yang sudah bercerai, kualitas hidup yang baik pada laki-laki dan wanita yang sudah menikah karena adanya dukungan sosial dari pasangannya (Anggraini, 2016).

## 2. Medik

### a. Lama menjalani hemodialisis

Lama menjalani hemodialisis berperan penting dalam mempengaruhi kualitas hidup pasien penyakit ginjal kronik, menurut Mianda (2012) pasien yang telah menjalani hemodialisis >8 bulan menunjukkan kualitas hidup yang lebih baik dibandingkan dengan yang menjalani hemodialisis <8 bulan. Pasien akan memiliki kualitas hidup yang semakin baik dari waktu ke waktu jika menjalani hemodialisis secara rutin, dengan ditunjang adanya perbaikan hubungan dokter dengan pasien agar terbina rasa percaya pasien, karena hemodialisis bukanlah terapi untuk memperbaiki ginjal keadaan semula, akan tetapi merupakan terapi rehabilitative sebagai pengganti fungsi ginjal untuk

mendapatkan kualitas hidup yang lebih baik (Anggraini, 2016).

b. Stadium penyakit

Stadium penyakit pada penyakit ginjal kronik diawali dengan terjadinya gangguan fungsi ginjal yang dapat diketahui dengan tes pemekatan kemih dan tes GFR, pada stadium akhir terjadi kerusakan massa nefron sebesar 90% dan peningkatan kreatinin serum dan BUN. Gejala yang timbul pada stadium akhir penyakit ginjal kronik yaitu oliguri karena kegagalan glomerulus dan sindrom uremik yang dikarenakan ginjal tidak sanggup mempertahankan homeostatis cairan dan elektrolit dalam tubuh (Anggraini, 2016).

c. Terapi hemodialisis yang dijalani

Kualitas hidup pasien yang menjalani hemodialisis dipengaruhi oleh keadekuatan terapi hemodialisis dalam rangka mempertahankan fungsi hidupnya. Efektifitas hemodialisis dapat dinilai dari kebersihan ureum selama hemodialisis karena ureum merupakan indikator pencapaian adekuasi hemodialisis, agar hemodialisis yang dilakukan efektif perlu dilakukan pengaturan kecepatan aliran darah ( $Q_b$ ) dan akses vascular yang adekuat (Anggraini, 2016).

Zurmeli & Bayhakki (2015) menyatakan hal-hal yang mempengaruhi kualitas hidup diantaranya adalah aspek kesehatan fisik, kesehatan mental (psikologi), spiritualitas, hubungan sosial, dan lingkungan pasien adalah sebagai berikut :

1. Aspek Kesehatan fisik

Menurut Anggraini (2016) Aspek Kesehatan fisik yang dialami pasien PGK antara lain fungsi fisik, status pekerjaan, peran fisik, kesehatan umum, persepsi rasa sakit, energi dan kelelahan dan fungsi sosial. Fungsi fisik yang sering dirasakan yaitu mengalami kesulitan dalam kegiatan sehari-hari karena penyakit PGK yang dideritanya, pasien banyak membutuhkan usaha yang lebih besar ketika melakukan kegiatan yang berat seperti berlari, mengangkat benda berat dan olahraga berat. Pasien juga mengalami keterbatasan dalam menaiki anak tangga dan berjalan beberapa blok, beberapa pasien menjelaskan mengalami kesulitan ketika mandi atau berpakaian hal ini menunjukkan bahwa semakin besar tingkat usaha dan kompleksitas maka semakin besar kesulitan yang dirasakan (Anggraini, 2016).

2. Kesehatan mental (psikologi)

Kesehatan mental yang dirasakan pasien PGK antara lain kesejahteraan emosional, kualitas interaksi social, beban penyakit ginjal, dukungan social dan peran emosional.

Perasaan emosional pada pasien PGK dapat menurunkan kualitas hidup pada pasien PGK dari waktu ke waktu karena peningkatan waktu yang dihabiskan karena pemngobatan PGK dan mengganggu kehidupan pasien (Anggraini, 2016). Menurut Muzaenah & Makiyah (2018) perubahan psikologis yang muncul pada pasien PGK adalah rasa takut terhadap terapi, cemas terkait ketidakpastian sakit, cemas terkait peran dan tanggung jawab serta penolakan dan marah

### 3. Spiritualitas

Permasalahan spiritual yang bisa dialami pasien antara lain menyalahkan Tuhan, menolak beribadah, beribadah tidak sesuai ketentuan, gangguan dalam beribadah maupun distress spiritual. Efek tidak terpenuhinya kebutuhan spiritual pada pasien yang tidak mempunyai kepercayaan dan keyakinan bisa mengalami keputusasaan karena tidak mengetahui tujuan hidupnya, distress spiritual dan dapat juga seseorang akan jauh lebih rentan terhadap depresi, stres, mudah gelisah, kehilangan motivasi yang mungkin membuat seseorang merasa sendiri dan terisolasi dari orang lain (Muzaenah & Makiyah, 2018).

Kualitas hidup pada pasien yang menjalani hemodialisis juga dapat dipengaruhi oleh spiritualitas pasien, semakin sejahtera tingkat spiritual pasien maka akan semakin

baik kualitas hidup pasien (Sriyanti et al., 2016). Kemampuan seseorang dapat dilihat dari kualitas dalam memaknai peluang yang diperoleh dalam hidupnya, sebagai hasil interaksi dengan lingkungan dan pencapaian keselarasan hidup. Salah satunya adanya keselarasan meyakini adanya sang pencipta, yaitu kebutuhan untuk mendalami spiritual (Kurniawati, 2015).

#### 4. Hubungan sosial

Hubungan sosial yaitu hubungan antara dua individu atau lebih di mana tingkah laku individu tersebut akan saling mempengaruhi, mengubah atau memperbaiki tingkah individu lainnya. Pasien PGK yang menjalani hemodialisis mengalami gangguan peran karena tidak diikutsertakan dalam kehidupan sosial, tidak boleh mengurus pekerjaan sehingga terjadi perubahan peran dan tanggung jawab dalam keluarga (Anggraini, 2016). Pasien PGK membutuhkan dukungan social yang berasal dari keluarga dan kelompok social di lingkungan pasien, dukungan keluarga merupakan bagian dari dukungan social dalam memberikan dukungan ataupun pertolongan dan bantuan pada anggota keluarga yang menjalani hemodialisis, individu bisa memiliki hubungan yang mendalam dan sering berinteraksi, namun dukungan yang diperlukan hanya benar-benar dirasakan

apabila ada keterlibatan dan perhatian yang mendalam (Anggraini, 2016).

## 5. Lingkungan

Yaitu tempat tinggal individu, ketersediaan tempat tinggal untuk melakukan segala aktivitas kehidupan termasuk di dalamnya adalah sarana dan prasarana yang dapat menunjang kehidupan. Hubungan dengan lingkungan mencakup sumber *financial*, kebebasan, keamanan dan keselamatan fisik (Anggraini, 2016).

### 2.4.3 Domain Kualitas Hidup

Menurut Hutagaol (2016) Ada lima domain yang dijadikan parameter untuk mengetahui kualitas hidup. Setiap domain dijabarkan beberapa aspek yaitu:

#### 1. Domain kesehatan fisik

##### a. Nyeri dan ketidaknyamanan fisik

Memaparkan suatu kesehatan yang kurang menyenangkan yang dirasakan seseorang, dan berubah menjadi sesuatu yang menyedihkan dan mempengaruhi kehidupan individu. Rasa tidak menyenangkan tersebut meliputi sakit pada salah satu anggota tubuhnya, nyeri pada tubuh dengan frekuensi lama ataupun pendek.

b. Tenaga dan lelah

Hal ini mencakup keinginan untuk selalu bisa melakukan aktivitas sehari-hari, misalnya tenaga untuk bekerja, dan berekreasi. Kelelahan adalah akibat dari berbagai hal misalnya sakit karena kelelahan, ataupun pekerjaan terlalu berat.

c. Tidur dan istirahat

Permasalahan ini termasuk diantaranya kesulitan tidur, bangun pada saat malam hari, bangun terlalu pagi dan tidak bisa kembali untuk tidur sehingga kurang merasa segar pada saat bangun di pagi harinya.

2. Domain psikologis

a. Perasaan positif

Perasaan positif ini termasuk seberapa banyak pengalaman seseorang dari ketenangan, kegembiraan, harapan, kesenangan, pandangan individu terhadap hal-hal yang baik di dalam hidup mereka perasaan untuk masa depan adalah bagian penting dari dimensi kesehatan psikologis.

b. Konsentrasi dan pemikiran

Dimensi ini terdiri dari bagaimana seseorang dalam menghadapi pembelajaran, ingatan konsentrasi serta kemampuan individu untuk membuat suatu keputusan. Ini

berpengaruh pada kecepatan dan kejelasan individu dalam memberikan pendapat serta dapat berkonsentrasi terhadap hal-hal yang dilakukan.

c. Harga diri

Mengarah pada apa yang individu rasakan terhadap diri mereka sendiri. Ini berfokus dengan perasaan individu dari kemampuan diri, hasil yang dicapai, kepuasan dengan diri, keberartian, berharga dan kendali diri.

d. Gambaran diri atau penampilan

Aspek ini mengarah pada suatu pandangan seseorang pada penampilan fisiknya, apabila ada bagian tubuh yang cacat akan dapat dikoreksi oleh orang lain misalnya berdandan, berpakaian, menggunakan organ buatan, kekurangan dalam tubuhnya dan lain-lain

e. Perasaan negatif

Perasaan negatif merupakan suatu keadaan dalam diri seseorang sebagai suatu akibat dari yang dialami individu ataupun persepsinya. Misalnya hilangnya semangat akibat suatu penyakit yang dialaminya, perasaan berdosa, kesedihan, putus asa, gelisah, cemas dan merasa kurang bahagia dalam hidup yang berakibat pada fungsi keseharian individu.

### 3. Domain hubungan sosial

#### a. Hubungan perorangan

Hubungan perorangan ini mengacu pada perasaan seseorang terhadap persahabatan, cinta dan dukungan dari orang-orang dalam kehidupan individu secara emosi dan fisik. Tingkatan hubungan perorangan dimana individu merasa mereka bisa berbagi pengalaman baik senang maupun sedih atau saling berbagi dengan orang yang dipercaya/dicintai.

#### b. Dukungan sosial

Dukungan sosial ini mengarah pada apa yang individu alami, misalnya tersedianya bantuan dari orang-orang terdekat individu. Ini berfokus pada seberapa sering seseorang alami pada dukungan keluarga ataupun teman dan lingkungan, tergantung pada dukungan di saat masa sulit.

### 4. Domain lingkungan

#### a. Keamanan fisik

Keamanan fisik merupakan keadaan fisik yang aman terbebas dari ancaman. Kebutuhan keamanan fisik merupakan kebutuhan untuk melindungi diri dari bahaya yang mengancam kesehatan fisik, misalnya memberikan lingkungan yang aman dan nyaman.

b. Sumber penghasilan

Pasien yang menjalani hemodialisis mengalami penurunan kesehatan fisik sehingga dalam melakukan aktivitas sehari-harinya terhambat salah satunya bekerja. Hal ini menyebabkan sumber penghasilan pasien juga mengalami penurunan.

c. Fungsi Aspek Keluarga

Ini mengacu pada pandangan individu pada kemampuan anggota keluarga untuk menjalankan fungsinya. Anggota keluarga membina hubungan yang baik antara anggota keluarga.

d. Kesempatan mendapat informasi

Kesempatan mendapat informasi merupakan kesempatan dan keinginan individu untuk mendapatkan pengetahuan yang baru dan peka terhadap apa yang terjadi. Termasuk informasi tentang kesehatan individu, informasi cara hidup sehat dan lain-lain.

e. Partisipasi dalam kesempatan berekreasi dan waktu luang

Partisipasi ini mengacu pada kemampuan individu, kesempatan dan keinginan untuk berpartisipasi dalam waktu luang, misalnya hiburan dan relaksasi.

## 5. Dimensi spiritual/agama/kepercayaan

Aspek spiritual atau kepercayaan mengacu pada kepercayaan seseorang serta bagaimana pengaruh pada kualitas hidupnya. Aspek ini bisa membantu individu dalam mengurangi kesulitan hidup individu, dan memberi kekuatan pada hidupnya. Aspek spiritual harus diperhatikan dalam perawatan selain aspek fisik dan psikososial karena menurut beberapa hasil penelitian menunjukkan bahwa keyakinan spiritual berpengaruh terhadap kesehatan dan perawatan, diantaranya penelitian Stoll menyebutkan bahwa berdoa sendiri atau dengan orang terdekat dilaporkan sebagai strategi coping yang baik/positif, Melalui doa orang dapat mengekspresikan perasaan, harapan dan kepercayaanya kepada Tuhan (Muzaenah & Makiyah, 2018).

### **2.4.4 Dampak Hemodialisis terhadap Kualitas Hidup**

Pengobatan yang dialami pasien PGK akan mengubah aktivitas sehari-hari mereka, mulai dari kebiasaan makan, ataupun aspek lain yang menyebabkan perubahan dalam integritas fisik dan emosional. Hemodialisis juga dapat mempengaruhi gambaran klinis penderita PGK, berupa gejala mual muntah, anoreksia, anemia, pruritus, pigmentasi, kelainan psikis, insomnia, hipertensi, maupun gejala lainnya (Aisara et al., 2018). Hemodialisis ini dilakukan 2-3 kali dalam seminggu dan

dilakukan seumur hidup, sehingga kondisi fisik pasien melemah dan juga pasien akan ketergantungan pada mesin hemodialisis yang dapat menyebabkan pasien dituntut untuk dapat beradaptasi secara terus menerus sepanjang hidupnya. Hal tersebut juga melibatkan perubahan signifikan dalam kondisi pasien yang membutuhkan hemodialisis dan memicu berbagai masalah seperti masalah fisik, psikologis, gaya hidup, dan perubahan sosial yang akan berdampak pada kualitas hidup pasien (Liana, 2019).

Perubahan yang dialami oleh pasien yang menjalani hemodialisis juga dirasakan oleh keluarga seperti perubahan gaya hidup. Keluarga dan sahabat memandang pasien sebagai orang yang mempunyai keterbatasan dalam kehidupannya, karena hemodialisis akan membutuhkan waktu yang dapat mengurangi pasien dalam melakukan aktivitas sosial, dan dapat menimbulkan konflik, frustrasi, serta rasa bersalah di dalam keluarga (Rahayu et al., 2018). Hemodialisis dalam jangka panjang mempunyai dampak terhadap kualitas hidup penderitanya karena dapat berpengaruh secara ekonomi, keluarga, kebebasan, pekerjaan, dan kehidupan sosial (Imelda et al., 2017).

#### **2.4.5 Alat Ukur Kualitas Hidup pada pasien yang menjalani Hemodialisis**

Alat ukur dalam penelitian ini *menggunakan Kidney Disease Quality of Life-Short Form (KDQOL-SF)* yang di mana

alat ukur ini merupakan pengembangan dari *Short Form 36* (SF-36). Alat ukur ini adalah alat ukur khusus yang digunakan untuk menilai kualitas hidup pasien penyakit ginjal kronik (PGK) dan juga pasien yang menjalani hemodialisis (Nur, 2012). Kuesioner pada penelitian ini berbentuk self-report yaitu dimana subjek diminta untuk memberikan respon yang sesuai dengan kondisi dirinya. Klien hemodialisis diberikan sejumlah pertanyaan yang sama kemudian jawabannya dikumpulkan dan dianalisis oleh peneliti. Kuesioner *Short Form-36* atau instrument SF-36 terkait kualitas hidup terbagi atas delapan dimensi yaitu :

1. dimensi fisik (10 butir pertanyaan)
2. peran fisik (4 butir pertanyaan)
3. rasa nyeri (2 butir pertanyaan)
4. peran emosional (3 butir pertanyaan)
5. kesejahteraan emosional (5 butir pertanyaan)
6. peran sosial (2 butir pertanyaan)
7. kekuatan dan kelemahan (4 butir pertanyaan)
8. serta kesehatan umum (5 butir pertanyaan)

Skor penilaian kualitas hidup antara 0-100 dikatakan baik apabila skor kualitas hidup dari nilai *mean* atau rata-rata dan dikatakan buruk apabila skor kualitas hidup kurang dari atau sama dengan nilai *mean* atau rata-ratanya (Tinartayu, 2015). Alat ukur menggunakan KDQOL-SF (*Kidney Disease Quality of Life-Short*

*Form*) kuesioner berisi 36 pertanyaan, penilaian kualitas hidup secara umum merupakan rata-rata dari seluruh aspek dan diinterpretasikan menurut skala :

- a. Kualitas hidup baik (nilai tingkat kesehatan secara umum  $\geq$  mean)
- b. Kualitas hidup buruk (nilai tingkat kesehatan secara umum  $<$ mean)

## **2.5 Konsep Spiritualitas**

### **2.5.1 Definisi Spiritualitas**

Spiritualitas adalah kepercayaan yang mengacu pada kemampuan seseorang yang lebih tinggi di mana dapat menimbulkan cinta akan keberadaan Tuhan dan penyesalan atas semua kesalahan yang telah dilakukan. Spiritualitas memiliki dua aspek antara individu dengan tuhan, individu dengan diri sendiri, orang lain dan lingkungan yang dianggap sebagai sumber kekuatan dan dapat memberikan makna pada kehidupan dan merupakan kebutuhan dasar bagi setiap orang dari segala usia (Wilujeng, 2019). Menurut Novitasari et al (2017) spiritualitas adalah keadaan psikologis yang dirancang untuk meningkatkan hubungan dengan Tuhan tanpa menilai baik atau buruknya individu.

Menurut Liana (2019) spiritualitas merupakan bagian dari kualitas hidup berada dalam domain kapasitas diri atau being yang terdiri dari nilai-nilai personal, standar personal dan kepercayaan. Permasalahan spiritualitas yang mungkin dialami pasien antara lain menyalahkan Tuhan, menolak beribadah, beribadah tidak sesuai aturan, gangguan dalam beribadah maupun distress spiritual. Kebutuhan spiritualitas yang tidak terpenuhi mungkin membuat pasien merasa putus asa karena mereka tidak memahami tujuan hidup mereka dan mungkin juga dapat mengakibatkan seseorang jauh lebih rentan terhadap depresi, stres, mudah gelisah, kehilangan motivasi yang mungkin membuat seseorang merasa kesepian dan terisolasi dari orang lain. Pemenuhan kebutuhan spiritual pasien penyakit ginjal kronik dapat mengurangi rasa sakit dan membantu pemulihan fisik dan mental (Liana, 2019).

Spiritualitas merupakan kontributor *quality of life* yang penting bagi pasien dengan penyakit yang membatasi kehidupan. Spiritualitas merupakan bagian yang tidak terlepas dari kualitas hidup individu dan merupakan salah satu aspek yang sangat penting bagi pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis. Spiritualitas mengandung pengertian hubungan manusia dengan Tuhannya dengan menggunakan medium sholat,

puasa, zakat, haji, doa dan sebagainya (Muzaenah & Makiyah, 2018).

### **2.5.2 Aspek Spiritualitas**

Spiritualitas memiliki beberapa aspek antara lain (Wilujeng, 2019) :

1. Hubungan Mencakup hubungan antara individu dengan Tuhan dan lingkungannya.

Hubungan antara individu dengan Tuhan adalah dimana individu yang memiliki hubungan dengan Tuhan akan merasa lebih dekat dan tidak akan merasa sendiri. Hubungan individu dengan lingkungan sekitar adalah dimana hubungan individu dengan lingkungan atau alam sekitarnya (Wilujeng, 2019).

2. Kebahagiaan dan Rasa Transendensi Diri

Membahas tentang kebahagiaan dan rasa transendensi diri, dimana rasa transendensi diri ini adalah perasaan yang berkaitan dengan hal-hal diluar batas kemampuan, pengetahuan, dan pengalaman individu yang bersifat spiritual dan religius (Wilujeng, 2019).

3. Kekuatan dan Kenyamanan Menjelaskan tentang pengalaman kekuatan dan kenyamanan spiritualitas individu.

Memiliki kekuatan menjadikan individu lebih berani dalam menghadapi segala kondisi di kehidupannya.

Kenyamanan ialah rasa aman serta terhindar dari kondisi yang membahayakan (Wilujeng, 2019).

4. Kedamaian

Saat berada dalam situasi baik atau buruk, individu tersebut merasakan semacam ketenangan dan kedamaian batin, sehingga individu tersebut tetap merasa tenang (Wilujeng, 2019).

5. Bantuan Tuhan

Orang dengan spiritualitas yang tinggi akan mencari pertolongan pada Tuhan sebagai koping tambahan saat menghadapi masalah yang sulit sehingga kesejahteraan psikologisnya akan tetap tercapai (Wilujeng, 2019).

6. Bimbingan Tuhan

Individu dengan spiritualitas yang tinggi akan merasa dibimbing oleh Tuhan setelah meminta pertolongan kepada Tuhan serta dapat menghadapi segala kondisi diluar batas kemampuannya (Wilujeng, 2019).

7. Persepsi dan merasakan cinta Tuhan

Mendeskripsikan persepsi mengenai kasih sayang yang dirasakan oleh individu secara langsung maupun tidak langsung dimana secara langsung individu akan merasakan situasi yang berkesan dalam hidupnya, secara tidak langsung

individu akan merasakan kasih sayang melalui orang lain (Wilujeng, 2019).

#### 8. Kekaguman

Individu dengan spiritualitas tinggi akan kagum dengan segala keindahan ciptaan Tuhan baik suatu fenomena, peristiwa maupun keindahan alam semesta yang ada di dunia ini (Wilujeng, 2019).

#### 9. Apresiasi dan rasa berterimakasih

Rasa berterimakasih atau bersyukur muncul dalam kehidupan sehari-hari dalam peristiwa-peristiwa yang baik maupun buruk. Dimana rasa berterimakasih ini adalah hal yang selalu dilakukan individu yang memiliki spiritualitas yang tinggi (Fath, 2015).

#### 10. Kepeduliaan terhadap sesama

Aspek ini menjelaskan tentang motivasi individu dalam kehidupan sosial. Individu merasa memiliki tanggung jawab sosial sehingga merasa harus menolong dan memberikan dukungan kepada orang lain terlebih jika orang tersebut mengalami kondisi yang sama. Individu mengembangkan sikap empati dan simpati serta menghargai perbedaan antar individu sebagai makhluk ciptaan Tuhan (Fath, 2015).

#### 11. Merasa Bersatu dan dekat dengan tuhan

Individu tidak hanya merasa dekat dengan Tuhan, namun menjadi sebuah keinginan bagi individu untuk selalu dekat dengan Tuhannya (Fath, 2015).

#### 2.5.3 Komponen Spiritualitas

Komponen spiritualitas terdiri dari hubungan manusia dengan alam, hubungan dengan dirinya sendiri dan hubungan dengan orang lain. Domain spiritual mengacu pada pencarian makna dan jawaban aspek fundamental kehidupan melalui pengalaman suci dan transenden, yang dapat memperbaiki kondisi kesehatan. Spiritualitas mencakup nilai, prinsip, kepercayaan, kekuatan batin, universal, subyektif, multidimensi dan transendental, umumnya dialami secara individual (Muzaenah & Makiyah, 2018). Empat komponen spiritualitas pada pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisa yaitu (Muzaenah & Makiyah, 2018) :

1. Mendekatkan diri kepada Tuhan seperti rajin beribadah, memperdalam ilmu agama, dan memperbaiki kualitas ibadah dalam kehidupan sehari-hari.
2. Dukungan dari orang terdekat, seperti dukungan dari keluarga, pasangan hidup, dan teman-teman terdekat.

3. Mempunyai harapan besar untuk sembuh, seperti mencoba pengobatan non medis, yakin dengan mukjizat dan selalu berdoa agar diberi kesembuhan.
4. Menerima dengan ikhlas penyakit yang diderita, seperti menerima penyakit sebagai bagian dari cobaan dari Tuhan.

Komponen spiritualitas terdiri dari hubungan manusia dengan alam, hubungan dengan dirinya sendiri dan hubungan dengan orang lain (Muzaenah & Makiyah, 2018) :

1. Hubungan dengan alam
  - 1) Mengetahui mengenai lingkungan sekitar, makhluk hidup lain seperti tumbuhan, margasatwa dan iklim.
  - 2) Dapat berkomunikasi dengan alam, mengabadikan dan melindungi alam
2. Hubungan dengan dirinya sendiri
  - 1) Pengetahuan mengenai diri sendiri (siapa dirinya, apa yang bisa dilakukannya).
  - 2) Sikap (kepercayaan pada diri sendiri, kehidupan, atau masa depan, harmoni atau keselarasan diri).
3. Hubungan dengan orang lain
  - 1) Harmonis

Harmonis yang dimaksud disini adalah ketika seseorang dapat berbagi waktu, pengetahuan dan sumber secara

timbang balik, mengasuh anak, orang tua dan orang sakit, meyakini kehidupan dan kematian

2) Tidak harmonis

Contoh hubungan tidak harmonis antar sesama manusia adalah terjadi konflik dengan orang lain, resolusi yang menimbulkan ketidakharmonisan, hubungan dengan ketuhanan yang kurang baik.

3) Agamis atau tidak agamis

Contoh dari agamis atau tidak agamis adalah sembahyang /berdoa/meditasi, memiliki perlengkapan keagamaan, dapat bersatu dengan alam.

Hal ini menunjukkan bahwa pasien yang menjalani hemodialisis menggunakan pendekatan spiritualitas sebagai coping untuk menghadapi penyakit terminal yang dideritanya.

#### **2.5.4 Manifestasi Spiritualitas**

Cara seseorang untuk memahami spiritual secara nyata disebut dengan manifestasi spiritual. Manifestasi spiritual dapat dilihat melalui bagaimana cara seseorang berhubungan dengan diri sendiri, orang lain, dengan Yang Maha Kuasa, dan hubungan antar kelompok. Salah satu contoh manifestasi spiritualitas adalah kebutuhan spiritual individu. Kebutuhan spiritual individu ini meliputi mencari makna hidup, harapan, mengekspresikan perasaan kesedihan maupun kebahagiaan, untuk bersyukur, dan

untuk terus berjuang dalam kehidupan. Selain itu kebutuhan spiritual individu untuk mendapatkan maaf atau pengampunan, mencintai, menjalin hubungan penuh rasa percaya dengan Tuhan (Permatasari, 2017).

### **2.5.5 Faktor-faktor yang mempengaruhi Spiritualitas**

Ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi spiritualitas seseorang diantaranya pertimbangan tahap perkembangan, keluarga, latar belakang etnik dan budaya, pengalaman hidup sebelumnya, krisis, terpisah dari ikatan spiritual, isu moral terkait dengan terapi, serta asuhan keperawatan yang kurang tepat. Berikut ini adalah rincian dalam setiap faktornya (Permatasari, 2017) :

#### **1. Tahap perkembangan**

Spiritualitas merupakan bagian dari kehidupan manusia dan berhubungan dengan proses perubahan dan perkembangan manusia. Semakin bertambah usia, individu akan memberikan dan membenarkan keyakinan spiritualitasnya. Perkembangan spiritualitas berdasarkan usia terdiri dari :

##### **1) Pada masa anak-anak (6-12),**

spiritualitas pada masa ini belum bermakna pada dirinya.

Spiritualitas didasarkan pada perilaku yang didapat yaitu

interaksi dengan orang lain seperti keluarga. Pada masa

ini, anak-anak belum mempunyai pemahaman salah atau benar. Kepercayaan atau keyakinan mengikuti ritual atau meniru orang lain

2) Pada masa remaja (12-17),

Spiritualitas pada masa ini sudah mulai pada keinginan akan pencapaian kebutuhan spiritualitas seperti keinginan melalui berdoa kepada pencipta-Nya, yang berarti sudah mulai membutuhkan pertolongan melalui keyakinan atau kepercayaan. Bila pemenuhan kebutuhan spiritualitas tidak terpenuhi, akan menimbulkan kekecewaan.

3) Pada usia dewasa awal (18-25 tahun)

Merupakan masa pencarian kepercayaan diri, diawali dengan proses pertanyaan akan keyakinan atau kepercayaan yang dikaitkan secara kognitif sebagai bentuk yang untuk mempercayainya. Pada masa ini, pemikiran sudah bersifat rasional dan keyakinan atau kepercayaan harus dapat dijawab secara rasional.

4) Pada usia dewasa pertengahan (26-38 tahun),

Usia dewasa akhir (38-60 tahun) dan lansia (>60 tahun) mempunyai lebih banyak waktu untuk kegiatan agama dan berusaha untuk mengerti nilai agama. Perasaan kehilangan karena pensiun dan tidak aktif lagi serta

menghadapi kematian orang lain baik itu saudara maupun sahabat menimbulkan rasa kesepian dan mawas diri. Perkembangan pemahaman agama yang lebih matang dapat membantu orang tua untuk menghadapi kenyataan, berperan aktif dalam kehidupan dan merasa berharga, serta lebih dapat menerima kematian sebagai hal yang tidak dapat ditolak atau dihindarkan.

## 2. Keluarga

Keluarga merupakan kelompok terdekat dan suatu sistem pertama dalam memandang kehidupan yang ada di dunia. Dari keluarga individu belajar tentang Tuhan, kehidupan, dan diri sendiri. Keluarga memiliki peran yang penting dalam memenuhi kebutuhan spiritualitas karena keluarga memiliki ikatan emosional yang kuat dan selalu berinteraksi dalam kehidupan sehari-hari

## 3. Latar belakang etnik dan budaya

Keyakinan, sikap, dan nilai sangat dipengaruhi oleh latar belakang etnik dan sosial budaya. Pada dasarnya, seseorang akan terbawa oleh tradisi dan agama yang dilakukan oleh keluarganya.

## 4. Pengalaman hidup sebelumnya

Pengalaman hidup seseorang baik itu pengalaman negatif maupun positif dapat mempengaruhi spiritualitas seseorang.

Setiap kejadian dalam suatu kehidupan biasa dianggap sebagai cobaan dari Tuhan yang diberikan kepada manusia untuk menguji bagaimana kekuatan imannya.

5. Krisis dan perubahan

Krisis dialami hampir setiap orang yang sedang menghadapi penyakit, penderitaan, proses penuaan, kehilangan, dan kematian, utamanya pada pasien dengan penyakit terminal atau prognosis yang buruk.

6. Terpisah dari ikatan spiritual

Individu yang mengalami sakit yang bersifat akut dapat membuat individu tersebut merasakan terisolasi, kehilangan sistem dukungan dan kebebasan. Pasien yang dirawat di rumah sakit merasa terisolasi dalam suatu ruangan yang tidak biasanya dan merasa tidak aman. Aktivitas sehari-hari juga berubah yaitu antara lain tidak dapat menghadiri kegiatan keagamaan atau berkumpul dengan keluarga, teman yang dapat memberikan sistem dukungan kepada pasien itu sendiri. Terpisahnya klien dari ikatan spiritual dapat menimbulkan resiko terjadinya perubahan fungsi spiritual.

7. Isu moral terkait dengan terapi

Hampir dalam kebanyakan agama, proses penyembuhan dianggap sebagai cara Tuhan untuk menunjukkan kebesarannya walaupun ada juga agama yang menolak sebagai

intervensi penyembuhan. Prosedur medic sering kali dapat dipengaruhi oleh pengajaran agama, misalnya transplantasi organ, penecegahan kehamilan, sirkumsisi, dan sterilisasi. Konflik seperti ini sering kali dialami oleh pasien dengan tenaga kesehatan.

#### 8. Asuhan keperawatan yang kurang tepat

Ketika memberikan asuhan keperawatan kepada pasien, perawat diharapkan peka terhadap kebutuhan spiritual pasien, namun karena berbagai alasan ada kemungkinan perawat justru menghindar untuk memberikan asuhan keperawatan spiritual.

### **2.5.6 Indikator terpenuhinya Kebutuhan Spiritualitas**

Kesadaran akan konsep ini melahirkan keyakinan dalam keperawatan bahwa pemberian asuhan keperawatan hendaknya bersifat holistik, tidak saja memenuhi kebutuhan fisik, tetapi juga memenuhi psikologis, sosial, kultural dan spiritual klien. Beberapa indikator terpenuhi kebutuhan spiritualnya seseorang adalah apabila ia mampu (Iswari, 2016) :

1. Merumuskan arti personal yang positif tentang tujuan keberadaan kehidupan di dunia.
2. Mengembangkan arti penderitaan dan meyakini hikmah dari suatu kejadian atau penderitaan.

3. Menjalin hubungan positif dan dinamis melalui keyakinan, rasa percaya dan cinta kasih yang tinggi.
4. Membina integritas personal dan merasa diri berharga.
5. Merasakan kehidupan yang terarah terlihat melalui harapan.
6. Mengembangkan hubungan antar manusia dengan positif.

Indikator terpenuhi kebutuhan spiritualitas yang lain adalah adanya rasa keharmonisan, saling kedekatan antara diri sendiri, orang lain, alam dan hubungan dengan yang Maha Kuasa. Spiritual Islam memberikan gambaran terpenuhinya kebutuhan spiritual apabila seseorang mampu mengembangkan rasa syukur, sabar dan ikhlas (Iswari, 2016).

#### **2.5.7 Skala tingkat Spiritualitas**

Tingkat spiritualitas dapat diukur dengan kuesioner seperti *Spirituality and Spiritual Care Rating Scale* (SSCRS) yang dibuat oleh McSherry pada tahun 1997, kuesioner ini terdiri dari 17 pertanyaan, akan tetapi hanya 4 item pertanyaan yang menunjukkan pengukuran tingkat spiritualitas. Kuesioner lainnya yaitu *Daily Spiritual Experience Scale* (DSES) yang dibuat oleh Lynn Underwood pada tahun 2002. Pada kuesioner ini tingkat spiritualitas seseorang bisa diukur dengan pengalaman spiritualitas sehari-hari yaitu diantaranya dengan melibatkan 16 item sebagai indikator penilaian yang dilakukan di mana

indikator-indikator ini tertuang dalam kuesioner DSES (Permatasari, 2017):

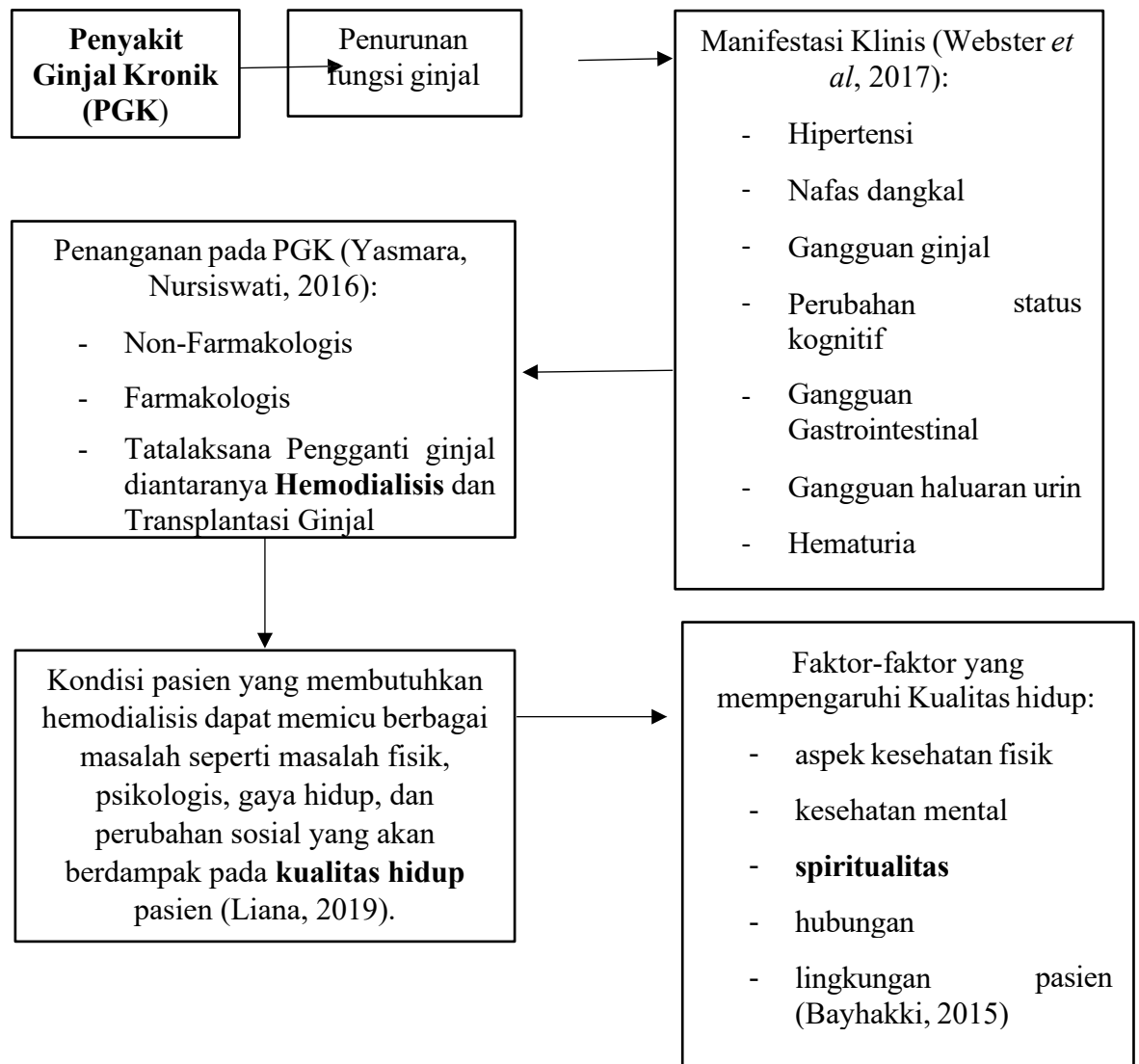
1. Merasakan kehadiran Tuhan
2. Merasakan mempunyai hubungan dengan semua kehidupan
3. Merasakan kegembiraan ketika beribadah sehingga tidak merasakan kekhawatiran dalam kehidupan sehari-hari
4. Menemukan kekuatan dalam agama dan spiritualitas
5. Menemukan kenyamanan dalam agama dan spiritualitas
6. Merasakan kedamaian batin yang mendalam atau kerukunan
7. Meminta bantuan ditengah-tengah aktivitas sehari-hari
8. Merasakan dibimbing oleh Tuhan ditengah aktivitas sehari-hari
9. Merasakan cinta kepada Tuhan secara langsung
10. Merasakan cinta Tuhan melalui orang lain
11. Merasa kagum dengan ciptaan Tuhan
12. Merasa bersyukur atas karunia yang diterima
13. Merasa peduli tanpa pamrih untuk orang lain
14. Menerima orang lain bahkan ketika mereka melakukan hal-hal yang dianggap salah
15. Merasa ingin lebih dekat dengan tuhan
16. Seberapa dekat dengan Tuhan

Pengalaman spiritualitas yang dirasakan seseorang setiap hari (1 kali/hari) dan hampir setiap hari (5-6 kali/minggu) maka

sudah jelas tingkat spiritualitasnya akan tinggi, jika pengalaman spiritualitas yang dirasakan seseorang kadang-kadang (3-4 kali/minggu) dan jarang (1 – 2 kali/minggu) maka tingkat spiritualitas dari seseorang tersebut sedang. Apabila seseorang mengalami pengalaman spiritualitas hampir tidak pernah (< 1 kali/minggu) maka tingkat spiritualitasnya rendah (Permatasari, 2017).

## 2.6 Kerangka Konseptual

**Bagan 2.1 Kerangka Konseptual  
Hubungan Spiritualitas dengan kualitas hidup pada pasien yang  
menjalani Hemodialisis**



Sumber: Liana (2019); Zurmeli & Bayhakki (2015) ; Yasmara & Nursiswati (2016) ; Webster *et al* (2017).