

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Konsep Spiritual Care

##### 1. Definisi

*Spiritus* yang berarti hembusan atau bernafas, kata ini memberikan makna segala sesuatu yang penting bagi hidup manusia. Seseorang dikatakan memiliki spirit yang baik jika orang tersebut memiliki harapan penuh, optimis dan berfikir positif, sebaliknya jika seseorang kehilangan spiritnya maka orang tersebut akan menunjukkan sikap putus asa, pesimis dan berfikir negatif (Roper, 2012). Terdapat berbagai definisi spiritual menurut sudut pandang masing-masing. Mahmoodishan (2010) dan Vlasblom (2012) mendefinisikan spiritualitas merupakan konsep yang luas, sangat subjektif dan individualis, diartikan dengan cara yang berbeda pada setiap orang. Spiritualitas adalah kepercayaan seseorang akan adanya Tuhan, dan kepercayaan ini menjadi sumber kekuatan pada saat sakit sehingga akan mempengaruhi keyakinannya tentang penyebab penyakit, proses penyembuhan penyakit dan memilih orang yang akan merawatnya (Hamid, 2008).

##### 2. *Spiritual Care*

*Spiritual Care* adalah praktek dan prosedur yang dilakukan oleh perawat terhadap pasien untuk memenuhi kebutuhan spiritual pasien. Menurut Meehan (2012) *spiritual care* adalah kegiatan dalam keperawatan untuk membantu pasien yang dilakukan melalui sikap dan tindakan praktek keperawatan berdasarkan nilai-nilai keperawatan spiritual yaitu mengakui martabat manusia, kebaikan, belas kasih, ketenangan dan kelembahlembutan. Jamieson (2010) mengatakan bahwa *spiritual care* merupakan aspek perawatan yang integral dan fundamental dimana perawat menunjukkan kepedulian kepada pasien. Mc Sherry & Jamieson (2010) mengatakan bahwa *spiritual care* merupakan aspek perawatan yang

integral dan fundamental dimana perawat menunjukkan kepedulian kepada pasien. *Spiritual care* berfokus pada menghormati pasien, interaksi yang ramah dan simpatik, mendengarkan dengan penuh perhatian dan memberikan kekuatan pada pasien dalam menghadapi penyakitnya (Mahmoodishan, 2010).

*Spiritual care* tidak mempromosikan agama atau praktek untuk meyakinkan pasien tentang agamanya melainkan memberi kesempatan pada pasien untuk mengekspresikan nilai-nilai dan kebutuhan mereka, dan memberdayakan mereka terkait dengan penyakitnya (Sartori, 2010). Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa *spiritual care* adalah praktek dan prosedur keperawatan yang dilakukan perawat untuk memenuhi kebutuhan spiritual pasien berdasarkan nilai-nilai keperawatan spiritual yang berfokus pada menghormati pasien, interaksi yang ramah dan simpatik, mendengarkan dengan penuh perhatian, memberi kesempatan pada pasien untuk mengekspresikan kebutuhan pasien, memberikan kekuatan pada pasien dan memberdayakan mereka terkait dengan penyakitnya, dan tidak mempromosikan agama atau praktek untuk meyakinkan pasien tentang agamanya.

### 3. Kebutuhan Spiritual

Kebutuhan spiritual adalah kebutuhan untuk mempertahankan atau mengembalikan keyakinan dan memenuhi kewajiban agama, serta kebutuhan untuk mendapatkan maaf atau pengampunan, mencintai dan dicintai, menjalani hubungan penuh rasa percaya pada Tuhan (Hamid, 2011). Menurut Hodge et al (2011) menyebutkan bahwa individu dikuatkan melalui "*spirit*" yang mengakibatkan peralihan yang penting selama periode sakit. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Hodge et al (2011) menemukan enam kebutuhan spiritual pasien yaitu :

a. Makna, tujuan, dan harapan hidup

Merupakan kebutuhan untuk memahami peristiwa dalam kehidupan secara keseluruhan. Pasien membutuhkan penjelasan tentang

penyakitnya, mengapa penyakit ada pada dirinya, dengan adanya penjelasan diharapkan pasien tidak putus asa, berfikir positif, mensyukuri berkat Tuhan, fokus pada hal-hal yang baik, membuat hidup menjadi lebih berarti. Kebutuhan akan makna, tujuan, dan harapan erat kaitannya dengan kebutuhan akan hubungan dengan Tuhan.

b. Hubungan dengan Tuhan

Bagi pasien hubungan dengan Tuhan menjadi kebutuhan yang sangat penting yang dapat membantu mereka menghadapi masa-masa sulit, memberikan rasa yang utuh tentang makna dan tujuan serta memberikan harapan untuk masa kini, masa depan, dan masa akhirat. Perilaku yang ditunjukkan pasien adalah memohon, komunikasi dengan Tuhan, menerima kehendak Tuhan, menerima rencana Tuhan, percaya bahwa Tuhan yang menyembuhkan penyakitnya, yakin akan kehadiran Tuhan pada masa-masa perawatan penyakitnya dan pasien percaya Tuhan yang memelihara dan mengawasi mereka.

c. Praktek spiritual

Pasien mempunyai keinginan untuk terlibat dalam kegiatan ibadah secara rutin. Dengan kegiatan ibadah pasien berharap dapat meningkatkan hubungan dengan Tuhan sehingga dapat mengatasi segala cobaan yang mereka hadapi. Kegiatan yang dilakukan oleh pasien adalah berdoa, membaca kitab suci, pelayanan keagamaan, mendengar musik rohani dan membaca buku yang bertema rohani.

d. Kewajiban agama

Hal ini berhubungan dengan tradisi agama pasien misalnya adanya makanan yang halal dan tidak halal, kematian dan proses penguburan yang harus dihormati.

e. Hubungan interpersonal

Selain hubungan dengan Tuhan, pasien juga membutuhkan hubungan dengan orang lain, termasuk hubungan dengan kaum ulama. Kebutuhan ini meliputi : mengunjungi anggota keluarga, menerima

do'a orang lain, meminta maaf, menerima dukungan, dihargai dan dicintai orang lain.

f. Hubungan dengan perawat dan tenaga kesehatan lainnya

Pasien berharap memiliki interaksi dengan perawat dan tenaga kesehatan lainnya. Pasien membutuhkan para tenaga kesehatan memiliki ekspresi wajah yang ramah, kata-kata dan bahasa tubuh yang baik, menghormati, empati, peduli, memberikan informasi tentang penyakitnya secara lengkap dan akurat, dan mendiskusikan tentang pilihan pengobatan. Ketika memberikan asuhan keperawatan kepada klien, perawat diharapkan untuk peka terhadap kebutuhan spiritual klien, tetapi dengan berbagai alasan ada kemungkinan perawat juga menghindari untuk memberikan asuhan spiritual. Perawat merasa bahwa pemenuhan kebutuhan spiritual klien bukan menjadi tugasnya, tetapi tanggung jawab pemuka agama (Suratmi, 2011).

#### 4. Peran Perawat Dalam *Spiritual Care*

Penerapan proses keperawatan dari perspektif kebutuhan spiritual pasien tidak sederhana. Hal ini sangat jauh dari sekedar mengkaji praktik dan ritual keagamaan pasien. Perlu memahami spiritualitas pasien dan kemudian secara tepat mengidentifikasi tingkat dukungan dan sumber yang diperlukan (nanda, 2015).

Balldacchino (2016) menyimpulkan bahwa perawat berperan dalam proses keperawatan yaitu melakukan pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, menyusun rencana dan implementasi keperawatan serta melakukan evaluasi kebutuhan spiritual pasien, perawat juga berperan dalam komunikasi dengan pasien, tim kesehatan lainnya dan organisasi klinis/pendidikan, serta menjaga masalah etik dalam keperawatan. Peran perawat dalam proses keperawatan terkait dengan *spiritual care* dijelaskan sebagai berikut :

a. Pengkajian kebutuhan spiritual pasien

Pengkajian spiritual menurut (NANDA, 2015) terdiri dari pengkajian riwayat keperawatan dan pengkajian klinik. Pada pengkajian riwayat keperawatan semua pasien diberikan satu atau dua pertanyaan misalnya “apakah keyakinan dan praktek spiritual penting sekarang”, bagaimana perawat dapat memberikan dukungan spiritual”. Pasien yang memperlihatkan beberapa kebutuhan spiritual yang tidak sehat yang beresiko mengalami *distress spiritual* harus dilakukan pengkajian spiritual lebih lanjut. Koziar menyarankan pengkajian spiritual sebaiknya dilakukan pada akhir proses pengkajian dengan alasan pada saat tersebut sudah terbangun hubungan saling percaya antara perawat dan pasien. Untuk itu diharapkan perawat meningkatkan sensitivitasnya, dapat menciptakan suasana yang menyenangkan dan saling percaya, hal ini akan meningkatkan keberhasilan pengkajian spiritual pasien.

Pertanyaan yang diajukan pada pasien saat wawancara untuk mengkaji spiritual pasien antara lain : adakah praktik keagamaan yang penting, bagaimana situasi yang dapat mengganggu praktik keagamaan, apakah cara-cara itu penting untuk kebaikan pasien, dengan cara bagaimana perawat dapat memberi dukungan pada spiritual pasien, apa harapan-harapan pasien dan sumber-sumber kekuatan pasien sekarang, apa yang membuat pasien merasa nyaman selama masa-masa sulit ini. Pada pengkajian klinik menurut (NANDA, 2015) meliputi :

b. Lingkungan

Lingkungan yaitu apakah pasien memiliki kitab suci atau dilingkungannya terdapat kitab suci atau buku do'a lainnya, literatur-literatur keagamaan, penghargaan keagamaan, simbol keagamaan misalnya tasbih, salib dan sebagainya diruangan, Apakah gereja atau mesjid mengirimkan bunga atau buletin.

c. Perilaku

yaitu apakah pasien berdoa sebelum makan atau pada waktu lainnya atau membaca literatur keagamaan, Apakah pasien mengalami mimpi buruk dan gangguan tidur atau mengekspresikan kemarahan pada Tuhan.

d. Verbalisasi

yaitu apakah pasien menyebutkan tentang Tuhan atau kekuatan yang Maha Tinggi, tentang do'a-do'a, keyakinan, mesjid, gereja, kuil, pemimpin spiritual, atau topik-topik keagamaan, Apakah pasien menanyakan tentang kunjungan pemuka agama, Apakah pasien mengekspresikan ketakutannya akan kematian.

e. Afek dan sikap

yaitu apakah pasien menunjukkan tanda-tanda kesepian, depresi, marah, cemas, apatis atau tampak tekun berdo'a.

f. Hubungan interpersonal

yaitu siapa yang berkunjung, Apakah pasien berespon terhadap pengunjung, Apakah ada pemuka agama yang datang, Apakah pasien bersosialisasi dengan pasien lainnya atau staf perawat.

Pedoman pengkajian spiritual menurut Hamid, (2008) mencakup empat area yaitu konsep tentang Tuhan, sumber harapan dan kekuatan, praktek agama dan ritual, hubungan antara keyakinan spiritual dan kondisi kesehatan. Pertanyaan yang dapat diajukan perawat untuk memperoleh informasi tentang pola fungsi spiritual pasien sebagai data subjektif antara lain, sebagai berikut : apakah agama atau Tuhan merupakan hal yang penting dalam kehidupan, Kepada siapa anda biasanya meminta bantuan, Apakah anda merasa bahwa kepercayaan (agama) membantu, Jika ya, jelaskan bagaimana dapat membantu, Apakah sakit atau kejadian penting lainnya yang pernah anda alami telah mengubah perasaan anda terhadap Tuhan, Mengapa anda di rumah sakit, Apakah kondisi sakit telah mempengaruhi cara anda memandang kehidupan, Apakah penyakit anda telah mempengaruhi hubungan anda

dengan orang yang paling berarti dalam kehidupan anda, Apakah kondisi sakit yang anda alami telah mempengaruhi cara anda melihat diri anda sendiri, Apakah yang paling dibutuhkan saat ini.

Dalam mengkaji spiritual pada ana (Hamid, 2008) membuat pertanyaan sebagai berikut : bagaimana perasaanmu ketika dalam kesulitan, Selain kepada orang tua kepada siapa engkau meminta perlindungan ketika sedang merasa takut, Apa kegemaran yang dilakukan ketika sedang merasa gembira atau sedih, Engkau tahu siapa Tuhan itu, Pengkajian data objektif dilakukan perawat melalui observasi. Hal-hal yang perlu diobservasi adalah apakah pasien tampak kesepian, depresi, marah, cemas, agitasi, atau apatis, Apakah pasien tampak berdo'a sebelum makan, membaca kitab suci, atau buku keagamaan, Apakah pasien sering mengeluh, tidak dapat tidur, mimpi buruk dan berbagai bentuk gangguan tidur lainnya, atau mengekspresikan kemarahannya terhadap agama, Apakah pasien menyebut nama Tuhan, do'a, rumah ibadah, atau topik keagamaan lainnya, Apakah pasien pernah meminta dikunjungi oleh pemuka agama, Apakah pasien mengekspresikan ketakutannya terhadap kematian, konflik batin tentang keyakinan agama, kepedulian tentang hubungan dengan Tuhan, pertanyaan tentang arti keberadaannya didunia, arti penderitaan, Siapa pengunjung pasien, Bagaimana pasien berespon terhadap pengunjung, Apakah pemuka agama datang menjenguk pasien, Bagaimana pasien berhubungan dengan pasien yang lain dan dengan tenaga keperawatan, Apakah pasien membawa kitab suci atau perlengkapan sembahyang lainnya, Apakah pasien menerima kiriman tanda simpati dari unsur keagamaan.

Menurut Smyt (2011) pengkajian spiritual pasien dimulai dari pasien atau keluarga pasien dengan cara mendengarkan dan melalui pengamatan termasuk interaksi pasien dengan perawat, keluarga dan pengunjung lainnya, pola tidur, gangguan fisik, dan tekanan emosional. Perawat dapat mengkaji dan memperoleh kebutuhan spiritual pasien

jika komunikasi yang baik sudah terjalin antara perawat dan pasien, sehingga perawat dapat mendorong pasien untuk mengungkapkan hal-hal yang terkait kebutuhan spiritual (Sartory, 2010).

## 5. Merumuskan Diagnosa Keperawatan

Peran perawat dalam merumuskan diagnosa keperawatan terkait dengan spiritual pasien mengacu pada *distresspiritual* yaitu *spiritual pain*, pengasingan diri (*spiritual alienation*), kecemasan (*spiritual anxiety*), rasa bersalah (*spiritual guilt*), marah (*spiritualanger*), kehilangan (*spiritual loss*), putus asa (*spiritual despair*). *Distresspiritual* selanjutnya dijabarkan dengan lebih spesifik sebagai berikut :

### a. *Spiritual pain*

*Spiritual pain* merupakan ekspresi atau ungkapan dari ketidaknyamanan pasien akan hubungannya dengan Tuhan. Pasien dengan penyakit terminal atau penyakit kronis mengalami gangguan spiritual dengan mengatakan bahwa pasien merasa hampa karena selama hidupnya tidak sesuai dengan yang Tuhan inginkan, ungkapan ini lebih menonjol ketika pasien menjelang ajal.

### b. Pengasingan diri (*spiritual alienation*)

Pengasingan diri diekspresikan pasien melalui ungkapan bahwa pasien merasa kesepian atau merasa Tuhan menjauhi dirinya. Pasien dengan penyakit kronis merasa frustrasi sehingga bertanya : dimana Tuhan ketika saya butuh Dia hadir?

### c. Kecemasan (*spiritual anxiety*)

Dibuktikan dengan ekspresi takut akan siksaan dan hukuman Tuhan, takut Tuhan tidak peduli, takut Tuhan tidak menyukai tingkahlakunya. Beberapa budaya meyakini bahwa penyakit merupakan suatu hukuman dari Tuhan karena kesalahan-kesalahan yang dilakukan semasa hidupnya.

d. Rasa bersalah (*spiritual guilt*)

Pasien mengatakan bahwa dia telah gagal melakukan hal-hal yang seharusnya dia lakukan dalam hidupnya atau mengakui telah melakukan hal-hal yang tidak disukai Tuhan

e. Marah (*spiritual anger*)

Pasien mengekspresikan frustrasi, kesedihan yang mendalam, Tuhan kejam. Keluarga pasien juga marah dengan mengatakan mengapa Tuhan mengijinkan orang yang mereka cintai menderita.

f. Kehilangan (*spiritual loss*)

Pasien mengungkapkan bahwa dirinya kehilangan cinta dari Tuhan, takut bahwa hubungannya dengan Tuhan terancam, perasaan yang kosong. Kehilangan sering diartikan dengan depresi, merasa tidak berguna dan tidak berdaya.

g. Putus asa (*spiritual despair*)

Pasien mengungkapkan bahwa tidak ada harapan untuk memiliki suatu hubungan dengan Tuhan, Tuhan tidak merawat dia. Secara umum orang-orang yang beriman sangat jarang mengalami keputusasaan.

**6. Standar Operasional Prosedur *Spiritual Care* berdasarkan *Nursing Interventions Classification (NIC) Labels NO NIC Label Perencanaan NIC Pelaksanaan NIC***

a. Fasilitasi pertumbuhan spiritual

- 1) Mendorong pasien untuk mengungkapkan perasaannya
- 2) Mendorong pasien melakukan praktek spiritual
- 3) Mendukung pasien aktif dalam kegiatan keagamaan
- 4) Mendorong pasien meningkatkan hubungan
- 5) Mempromosikan hubungan dengan orang lain untuk kegiatan keagamaan
- 6) Menciptakan lingkungan yang nyaman
- 7) Meminta keluarga, kerabat peduli dengan spiritual pasien
- 8) Memberikan kartu ucapan pada pasien

- 9) Menyediakan lingkungan yang nyaman dan merujuk kepada pemuka agama
  - 10) Menyediakan tempat berdoa' a pasien dengan pemuka agama
- b. Dukungan spiritual
- 1) Mendorong pasien melakukan kegiatan keagamaan jika diinginkan
  - 2) Mendorong pasien menggunakan sumber daya spiritual jika diinginkan
  - 3) Menyediakan artikel keagamaan
  - 4) Memfasilitasi pasien menggunakan meditasi, do'a, ritual dan tradisi agama lainnya
  - 5) Mendengarkan dengan aktif
  - 6) Meyakinkan pasien bahwa perawat mendukung pasien
  - 7) Mengingatkan pasien untuk ibadah
  - 8) Mengantar pasien ibadah
  - 9) Menawarkan spiritual care
  - 10) Menanyakan apakah pasien dan keluarga butuh pemuka agama
  - 11) Menyediakan artikel keagamaan
  - 12) Mengizinkan pasien untuk meditasi, berdoa' a, dan ritual lainnya
  - 13) Mendengarkan dengan aktif ungkapan pasien tentang perasaannya
  - 14) Menghibur pasien
  - 15) Mendiskusikan tentang penyakit dan kematian
- c. Kehadiran
- 1) Menunjukkan sikap menerima
  - 2) Mengungkapkan, membangun kepercayaan dan mengakui pasien sebagai individu yang unik
  - 3) Berbicara dengan keluarga pasien
  - 4) Menawarkan dukungan emosional kepada pasien dan keluarga
  - 5) Penguatan melalui sentuhan
  - 6) Mendengarkan keprihatinan pasien
  - 7) Menyentuh pasien : memeluk, membelai, berpegangan tangan

- d. Mendengarkan dengan aktif
  - 1) Menetapkan tujuan untuk berinteraksi
  - 2) Menunjukkan kesadaran dan kepekaan terhadap emosi pasien
  - 3) Mendorong pasien untuk merefleksikan sikap, pengalaman masa lalu dengan situasi saat ini
  - 4) Membiarkan pasien bercerita tentang pasien sendiri
  - 5) Mendorong pasien untuk selalu semangat
  - 6) Melakukan diskusi tentang hal-hal yang tidak pasti
- e. Humor Membuat cerita lucu sehingga pasien gembira serta membuat humor dengan cerita lucu

## **B. Kualitas Hidup**

### **1. Pengertian**

Kualitas hidup merupakan konsep luas yang dipengaruhi dalam cara kompleks yaitu dengan kesehatan fisik seseorang, keadaan psikologis, tingkat kemandirian, hubungan sosial, keyakinan pribadi dan hubungan mereka dengan fitur yang menonjol dari lingkungan hidup mereka. Kualitas hidup merupakan tindakan yang telah banyak digunakan dan cenderung berkembang menuju hasil yang lebih berpusat pada kesabaran, tidak hanya berdasarkan pada kelangsungan hidup (Heath J, dkk, 2011).

Kualitas hidup didefinisikan sebagai konstruk multidimensional termasuk kesehatan fisik, kepercayaan diri, kebahagiaan psikologis, peran fungsi, dan pengertian subjektif atas hidup termasuk kepuasan, hubungan sosial, dan hubungan dengan kegiatan sosial. Ikalius dkk (Khotimah, 2013) mendefinisikan kualitas hidup adalah kemampuan individu untuk berfungsi dalam berbagai peran yang diinginkan dalam masyarakat serta merasa puas dengan peran tersebut.

Berdasarkan beberapa definisi diatas dapat disimpulkan bahwa kualitas hidup adalah pandangan dan persepsi individu atas posisi mereka dalam kehidupan di dalam konteks budaya dan sistem nilai di mana mereka tinggal, dalam kaitannya dengan tujuan, harapan, standar dan

kekhawatiran, dan dalam melihat kemampuan mereka untuk berfungsi dalam berbagai peran yang diinginkan dalam masyarakat serta merasa puas dengan peran tersebut.

## 2. Aspek-aspek Kualitas Hidup

Aspek-aspek kualitas hidup yaitu:

### a. Kesehatan Fisik

Kesehatan fisik mencakup aktifitas sehari-hari, ketergantungan obat dan bantuan kesehatan, energi dan lelah, gerakan, sakit, dan kegelisahan, tidur dan istirahat, dan kapasitas kerja.

### b. Kesejahteraan Psikologis

Kesejahteraan psikologis mencakup pandangan diri tentang tubuh dan rupa, perasaan negatif, harga diri, spritualitas, agama, kepercayaan diri, fikiran, belajar, memori, dan konsentrasi.

### c. Hubungan Sosial

Hubungan sosial mencakup hubungan personal, dukungan sosial, dan aktifitas seksual.

### d. Kesejahteraan di Lingkungan

Kebahagiaan lingkungan mencakup sumber keuangan, kebebasan, keamanan fisik, kesehatan dan kepedulian sosial, lingkungan rumah, kesempatan untuk memperoleh informasi dan keterampilan baru, partisipasi dan kesempatan untuk rekreasi dan memiliki waktu luang, lingkungan fisik yang meliputi polusi, kebisingan, kemacetan, dan suasana lingkungan, dan transportasi

## 3. Faktor-faktor yang mempengaruhi Kualitas Hidup

Menurut Moons dkk (Nofitri, 2010) faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup yaitu:

### a. Jenis Kelamin

Pendapat Moons dkk (2014) dibuktikan oleh penelitian yang dilakukan Bain dkk (2013), mereka menemukan bahwa adanya

perbedaan kualitas hidup antara laki-laki dan perempuan. Kualitas hidup laki-laki cenderung lebih baik daripada kualitas hidup perempuan.

b. Usia

Pendapat Moons dkk dibuktikan oleh penelitian yang dilakukan oleh Warner dkk (2014) pada responden berusia tua yang menemukan adanya kontribusi dari faktor usia terhadap kualitas hidup karena individu pada masa tua sudah melewati masa untuk melakukan perubahan hidupnya sehingga mereka cenderung mengevaluasi hidupnya dengan lebih positif dibandingkan saat masa mudanya.

c. Pendidikan

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Wahl dkk (2014) mengungkapkan bahwa kualitas hidup akan meningkat seiring dengan lebih tingginya tingkat pendidikan yang didapatkan oleh individu.

d. Pekerjaan

Moons dkk (2014) mengatakan bahwa terdapat perbedaan kualitas hidup antara penduduk yang berstatus sebagai pelajar, penduduk yang bekerja, penduduk yang tidak bekerja, dan penduduk yang tidak mampu bekerja.

e. Status Pernikahan

Moons dkk (2014) mengatakan bahwa terdapat perbedaan kualitas hidup antara individu yang menikah, janda, tidak menikah, bercerai, dan kohabitasi. Berdasarkan hal tersebut Merz dan Gierveld (2016) menyatakan bahwa ketidak adanya kehadiran pasangan akan berdampak pada hilangnya jaringan sosial yaitu tidak ada tempat untuk bertukar ide atau pendapat, kedua ketika membutuhkan bantuan yang biasanya selalu bergantung pada pasangan kini tidak ada yang membantu, dan ketiga orang-orang yang hidup tanpa pasangan setelah kematian sangat mungkin mengalami kesepian yang terlarut hingga intensitas yang lama. Berbeda halnya dengan status menikah, seperti hasil dari Penelitian yang dilakukan oleh Wikananda (2015)

menghasilkan dengan status menikah kecenderungan memiliki kualitas hidup yang lebih baik sehingga tidak merasa kesepian. Pernikahan erat kaitannya dengan kasih sayang dan rasa berbagi yang dibutuhkan, serta saling membantu baik dalam hal fisik maupun mental.

## C. CKD

### 1. Pengertian

CKD (*Coronary Kidney Disease*) adalah suatu proses patofisiologis yang disebabkan oleh etiologi yang bermacam-macam, mengakibatkan penurunan fungsi ginjal yang progresif, dan pada umumnya berakhir dengan gagal ginjal. Selanjutnya, gagal ginjal merupakan suatu kondisi klinis yang ditandai dengan penurunan fungsi ginjal yang *irreversibel*, pada suatu derajat yang memerlukan terapi pengganti ginjal yang tetap, berupa dialisis maupun transplantasi ginjal. Uremia adalah sindrom klinik dan laboratorik yang terjadi pada semua organ, akibat penurunan fungsi ginjal pada CKD.

### 2. Patofisiologi CKD

Patofisiologi CKD pada awalnya tergantung pada penyakit yang mendasarinya, tapi dalam perkembangan selanjutnya proses yang terjadi relatif sama. Pengurangan massa ginjal mengakibatkan hipertrofi struktural dan fungsional nefron yang masih tersisa (*surviving nephrons*) sebagai upaya kompensasi, yang diperantarai oleh molekul vasoaktif seperti sitokin dan growth factors. Hal ini mengakibatkan terjadinya hiperfiltrasi yang diikuti oleh peningkatan tekanan kapiler dan aliran darah glomerulus. Proses adaptasi ini berlangsung singkat, akhirnya diikuti oleh proses maladaptasi berupa sklerosis nefron yang masih tersisa. Proses ini akhirnya diikuti dengan penurunan fungsi nefron yang progresif, walaupun penyakit dasarnya sudah tidak aktif lagi. Adanya peningkatan aktivitas aksis renin-angiotensin-aldosteron intrarenal, ikut memberikan kontribusi terhadap terjadinya hiperfiltrasi, sklerosis dan progresifitas

tersebut. Aktivasi jangka panjang aksis renin-angiotensin-aldosteron, sebagian diperantarai oleh growth factor seperti transforming growth factor  $\beta$  (TGF-  $\beta$ ).

Beberapa hal yang juga dianggap berperan terhadap terjadinya progresifitas CKD adalah albuminuria hipertensi, hiperglikemia, dislipidemia. Terjadinya variabilitas interindividual untuk terjadinya sklerosis dan fibrosis glomerulus maupun tubulointerstisial. Pada stadium paling dini penyakit ginjal kronik terjadi kehilangan daya cadang ginjal (*renal reserve*) pada keadaan mana basal LFG masih normal atau malah meningkat. Kemudian secara perlahan tapi pasti, akan terjadi penurunan fungsi nefron yang progresif, yang ditandai dengan peningkatan kadar urea dan kreatinin serum. Sampai pada LFG sebesar 60%, pasien masih belum merasakan keluhan (asintomatik), tapi sudah terjadi peningkatan kadar urea dan kreatinin serum. Sampai pada LFG sebesar 30%, mulai terjadi keluhan pada pasien seperti, nokturia, badan lemah, mual, nafsu makan kurang dan penurunan berat badan. Sampai pada LFG di bawah 30%, pasien memperlihatkan gejala dan tanda uremia yang nyata seperti anemia, peningkatan tekanan darah, gangguan metabolisme fosfor dan kalsium, pruritus, mual, muntah dan lain sebagainya.

Pasien juga mudah terkena infeksi seperti infeksi saluran kemih, infeksi saluran napas, maupun infeksi saluran cerna. Juga akan terjadi gangguan keseimbangan air seperti hipo atau hipervolemia, gangguan keseimbangan elektrolit antara lain natrium dan kalium. Pada LFG di bawah 15% akan terjadi gejala dan komplikasi yang lebih serius, dan pasien sudah memerlukan terapi pengganti ginjal (RRT) antara lain dialisis atau transplantasi ginjal. Pada keadaan ini pasien dinyatakan sampai pada stadium gagal ginjal.

### 3. Etiologi CKD

Etiologi CKD sangat bervariasi antara satu negara dengan negara lain dengan penyebab utama dan insiden CKD di Amerika Serikat. Perhimpunan Nefrologi Indonesia (Pernefri) tahun 2000 mencatat penyebab gagal ginjal yang menjalani HD di Indonesia. Penyebab Utama CKD di Amerika Serikat (1995-1999) Penyebab Insiden Diabetes mellitus 44% Tipe 1 (7%) Tipe 2 (37%) Hipertensi dan penyakit pembuluh darah besar 27% Glomerulonefritis 10% Nefritis interstisial 4% Kista dan penyakit bawaan lain 3% Penyakit sistemik (misal, lupus dan vaskulitis) 2% Neoplasma 2% 15 Tidak diketahui 4% Penyakit lain 4%. Penyebab Gagal Ginjal yang Menjalani HD di Indonesia Th. 2000 Penyebab Insiden Glomerulonefritis 46,39% Diabetes Mellitus 18,65% Obstruksi dan infeksi 12,85% Hipertensi 8,46% Sebab lain 13,65% Dikelompokkan pada sebab lain di antaranya, nefritis lupus, nefropati urat, intoksikasi obat, penyakit ginjal bawaan, tumor ginjal, dan penyebab yang tidak diketahui.

### 4. Penatalaksanaan

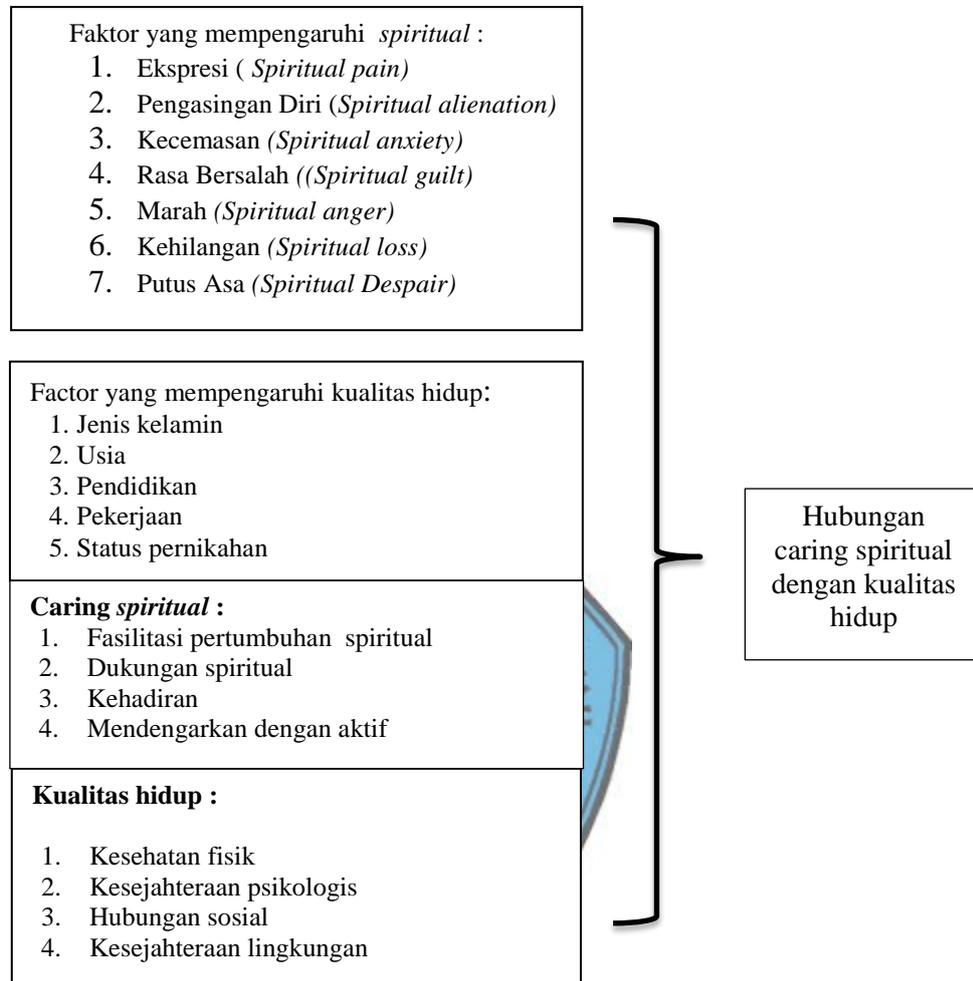
Penatalaksanaan medis menurut Mansjoer (2010) yaitu:

- a. Tentukan dan tatalaksana
- b. Optimalisasi dan pertahankan keseimbangan cairan dan garam, furosemid dosis besar (250-1000 mg /hari ) pengawasan untuk mencegah kelebihan cairan.
- c. Diet tinggi kalori dan rendah protein (20-40 g/dl ) dan tinggi kalori menghilangkan gejala anoreksia uremia.
- d. Kontrol hipertensi karena bila tidak terkontrol dapat terakselerasi dengan hasil akhir gagal jantung kiri.
- e. Kontrol ketidakseimbangan elektrolit. Yang sering ditemukan adalah hiperkalemia dan asidosis berat. Untuk mencegah hiperkalemia, dihindari masukan kalium yang besar, obat-obatan yang berhubungan dengan ekskresi kalium (misalnya, penghamat ACE dan obat anti inflamasi non steroid).

- f. Deteksi dini dan terapi infeksi. Pasien uremia harus diterapi sebagai pasien immunosupreif dan diterapi lebih ketat.
- g. Modifikasi terapi obat dengan fungsi ginjal. Banyak obat-obatan yang harus diturunkan dosisnya karena metaboliknya toksik dan dikeluarkan oleh ginjal. Misalnya, digoksin, amingikosi, analgesicopiate, amforesin, Juga obat-obatan yang meningkatkan katabolisme dan ureum darah, misalnya tetraklin, koortkosteroid, dan sitostatik.
- h. Mencegah dan tatalaksana tulang ginjal. Hiperfosfatemia dikontrol dengan obat yang mengikat fosfor seperti aluminium hidroksida (300-180) atau kalsium karbonat (500-3000) pada setiap makan.
- i. Deteksi dan terapi komplikasi. Awasi dengan ketat kemungkinan ensefalopati uremia, perikarditis, neuropati perifer, hiperkalemia yang meningkat, kelebihan cairan yang meningkat, kegagalan untuk bertahan, sehingga diperlukan dialysis dan program tranplantasi.



## D. Kerangka Teori



Sumber ( Moons dkk, 2010)

## E. Hipotesis

Ha : Ada Hubungan Caring Spiritual terhadap Kualitas Hidup Pasien CKD di Rumah Sakit Tentara Bhakti Wira Tamtama

**F. Variabel penelitian**

Variabel dependen : Caring Spiritual

Variabel independen : Kualitas Hidup

**G. Kerangka Konsep**