

Menurut Corwin (2001) gagal ginjal yang berkaitan dengan menurunnya fungsi ginjal secara progresif ireversibel dan destruksi ginjal di sebut gagal ginjal kronik, gagal ginjal biasanya timbul beberapa tahun setelah penyakit atau kerusakan ginjal. Price and Wilson (2006) menyebutkan bahwa gagal ginjal kronik terjadi setelah berbagai macam penyakit merusak massa nefron ginjal. Sebagian besar penyakit ini merupakan penyakit parenkim ginjal difus dan bilateral, meskipun lesi obstruktif pada traktus urinarius dapat menyebabkan gagal ginjal kronis.

2. Penyebab gagal ginjal kronik

Menurut Wilson (2006) angka perkembangan penyakit gagal ginjal kronik ini sangat bervariasi. Perjalanan penyakit gagal ginjal kronik hingga tahap terminal dapat bervariasi dari 2-3 bulan hingga 30-40 tahun. Penyebab gagal ginjal kronik tersering adalah penyakit diabetes (34%) dan hipertensi (21%) dari total kasus. Glumerulonefritis adalah penyebab ESRD tersering yang ketiga (17%). Infeksi nefritis tubulointerstisial (pielonefritis kronik atau nefropati refluks) dan penyakit ginjal polikistik (PKD) masing-masing terhitung sebanyak 3,4% dari ESRD (U.S Renal Data System, 2000). 21% penyebab ESRD sisanya relatif tidak sering terjadi yaitu uropati obstruktif, lupus eritematosus sistemik (SLE).

Empat faktor resiko utama dalam perkembangan ESRD adalah usia, ras, jenis kelamin, dan riwayat keluarga. Insidensi gagal ginjal diabetikum sangat meningkat sejalan dengan bertambahnya usia. ESRD yang disebabkan oleh nefropati hipertensif 6,2 kali lebih sering terjadi pada orang Afrika-Amerika dari pada orang kaukasia. Secara keseluruhan insidensi ESRD lebih besar pada laki-laki (56,3%) daripada perempuan (43,7%) walaupun penyakit sistemik tertentu yang menyebabkan ESRD (seperti diabetes melitus tipe 2 dan SLE) lebih sering terjadi pada perempuan. Akhirnya, riwayat keluarga adalah faktor resiko dalam perkembangan diabetes dan hipertensi. PKD diwariskan secara dominan autosomal herediter, dan terdapat berbagai variasi dari penyakit gagal ginjal terkait-seks atau resesif yang jarang terjadi.

3. Patofisiologi gagal ginjal kronik (GGK)

Nursalam (2006) menjelaskan bahwa fungsi renal menurun, produk akhir metabolisme protein (yang normalnya dieksresikan ke dalam urin) tertimbun dalam darah. Terjadi uremia dan mempengaruhi setiap sistem tubuh. Semakin banyak timbunan produk sampah, maka gejala akan semakin berat, dan banyak gejala uremia membaik setelah dialisis.

Menurut Wilson (2006) urutan peristiwa dalam patofisiologi gagal

gagal ginjal kronik dapat diuraikan dari segi hipotesis nefron yang utuh

Meskipun penyakit ginjal kronik terus berlanjut, namun jumlah zat terlarut yang harus diekskresi oleh ginjal untuk mempertahankan homeostatis tidak berubah, meskipun jumlah nefron yang bertugas melakukan fungsi tersebut sudah menurun secara progresif. Dua adaptasi penting dilakukan oleh ginjal sebagai respon terhadap ancaman ketidakseimbangan cairan dan elektrolit. Sisa nefron yang ada mengalami hipertofi dalam usahanya untuk melaksanakan beban kerja ginjal. Terjadi peningkatan kecepatan filtrasi, beban zat terlarut dan reabsorpsi tubulus dalam setiap nefron meskipun laju filtrasi glomerulus (GFR) untuk seluruh massa nefron yang terdapat dalam ginjal turun dibawah nilai normal.

Mekanisme adaptasi ini cukup berhasil dalam mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit tubuh hingga tingkat fungsi ginjal yang sangat rendah. Namun akhirnya, jika sekitar 75% massa nefron sudah hancur, maka kecepatan filtrasi dan beban zat terlarut bagi setiap nefron demikian tinggi sehingga keseimbangan glomerulus-tubulus (keseimbangan antara peningkatan filtrasi dan peningkatan reabsorpsi oleh tubulus) tidak dapat lagi dipertahankan.

Fleksibilitas baik pada proses ekskresi maupun proses konservasi zat terlarut dan air menjadi berkurang. Sedikit perubahan pada makanan dapat mengubah keseimbangan yang rawan tersebut, karena semakin rendah GFR yang berarti semakin sedikit nefron yang ada

lebih banyak perubahan kecepatan ekskresi per nefron. Hilangnya

kemampuan memekatkan atau mengencerkan urine menyebabkan berat jenis urine tetap pada nilai 1,010 atau 285 mOsm (yaitu sama dengan konsentrasi plasma) dan merupakan penyebab gejala poliuria dan nokturia. Sebagai contoh, seseorang dengan makanan normal mengekskresi zat terlarut sekitar 600 mOsm per hari, jika orang tersebut tidak mampu lagi memekatkan urinenya dari osmolalitas plasma normal sebesar 285 mOsm, maka tanpa memandang banyaknya asupan air akan terdapat kehilangan obligatorik 2 liter air untuk ekskresi zat terlarut 600 mOsm (285 mOsm/liter). Sebagai respon terhadap beban zat terlarut yang sama dan keadaan kekurangan cairan, orang normal dapat memekatkan urine sampai 4 kali lipat konsentrasi plasma dan dengan demikian hanya akan mengekskresi sedikit urine yang pekat. Bila GFR terus turun sampai akhirnya mencapai nol, maka semakin perlu mengatur asupan cairan dan zat terlarut secara tepat untuk mampu mengakomodasikan penurunan fleksibilitas fungsi ginjal.

Data eksperimental memperlihatkan bahwa dengan meningkatnya jumlah beban solut secara progresif, maka kemampuan pemekatan kemih dalam keadaan kekurangan air (kurva atas) atau kemampuan mengencerkan kemih dalam keadaan asupan air yang banyak (kurva bawah) hilang secara progresif (Wilson, 2006). Kedua kurva

1.1.1.1. Berat jenis 1,010, berarti kemih mengalami *isomoth*

dengan plasma pada 285 *mOsmol* sehingga terjadi berat jenis yang tetap. (Wilson, 2006).

4. Hemodialisis

a. Definisi hemodialisis

Hemodialisis adalah suatu proses yang digunakan untuk mengeluarkan cairan dan produk limbah dari dalam tubuh ketika ginjal tidak mampu melaksanakan proses tersebut. (Brunner and Suddarth, 2002).

Menurut O'Callaghan (2009) hemodialisis adalah penggantian ginjal moderen menggunakan dialisis untuk mengeluarkan zat terlarut yang tidak diinginkan melalui difusi dan hemofiltrasi untuk mengeluarkan air, yang membawa serta zat terlarut yang tidak diinginkan. Dorlan (2008) menjelaskan bahwa hemodialisis adalah pembuangan elemen-elemen tertentu dari darah dengan memanfaatkan perbedaan laju difusinya melalui selaput semi permeabel ketika disirkulasikannya di luar tubuh. Hemodialisis adalah proses pembersihan darah oleh akumulasi sampah buangan. Hemodialisa digunakan bagi pasien dengan tahap akhir gagal ginjal atau pasien berpenyakit akut yang membutuhkan dialisa

Hemodialisis adalah dialisis yang dilakukan diluar tubuh. Pada hemodialisis darah dikeluarkan dari tubuh, melalui sebuah kateter, masuk kedalam sebuah alat mesin yang terdapat dua ruang yang dipisahkan oleh sebuah membrane semi permeable. Darah dimasukkan ke salah satu ruang, sedangkan ruang yang lain diisi oleh cairan *dialysis*, dan diantara keduanya akan terjadi difusi. Darah dikembalikan ke tubuh melalui sebuah parau vena (Corwin, 2001).

Hemodialisis merupakan proses difusi melintasi membrana semipermeabel untuk menyingkirkan substansi yang tidak diinginkan dari darah dan menambahkan komponen yang diinginkan (Harison, 2001).

b. Proses hemodialisis

Darah dipisahkan dari suatu cairan dengan membran semipermeabel, maka elektrolit dan zat lain akan berdifusi melewati membran sampai tercapai keseimbangan. Hemodialisis menggunakan membran sintetik, sedangkan pada dialisis peritoneal, digunakan membran peritoneal.

Hemofiltrasi serupa dengan filtrasi glomerulus. Jika darah dipompa pada tekanan hidrostatis yang lebih tinggi daripada cairan di sisi lain membran, maka air dalam darah akan di

... dan banyak melewati membran dengan cara ultrafiltrasi

dengan membawa serta elektrolit dan zat terlarut lainnya. Pada hemodialisis, darah dipompa melewati satu sisi membran semipermeabel sementara cairan dialisis dipompa melewati dari sisi lain dengan arah gerakan yang berlawanan. Membran biasanya diletakkan di dalam wadah sebagai membran yang memiliki lubang ditengahnya. Jumlah cairan yang dikeluarkan melalui ultrafiltrasi dikontrol dengan mengubah tekanan hidrostatik darah dibandingkan dengan cairan dialisis.

Cairan dialisis terbuat dari konsistuen esensial plasma-natrium, kalium, klorida, kalsium, magnesium, glukosa dan suatu bufer seperti bikarbonat, asetat, atau laktat. Darah dan dialisis mencapai keseimbangan di kedua sisi membran. Komposisi plasma dapat dikontrol dengan mengubah komposisi dialisis. Konsentrasi kalium dalam dialisis biasanya lebih rendah daripada dalam plasma sehingga memacu pergerakan kalium keluar dari darah. Heparin digunakan dalam sirkuit dialisis untuk mencegah penggumpalan darah. Pada pasien yang memiliki resiko perdarahan, prostasiklin dapat digunakan untuk hal tersebut, walaupun dapat menyebabkan hipotensi akibat vasodilatasi.

Hemodialisis idealnya membutuhkan dua titik akses ke sirkulasi: satu untuk mengeluarkan darah dan satu untuk

mengembalikan ke mesin dialisis. Waktu jeda pendek

dapat dicapai dengan kateter vena sentral berukuran besar berlumen ganda, dapat di buat seperti terowongan di kulit untuk mengurangi resiko infeksi. Waktu jangka panjang, biasanya di buat fistula arteriovena buatan pada lengan dengan menyatukan arteri radialis atau brakhialis dengan vena, dengan cara *side-to-side* atau *side-to-end*. Beberapa bulan fistula berdilatasi dan aliran tinggi yang melewatinya memungkinkan dua jarum berukuran besar di tempatkan di dalamnya untuk dialisis, pada pasien ginjal, jalur intravena sebaiknya selalu dipasang di tangan bagian belakang, daripada di pasang di lengan, untuk menghindari kerusakan vena lengan yang mungkin diperlukan di kemudian hari untuk pembedahan fistula (O'Callaghan, 2009).

Hemodialisis rumatan biasanya dilakukan tiga kali seminggu, dan lama suatu pengobatan berkisar dari 3 sampai 5 jam, bergantung pada jenis sistem dialisis yang digunakan dan keadaan penderita (Wilson, 2006).

c. Dialisat

Dialisat adalah cairan yang membantu mengeluarkan sampah uremik seperti ureum dan kreatinin, dan kelebihan elektrolit seperti sodium dan kalium, dari dalam darah pasien.

Dialisat juga dapat menggantikan substansi yang dibutuhkan

tubuh seperti kalsium dan bikarbonat yang membantu menjaga keseimbangan pH tubuh. Selama tindakan dialisis, darah pasien berada di satu membran, di dalam kompartement darah. Dialisat pada sisi yang lain, pada kompartement dialisat. Dialisat dan darah tidak akan pernah bercampur, kecuali bila membran bocor atau rusak. Darah pasien dialisis mempunyai konsentrasi produk sampah yang tinggi serta mengalami kelebihan cairan. Dialisat dibuat untuk mencapai kadar solut yang diinginkan yang dibutuhkan pasien (Cahyaningsih, 2009).

d. Prinsip hemodialisis

Brunner and Suddarth (2002), mengemukakan tiga prinsip yang mendasari kerja hemodialisis, yaitu:

1) Difusi

Toksi dan zat limbah dalam darah dikeluarkan melalui proses difusi dengan cara bergerak dari darah yang memiliki konsentrasi tinggi, kecairan dialisat yang memiliki konsentrasi lebih rendah. Cairan dialisat tersusun dari semua elektrolit yang penting dengan konsentrasi ekstrasel yang ideal. Kadar elektrolit darah dapat dikendalikan dengan mengatur rendaman dialisat

2) Osmosis

Air yang berlebihan dikeluarkan dari dalam tubuh melalui proses osmosis. Pengeluaran air dapat dikendalikan dengan menciptakan gradien tekanan, yaitu air bergerak dari daerah dengan tekanan yang lebih tinggi (tubuh pasien) ke tekanan yang lebih rendah (cairan dialisis).

3) Ultrafiltrasi

Gradien pada tahap osmosis dapat ditingkatkan melalui penambahan tekanan negatif yang dikenal sebagai ultrafiltrasi pada mesin dialisis. Tekanan negatif diterapkan pada alat ini sebagai kekuatan penghisap pada membran dan memfiltrasi pengeluaran air, sebab pasien tidak dapat mengeskresikan air sehingga kekuatan ini diperlukan untuk mengeluarkan cairan hingga tercapai isovolemia (keseimbangan cairan).

Proses difusi, osmosis dan ultrafiltrasi ini membersihkan darah pasien dan kemudian darah tersebut dikembalikan melalui suatu alat akses yang ditempatkan khusus ke pembuluh darah (*tandur Gore-*

e. **Komplikasi hemodialisis**

Masalah yang paling sering berkaitan dengan akses dan termasuk trombosis fistula, pembentukan aneurisma, dan infeksi, terutama dengan *graft* sintetik atau akses vena sentral sementara. Infeksi sistemik dapat timbul pada lokasi akses atau didapat dari sirkuit dialisis. Transmisi infeksi yang ditularkan melalui darah seperti virus hepatitis dan HIV merupakan suatu bahaya potensial.

Terapi hemodialisis jangka panjang, deposit protein dan amiloid dialisis dapat menyebabkan sindrom terowongan karpal (*carpal tunnel syndrome*) dan artropati estruktif dengan lesi tulang kistik. Senyawa pengikat fosfat yang mengandung alumunium dan kontaminasi alumunium dari cairan dialisis dapat menyebabkan toksisitas alumunium dengan demensia, mioklonus, kejang, dan penyakit tulang. Keadaan tersebut akan membaik dengan pemberian deferoksamin (O'Callaghan, 2009).

f. **Pertimbangan psikososial dan spiritual**

Menurut Brunner and Suddarth (2002) Individu dengan hemodialisis jangka panjang sering merasa khawatir akan kondisi sakitnya yang tidak dapat ditentukan dan sering mengalami gangguan dalam kehidupannya. Mereka biasanya

... masalah finansial kesulitan dalam

mempertahankan pekerjaan, dorongan seksual yang menghilang serta impotensi, depresi dan stres akibat sakit yang kronis dan ketakutan akan kematian. Pasien-pasien yang berusia lebih muda khawatir terhadap perkawinan mereka, anak-anak yang dimilikinya dan beban yang ditimbulkan pada keluarga mereka. Gaya hidup terencana berhubungan dengan terapi dialisis dan pembatasan asupan makanan serta cairan sering menghilangkan semangat hidup pasien dan keluarganya.

Hemodialisis menyebabkan perubahan gaya hidup pada keluarga. Waktu yang diperlukan untuk terapi hemodialisis akan mengurangi waktu yang tersedia untuk melakukan aktivitas sosial dan dapat menciptakan konflik, frustrasi, dan rasa bersalah. Keluarga pasien dan sahabat-sahabatnya mungkin memandang pasien sebagai orang yang terpinggirkan dengan harapan hidup yang terbatas. Kemungkinan sulit bagi pasien dan keluarganya untuk mengungkapkan rasa marah serta perasaan negatif, meskipun perasaan tersebut normal dalam situasi ini, namun perasaan tersebut sering meluap sehingga diperlukan konseling dan psikoterapi (Brunner and Suddarth, 2002).

Pasien yang menjalani hemodialisis biasanya lingkungan sosialnya lebih mempengaruhi daripada stresor personal dalam

berpengaruh atau berarti dalam kehidupannya seperti orang tua, teman, pasangan. Individu yang mendapatkan dukungan sosial akan terlihat lebih tahan terhadap pengaruh psikologis dari stresor lingkungan daripada pada individu yang mendapatkan sedikit dukungan sosial (Kurniasari, 2004). Faktor utama yang membuat para pasien hemodialisis tetap mempunyai semangat hidup yang tinggi adalah dukungan keluarga sebagai orang terdekat dalam hidupnya (Widyastuti, 2000).

Terdapat hubungan yang kuat antara dukungan sosial keluarga yang dapat mempengaruhi kemampuan bertahan hidup, kesehatan dan keberhasilan terapi pada pasien hemodialisis (Nugrahaningtyas, 2005). Hasil penelitian dari Kurniasari (2004) bahwa terdapat hubungan yang positif antara faktor dukungan sosial dengan konsep diri pasien gagal ginjal dengan hemodialisis, semakin besar dukungan sosial yang diberikan kepada penderita maka konsep diri pada penderita semakin positif.

Berdasarkan hasil penelitian dari Widyastuti (2000) pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis menganggap sakit yang diderita sekarang adalah suatu hukuman dari Tuhan, sehingga mereka merasa putus asa dan muncul distress

mencoba ikhlas, tetapi terkadang mereka tetap merasa putus asa.

Penderita gagal ginjal kronik dengan hemodialisis rutin harus menerima konsekuensi logis bahwa hemodialisis dibutuhkan seumur hidupnya, akibatnya akan timbul banyak respon untuk dapat beradaptasi dengan kondisi tersebut, penderita yang mempunyai kepercayaan terhadap Tuhan dapat meminimalkan rasa kesepian, tingginya tingkat spiritual pasien akan mendukung konsep diri kearah positif (Kurniasari, 2004). Menurut Nugrahaningtyas (2005) menyebutkan bahwa dari hasil penelitiannya tingkat keimanan/religiusitas dapat meningkatkan harga diri, kualitas hidup dan dapat menurunkan perasaan *hopelessness*, takut, *powerlessness*, depresi serta kecemasan pada pasien.

Perawat dalam hal ini diharapkan untuk peka terhadap kebutuhan spiritual pasien ketika memberikan asuhan keperawatan. Pentingnya *spiritual care* bagi pasien yaitu sebagai sumber kekuatan dan akan memberi rasa aman ketika pasien menghadapi stress emosional, penyakit fisik, bahkan kematian. Kepercayaan spiritual dari pasien akan memberi makna terhadap kehidupan dan kematian (Kusumawati, 2007).

B. Spiritual care

1. Pengertian spiritualitas

Spiritualitas adalah keyakinan dalam hubungannya dengan Yang Maha Kuasa dan Maha Pencipta. Sebagai contoh seseorang yang percaya kepada Allah sebagai Pencipta atau sebagai Maha Kuasa (Hamid, 2000). Spiritual menurut Hidayat (2006) adalah sesuatu yang di percayai oleh seseorang dalam hubungannya dengan kekuatan yang lebih tinggi (Tuhan), yang menimbulkan suatu kebutuhan serta kecintaan terhadap Tuhan, dan permohonan maaf atas segala kesalahan yang telah di lakukan. Menurut Burkhardt (1993), spiritualitas meliputi aspek sebagai berikut :

1) Berhubungan dengan sesuatu yang tidak diketahui atau ketidakpastian dalam kehidupan, 2) Menemukan arti dan tujuan hidup, 3) Menyadari kemampuan untuk menggunakan sumber dan kekuatan dalam diri sendiri, 4) Mempunyai perasaan keterikatan dengan diri sendiri dan dengan Maha Tinggi (Hamid, 2000). Dimensi spiritual berupaya untuk mempertahankan keharmonisan atau keselarasan dengan dunia luar, berjuang untuk menjawab atau mendapatkan kekuatan ketika sedang menghadapi stres emosional, penyakit fisik, atau kematian. Kekuatan yang timbul diluar kekuatan manusia (Hamid, 2000).

Mempunyai kepercayaan atau keyakinan berarti

mempunyai atau mempunyai komitmen terhadap sesuatu atau

seseorang. Konsep kepercayaan mempunyai dua pengertian. Pertama, kepercayaan didefinisikan sebagai kultur atau budaya dan lembaga keagamaan seperti Islam, Kristen, Budha, dan lain-lain. Kedua, kepercayaan didefinisikan sebagai sesuatu yang berhubungan dengan Ketuhanan, kekuatan tertinggi, orang yang mempunyai wewenang atau kuasa, suatu perasaan yang memberikan alasan tentang keyakinan dan keyakinan sepenuhnya. Harapan, harapan merupakan suatu konsep multidimensi, suatu kelanjutan yang sifatnya berupa kebaikan, perkembangan, dan dapat mengurangi sesuatu yang kurang menyenangkan. Harapan juga merupakan energi yang bisa memberikan motivasi kepada individu untuk mencapai suatu prestasi dan berorientasi kedepan.

Definisi spiritual setiap individu dipengaruhi oleh budaya, perkembangan, dimensi spiritual merupakan pengalaman hidup, kepercayaan dan ide-ide tentang kehidupan. Adapun unsur-unsur spiritualitas meliputi kesehatan spiritual, kebutuhan spiritual dan kesadaran spiritual. Dimensi spiritual merupakan suatu penggabungan yang menjadi satu kesatuan antara unsur psikologikal, fisiologikal atau fisik, sosiologikal dan spiritual (Dwidiyanti, 2008).

Perawatan spiritual adalah kewajiban etis yang mendasar. Kewajiban ini didasarkan pada alasan bahwa perawat memberikan

psiko-sosio-kultural-spiritual, spiritualitas adalah dimensi universal dari seseorang, sehingga perawat harus memberi perhatian pada dimensi spiritual. Dimensi spiritual dalam keperawatan menggambarkan asumsi mendasar yang sangat berbeda mengenai pentingnya aspek keperawatan ini. Kategori filosofis dari humanisme, teisme, dan monoisme dapat digunakan untuk menggambarkan perbedaan pemahaman dimensi spiritual, dan implikasi dari pemahaman ini terhadap kompetensi perawat dan sifat interaksi perawat-pasien dalam konteks perawatan spiritual (Kusmawati, 2007).

2. Keterkaitan antara spiritualitas, kesehatan, dan sakit

Keyakinan spiritual dapat mempengaruhi tingkat kesehatan dan perilaku perawatan diri pada klien (Dwidiyanti, 2008). Keyakinan spiritual yang perlu dipahami antara lain:

a) Menuntun kebiasaan hidup sehari-hari

Praktik tertentu pada umumnya yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan mungkin mempunyai makna keagamaan bagi klien, seperti tentang makanan diet, makanan yang boleh dan tidak boleh di konsumsi.

b) Sumber dukungan

Saat stress individu akan mencari dukungan dari keyakinan

Dukungan ini sangat diperlukan untuk dapat

menerima keadaan sakit yang dialaminya. Praktik keagamaan membantu individu memenuhi kebutuhan spiritualnya.

c) Sumber kekuatan dan penyembuhan

Individu dapat menahan distress fisik yang luar biasa karena mempunyai keyakinan spiritual yang luar biasa.

d) Sumber konflik

Pada situasi tertentu, dapat terjadi konflik antara keyakinan agama dengan praktik kesehatan, seperti pandangan penyakit.

3. Faktor-faktor yang mempengaruhi spiritualitas

Ada beberapa faktor penting yang dapat mempengaruhi spiritualitas seseorang (Dwidiyanti, 2008). Faktor tersebut adalah:

a) Pertimbangan tahap perkembangan

Berdasarkan hasil penelitian terhadap anak-anak dengan agama yang berbeda ditemukan bahwa mereka mempunyai persepsi yang berbeda tentang Tuhan dan bentuk sembahyang yang berbeda pula menurut usia, jenis kelamin, agama, dan kepribadian anak.

b) Keluarga

Peran orang tua sangat menentukan dalam perkembangan spiritual anak. Oleh karena keluarga merupakan lingkungan terdekat dan menjadi tempat pengalaman pertama anak dalam

mempresasikan kehidupan di dunia, pandangan anak di

warnai oleh pengalaman mereka dalam berhubungan dengan keluarga.

c) Latar belakang etnik dan budaya

Sikap, keyakinan, dan nilai dipengaruhi oleh latar belakang etnik dan sosial budaya. Umumnya seseorang akan mengikuti tradisi agama dan spiritual keluarganya. Meskipun demikian, pengalaman spiritual tetap unik bagi setiap individu.

d) Pengalaman hidup sebelumnya

Pengalaman hidup baik yang positif maupun yang negatif dapat mempengaruhi tingkat spiritual seseorang. Peristiwa dalam kehidupan sering dianggap sebagai ujian kekuatan iman bagi manusia sehingga kebutuhan spiritual akan meningkat dan memerlukan kedalaman tingkat spiritual sebagai mekanisme koping untuk memenuhinya.

e) Krisis dan perubahan

Krisis dan perubahan dapat menguatkan kedalaman spiritual seseorang. Krisis sering dialami ketika seseorang menghadapi penyakit, penderitaan, proses penuaan, kehilangan, dan bahkan kematian. Bila klien dihadapkan pada kematian, maka keyakinan spiritual dan keinginan untuk sembahyang atau

f) **Terpisah dari ikatan spiritual**

Menderita sakit terutama yang bersifat akut, seringkali membuat individu terpisah atau kehilangan kebebasan pribadi dan sistem dukungan sosial. Kebiasaan hidup sehari-harinya termasuk kegiatan spiritual dapat mengalami perubahan. Terpisahnya individu dari ikatan spiritual beresiko terjadinya perubahan fungsi spiritual.

g) **Isu moral terkait dengan terapi**

Kebanyakan agama, proses penyembuhan dianggap sebagai cara Tuhan untuk menunjukkan kebesaran-Nya, walaupun ada juga agama yang menolak intervensi pengobatan.

h) **Asuhan keperawatan yang kurang sesuai**

Ketika memberikan asuhan keperawatan kepada klien, perawat diharapkan untuk peka terhadap kebutuhan spiritual klien, tetapi dengan berbagai alasan ada kemungkinan perawat justru menghindar untuk memberikan asuhan spiritual. Perawat merasa bahwa pemenuhan kebutuhan spiritual klien bukan menjadi tugasnya, tetapi tanggung jawab pemuka agama.

4. **Konsep-konsep yang terkait dengan spiritual**

Sebuah isu yang sering muncul dalam konsep keperawatan adalah kesulitan dalam membedakan antara spiritual dengan aspek-aspek yang lain dari diri manusia, khususnya membedakan spiritual dari

spiritual dengan dimensi psikologi dan memperkirakan bagaimana kebudayaan dengan spiritual saling berhubungan, menurut Dwidiyanti, (2008) konsep-konsep yang terkait dengan spiritual adalah:

a) **Religi**

Berdasarkan kamus, religi berarti suatu sistem kepercayaan dan praktek yang berhubungan dengan Yang Maha Kuasa. Definisi religi adalah sebagai suatu pencarian kebenaran tentang cara-cara yang berhubungan dengan peribadatan. Seringkali kata spiritual dan religi di gunakan secara bertukaran, akan tetapi sebenarnya terdapat perbedaan antara keduanya. Definisi dari religi, dapat di gunakan sebagai dasar bahwa religi merupakan sebuah konsep yang lebih sempit daripada spiritual. Mengingat spiritual lebih mengacu kepada suatu bagian dalam diri manusia, yang berfungsi untuk mencari makna hidup melalui hubungan intrapersonal, interpersonal dan transpersonal. Jadi dapat dikatakan religi merupakan jembatan menuju spiritual yang membantu cara berfikir, merasakan, dan berperilaku serta membantu seseorang menemukan makna hidup. Sedangkan praktek religi merupakan cara individu mengekspresikan spiritualnya.

b) **Dimensi psikologi**

Fisik, psikologi, dan spiritual merupakan aspek yang saling

dimensi spiritual. Akan tetapi sebagai perawat harus mengetahui perbedaan keduanya. Dimensi psikologi berhubungan dengan hubungan antar manusia seperti : berduka, kehilangan, dan permasalahan emosional. Sedangkan dimensi spiritual merupakan segala hal dalam diri manusia yang berhubungan dengan pencarian makna, nilai-nilai, dan hubungan dengan Yang Maha Kuasa.

c) **Kebudayaan**

Kebudayaan merupakan kumpulan cara hidup dan berfikir yang di bangun oleh sekelompok orang dalam suatu daerah tertentu. Kebudayaan terdiri dari nilai, kepercayaan, dan tingkah laku sekelompok masyarakat. Kebudayaan juga meliputi perilaku, peran, dan praktek keagamaan yang diwariskan turun temurun. Terdapat tiga pandangan yang menjelaskan hubungan spiritual dengan kebudayaan, yaitu spiritual di pengaruhi seluruhnya oleh kebudayaan, spiritual di pengaruhi pengalaman hidup yang tidak berhubungan dengan kebudayaan, dan spiritual dapat di pengaruhi kebudayaan dan pengalaman hidup yang tidak berhubungan dengan kebudayaan.

5. **Kebutuhan dasar pasien**

Gordon *cit.* Sutanto, (2009), mengidentifikasi 11 macam pola

parameter yang digunakan untuk mengumpulkan informasi yang spesifik terhadap pemenuhan kebutuhan dasar klien;

- a. Persepsi kesehatan atau pengelolaan kesehatan, yang merupakan pola tentang perasaan pasien terhadap kesehatan dan bagaimana kesehatan itu diatur.
- b. Nutrisi-metabolisme, Deskripsi pola ini adalah tentang pola konsumsi makanan dan cairan sesuai dengan kebutuhan, indikator dari asupan nutrisi.
- c. Eliminasi, pola fungsi ekskresi (BAB, BAK, keringat) termasuk persepsi pasien tentang fungsi normal.
- d. Aktivitas-latihan, deskripsi pola ini adalah; pola latihan, aktivitas, waktu luang dan rekreasi.
- e. Kognitif-persepsi, merupakan pola sensoris-persepsi dan pola kognisi.
- f. Tidur-istirahat, merupakan pola tidur, istirahat dan relaksasi.
- g. Persepsi diri atau konsep diri, dijelaskan bahwa pola ini merupakan pola diri pasien dan persepsi dirinya.
- h. Peran-hubungan, merupakan pola peran pasien terhadap hubungan dan ikatan.
- i. Seksualitas-reproduksi, pola ini merupakan pola kepuasan dan ketidakpuasan terhadap pola seksualitas (pola reproduksi).

i. Kognitif-persepsi, merupakan pola kognisi umum dan

- k. Nilai-keyakinan, deskripsi pola ini adalah tentang nilai, keyakinan (termasuk agama).

6. Peran perawat terkait dengan spiritual

Peran perawat menurut Konsorsium Ilmu Kesehatan (1989) cit. Mubarak (2009), terdiri atas :

- a. Pemberi asuhan keperawatan

Peran sebagai pemberi asuhan keperawatan dapat dilakukan perawat dengan mempertahankan keadaan kebutuhan dasar manusia, meliputi kebutuhan dasar terkait spiritual melalui pemberian pelayanan keperawatan dengan menggunakan proses keperawatan. Masalah yang muncul dapat ditentukan diagnosis keperawatan, perencanaannya, tindakan yang tepat sesuai dengan tingkat kebutuhan yang dialaminya, dan dapat dievaluasi tingkat perkembangannya. Asuhan keperawatan yang diberikan mulai dari hal sederhana sampai dengan masalah yang kompleks dan harus secara komprehensif yaitu meliputi bio-psiko-sosio dan spiritual.

- b. Pembela pasien (*klien Advocat*)

- 1) Bertanggung jawab untuk membantu pasien dan keluarga dalam menginterpretasikan informasi dari berbagai pemberi pelayanan dan memberikan informasi

2) Perawat juga berperan untuk mempertahankan dan melindungi hak-hak pasien yang meliputi: hak atas pelayanan yang komprehensif seperti pemenuhan kebutuhan spiritual, hak atas informasi tentang penyakitnya, hak atas privasi dan hak untuk menerima ganti rugi akibat kelalaian tindakan.

c. *Konseling (Counselor)*

Konseling adalah proses membantu pasien untuk menyadari dan mengatasi tekanan psikologis, spiritual dan masalah sosial untuk membangun hubungan interpersonal yang baik dan untuk meningkatkan perkembangan seseorang, didalam konseling, perawat memberikan dukungan emosional, spiritual dan intelektual

d. *Pendidik (Educator)*

Peran ini dilakukan dengan membantu pasien dalam meningkatkan pengetahuannya kesehatan serta dalam hal ini perawat dapat memberikan pendidikan spiritual terkait sehat dan sakit, sehingga terjadi perubahan pada pasien baik secara fisik maupun psikologisnya.

e. *Koordinator*

Peran ini dilaksanakan dengan mengarahkan, merencanakan,

maupun petugas rohaniawan, sehingga pemberi pelayanan dapat terarah serta sesuai dengan kebutuhan pasien.

f. Kolaborasi (collaborator)

Peran ini dilakukan karena perawat bekerja melalui tim kesehatan yang terdiri atas dokter, fisioterapis, ahli gizi, radiologi, laboratorium, dan petugas rohaniawan. Perawat dapat berupaya mengidentifikasi pelayanan keperawatan yang diperlukan, termasuk diskusi atau tukar pendapat dalam penentuan bentuk pelayanan yang komprehensif.

g. Konsultan

Peran ini berfungsi perawat sebagai tempat konsultasi terhadap masalah-masalah kesehatan maupun spiritual. Perawat dapat memberikan solusi yang terbaik bagi pasien melalui hal ini.

h. Pembaharu

Peran sebagai pembaharu dapat dilakukan dengan cara melakukan perubahan. Peningkatan dan perubahan adalah komponen essensial dari perawatan, dengan menggunakan proses keperawatan, perawat dapat membantu pasien untuk merencanakan, melaksanakan dan menjaga perubahan seperti

7. Perubahan fungsi spiritual

Menurut Hamid (2000) berbagai perilaku dan ekspresi yang dimanifestasikan klien seharusnya diwaspadai oleh perawat, karena mungkin saja klien sedang mengalami masalah spiritual.

a. Verbalisasi distress

Individu yang mengalami gangguan fungsi spiritual biasanya memverbalisasikan distress yang dialaminya atau mengekspresikan kebutuhan untuk mendapatkan bantuan. Biasanya klien meminta perawat untuk berdoa bagi kesembuhannya atau memberi tahu pemuka agama untuk mengunjunginya. Perawat juga perlu peka terhadap keluhan klien tentang kematian atau merasa tidak berharga dan kehilangan arti hidup. Kepekaan perawat sangat penting dalam menarik kesimpulan dari verbalisasi klien tentang distress yang dialami.

b. Perubahan perilaku

Perubahan perilaku juga dapat merupakan manifestasi gangguan fungsi spiritual. Klien yang merasa cemas dengan hasil pemeriksaan atau menunjukkan kemarahan setelah mendengar hasil pemeriksaan mungkin saja sedang menderita distress spiritual. Terdapat yang bereaksi dengan perilaku mengintrospeksi diri dan mencari alasan terjadinya suatu

situasi tersebut, tetapi ada yang bereaksi secara emosional dan mencari informasi serta dukungan dari keluarga atau teman. Perasaan bersalah, rasa takut, depresi, dan ansietas mungkin menunjukkan perubahan fungsi spiritual.

8. Cara pemenuhan kebutuhan spiritual perawat

Perawat diharapkan terlebih dahulu terpenuhi kebutuhan spiritualnya, sebelum membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan spiritual pasien. Perawat diharapkan dapat lebih memberikan pelayanan keperawatan yang berkualitas. Beberapa cara yang dapat dilakukan untuk dapat memenuhi kebutuhan spiritual perawat antara lain:

a) Beribadah dalam suatu komunitas

Berpartisipasi dalam suatu komunitas rohani dapat meningkatkan spiritualitas. Banyak orang merasa asing dengan orang-orang yang memiliki agama atau kepercayaan sama. Tetapi dengan bergabung dalam suatu komunitas rohani dapat menimbulkan rasa nyaman dan dapat meningkatkan rasa spiritual.

b) Berdoa

Berdoa, membaca kitab suci, merenungkan berkah dalam hidup dan berserah diri kepada Allah merupakan cara yang baik

c) Mencari dukungan spiritual

Dukungan spiritual dapat datang dari mana saja. Perawat dapat mencari dukungan spiritual dari komunitas rohaninya. Selain itu dukungan spiritual juga dapat diperoleh dari teman atau konselor (Dwidiyanti, 2008).

9. Peran perawat dalam pemenuhan kebutuhan spiritual

Setiap manusia mempunyai tiga kebutuhan spiritual yang sama, yaitu kebutuhan akan arti dan tujuan hidup, kebutuhan untuk mencintai dan berhubungan, serta kebutuhan untuk mendapatkan pengampunan. Kebutuhan klien tersebut sering ditemui oleh perawat dalam menjalankan perannya sebagai pemberi pelayanan/ asuhan keperawatan. Ketika perawat menyusun perencanaan untuk menjadi contoh peran spiritual bagi kliennya, perawat juga menyusun tujuan bagi dirinya sendiri (Hamid, 2000).

Menurut Undang-Undang Kesehatan No. 23 tahun 1992 bahwa perawat adalah mereka yang memiliki kemampuan dan kewenangan melakukan tindakan keperawatan berdasarkan ilmu yang dimilikinya yang diperoleh melalui pendidikan keperawatan. Aktifitas keperawatan meliputi peran dan fungsi pemberian asuhan atau pelayanan keperawatan, praktek keperawatan, pengelolaan institusi keperawatan, pendidikan klien (individu, keluarga dan masyarakat) serta kegiatan penelitian dibidang keperawatan. Mengingat perawat merupakan orang

mengobati berbagai macam penyakit serta memberikan asuhan yang dapat menyeimbangkan antara fisik, mental dan spiritual sehingga pasien dapat sejahtera secara utuh (Hidayat, 2008).

Menurut Munjirin (2008) pemenuhan kebutuhan spiritual memerlukan hubungan interpersonal, oleh karena itu perawat sebagai satu-satunya petugas kesehatan yang berinteraksi dengan pasien selama 24 jam maka perawat adalah orang yang tepat untuk memenuhi kebutuhan spiritual pasien. Peran perawat dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien merupakan bagian dari peran dan fungsi perawat dalam pemberian asuhan keperawatan.

Benner, (1984) *cit.* Potter and Perry, (2005) mendefinisikan tiga langkah yang ternyata terbukti ketika hubungan yang menyembuhkan terbina antara perawat dan pasien yaitu, (1) mengerahkan harapan bagi perawat, demikian juga halnya bagi pasien, (2) menemukan interpretasi yang dapat diterima atau memahami tentang penyakit, nyeri, ketakutan, kecemasan atau emosi yang menegangkan, (3) membantu pasien menggunakan dukungan sosial, emosional, atau spiritual. Inti dari hubungan yang menyembuhkan adalah mengerahkan harapan dari pasien.

Harapan mempunyai implikasi baik jangka pendek maupun jangka panjang dalam perawatan pasien. Tahap lanjut untuk mendukung hubungan yang menyembuhkan perawat harus tetap menyadari tentang kebutuhan dan kebutuhan spiritual pasien. Perawat yang menghargai

kepercayaan pasien dan mengenali pengaruh spiritualitas yang diberikan terhadap penyembuhannya akan dirasakan oleh pasien sebagai sumber harapan (Clark et.al, 1991 *cit.* Potter and Perry, 2005).

Penyakit atau pengobatan sewaktu-waktu dapat menimbulkan kebingungan atau ketidakpastian bagi pasien, maka perawat harus mengenali dampak dari hal ini terhadap kesejahteraan pasien. Perawat harus mencari sumber spiritual apa yang harus diperkuat, perawat dapat memulai dari apa yang ingin pasien ketahui dan kemudian memberikan informasi terbaik untuk menghilangkan ketidakpastian pasien. Perawat dapat menghadirkan keluarga, saudara atau teman untuk membantu penyembuhan pasien (Potter and Perry, 2005).

Membutuhkan sebuah metode ilmiah untuk menyelesaikan masalah keperawatan, yang dilakukan secara sistematis yaitu dengan pendekatan proses keperawatan yang diawali dari pengkajian data, penetapan diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi (Dwidiyanti, 2008).

10. Proses keperawatan dalam *spiritual care*

Penerapan proses keperawatan dari prespektif 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 (Potter and Perry, 2005). Proses

masalah keperawatan dalam pemberian asuhan keperawatan spiritual yaitu:

a) Pengkajian

Pengkajian dapat menunjukkan kesempatan yang dimiliki perawat dalam mendukung atau menguatkan spiritualitas pasien. Pengkajian tersebut dapat menjadi terapeutik karena pengkajian menunjukkan tingkat perawatan dan dukungan yang diberikan. Perawat yang memahami pendekatan konseptual menyeluruh tentang pengkajian spiritual akan menjadi yang paling berhasil (Potter and Perry, 2005). Pengkajian dilakukan untuk mendapatkan data subjektif dan data objektif. Pengkajian data subjektif meliputi konsep tentang Tuhan atau Ketuhanan, sumber harapan dan kekuatan, praktik agama dan ritual, hubungan antara keyakinan spiritual dan kondisi kesehatan. Sedangkan pengkajian data objektif dilakukan melalui pengkajian klinik yang meliputi pengkajian afek dan sikap, perilaku, verbalisasi, hubungan interpersonal dan lingkungan. Pengkajian data objektif terutama dilakukan melalui observasi (Hamid, 2000).

b) Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan yang berkaitan dengan masalah spiritual menurut *North Nursing Diagnosis Association* adalah *distres*

spiritual. Definisi dari distres spiritual adalah kecemasan dalam

menerapkan prinsip hidup yang meliputi seluruh kondisi seseorang dan yang berkaitan serta melebihi sifat biologi dan psikososial manusia (NANDA, 2005).

Ketika meninjau pengkajian spiritual dan mengintegrasikan informasi kedalam diagnosa keperawatan yang sesuai. Perawat harus mempertimbangkan status kesehatan klien terakhir dari prespektif holistik, dengan spiritualitas sebagai prinsip kesatuan. Setiap diagnosa harus mempunyai faktor yang berhubungan dan akurat sehingga intervensi yang dihasilkan dapat bermakna dan berlangsung (Potter and Perry, 2005).

c) Perencanaan

Setelah diagnosa keperawatan dan faktor yang berhubungan teridentifikasi, selanjutnya perawat dan klien menyusun kriteria hasil dan rencana intervensi. Tujuan asuhan keperawatan pada klien dengan distres spiritual difokuskan pada menciptakan lingkungan yang mendukung praktek keagamaan dan kepercayaan yang biasanya dilakukan (Nurinto, 2007).

Menetapkan suatu rencana perawatan, tujuan di tetapkan secara individual, dengan mempertimbangkan riwayat pasien, area beresiko, dan tanda-tanda disfungsi serta data objektif yang relevan (Hamid, 2000). Terdapat tiga tujuan untuk pemberian

- a. Klien merasakan perasaan percaya pada pemberi perawatan.
- b. Klien mampu terikat dengan anggota sistem pendukung.
- c. Pencarian pribadi klien tentang makna hidup meningkat.

d) Implementasi

Pada tahap implementasi, perawat menerapkan rencana intervensi dengan melakukan prinsip-prinsip kegiatan asuhan keperawatan sebagai berikut (Hamid, 2000):

- a. Periksa keyakinan spiritual pribadi perawat
- b. Fokuskan perhatian pada persepsi klien terhadap kebutuhan spiritualnya
- c. Jangan berasumsi klien tidak mempunyai kebutuhan spiritual
- d. Mengetahui pesan non-verbal tentang kebutuhan spiritual klien
- e. Berespon secara singkat, spesifik, dan faktual
- f. Mendengarkan secara aktif dan menunjukkan empati yang berarti menghayati masalah klien
- g. Menerapkan teknik komunikasi terapeutik dengan

informasi, refleksi, menggali perasaan dan kekuatan yang dimiliki klien?

- h. Meningkatkan kesadaran dengan kepekaan pada ucapan atau pesan verbal klien.
 - i. Bersikap empati yang berarti memahami dan mengalami perasaan klien
 - j. Memahami masalah klien tanpa menghukum walaupun tidak berarti menyetujui klien
 - k. Menentukan arti dari situasi klien, bagaimana klien berespon terhadap penyakit
 - l. Apabila klien menganggap penyakit yang dideritanya merupakan hukuman, cobaan, atau anugerah dari Tuhan
 - m. Membantu memfasilitasi klien agar dapat memenuhi kewajiban agama
 - n. Memberi tahu pelayanan spiritual yang tersedia di Rumah Sakit
- e) Evaluasi

Untuk mengetahui apakah pasien telah mencapai kriteria hasil yang ditetapkan pada fase perencanaan, perawat perlu mengumpulkan data terkait dengan pencapaian tujuan asuhan keperawatan. Tujuan asuhan keperawatan tercapai apabila secara umum klien: 1) mampu beristirahat dengan tenang, 2)

3) memiliki hubungan yang baik dengan Tuhan, 3)

menunjukkan hubungan yang hangat dan terbuka dengan pemuka agama, 4) mengekspresikan arti positif terhadap situasi dan keberadaanya, 5) menunjukkan afek positif, tanpa rasa bersalah dan kecemasan.

Perawat mengintervensi keperawatan membantu menguatkan spiritualitas klien. Perawat membandingkan tingkat spiritual klien dengan perilaku dan kebutuhan yang tercatat dalam pengkajian keperawatan. Klien harus mengalami emosi sesuai dengan situasi, mengembangkan citra diri yang kuat dan realistis (Hamid, 2000).

C. Persepsi

1. Definisi

Persepsi diartikan sebagai suatu proses penerimaan rangsang melalui panca indra yang didahului oleh perhatian sehingga seseorang dapat mengetahui, mengartikan dan menghayati tentang hal yang sedang diamati (Sunaryo, 2004). Persepsi adalah sebuah proses di mana individu mengatur dan mengintepretasikan kesan-kesan sensoris mereka guna memberikan arti bagi lingkungan mereka (Timoty *et al*, 2008).

Persepsi adalah pandangan seseorang terhadap suatu kejadian, dimana persepsi dibentuk oleh harapan dan pengalaman. Persepsi individu pada situasi yang sama dapat berbeda. Hal ini terjadi karena setiap

- b Faktor eksternal meliputi: lingkungan keluarga, lingkungan fisik, lingkungan kerja dan lingkungan sosial budaya individu tersebut berada.

Berdasarkan pembagian yang berbeda dengan Thoha (2004), Rakhmat *cit.* Kusmawati (2007) mengatakan faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi adalah:

- a Faktor fungsional

Berasal dari kebutuhan, pengalaman masa lalu dan hal-hal lain yang termasuk sebagai faktor personal, yang menentukan persepsi bukan jenis atau bentuk stimulus tetapi karakteristik orang yang memberikan respon pada stimulus itu.

- b Faktor struktural

Adalah faktor-faktor yang semata-mata dari stimulus fisik dan efek-efek saraf yang ditimbulkannya pada sistem saraf individu.

- c Perhatian

Adalah proses mental ketika stimulus atau rangkaian stimulus menjadi menonjol dalam kesadaran pada saat stimulus lainnya melemah (Kusmawati, 2007).

Persepsi dipengaruhi oleh pengalaman yang sekarang dan yang lampau, serta dipengaruhi oleh sikap individu pada waktu itu. Persepsi tentang suatu situasi tertentu didapat dari

juga dipengaruhi oleh rangsang spesifik yang mempengaruhi alat-alat indera pada waktu itu (Istiqomah, 2002 *cit.* Kusmawati, 2007).

3. Syarat terjadinya persepsi

a. Adanya objek

Objek- stimulus- alat indera (reseptor); stimulus berasal dari luar individu (langsung mengenai alat indera/reseptor) dan dari dalam diri individu (langsung mengenai saraf sensoris yang bekerja sebagai reseptor).

b. Adanya perhatian sebagai langkah pertama untuk mengadakan persepsi.

c. Adanya alat indera sebagai reseptor penerima stimulus.

d. Saraf sensoris sebagai alat untuk meneruskan stimulus ke otak (pusat saraf, pusat kesadaran) dari otak di bawa melalui saraf motoris sebagai alat untuk mengadakan respon.

4. Fase-fase terjadinya persepsi

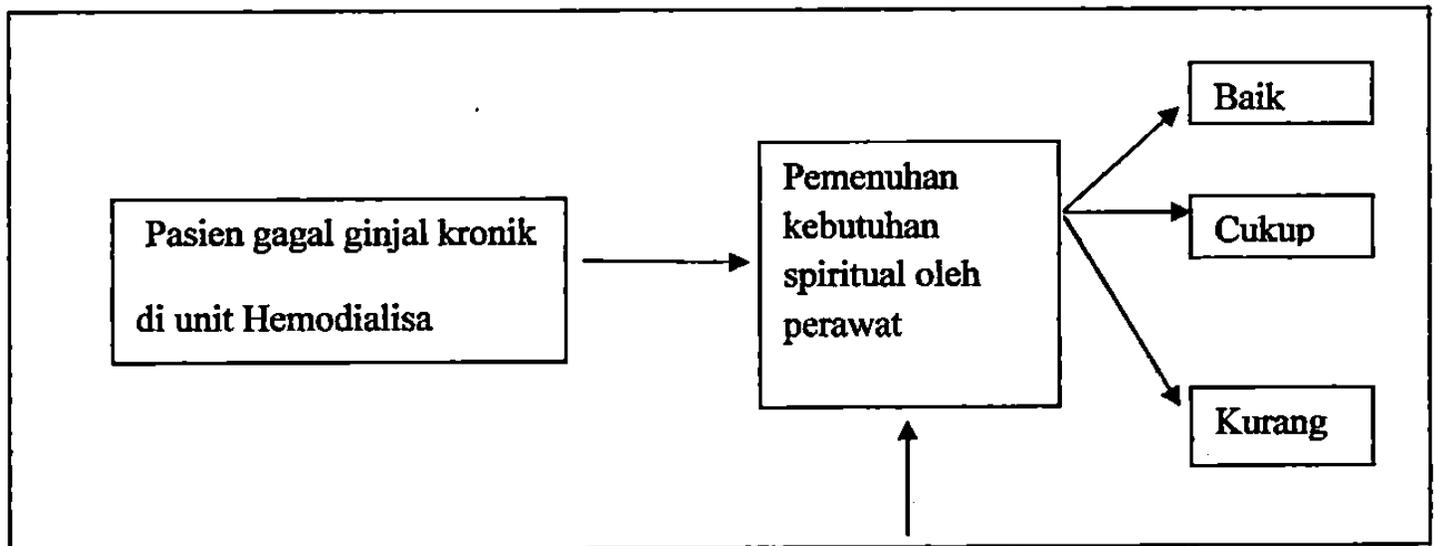
Terjadinya persepsi seseorang melalui beberapa fase yang dilaluinya menurut (Kusmawati, 2007) fase dalam belajar konseptual yaitu fase konsentrasi, pengolahan, prestasi dan umpan balik.

a) Fase konsentrasi adalah fase yang sangat berperan dan

D. Kerangka konsep

Skema 1.

Kerangka Konsep Penelitian



Faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi pasien terhadap perawat dalam memberikan kebutuhan spiritual adalah:

1. Tingkat pendidikan seseorang
2. Latar belakang etnik dan budaya
3. Pengalaman individu
4. Faktor lingkungan

E. Pertanyaan penelitian

Bagaimanakah persepsi pasien terhadap peran perawat dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien penyakit gagal ginjal kronik di unit hemodialisa DS DKU Muhammadiyah?