

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. LANDASAN TEORI

1. GAGAL GINJAL KRONIK

a. Definisi

Gagal Ginjal Kronik merupakan gangguan fungsi renal yang *progesif dan irreversible* dimana kemampuan ginjal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan *elektrolit* mengalami penurunan , sehingga menyebabkan *uremia* (*retensi urea* dan sampah nitrogen lain dalam darah) (Brunner & Suddarth,2001). Kerusakan ginjal ini dimanifestasikan dengan penurunan *Laju Filtrasi Glomerulus (LFG)* kurang dari 15 ml/menit disertai abnormalitas hasil pemeriksaan laboratorium yaitu *uremia* (Black & Hawks,2005).

The Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (KDOQI) of the National Kidney Foundation (NKF) pada tahun 2009, mendefinisikan gagal ginjal terminal sebagai suatu kerusakan ginjal dimana nilai dari *LFG* atau *Glomerulus Filtrasi Rate (GFR)* nya kurang dari 15 ml/menit (Rak A et al, 2016). Selain itu kerusakan ini dimanifestasikan dengan *abnormalitas struktural*

atau fungsional ginjal dengan penurunan *GFR* hingga kurang dari 15ml/menit disertai dengan abnormalitas hasil pemeriksaan laboratorium darah, urine atau pemeriksaan *imaging* dan kondisi pasien yang semakin memburuk (Pedoman Pelayanan Hemodialisis, 2008; Black & Hawks, 2005).

b. Etiologi

Kerusakan *nefron* secara permanen pada pasien gagal ginjal kronik dapat disebabkan oleh beberapa penyakit. Tiga penyakit utama penyebab gagal ginjal kronik menurut *Indonesia Renal Registry* (2014) yaitu *Hipertensi* (37%), *Nefropati diabetika* (27%), dan *glomerulonephritis kronis* (10%) (Pernefri, 2014). Penyebab lain dari Gagal Ginjal Kronik diantaranya, *Pyelonefritis kronis*, *Nefropati Obstruksi*, *Nefropati Asam Urat* dan *Polikistik Ginjal* (Pernefri, 2014).

c. Klasifikasi

Klasifikasi dari gagal ginjal kronik didasarkan pada nilai *laju filtrasi glomerulus*. *The Kidney Diseasesa Outcomes Quality Initiative (KDOQI, 2012)* mengklasifikasikan gagal ginjal kronik sebagai berikut:

Derajat 1 : kerusakan ginjal dengan *GFR* normal (≥ 90 ml/min) ,
rencana penatalaksanaan dengan terapi dasar

kondisi *morbiditas*, evaluasi perburukan *progressif* fungsi ginjal, memperkecil resiko kardiovaskuler.

Derajat 2 : kerusakan ginjal dengan penurunan *GFR* ringan (60-89ml/min), rencana penatalaksanaan untuk menghambat pemburukan *progresif* fungsi ginjal, biasanya mulai muncul komplikasi tekanan darah mulai meningkat.

Derajat 3a : penurunan *GFR* sedang dengan penurunan 45-59 ml/min, rencana penatalaksanaan untuk evaluasi dan terapi komplikasi. Biasanya mulai muncul komplikasi *Hiperfosfatemia, Hyperkalemia, Anemia dan Hipertensi*.

Derajat 3b : penurunan *GFR* sedang dengan penurunan 30-44 ml/min

Derajat 4 : penurunan *GFR* berat sampai dengan 15-29 ml/min, rencana penatalaksanaan persiapan untuk terapi pengganti ginjal. Mulai muncul komplikasi seperti *malnutrisi, asidosis metabolic, hyperkalemia dan hyperlipidemia*.

Derajat 5 : Gagal ginjal tahap akhir, dimana penurunan *GFR* sampai dengan < 15 ml/min, rencana

penatalaksanaan untuk terapi pengganti ginjal.

Komplikasi yang muncul gagal jantung dan *uremia*.

Menurut Bare & Smeltzer (2006), komplikai potensial gagal ginjal kronis yang memerlukan pendekatan kolaboratif dalam perawatan mencakup beberapa hal, antara lain :

- 1) *Hyperkalemia* akibat penurunan *ekskresi* , *asidosis metabolic*, *katabolisme* dan masukan diet berlebih.
- 2) *Pericarditis*, *efusi pericardial* dan *tamponade jantung* akibat *retensi* produk sampah *uremik* dan *dialysis* yang tidak *adekuat*.
- 3) *Hipertensi* akibat *retensi cairan* dan *natrium* serta mal fungsi system *renin angiotensin aldosterone*.
- 4) *Anemia* akibat penurunan *eritropoetin* , penurunan rentang usia sel darah selama Hemodialisis.
- 5) Penyakit tulang serta klasifikasi *metastatic* akibat *retensi fosfat*, kadar *serum* yang rendah, *metabolisme vitamin D* abnormal, peningkatan kadar aluminium.

d. Tanda dan gejala

Pasien dengan gagal ginjal kronik akan mempengaruhi semua system tubuh, hal ini disebabkan karena adanya penurunan fungsi *nefron* (Black & Hawks, 2005). Tanda dan gejala yang

muncul pada pasien gagal ginjal kronik tergantung pada tingkat kerusakan *nefron*, penyakit yang mendasari dan usia pasien (Black & Hawks, 2005). Tanda dan gejala yang muncul pada pasien gagal ginjal kronik antara lain :

1) Sistem *Kardiovaskuler*

Hipertensi merupakan komplikasi kardiovaskuler. Hipertensi dapat terjadi akibat *retensi cairan dan sodium*. Tanda dan gejala yang lain yang biasa muncul pada *sistem kardivaskuler* adalah *Left ventricular hypertrophy (LVH)*, *coronary artery disease*, *Congestive Heart failure (CHF)*, *pericarditis*, *pericardial effusion* dan *pericardial tamponade* (Price & Wilson, 2003).

2) Sistem Integumen

Tanda yang muncul berupa kulit kering dan bersisik, kulit terasa gatal (*pruritus*) karena tingginya kandungan urea, kulit terlihat pucat, *hiperpigmentasi* dan *dermatitis*. Kuku dan rambut menjadi kering dan pecah-pecah sehingga mudah rusak dan patah. Dapat terjadi *ekimosis* karena adanya *disfungsi platelet* (Price & Wilson, 2003).

3) Sistem *Immunitas*

Karena adanya defisiensi system imun tubuh, maka pasien mudah terjadi infeksi. Kondisi yang menyebabkan defisiensi system imun karena *malnutrisi* dan seringnya dilakukan tindakan *infasif* (Kallenbach et al,2005).

4) Sistem Gastrointestinal

Adanya perdarahan saluran cerna dan *ulcerasi* biasanya disebabkan oleh adanya *iritasi mukosa gaster* karena kondisi *uremia dan iritasi ammonia* sehingga terkadang nafas berbau *ammonia*. Adanya diare kadang disebabkan adanya iritasi usus dan dapat menimbulkan *hyperkalemia*. Pasien dengan penurunan aktifitas, *restriksi* cairan, rendahnya intake *potassium* dan rendah serat dapat terjadi *konstipasi*. Gejala *anoreksia*, mual ,muntah dan kelainan *periodontal* dapat disebabkan karena *toksin uremia* (Kallenbach et al,2005).

5) Sistem Hematologi

Anemia terjadi sebagai akibat dari produksi *eritropoetin* yang tidak adekuat, memendeknya usia sel darah merah, defisiensi nutrisi dan kecenderungan untuk mengalami perdarahan akibat status uremik pasien, terutama dari saluran *gastrointestinal*. *Eritropoetin* suatu substansi normal yang

diproduksi oleh ginjal, menstimulasi sumsum tulang untuk menghasilkan sel darah merah. Pada gagal ginjal, produksi *eritropoetin* menurun dan anemia berat terjadi, disertai keletihan, *angina* dan sesak nafas (Brunner, Sudarth, 2010).

6) Sistem Neurologi

Gangguan yang terjadi pada system *neurologi* berupa *fatigue*, penurunan konsentrasi, *ansietas dan agitasi*. Selain itu juga dapat terjadi perubahan tingkat kesadaran. Kejang dapat terjadi apabila *azotemia* meningkat dengan cepat. Gangguan tidur dapat terjadi seperti *insomnia, Restless Leg Syndrome* dan *sleep apnea* (Kallenbach et al,2005).

7) Sistem Pernafasan

Oedema pulmonal dan left ventricular dysfunction disebabkan adanya akumulasi cairan yang berlebih. *Pernafasan kussmaul's* dan bau nafas uremik (Kallenbach et al,2005).

8) Ketidakseimbangan Metabolisme

Hal ini disebabkan karena uremia berhubungan dengan *metabolisme* lemak, protein dan glukosa.

e. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang dilakukan pada pasien dengan gagal ginjal kronik adalah :

- 1) Terapi konservatif yang ditujukan untuk meredakan atau memperlambat gangguan fungsi ginjal *progresif*. Seperti mengoptimalkan dan mempertahankan keseimbangan cairan dan garam, diet tinggi kalori rendah protein, kontrol hipertensi, kontrol ketidakseimbangan elektrolit, deteksi dini, terapi infeksi dan deteksi terapi komplikasi. Tindakan ini juga bertujuan mempertahankan fungsi *nefron* dan meningkatkan kualitas kesehatan pasien (PERNEFRI, 2008).
- 2) Terapi pengganti ginjal yang terdiri dari Hemodialisis, *peritoneal dialysis* dan *transplantasi* ginjal. Terapi ini dilakukan setelah terapi konservatif tidak efektif. Pada keadaan gagal ginjal kronik tahap akhir satu- satunya pengobatan yang efektif adalah *Hemodialisis* dan transplantasi ginjal (Konsensus Hemodialisis, 2003; Kallenbach *et al*, 2005).

2. HEMODIALISIS

a. Definisi

Hemodialisis adalah salah satu dari terapi pengganti ginjal yang menggunakan alat khusus dengan tujuan mengeluarkan *toksin uremik* dan mengatur cairan elektrolit tubuh (PerMenKes RI no.812 tahun 2010). Hemodialisis merupakan suatu proses yang digunakan pada pasien dalam keadaan akut dan memerlukan terapi dialysis jangka pendek (beberapa hari hingga beberapa minggu) atau pasien dengan Gagal Ginjal Kronik Tahap Akhir (ESRD) yang membutuhkan terapi jangka panjang atau terapi permanen. Alat khusus dalam hemodialisis merupakan suatu *membrane semi permeable* yang dapat dilalui oleh air dan zat tertentu atau zat sampah. Proses ini disebut dialysis yaitu proses berpindahannya air atau zat melalui *membrane semi permeable* (Brunner & Sudarth, 2010).

Hemodialisis merupakan teknologi tinggi sebagai terapi pengganti untuk mengeluarkan sisa-sisa metabolisme atau racun dari peredaran darah manusia seperti air, *natrium*, *kalium*, *hydrogen*, *urea*, *kreatinin*, dan zat-zat lain melalui *membrane semi permeable* sebagai pemisah darah dan cairan dialisat pada ginjal buatan dimana terjadi proses *difusi*, *osmosis* dan *filtrasi* (Bare & Smeltzer, 2006). Proses *difusi*, *osmosis* dan *ultrafiltrasi* ini

membersihkan darah klien dan kemudian darah tersebut dikembalikan melalui suatu alat akses yang ditempatkan khusus ke pembuluh darah (*tandur Gore-Tex*) (Potter and Perry, 2005).

b. Tujuan Hemodialisis

Tujuan dilakukan Hemodialisis adalah untuk mengambil zat-zat *nitrogen* yang *toksik* dari dalam darah dan mengeluarkan air yang berlebihan. Pada Hemodialisis aliran darah yang penuh dengan toksin dan limbah *nitrogen* dialirkan dari tubuh pasien ke *dialiser* tempat darah tersebut dibersihkan dan dikembalikan lagi ke tubuh pasien (Brunner & Sudarth, 2010). Bagi penderita gagal ginjal kronik tahap akhir *hemodialisis* tidak menyembuhkan atau memulihkan penyakit ginjal tetapi hanya membantu fungsi ginjal untuk mengeluarkan zat toksin *uremik* dan mengatur cairan *elektrolit* tubuh (PerMenKes RI no.812 tahun 2010).

Biasanya pasien membutuhkan 12-15 jam Hemodialisis setiap minggunya yang terbagi dalam dua atau tiga sesi . Setiap sesi berlangsung selama 3-6 jam tergantung dari tipe membrane yang digunakan, ukuran tubuh pasien dan kriteria lain yang ditentukan (Carpenter & Lazarus dalam Lubis 2006).

c. Indikasi Hemodialisis

Di Indonesia Hemodialisis secara ideal dilakukan pada pasien dengan GFR < 15 ml/menit (PERNEFRI,2008). Penurunan GFR < 15 ml/menit mengindikasikan fungsi *ekskresi* ginjal sudah minimal sehingga terjadi *akumulasi zat toksik* dalam darah. Komplikasi akut yang membahayakan jiwa pasien dapat terjadi sehingga perlu dilakukan hemodialisis. Indikasi untuk dilakukan hemodialisis adalah pada saat terjadi komplikasi akut seperti *edema paru, hiperkalemia dan asidosis metabolik* berulang. Pada kondisi ini tujuan dilakukan hemodialisis untuk mengeluarkan cairan yang berlebih, racun/zat toksik secara cepat. Indikasi yang lain adalah pada pasien *nefropati diabetic*, yang merupakan komplikasi pada pasien *diabetes mellitus*, karena dapat mempercepat komplikasi *kardiovaskuler*. Untuk mencegah kerusakan organ lain pada penderita DM maka *hemodialisis* dapat dilakukan lebih dini (Pernefri, 2008).

d. Komplikasi Dan Gangguan Dari Proses Hemodialisis

Tindakan Hemodialisis dapat menimbulkan komplikasi seperti *hipotensi*, kram otot, mual muntah, sakit kepala, nyeri dada, *emboli* udara, *pruritus* serta gangguan keseimbangan *dialisis* (Bare & Smeltzer, 2006). Sebelum dilakukan *hemodialisis*, perlu

dilakukan pengkajian *pradialisis* yang berguna untuk mengantisipasi tingkat dan kompleksitas masalah- masalah yang timbul selama Hemodialisis berlangsung. Pengkajian ini meliputi diagnose klien, tahap penyakit, masalah-masalah kesehatan lain, keseimbangan cairan dan elektrolit, nilai laboratorium, temuan klinis lain, respon terhadap tindakan Hemodialisis sebelumnya serta status emosioanal (Bare & Smeltzer, 2006).

Hemodialisis tidak menyembuhkan atau memulihkan penyakit ginjal sehingga pasien sering merasa khawatir akan kondisi sakitnya yang tidak dapat diramalkan. Meskipun perasaan tersebut normal dalam situasi ini, namun perasaan tersebut sering meluap sehingga dapat menyebabkan perilaku maladaptive seperti marah, takut kematian atau menolak untuk dilakukan haemodialisis (Bare & Smeltzer, 2006). Keadaan ketergantungan pada mesin *dialisis* seumur hidup ini mengakibatkan terjadinya perubahan dalam kehidupan penderita gagal ginjal kronik, seperti adanya kekhawatiran tentang masa depan yang berfokus pada hal-hal yang tidak dapat dikendalikan yang dapat memicu terjadinya kemarahan, takut akan kematian, depresi dan kecemasan (Brunner, Sudarth, 2010).

3. KEHILANGAN DAN BERDUKA

a. Definisi

Kehilangan adalah suatu situasi aktual maupun potensial yang dapat dialami individu ketika terjadi perubahan dalam hidup atau berpisah dengan sesuatu yang sebelumnya ada, baik sebagian ataupun keseluruhan (Potter & Perry, 2005). Tipe dari kehilangan mempengaruhi tingkat distres. Namun demikian, setiap individu berespons terhadap kehilangan secara berbeda. Kehilangan dapat berupa kehilangan yang nyata atau kehilangan yang dirasakan. Kehilangan yang nyata merupakan kehilangan terhadap orang atau objek yang tidak dapat lagi dirasakan, dilihat, diraba atau dialami individu, misalnya anggota tubuh, anak, hubungan, dan peran di tempat kerja. Kehilangan yang dirasakan merupakan kehilangan yang sifatnya unik berdasarkan individu yang mengalami kedukaan, misalnya kehilangan harga diri atau percaya diri (Potter and Perry, 2005).

b. Jenis-jenis kehilangan

- 1) Kehilangan objek eksternal, misalnya kehilangan karena kecurian atau kehancuran akibat bencana alam.

- 2) Kehilangan lingkungan yang dikenal, misalnya kehilangan karena berpindah rumah, dirawat di rumah sakit, atau berpindah pekerjaan.
- 3) Kehilangan sesuatu atau individu yang berarti, misalnya kehilangan pekerjaan, kepergian anggota keluarga atau teman dekat, kehilangan orang yang dipercaya, atau kehilangan binatang peliharaan.
- 4) Kehilangan suatu aspek diri, misalnya kehilangan anggota tubuh dan fungsi psikologis atau fisik.
- 5) Kehilangan hidup, misalnya kehilangan karena kematian anggota keluarga, teman dekat, atau diri sendiri (Potter and Perry, 2005).

c. Berduka

Berduka adalah proses dimana seseorang mengalami respon psikologis, sosial dan fisik terhadap kehilangan yang dipersepsikan. Respon ini dapat berupa keputusasaan, kesepian, ketidakberdayaan, kesedihan, rasa bersalah dan marah. Proses dukacita memiliki sifat yang mendalam, internal, menyedihkan dan berkepanjangan. Dukacita dapat ditunjukkan melalui pikiran, perasaan maupun perilaku yang bertujuan untuk mencapai fungsi yang lebih efektif dengan mengintegrasikan kehilangan ke dalam pengalaman hidup. Pada saat seseorang yang berduka ingin

mencapai fungsi yang lebih efektif, maka dibutuhkan waktu yang cukup lama dan upaya yang cukup keras untuk mewujudkannya sendiri (Potter & Perry, 2005).

Definisi lain menyebutkan bahwa berduka, dalam hal ini dukacita adalah proses kompleks yang normal yang mencakup respon dan perilaku emosi, fisik, spiritual, sosial, dan intelektual ketika individu, keluarga, dan komunitas menghadapi kehilangan aktual, kehilangan yang diantisipasi, atau persepsi kehilangan ke dalam kehidupan pasien sehari-hari (NANDA, 2011).

Dari berbagai definisi diatas, dapat disimpulkan bahwa berduka merupakan suatu reaksi psikologis sebagai respon kehilangan sesuatu yang dimiliki yang berpengaruh terhadap perilaku emosi, fisik, spiritual, sosial, maupun intelektual seseorang. Berduka sendiri merupakan respon yang normal yang dihadapi setiap orang dalam menghadapi kehilangan yang dirasakan (Potter & Perry, 2005; NANDA,2011).

d. Faktor penyebab berduka

Banyak situasi yang dapat menimbulkan kehilangan dan dapat menimbulkan respon berduka pada diri seseorang (Carpenito, 2006). Situasi yang paling sering ditemui adalah sebagai berikut:

1) Patofisiologis

Berhubungan dengan kehilangan fungsi atau kemandirian yang bersifat sekunder akibat kehilangan fungsi neurologis, *kardiovaskuler, sensori, muskuloskeletal, digestif, pernapasan, ginjal dan trauma.*

2) Terkait pengobatan

Berhubungan dengan peristiwa kehilangan akibat *dialisis* dalam jangka waktu yang lama dan prosedur pembedahan (*mastektomi, kolostomi, histerektomi*).

3) Situasional (Personal, Lingkungan)

Berhubungan dengan efek negatif serta peristiwa kehilangan sekunder akibat nyeri kronis, penyakit terminal, dan kematian; berhubungan dengan kehilangan gaya hidup akibat melahirkan, perkawinan, perpisahan, anak meninggalkan rumah, dan perceraian; dan berhubungan dengan kehilangan normalitas sekunder akibat keadaan cacat, bekas luka, dan penyakit.

4) Maturasional

Berhubungan dengan perubahan akibat penuaan seperti teman teman, pekerjaan, fungsi, dan rumah dan berhubungan dengan kehilangan harapan dan impian. Rasa berduka yang

muncul pada setiap individu dipengaruhi oleh bagaimana cara individu merespon terhadap terjadinya peristiwa kehilangan. Dalam menghadapi kehilangan individu dipengaruhi oleh dukungan sosial (Support System), keyakinan religius yang kuat, kesehatan mental yang baik, dan banyaknya sumber yang tersedia terkait disfungsi fisik atau psikososial yang dialami (Potter & Perry,2005).

e. Akibat berduka

Setiap orang merespon peristiwa kehilangan dengan cara yang sangat berbeda. Tanpa melihat tingkat keparahannya, tidak ada respon yang bisa dikatakan maladaptif pada saat menghadapi peristiwa kehilangan akut. Apabila proses berduka yang dialami individu bersifat maladaptif, maka akan menimbulkan respon detrimental (cenderung merusak) yang berkelanjutan dan berlangsung lama (Carpenito, 2006). Proses berduka yang maladaptif tersebut akan menyebabkan berbagai masalah sebagai akibat munculnya emosi negatif dalam diri individu. Dampak yang muncul diantaranya perasaan ketidakberdayaan, harga diri rendah, hingga isolasi sosial (Potter & Perry,2005).

f. Tahap berduka.

Strategi koping yang efektif dalam teori kehilangan / berduka, untuk mencapai tahap penerimaan (*acceptance*) individu akan mengalami beberapa tahapan sebagai berikut (Potter & Perry,2005) :

1) *Denial* (mengingkari)

Pada tahap ini dimulai dari rasa tidak percaya saat menerima musibah atau cobaan, selanjutnya diliputi kebingungan, bingung akan apa yang harus dilakukan, sekaligus bingung mengapa hal ini bisa terjadi. Reaksi fisik yang terjadi pada tahap pengingkaran adalah letih, lemah, pucat, mual, diare, gangguan pernafasan, detak jantung cepat, menangis, gelisah dan tidak tahu harus berbuat apa.

2) *Anger* (*marah*)

Tahapan ini ditandai dengan adanya reaksi emosi/ marah pada diri sendiri, menjadi lebih peka dan sensitive terhadap masalah masalah kecil yang pada akhirnya menimbulkan kemarahan. Tidak jarang individu menunjukkan perilaku agresif, bicara kasar, menolak pengobatan, menuduh dokter dan perawat tidak mampu. Respon fisik yang sering terjadi

pada fase ini antara lain muka merah, nadi cepat, gelisah, susah tidur dan tangan menggepal.

3) *Bargaining (tawar menawar)*

Tahapan dimana individu mulai berusaha untuk menghibur diri, memohon kemurahan Tuhan dan berpikir tentang upaya apa yang akan dilakukan untuk membantu proses penyembuhan.

4) *Depression (bersedih yang mendalam)*

Tahapan yang muncul dalam sikap keputusasaan, menarik diri, tidak mudah bicara, perasaan tidak berharga. Gejala fisik yang sering diperlihatkan adalah menolak makan, susah tidur, letih, dorongan libido menurun.

5) *Acceptance (penerimaan)*

Tahapan dimana individu telah mencapai titik pasrah dan mencoba untuk menerima keadaannya dengan tenang (Kubler & Ross dalam Koziar, 1991).

4. *SEFT (Spiritual Emotional Freedom Technique)*

Intervensi SEFT adalah bagian dari terapi modalitas pada terapi individual atau perorangan dengan pendekatan hubungan individual antara seorang terapis dengan pasien, melalui tahapan yang sistematis/terstruktur sehingga terjadi perubahan tingkah laku pasien

sesuai dengan tujuan yang ditetapkan di awal hubungan dengan melakukan intervensi terhadap tubuh dan pikiran (Zainudin, 2006). *Intervensi SEFT merupakan pengembangan dari Emotional Freedom Technique (EFT)* dimana faktor "S" adalah faktor Spiritual . Proses terapi *EFT* berfokus pada *Self Centered* yaitu asumsi kesembuhan berasal dari diri sendiri, sedangkan *SEFT* berfokus pada *God Centered* yaitu asumsi kesembuhan berasal dari tuhan (Zainudin, 2011). Hal ini sangat penting karena faktor spiritual sangat berperan dalam proses penyembuhan. *SEFT lebih power full*, jauh lebih cepat dalam penyembuhan dibandingkan versi aslinya *EFT* (Zainudin, 2011). Faktor Spiritual sangat penting karena merupakan hal *esensial* dan hubungan *vertikal* "paling tulus" antara hamba dan penciptanya. Tidak ada perbedaan agama dalam pemberian *intervensi SEFT* . Apapun kepercayaan atau agama anda, bisa menerima terapi ini. Kunci dari terapi ini adalah KIP (Khusyuk, Ikhlas dan Pasrah) (Zainudin, 2011).

Pengobatan komplementer saat ini sudah banyak dilakukan di Indonesia, bahkan sudah ada Peraturan Menteri Kesehatan yang mengatur tentang hal ini, yaitu PerMenKes RI No 1109/MenKes/Per/IX/2007 tentang Penyelenggaraan Pengobatan Alternatif Komplementer di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

Pengobatan alternatif komplementer adalah pengobatan non konvensional yang ditujukan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat meliputi upaya *promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative* yang diperoleh melalui pendidikan terstruktur dengan kualitas, keamanan dan efektifitas yang tinggi yang berlandaskan ilmu pengetahuan *biomedik*, yang belum diterima dalam kedokteran *konvensional* (PerMenKes RI No.1109/MenKe/Per/IX/2007). Intervensi *SEFT* termasuk dalam ruang lingkup pengobatan komplementer terkait dengan intervensi tubuh dan pikiran (*mind and body intervention*).

a. Pengertian SEFT

Spiritual Emotional Freedom Technique (SEFT) merupakan suatu teknik yang menggabungkan unsur energi tubuh (*energy medicine*) dengan unsur terapi spiritualitas dan melakukan metode tapping pada beberapa titik tertentu pada tubuh (Zainudin, 2006). *Spiritual Emotional Freedom Technique* (SEFT) adalah salah satu dari banyak metode yang berkembang untuk membantu klien untuk mengatasi masalah mereka. Teknik semacam ini memiliki keunikan dalam, dasar *terminologi filosofis*, serta tahapan diambil dalam aplikasi. Meskipun perbedaan tersebut, *SEFT* dikembangkan sesuai dengan sifat manusia. Hal ini dirancang

untuk memenuhi sisi spiritual yang melekat pada setiap orang (Mulia et al, 2009).

Kondisi spiritual berpengaruh terhadap stress, pada pasien penyakit kronis *dan* berpengaruh terhadap ketenangan psikologis (Rowe & Allen 2004). Pemenuhan kebutuhan spiritual sangat penting ketika sedang mengalami sakit fisik. Ketika kondisi fisik terganggu ada kemungkinan mengalami perubahan emosi. Pada kondisi tersebut, komponen spiritual seseorang sangat penting untuk mengatasi perubahan emosi tersebut. Mendekat pada Tuhan, diyakini akan memudahkan seseorang untuk mengatasi perubahan emosional selama sakit (Lueckenotte, 1995).

b. Keuntungan Terapi SEFT

Intervensi SEFT memiliki keunikan dan keuntungan dibandingkan dengan teknik konseling lain, adapun keuntungan *intervensi SEFT* adalah:

- 1) Efektif: pasien dan terapis bertatap muka langsung dan tidak menggunakan alat apapun..
- 2) Mudah: dapat dipelajari dan mudah dipraktikan oleh siapa saja, tidak memerlukan kualifikasi khusus untuk menguasai *SEFT*.
- 3) Cepat: satu kali terapi *SEFT* hanya berkisar antara 15-50 menit.

- 4) Murah: belajar cukup sekali, idealnya belajar secara tuntas di pelatihan *SEFT* dan setelah itu bisa menggunakan teknik ini untuk selamanya.
- 5) Permanen: Efektifitas *SEFT* bisa dirasakan secara permanen, jika sakit kambuh, kita tinggal melakukan lagi.
- 6) Tidak ada efek samping: tidak menimbulkan rasa sakit atau efek samping yang berarti, jadi aman dipraktikkan oleh siapapun.
- 7) Universal: apapun keyakinan agama bisa dipraktikkan.
- 8) Memberdayakan: bisa dilakukan sendiri untuk segala masalah.
- 9) Ilmiah: *SEFT* tidak berhubungan dengan hal-hal supranatural.
- 10) *Kompatibel* dapat digabungkan dengan teknik lain yang telah dikuasai misalnya *Hypnotherapy*, *Reiki*, *Prana*, *Ruqyah*.
- 11) *Komprehensif* bisa diterapkan untuk hampir semua masalah.
(Zainudin, 2006).

Kondisi Spiritual seseorang dapat mempengaruhi *psikoneuroimunologi* yang merangsang *imunitas* sehingga mempengaruhi *relaksasi* dan dapat menyebabkan sistem syaraf mengeluarkan *endorfin*, *delison* dan berbagai *neurotransmitter* yang lain yang membawa manfaat pada

peningkatan *imunitas*, peningkatan aktifitas *interferon* dan *makrofag* (Spencer & McEwen, 1990).

5. TEORI STRES DAN ADAPTASI CALISTA ROY

a. Teori Stres dan Adaptasi

Calista Roy menegaskan bahwa individu adalah makhluk *biopsikososial* sebagai satu kesatuan yang memiliki *mekanisme koping* untuk beradaptasi terhadap perubahan lingkungan. Individu selalu berinteraksi secara konstan atau selalu beradaptasi dengan perubahan lingkungan. Calista Roy mendefinisikan lingkungan sebagai semua yang ada di sekeliling kita dan berpengaruh terhadap perkembangan manusia. Sehat adalah suatu keadaan atau proses dalam menjaga *integritas* diri. Menurut Calista Roy peran perawat adalah membantu klien beradaptasi dengan perubahan yang ada (Roy dalam Tommey & Alligood, 2006).

Respon atau adaptasi seseorang terhadap perubahan menurut teori adaptasi Calista Roy bergantung pada stimulus yang masuk dan tingkat atau kemampuan adaptasi orang tersebut. Kemampuan adaptasi seseorang ditentukan oleh 3 hal yaitu : masukan (*input*), *control* dan keluaran (*output*).

1) *Input*

Input sebagai *stimulus* yang merupakan kesatuan informasi, bahan - bahan atau *energi* dari lingkungan yang dapat menimbulkan respon. Hal ini dibagi dalam tiga tingkatan, yaitu *stimulus fokal* (yang langsung berhadapan dengan seseorang, efeknya segera, misalnya infeksi), *stimulus kontekstual* (semua stimulus yang dialami seseorang baik *internal* maupun *eksternal* yang mempengaruhi situasi dan dapat diobservasi, diukur dan dilaporkan secara subyektif. Rangsangan ini muncul secara bersamaan dan dapat menimbulkan respon *maladaptif* pada *stimulus fokal* seperti *anemia*, *isolasi sosial*, *stimulus residual* (yaitu ciri ciri tambahan yang ada dan relevan dengan situasi yang ada tetapi sukar untuk diobservasi, seperti keyakinan/kepercayaan, sikap, sifat individu berkembang sesuai pengalaman yang lalu sehingga memberi proses belajar untuk toleransi. Misalnya seperti pengalaman nyeri pada pinggang ada yang toleransi tetapi ada yang tidak, begitu juga pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialysis ada yang sabar menerima ujian, ada yang kurang sabar sehingga gampang marah, cemas, takut akan kematian dan akhirnya tidak mau lagi dilakukan hemodialisis.

2) Kontrol

Proses kontrol seseorang menurut Callista Roy adalah bentuk respon psikologis yang digunakan. Mekanisme koping dibagi atas regulator dan kognator yang merupakan subsistem.

a) Subsistem Kognator

Stimulus untuk subsistem kognator merupakan gambaran respon yang berkaitan dengan kognitif dan emosi, termasuk didalamnya persepsi, proses informasi, pembelajaran dan emosional.

b) Subsistem Regulator

Subsistem regulator merupakan gambaran respon berkaitan dengan perubahan pada system saraf kimia tubuh dan organ endokrin. Subsistem regulator merupakan mekanisme kerja utama yang berespon dan beradaptasi terhadap stimulus lingkungan.

3) Output

Output dari suatu system adalah perilaku yang dapat diamati, diukur atau secara subyektif dapat dilaporkan baik dari dalam maupun dari luar. Callista Roy mengategorikan output system sebagai respon yang adaptif dan respon inefektif. Respon yang adaptif dapat meningkatkan *integritas*

seseorang yang secara keseluruhan dapat terlihat bila seseorang tersebut mampu melaksanakan tujuan yang berkenaan dengan kelangsungan hidup, perkembangan, reproduksi dan keunggulan. Sedangkan respon yang tidak efektif mengancam integritas (Priyo, 2012).

Tingkat adaptasi seseorang dipengaruhi oleh perkembangan individu itu sendiri dan penggunaan *mekanisme koping*. Penggunaan *mekanisme koping* yang maksimal meningkatkan tingkat adaptasi seseorang dan meningkatkan rentang stimulus agar dapat merespon secara positif (Priyo, 2012). Callista Roy mengembangkan seseorang sebagai output system adaptasi subsistem regulator dan kognitor dimanifestasikan kedalam 4 mode adaptasi yang meliputi mode fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan interdependensi

a) Mode fisiologis

- (1). Oksigenasi, indikator respon adaptif berupa proses pernafasan yang seimbang, pola pertukaran gas yang stabil, dan transportasi gas yang memadai. Indikator respon yang tidak efektif adalah hipoksia, gangguan ventilasi, pertukaran dan transportasi gas yang tidak

adekuat, perubahan fungsi jaringan, dan proses kompensasi untuk perubahan oksigen yang kurang.

- (2). Nutrisi, indikator respon adaptif berupa proses pencernaan yang stabil, pola nutrisi sesuai keperluan tubuh, kebutuhan metabolisme dan nutrisi yang terpenuhi. Indikator respon inefektif adanya penurunan berat badan, perasaan mual dan muntah serta pola makan yang tidak adekuat.
- (3). Eliminasi, indikator respon adaptif memperlihatkan adanya pola eliminasi defekasi dan urine yang normal, sedangkan jika adanya perubahan pola eliminasi defekasi dan urine yang mengalami gangguan dalam frekuensi dan jumlah maka berada dalam kondisi inefektif.
- (4). Aktifitas dan istirahat, indikator respon adaptif berupa proses mobilitas yang terintegrasi, pergerakan yang cukup, pola aktifitas dan istirahat yang efektif, dan menyesuaikan tidur dengan perubahan lingkungan. Indikator respon inefektif adanya immobilitas, intoleransi aktifitas, pola aktifitas dan istirahat tidak efektif dan gangguan pola tidur.

- (5). Proteksi, indikator respon adaptif berupa kulit utuh, respon penyembuhan luka yang efektif dan pengaturan suhu yang efektif. Indikator respon inefektif adanya gangguan integritas kulit, *delayed wound healing*, infeksi pengaturan suhu tidak efektif dan proses immunitas tidak efektif.
- (6). Sensori /perasaan, indikator respon adaptif mencakup proses sensasi yang efektif, integrasi input sensori menjadi formasi efektif, pola persepsi yang stabil, strategi koping untuk untuk gangguan sensori efektif. Indikator respon inefektif adanya gangguan pada sensori primer, hilangnya kemampuan merawat diri sendiri, gangguan komunikasi, nyeri akut dan kronis, gangguan persepsi dan strategi koping kerusakan sensori yang tidak efektif.
- (7). Cairan dan elektrolit, indicator respon adaptif memperlihatkan adanya proses keseimbangan cairan dan stabilitas elektrolit di dalam tubuh stabil, status asam basa yang seimbang, regulasi *buffer* kimia yang efektif. Indikator inefektif *dehidrasi*, *edema*, *syok*, gangguan elektrolit dan keseimbangan asam basa.

(8). Fungsi syaraf/*neurologis*, indikator respon adaptif adanya perhatian, persepsi, pembentukan konsep, memori dan bahasa yang efektif, mampu mengintegrasikan perencanaan, respon *motoric* dan proses berpikir, serta fungsi perkembangan yang efektif. Respon inefektif berupa penurunan kesadaran, proses berpikir tidak efektif, gangguan memori, perilaku dan *mood* tidak stabil dan potensial kerusakan otak sekunder.

(9). Fungsi *endokrin*, respon *adaptif* berupa adanya pengaturan hormonal untuk *metabolik* dan proses tubuh yang efektif, pengaturan *hormone* untuk perkembangan *reproduksi* yang efektif, *strategi koping* terhadap stress yang efektif. Indikator respon inefektif tampak pada *regulasi hormone* yang tidak efektif, *fatigue*, *iritabilitas* dan *stress*.

b) Mode konsep diri

(1). *The Physical self* , indikator respon *adaptif* memperlihatkan adanya gambaran diri positif, fungsi seksual yang efektif, *integritas* fisik dengan pertumbuhan fisik, kompensasi terhadap perubahan

tubuh yang efektif, *strategi koping* terhadap kehilangan yang efektif. Indikator respon yang inefektif adanya gangguan gambaran diri, disfungsi seksual, dan *strategi koping* kehilangan tidak efektif. Kubler & Ross dalam Koziar (1991) menyatakan *strategi koping* yang efektif dalam teori kehilangan/berduka, individu akan melalui tahapan mengingkari (*denial*), marah (*anger*), tawar menawar (*bargaining*), depresi (*depression*), dan penerimaan (*acceptance*).

- (2). *The Personal self*, indikator respon adaptif memperlihatkan konsistensi diri, ideal diri, moral etik spiritual yang efektif, harga diri yang fungsional dan strategi koping yang efektif terhadap ancaman. Respon inefektif berupa kecemasan, *powerlessness*, merasa bersalah dan harga diri rendah.
- c) Mode Fungsi Peran, indikator respon adaptif memperlihatkan adanya proses transisi peran yang efektif, pengungkapan perilaku peran yang utuh, keutuhan peran primer, sekunder dan tersier, pola penguasaan peran yang stabil dan proses koping terhadap perubahan peran yang

efektif. Respon yang tidak efektif adanya transisi peran, konflik peran, dan kegagalan dalam menjalankan peran.

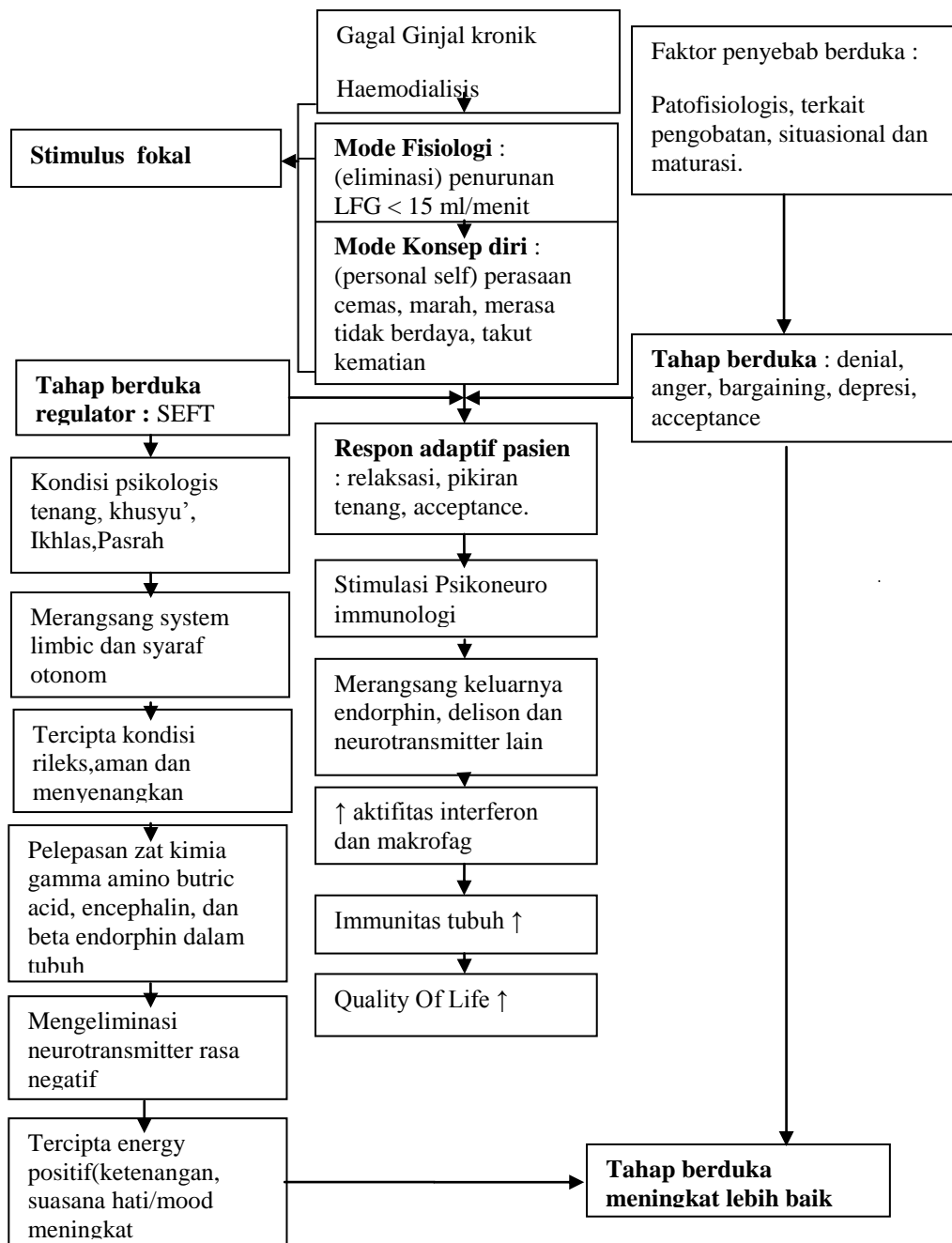
- d) Mode Interdependensi atau saling ketergantungan, respon adaptif berupa memperlihatkan adanya pola member dan menerima pengasuhan yang stabil, pola kesendirian dan berhubungan dengan lingkungan yang efektif, strategi koping terhadap perpisahan dan kesendirian yang efektif. Sedangkan respon yang tidak efektif adanya pola member dan menerima pengasuhan tidak efektif, pola kesendirian dan berhubungan dengan lingkungan yang tidak efektif, dan kesepian (Roy dalam Tommy & Alligood, 2006).

Pada teori Callista Roy tujuan dari intervensi keperawatan adalah untuk mempertahankan dan mempertinggi perilaku adaptif dan merubah perilaku tidak efektif., sehingga pasien dapat beradaptasi terhadap perubahan kebutuhan fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan hubungan interdependensi dalam rentang sehat – sakit. Untuk mencapai hal tersebut perawat dapat memberikan intervensi untuk meningkatkan dan menguatkan tahap berduka untuk mencapai penerimaan (Potter & Perry, 2005).

Dengan *intervensi SEFT* diharapkan dapat menimbulkan respon psikologis yang adaptif berupa meningkatnya tahap berduka yang merupakan *strategi koping* terhadap kehilangan yang efektif sehingga dapat menciptakan ketenangan, pasrah dan relaksasi pada pasien. Dengan kondisi ini akan merangsang system limbic dan syaraf otonom sehingga tercipta kondisi yang rileks, aman dan menyenangkan (Zainudin, 2006). Keadaan ini akan merangsang pelepasan zat kimia *gamma amino butric acid*, *encephalin* dan *beta endorpin* yang kemudian akan membantu *mengeliminasi neurotransmitter* rasa negatif seperti marah atau perasaan tidak nyaman yang lain, sehingga akan muncul energi positif seperti suasana hati/mood yang meningkat, tenang, yang dapat membantu menurunkan tahap berduka (Zainudin, 2006). *Endorfin* adalah semacam *polipeptida* yang mengandung 30 unit *asam amino* yang mengikat pada *reseptor opiad* di otak dan dapat menimbulkan perasaan *euphoria*, melepaskan nafsu makan, *modulasi hormone* dan memiliki sifat menghilangkan rasa sakit. *Endorfin* juga merupakan *neurotransmitter* yang berinteraksi dengan *neuro reseptor*

morfin untuk mengurangi rasa sakit. Pada gangguan nyeri kronis , *endorphin* ditemukan dalam jumlah banyak (Bailey, 2006).

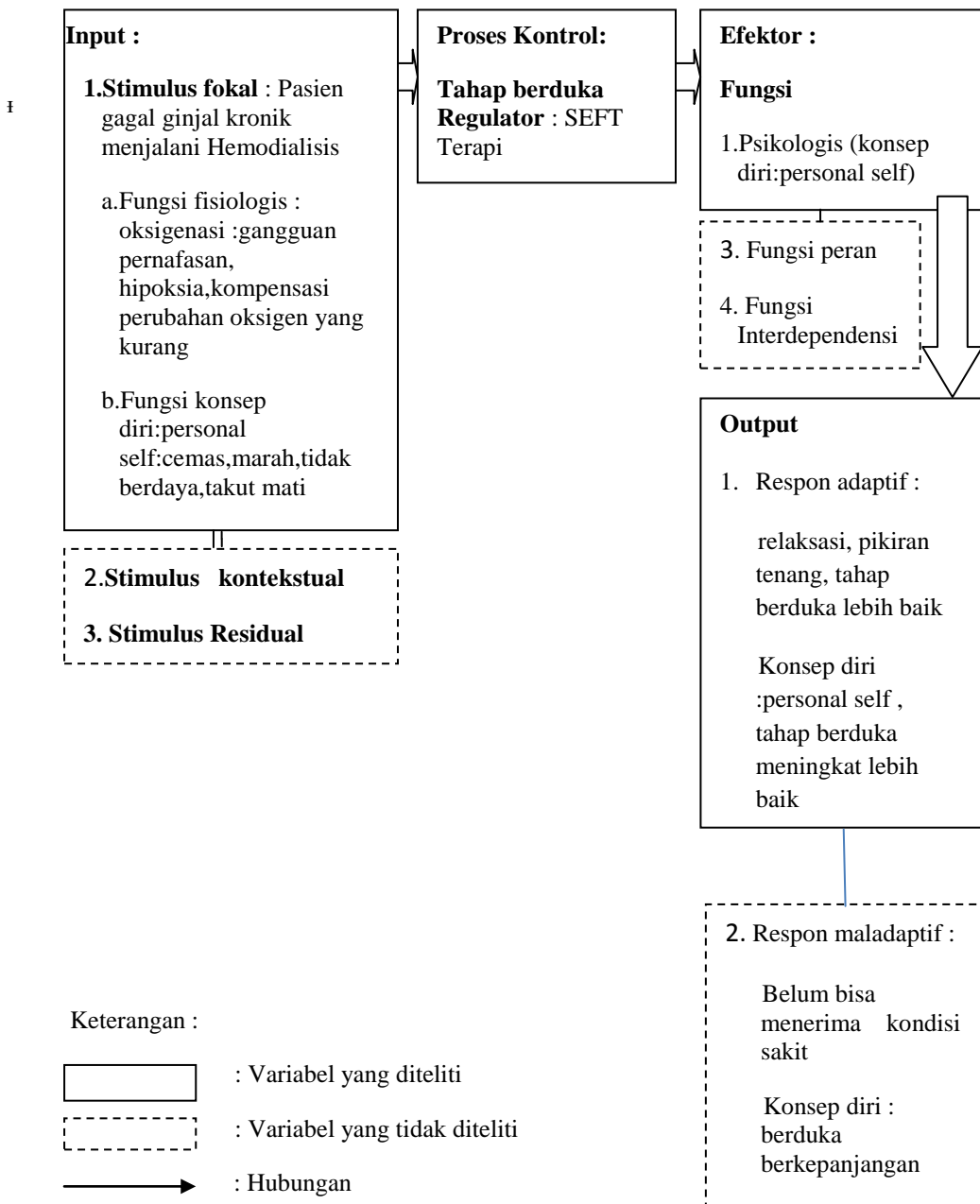
B. KERANGKA TEORI



Gambar 1. Kerangka Teori

(Sumber : Modifikasi dari Brunner & Suddarth,2010; Zainudin,2011; Tomey,A.M,&Alligood,MR,2006; Kozier,1995, Potter&Perry,2005)

C. KERANGKA KONSEP



Gambar 2. Kerangka Konsep Penelitian

D. Hipotesis

H0 : Intervensi *Spiritual Emotional Freedom Technique* mempengaruhi proses tahap berduka pasien Gagal Ginjal Kronik yang menjalani haemodialisis di Ruang Haemodialisa RSUD Muhammadiyah Yogyakarta.

H1 : Intervensi *Spiritual Emotional Freedom Technique* tidak mempengaruhi proses tahap berduka pasien Gagal Ginjal Kronik yang menjalani haemodialisis di Ruang Haemodialisa RSUD Muhammadiyah Yogyakarta.