

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Gagal Ginjal Kronik

Ginjal merupakan organ vital bagi manusia. Gagal ginjal merupakan penyebab kematian pasien rawat inap di rumah sakit dengan persentase sekitar 3,16% (Depkes RI, 2007). Menurut proses terjadinya penyakit, gagal ginjal dibagi menjadi 2 yaitu gagal ginjal akut dan gagal ginjal kronik. Dikatakan akut apabila penyakit berkembang sangat cepat, terjadi dalam beberapa jam atau dalam beberapa hari. Sedangkan kronis, terjadi dan berkembang secara perlahan, sampai beberapa tahun (Baradero, Dayrit, & Siswadi, 2009).

a. Pengertian

Gagal ginjal kronik / GGK adalah gangguan fungsi ginjal yang progresif dan irreversible dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit, menyebabkan uremia (retensi urea dan sampah nitrogen lain dalam darah) (Smeltzer & Bare, Hinkle & Cheever, 2008). *End Stage Renal Disease* (ESRD) merupakan tahap akhir dari gagal ginjal kronik yang ditunjukkan dengan ketidakmampuan ginjal dalam mempertahankan homeostasis tubuh (Ignatavicius &

Workman, 2006)

Menurut Price (2006), GGK merupakan perkembangan gagal ginjal yang progresif dan lambat (berlangsung beberapa tahun), ginjal kehilangan kemampuannya untuk mempertahankan volume dan komposisi cairan tubuh dalam keadaan asupan makanan normal. Menurut *The Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (K/DOQI) of the National Kidney Foundation (NKF)* pada tahun 2009, mendefinisikan gagal ginjal kronis sebagai suatu kerusakan ginjal dimana nilai dari GFR nya kurang dari 60 mL/min/1.73 m² selama tiga bulan atau lebih.

b. Stadium GGK

Stage dan Deskripsi dari gagal ginjal kronik

Stage	Deskripsi	GFR (ml/min/1,75)
	Mempunyai resiko GGK	≥ 90 (dengan faktor resiko GGK)
Stadium 1	Kerusakan ginjal dengan GFR normal atau meningkat	≥ 90
Stadium 2	Kerusakan ginjal dengan GFR menurun ringan	60 - 89
Stadium 3	Kerusakan ginjal dengan GFR menurun sedang	30 - 59
Stadium 4	Kerusakan ginjal dengan GFR menurun berat	15 - 29
Stadium 5	Gagal ginjal	< 15 (dialysis)

Berdasarkan buku *Medical Surgical Nursing, Volum 2.* (Lewis, Sharon.,dkk, 2004)

c. Etiologi

Menurut *United States Renal Data System (URSD)* dalam Ignatavicius dan Workman (2006), terdapat tiga penyebab utama gagal ginjal kronik tahap akhir, yaitu diabetes mellitus (43,4%),

hipertensi (25,5%) dan glomerulonephritis (8,4%).

a. Diabetes mellitus

Diabetes merupakan penyebab umum terjadinya glomerulopati yang menyebabkan terjadinya gagal ginjal stadium akhir. Berdasarkan laporan dari *United States Renal Data System (USRDS)* tahun 2009 sekitar 50% penderita gagal ginjal stadium akhir adalah pasien diabetes. Dari penelitian Novoa (2010), menyebutkan bahwa keadaan hiperglikemia dapat mengakibatkan gangguan pada ginjal antara lain : (1) Komponen lapisan penyaring ginjal seperti pedosit dan sel mesangial mengalami kematian. Akibatnya terjadi glomerulosklerosis atau dapat mengakibatkan inflamasi yang berkembang menjadi fibrosis. Hal ini membuat penurunan GFR. (2) Terjadi perubahan transport pada tubulus yang mengakibatkan proteinuria. Dengan demikian terjadi glomerulosklerosis, hilangnya nefron, dan perlukaan pada nefron yang akan menurunkan GFR. (3) Terjadi aktivasi pada sel pedosit, sel mesangial, dan sel tubulus yang membuat peningkatan sitokin dan RAS, hal ini membuat vasokonstriksi pada ginjal. Akibatnya terjadi penurunan aliran darah ke ginjal, sehingga tekanan glomerulus turun dan GFR turun.

b. Hipertensi

Hipertensi merupakan penyebab kedua terjadinya gagal ginjal konik. Berdasarkan laporan dari *United States Renal Data System (USRDS)* tahun 2009 sekitar 51--63% pasien GGK menderita hipertensi. Dari penelitian menyebutkan terjadinya hipertensi sebesar 40% pada GFR 90ml/min/1.73m³, 55% pada GFR 60ml/min/1.73m³, dan 75% pada GFR 30ml/min/1.73m³ (Joy, 2008).

Pasien yang mempunyai riwayat penyakit jantung dan penyakit vaskuler akan mempercepat gangguan fungsi ginjal dibandingkan dengan pasien yang tidak mempunyai riwayat penyakit tersebut (Kausz *et al*, 2000). Hipertensi menjadi penyebab GGK akibat aktivasi aksis renin angiotensin dan kerjasama keduanya dalam meningkatkan sekresi aldosterone. Pada keadaan tekanan darah tinggi yang berkembang terus menerus akan meningkatkan tekanan glomerulus yang akan membuat glomerulus menjadi renggang.

c. Glomerulonephritis

Glomerulonephritis dalam beberapa bentuknya, merupakan penyebab paling umum yang mengawali gagal ginjal di masa lampau (Buku Medical Surgical Nursing, Volum 2). Glomerulonephritis juga merupakan salah satu penyebab lain yang mendasari terjadinya penyakit gagal

ginjal kronis (National Kidney Foundation K/DOQI, 2000 dalam Kallenbach 2005).

2. Hemodialisis

Sejauh ini, menurut *National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse*, hemodialisis merupakan terapi yang paling sering digunakan pada penderita gagal ginjal kronik. Tujuan utama hemodialisis adalah menghilangkan gejala yaitu mengendalikan uremia, kelebihan cairan, dan ketidakseimbangan elektrolit yang terjadi pada pasien CKD (Corca, Gutch, Kallenbach & Stoner 2005).

a. Pengertian

Hemodialisis merupakan suatu proses yang digunakan pada pasien dalam keadaan sakit akut dan memerlukan terapi dialisis jangka pendek (beberapa hari hingga beberapa minggu) atau pasien dengan penyakit ginjal stadium akhir atau *end stage renal disease (ESRD)* (Suharyanto dan Madjid, 2009).

Frekuensi tindakan hemodialisis bervariasi tergantung banyaknya fungsi ginjal yang tersisa, rata-rata penderita menjalani tiga kali dalam seminggu. Bila dilihat berdasarkan lama pelaksanaan hemodialisa paling sedikit tiga sampai empat jam tiap sekali tindakan terapi (Brunner dan Suddath, 2002; Yang et al., 2011).

b. Proses Hemodialisis

Proses hemodialisis dengan menggunakan selaput membran semi permeabel yang berfungsi seperti nefron sehingga dapat mengeluarkan produk sisa metabolisme dan mengoreksi gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit pada pasien gagal ginjal (Ignatavicius & Workman, 2009). Proses dialisa menyebabkan pengeluaran cairan dan sisa metabolisme dalam tubuh serta menjaga keseimbangan elektrolit dan produk katabolik dalam tubuh (Ignatavicius & Workman 2006). Menurut Raharjo (2009), hemodialisis dilakukan dengan mengalirkan darah pasien kedalam tabung dialiser yang memiliki dua kompartemen semipermeable. Kompartemen ini akan dialirkan oleh cairan dialysis yang bebas pirogen, berisi larutan dengan komposisi elektrolit mirip serum normal dan tidak mengandung sisa metabolisme nitrogen. Pada proses dialysis, terjadi perpindahan cairan dari kompartemen hidrostatis negatif pada kompartemen cairan dialisa.

c. Indikasi

Indikasi hemodialisis di Indonesia secara ideal dilakukan pada pasien dengan laju filtrasi glomerulus <15 ml/menit (PERNEFRI, 2003). Hemodialisis diindikasikan pada klien dalam keadaan akut yang memerlukan terapi dialisis jangka pendek (beberapa hari hingga beberapa minggu) atau klien dengan penyakit ginjal tahap akhir yang membutuhkan terapi jangka panjang/permanen (Bare,

Cheever, Hinkle & Smeltzer, 2008). Secara umum indikasi dilakukan hemodialisis pada gagal ginjal kronis adalah: 1) LFG kurang dari 15 ml/menit karena mengindikasikan fungsi ekresi ginjal sudah minimal, sehingga terjadi akumulasi zat toksik dalam darah; 2) hiperkalemia; 3) asidosis; 4) kegagalan terapi konservatif; 5) kadar ureum lebih dari 200 mg/dL dan kreatinin lebih dari 6 mEq/L; 6) kelebihan cairan; 7) anuria berkepanjangan lebih dari 5 hari.

d. Komplikasi

Meskipun hemodialisis aman dan bermanfaat untuk pasien, namun bukan berarti tanpa efek samping. Beberapa komplikasi hemodialisis, diantaranya hipotensi, kram otot, mual dan muntah, sakit kepala, sakit dada, sakit punggung, gatal, demam tinggi dan menggigil merupakan komplikasi akut yang muncul pada pasien hemodialisis (Rahardjo, 2009)

Komplikasi intradialisis merupakan kondisi abnormal yang terjadi saat pasien menjalani hemodialisis. Komplikasi intradialisis yang umum dialami pasien antara lain hipotensi (Barkan, Mirimsky, Katzir&Ghicavii, 2006). Daugirdas, 2007 dan Teta, 2008 menyebutkan bahwa frekuensi hipotensi intradialisis terjadi pada 20-30% dialisis. Komplikasi lainnya yang dapat terjadi selama pasien menjalani hemodialisis adalah hipertensi intradialisis (Daugirdas, Blake & Ing, 2007). Hipertensi

bukan komplikasi intradialisis yang umum, sedikit pasien bisa mengalami hipertensi intradialisis (Hudak & Gallo, 1999).

Komplikasi hipotensi dan hipertensi intradialisis dapat terjadi selama hemodialisis dan bisa berpengaruh pada komplikasi lain (Holley, Bern & Post, 2007). Komplikasi ini dapat mengakibatkan timbulnya masalah baru yang lebih kompleks antara lain ketidaknyamanan, meningkatkan stress dan mempengaruhi kualitas hidup memperburuk kondisi pasien bahkan menimbulkan kematian (Jablonski, 2007).

3. Depresi

a. Pengertian

Menurut *World Health Organization*, depresi adalah gangguan mental umum yang menyajikan dengan mood depresi, kehilangan minat atau kesenangan, perasaan bersalah atau rendah diri, tidur terganggu atau nafsu makan menurun, energi rendah, dan hilang konsentrasi (WHO, 2014). Depresi sebagai suatu gangguan suasana hati yang dicirikan dengan tidak ada harapan dan patah hati, ketidakberdayaan yang berlebihan, tidak mampu mengambil keputusan untuk memulai suatu kegiatan, tidak mampu untuk berkonsentrasi, tidak punya semangat hidup, selalu tegang dan mencoba untuk bunuh diri (Lubis, 2009). Prevalensi depresi pada pasien GGK sekitar 20-30%, bahkan bisa mencapai 47%. Sebuah penelitian Patel (2012), menyebutkan 150 pasien yang menjalani

hemodialisis, 70 (46,6%) pasien mengalami depresi dan 43 (28,6%) memiliki keinginan untuk bunuh diri.

b. Penyebab Depresi

Terdapat 3 faktor yang menyebabkan terjadinya depresi, yaitu faktor biologi, faktor genetik dan psikososial.

a) Faktor biologi

Hemodialisis tidak dapat menyembuhkan penyakit ginjal karena tidak mampu mengimbangi hilangnya aktifitas metabolik penyakit ginjal. Oleh karena itu, pada pasien yang menderita penyakit gagal ginjal harus menjalani hemodialisis sepanjang hidupnya (Smeltzer dan Bare, 2007). Pasien GGK dengan masalah hemodialisis dapat membuat perubahan mood pada diri pasien. Neurotransmitter amin biogenik tersering pada gangguan mood adalah norepinefrin, serotonin dan dopamin. Penurunan serotonin dapat mencetuskan depresi. Pada terapi despiran mendukung teori bahwa norepineprin berperan dalam patofisiologi depresi (Kaplan, 2010). Selain itu aktivitas dopamin pada depresi menurun. Hal tersebut tampak pada pengobatan yang menurunkan konsentrasi dopamin seperti reserpin dan penyakit dimana konsentrasi dopamin menurun seperti pada PP yang disertai gejala depresi. Obat yang meningkatkan konsentrasi dopamin: tyrosin, amphetamine dan bupropion dapat menurunkan gejala depresi (Kaplan, 2010).

Hypothalamic Pituitary Adrenal Axis (Aksis HPA)

Pada keadaan depresi terjadi peningkatan aktivitas aksis HPA yang ditandai dengan pelepasan *Corticotropin Releasing Hormone (CRH)* dari hipotalamus. Pelepasan CRH dari hipotalamus dirangsang oleh noradrenergik, serotonergik dan kolinergik, serta dihambat oleh GABA dan α -adrenergik agonis. Peningkatan CRH menyebabkan peningkatan rangsangan pada hipofisis anterior untuk mensekresikan ACTH. Pelepasan ACTH -selain oleh CRH- juga ditentukan oleh konsentrasi kortisol plasma, stres fisik atau psikologis dan siklus tidur bangun. ACTH berperan merangsang keluarnya kortisol dari korteks adrenal. Pada keadaan depresi terjadi peningkatan ACTH. Hipersekresi ACTH yang berlangsung lama dapat menimbulkan hiperaktivitas kelenjar adrenal sehingga dapat terjadi penambahan volume dan berat kelenjar adrenal. Kortisol dikeluarkan dari kelenjar adrenal dan masuk ke dalam sirkulasi umum. Sekitar 95% kortisol yang ada dalam sirkulasi terikat dengan α -globulin dan disebut transkortin atau *corticosteroid-binding globulin (CBG)*. Sebagian kecil kortisol bebas yang ada dalam plasma berfungsi untuk memberikan efek umpan balik negatif terhadap sekresi CRH dan ACTH. Ia berfungsi menghambat sintesis dan pelepasan CRH dan ACTH. Pada pasien depresi terjadi peningkatan kadar kortisol

terutama pada malam hari atau sore hari, sedangkan pada orang normal tidak terjadi peningkatan pada waktu-waktu tersebut. Kortisol yang tinggi ini tidak mampu menginhibisi sekresi CRH dan ACTH. Hal ini diduga karena plastisitas reseptor glukokortikoid menurun pada depresi. Peningkatan kortisol yang lama dapat menyebabkan toksik pada neuron sehingga bisa terjadi kematian neuron terutama di hipokampus. Kerusakan pada hipokampus ini menjadi predisposisi depresi. Simptom gangguan kognitif pada depresi juga dikaitkan dengan gangguan hipokampus. (Amir N, 2005 ; Guyton *and* Hall, 2008 ; Silbernagl & Lang, 2007 dalam Tjandra, 2014).

b) Faktor genetik

Penelitian genetik dan keluarga menunjukkan bahwa angka resiko di antara anggota keluarga tingkat pertama dari individu yang menderita depresi berat (unipolar) diperkirakan 2 sampai 3 kali dibandingkan dengan populasi umum. Angka keselarasan sekitar 11% pada kembar dizigot dan 40% pada kembar monozigot. Oleh Lesler (2001), Pengaruh genetik terhadap depresi tidak disebutkan secara khusus, hanya disebutkan bahwa terdapat penurunan dalam ketahanan dan kemampuan dalam menghadapi stres. Proses menua bersifat individual, sehingga kepekaan seseorang terhadap penyakit adalah genetik.

c) **Psikososial**

Peristiwa kehidupan dan stres lingkungan dimana suatu pengamatan klinik menyatakan bahwa peristiwa atau kejadian dalam kehidupan yang penuh ketegangan sering mendahului episode gangguan *mood*. Suatu teori menjelaskan bahwa stres yang menyertai episode pertama akan menyebabkan perubahan fungsional neurotransmitter dan sistem pemberi tanda intra neuronal yang akhirnya perubahan tersebut menyebabkan seseorang mempunyai resiko yang tinggi untuk menderita gangguan *mood* selanjutnya (Sadock, 2010). Faktor kepribadian *premorbid* menunjukkan tidak ada satu kepribadian atau bentuk kepribadian yang khusus sebagai predisposisi terhadap depresi. Semua orang dengan ciri kepribadian manapun dapat mengalami depresi, walaupun tipe kepribadian seperti *dependen*, *obsesi kompulsif*, *histironik* mempunyai risiko yang besar mengalami depresi dibandingkan dengan lainnya (Sadock, 2010). Faktor Psikoanalitik dan Psikodinamik menyatakan hubungan antara kehilangan objek dan melankoli. Dikatakan bahwa kemarahan pasien depresi ditujukan kepada diri sendiri yang disebabkan karena objek yang hilang. Freud percaya bahwa introjeksi merupakan suatu cara *ego* untuk melepaskan diri terhadap objek yang hilang (Sadock, 2010). Menurut penelitian dikatakan depresi sebagai

suatu efek yang dapat melakukan sesuatu terhadap agresi yang diarahkan kedalam dirinya. Apabila pasien depresi menyadari bahwa mereka tidak hidup sesuai dengan yang dicita-citakannya, akan mengakibatkan mereka putus asa (Tasman, 2008). Faktor ketidakberdayaan pada penderita depresi, dapat membuat penderita menyerah dan merasa putus asa (Sadock, 2010). Pada teori kognitif, menunjukkan gangguan kognitif pada depresi. Tiga pola kognitif utama pada depresi yang disebut sebagai “*triadkognitif*”, yaitu pandangan negatif terhadap masa depan, pandangan negatif terhadap diri sendiri, individu menganggap dirinya tak mampu, bodoh, pemalas, tidak berharga, dan pandangan negatif terhadap pengalaman hidup (Sadock, 2010).

c. Faktor yang mempengaruhi depresi

a) Usia

Berdasarkan teori, individu berusia 25 sampai 44 tahun dianggap rentan mengalami ansietas dan depresi dibandingkan individu yang berusia lebih tua (Harber, *et al.*, dalam Potter & Perry, 2010). Pada pasien GGK rentang usia 45 – 60 merupakan jumlah terbanyak mengalami depresi karena rentang usia tersebut termasuk masa dewasa tengah, yaitu masa awal terjadinya kemunduran kemampuan sensori, kesehatan, stamina dan kekuatan, sehingga beresiko tinggi

terhadap terjadinya depresi, sedangkan pada usia >60 tahun, pasien dianggap sudah memiliki pengalaman hidup lebih baik dibandingkan dengan pasien yang lebih muda. Pengalaman hidup terkait dengan kondisi pasien dapat membuat berkurangnya depresi pasien, sehingga akan menurunkan resiko terjadinya depresi (Papalia, dkk, 2009; Astiti, 2014).

b) Jenis kelamin

Menurut teori yang dikemukakan oleh Satvik (2008) bahwa secara nyata perempuan menunjukkan kualitas hidup lebih rendah dari laki – laki. Perempuan memiliki kualitas hidup yang lebih rendah disebabkan karena secara studi menunjukkan bahwa perempuan lebih mudah dipengaruhi oleh depresi karena berbagai alasan yang terjadi dalam kehidupannya seperti mengalami sakit dan masalah gender yang mengarah pada kekurangan kesempatan dalam semua aspek kehidupannya.

c) Pendidikan

Tingkat pendidikan berkaitan erat dengan pengetahuan yang dimiliki seseorang. Hasil penelitian menunjukkan rata-rata pasien yang mengalami depresi memiliki tingkat pendidikan yang rendah. Pasien yang memiliki tingkat pendidikan rendah berhubungan dengan kurangnya pengetahuan atau informasi yang diperoleh oleh pasien. Pada

penelitian yang dilakukan Astiti (2014), pasien mengatakan jarang mendapatkan informasi kesehatan dari perawat di unit hemodialisa (Astiti, 2014).

d) Pekerjaan

Tidak mempunyai pekerjaan atau menganggur juga merupakan faktor risiko terjadinya depresi. Suatu survei yang dilakukan terhadap wanita dan pria dibawah 65 tahun yang tidak bekerja, sekitar enam bulan mengalami depresi tiga kali lebih besar dari pada yang bekerja (Nurmiati Amir, 2005).

d. Gejala Depresi

Secara umum, gejala dan tanda depresi pada lansia sama dengan depresi pada populasi umum. Kemunculan depresi dapat ditandai dengan gejala yang sifatnya dapat dikenali oleh individu yang mengalaminya atau orang-orang yang ada di sekelilingnya. Gejala tersebut dapat berupa perubahan motivasi, emosi, kognitif atau fungsi diri, tingkah laku dan biologis (Paul Gilbert, 2000 dalam Djaali, et al 2013).

1. Gejala motivasi

Gejala motivasi terlihat dalam bentuk kehilangan tenaga dan minat melakukan sesuatu, termasuk yang biasanya disukai. Selain itu juga dapat muncul dalam bentuk usaha menghindar dari pekerjaan atau kegiatan lain yang menuntut tanggungjawab dalam pelaksanaannya.

2. Gejala emosi atau suasana perasaan

Gejala emosi atau suasana perasaan dapat terlihat dalam bentuk munculnya kekosongan di dalam diri individu yang disertai dengan menurunnya emosi-emosi positif yang dirasakan sehari-hari. Selain itu dapat muncul juga mood/ suasana hati depresif dan perasaan murung serta tidak berharga di dalam diri.

3. Gejala kognitif

Gejala kognitif tampil dalam bentuk penurunan konsentrasi, atensi, kemampuan berpikir, serta fungsi ingatan. Selain itu dapat pula muncul berupa pikiran-pikiran negatif berisi pesimisme mengenai masa depan, sehingga muncul pemikiran untuk mengakhiri hidup.

4. Gejala tingkah laku

Gejala tingkah laku tampil dalam bentuk penghentian aktifitas termasuk yang biasa disukai, menarik diri dari interaksi sosial atau justru ingin selalu ditemani oleh orang lain. Gejala ini sangat terkait dan mencerminkan bentuk nyata dari gejala motivasi.

5. Gejala biologis atau kondisi fisik

Gejala biologis atau kondisi fisik tampil dalam bentuk kesulitan tidur atau justru terlalu banyak tidur, berkurang atau bertambahnya nafsu makan yang disertai dengan penurunan

atau penambahan berat badan, serta menurunnya minat seksual.

e. Instrumen penilaian tingkat depresi

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) adalah instrumen yang digunakan untuk melakukan pengukuran tingkat kecemasan dan depresi. Instrumen HADS dikembangkan oleh Zigmond and Snaith (1983) dalam Campos, Gimares, Remein (2010) dan dimodifikasi oleh Tobing (2012). Instrumen ini terdiri dari 14 item total pertanyaan yang meliputi pengukuran kecemasan (pertanyaan nomor 1, 3, 5, 7, 10, 11, 13), pengukuran depresi (pertanyaan nomor 2, 4, 6, 8, 9, 12, 14). Semua pertanyaan terdiri dari pertanyaan positif (*favorable*) dan pertanyaan negatif (*unfavorable*). Hal ini dilakukan untuk menghindari adanya bias. Item *favorable* dengan pilihan ansietas dan depresi terdapat pada nomor 2, 4, 9, 10, 12, 14 dengan pengukuran skala likert skor 0=selalu, 1=sering, 2=jarang dan 3=tidak pernah. Item *unfavorable* dengan pilihan ansietas dan depresi terdapat pada nomor 1, 3, 7, 8, 11, 13 dengan skoring 0=tidak pernah, 1=jarang, 2=sering dan 3=selalu. Penggolongan nilai skor merupakan penjumlahan seluruh hasil jawaban adalah normal (skor 0-7), ringan (skor 8-10), sedang (skor 11-14) dan berat (skor 15-21). HADS mempunyai nilai minimal 0 dan maksimal 42 (komposit) dengan rentang ansietas dan depresi rendah 0-20, sedang 21-28 dan tinggi 28-42

(Kusumawati, Keliat dan Nursasi, 2015).

4. Terapi Murotal Al-Qur'an

a. Pengertian Terapi Murotal Al Quran

Pengobatan nonfarmakologi untuk depresi adalah psikoterapi suportif, terapi kognitif-perilaku, terapi keluarga, terapi relaksasi, terapi interpersonal, konseling, dukungan social dan psikoreligius, seperti murotal Al-Qur'an (Lubis, 2009).

Al-Qur'an merupakan firman Allah SWT yang diturunkan kepada Nabi Muhammad SAW. Al-Qur'an merupakan petunjuk bagi orang-orang yang beriman. Ma'mun (2012) juga menyatakan dalam penjelasannya Al-Qur'an secara ilmiah merupakan obat yang menyembuhkan dan menyehatkan manusia. Menurut Poerna (2007) murotal Al-Qur'an merupakan rekaman suara Al-Qur'an yang dilagukan oleh seorang Qori' (pembaca Al-Qur'an).

Kemajuan teknologi medis telah banyak membawa perubahan dan terus berkembang. Pengobatan yang bersifat modern lebih menekankan pada penyembuhan penyakit jasmani (Ma'mun, 2012), sementara pengobatan keagamaan masih kurang (Awad, Al-Ajmi & Waheedi, 2012). Menurut Izzat dan Arif (2011) manusia tidak menyadari bahwa Allah menciptakan penyakit juga ada obatnya. Pemberian terapi bacaan Al-Qur'an yang diturunkan Allah dapat memberikan kesembuhan terhadap penyakit jasmani dan rohani.

b. Mekanisme Terapi Murotal Al-Qur'an Terhadap Tingkat Depresi Pasien Gagal Ginjal Kronik

Menurut Oriordan (2002) dalam Faradisi (2012) terapi murotal memberikan dampak psikologis kearah positif, hal ini dikarenakan ketika murotal diperdengarkan dan sampai ke otak, maka murotal ini akan diterjemahkan oleh otak. Persepsi kita ditentukan oleh semua yang telah terakumulasi, keinginan, hasrat, kebutuhan dan pra anggapan. Menurut MacGrego (2001) dalam Faradisi (2012) dengan terapi murotal maka kualitas kesadaran seseorang terhadap Tuhan akan meningkat, baik orang tersebut tahu arti Al- Quran atau tidak. Kesadaran ini akan menyebabkan totalitas kepasrahan kepada Allah SWT, dalam keadaan ini otak berada pada gelombang alpha, merupakan gelombang otak pada frekuensi 7-14Hz. Ini merupakan keadaan energi otak yang optimal dan dapat menyingkirkan stres dan menurunkan. Dalam keadaan tenang otak dapat berpikir dengan jernih dan dapat melakukan perenungan tentang adanya Tuhan, akan terbentuk koping atau harapan positif, sehingga menurunkan tingkat depresi dari pasien tersebut.

c. Pengaruh Murotal Al Quran Terhadap Respon Tubuh

Manusia diciptakan Allah SWT dari unsur tanah dan terbentuk dari sel-sel. Setiap sel bekerja sesuai dengan peran dan fungsinya (Sherwood, 2001; Ignatavicius & Workman, 2006),

sehingga tubuh memiliki keseimbangan yang baik. Kerusakan salah satu sel tubuh akan menyebabkan ketidakseimbangan bagi individu atau menimbulkan sakit (Ma'mun, 2011; AlKahel, 2011). Elzaky; Izzat & Arif (2011) menyatakan bahwa sel tubuh pada manusia sangat dipengaruhi oleh berbagai hal antara lain; gelombang cahaya, gelombang radio, dan gelombang suara. Secara prinsip getaran sel mengikuti irama dan bentuk tertentu yang dipengaruhi oleh sumber suara. Suara yang masuk ke telinga akan mempengaruhi sel-sel tubuh secara berkelanjutan.

Bagian sel tubuh yang sakit, kemudian diperdengarkan bacaan Al-Quran, akan mempengaruhi gelombang dalam tubuh dengan cara merespon suara dengan getaran-getaran sinyalnya dikirimkan ke sistem saraf pusat (AlKahel, 2011). Hal ini didukung Qadri (2003) bahwa pergerakan sel yang sakit dengan adanya gelombang suara yang masuk turut memperbaiki sel tubuh dengan cara, suara akan berinteraksi dengan tubuh sehingga menimbulkan keteraturan. Hal ini diperkuat oleh peneliti Emoto dari Jepang bahwa 70% bagian tubuh manusia adalah air dan medan elektromagnetis dan perubahannya dipengaruhi oleh suara. Suara atau bacaan Al quran berpengaruh besar terhadap partikel-partikel air didalam tubuh sehingga menjadi lebih baik dan meningkatkan kesembuhan. Hal ini juga berdampak kepada menurunnya tingkat depresi dari pasien tersebut.

d. Pengaruh Murotal Al-Qur'an Sebagai Penyembuh

Kesembuhan menggunakan Al-Qur'an dapat dilakukan dengan membaca, berdekatan dengannya, dan mendengarkannya (Asman, 2008). Ayat-ayat suci Al-Qur'an yang dibacakan kepada orang yang sakit jasmani maka akan mendapat keringanan penyakit. Metode penyembuhan dengan Al-Qur'an melalui dua cara yaitu membaca atau mendengarkan dan mengamalkan ajaran-ajarannya (Asman, 2008; Qadri, 2003). Kedua metode tersebut dapat mengurangi dan menyembuhkan berbagai penyakit, memberikan pahala yang besar bagi orang-orang yang mengamalkannya.

Penelitian Kedokteran Amerika Utara bahwa dengan membaca Al-Qur'an atau mendengarkannya dapat mengurangi ketegangan susunan saraf secara spontan, sehingga lambat laun bagi yang mendengarkan menjadi tenang, rileks, dan sembuh terhadap keluhan-keluhan fisik (Arif & Izzat, 2011; Elzaky, 2011).

e. Manfaat Murotal Al-Qur'an

Berikut ini adalah beberapa manfaat dari murotal (mendengarkan bacaan ayat-ayat suci Al-Qur'an) menurut Heru (2008) dalam Siswantinah (2011) :

- a) Mendengarkan bacaan ayat-ayat Al-Qur'an dengan tartil akan mendapatkan ketenangan jiwa.
- b) Lantunan Al-Qur'an secara fisik mengandung unsur suara

manusia, suara manusia merupakan instrument penyembuhan yang menakjubkan dan alat yang paling mudah dijangkau. Suara dapat menurunkan hormon-hormon stres, mengaktifkan *hormon endorphin* alami, meningkatkan perasaan rileks, dan mengalihkan perhatian dari rasa takut, cemas dan tegang, memperbaiki sistem kimia tubuh sehingga menurunkan tekanan darah dan memperlambat pernafasan, detak jantung, denyut nadi, dan aktivitas gelombang otak. Laju pernafasan yang lebih dalam atau lebih lambat tersebut sangat baik menimbulkan ketenangan, kendali emosi, pemikiran yang lebih dalam dan metabolisme yang lebih baik.

f. Surat Ar-Rahman

Surat Ar-Rahman adalah Surat ke-55 dalam Al-Qur'an, Surat ini tergolong Surat Makiyyah, terdiri atas 78 ayat. Dinamakan Surat Ar-Rahman yang berarti yang maha pemurah berasal dari kata Ar-Rahmanyang terdapat pada ayat pertama pada Surat ini. Ar-Rahman juga salah satu nama-nama Allah. Surat ini menerangkan sebagian besar dari tanda-tanda kebesaran dan kepemurahan dari Allah SWT. kepada hamba-hamba-nya, yaitu dengan memberikan nikmat-nikmat yang tidak terhingga baik di dunia maupun di akhirat.

Penelitian yang dilakukan oleh Ahmed Elkadi yang

dilakukan pada tahun 1985 mengungkapkan, bahwa ketegangan urat syaraf berpotensi mengurangi daya tahan tubuh yang disebabkan oleh terganggunya keseimbangan fungsi organ dalam tubuh untuk melawan sakit atau membantu proses penyembuhan. Mendengarkan murotal Al-Qur'an juga dapat merubah keadaan fisiologis dan psikologis yang besar, dimana dengan mendengarkan ayat suci Al-Qur'an memiliki pengaruh mendatangkan ketenangan dan menurunkan ketegangan urat syaraf reflektif sebesar 97%, (Al-Qahdi, dalam remolda (2009).

Ciri khas dari Surat Ar-Rahman adalah kalimat *fa-biayyi alaa'I rabbi kuma tukadziban*, yang bermakna (maka nikmat Tuhanmu yang manakah yang kamu dustakan?) yang diulang sebanyak 31 kali dalam Surat Ar-Rahman dan terletak di akhir setiap ayat yang menjelaskan nikmat Allah yang diberikan kepada manusia. Surat ini membuktikan bahwa Allah adalah Tuhan Yang Maha Pengasih dan mengajarkan pengetahuan tentang diri-Nya melalui Al-Qur'an. Akhir dari Surat ini adalah kalimat *Tabaraka* yang bermakna "Maha berkah". Maha berkah adalah salah satu nama Allah. Jika manusia menyebut nama Allah maka Allah akan menghampirinya. Keutamaan dalam Surat Ar-Rahman antara lain;

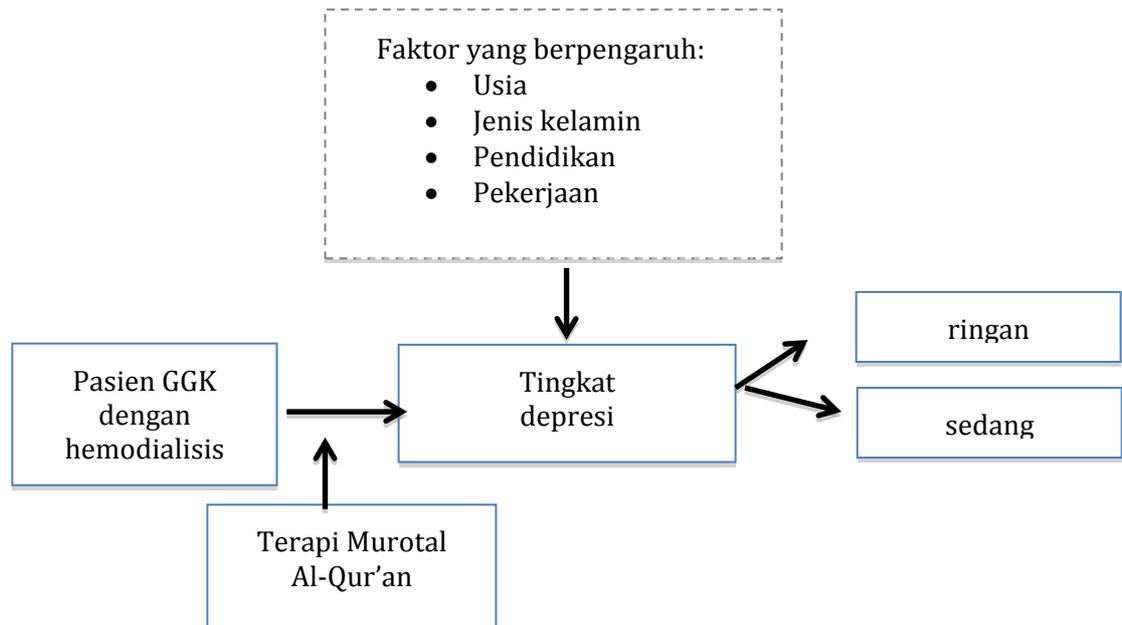
- a. Rasulullah SAW. bersabda: "Barang siapa yang membaca Surat Ar-Rahman, Allah akan menyayangi kelemahannya dan meridhai nikmat yang dikaruniakan padanya".

b. Imam Ja'far Ash-Shadiq berkata : “Barang siapa yang membaca Surat Ar-Rahman dan membaca kalimat ‘Fabiyyi ala’I rabbikuma tukadzibaan’, ia mengucapkan ; La bisyay-inmin alaika Rabbi akdzibu (tidak ada satupun nikmat-Mu, duhai Tuhanku, yang aku dustakan), jika saat membacanya itu pada malam hari kemudian ia mati, maka matinya seperti matinya orang yang syahid.

Menurut Putri (2014) dalam Yoan (2015) dengan terapi murotal Al-Qur’an maka kualitas kesadaran seseorang terhadap Tuhan akan meningkat, baik orang tersebut tahuarti Al-Qur’an atau tidak. Kesadaran ini akan menyebabkan totalitas kepasrahan terhadap Allah SWT, dalam keadaan ini otak berada dalam gelombang alpha merupakan gelombang otak pada frekuensi 7-14 hz ini merupakan keadaan energi otak yang optimal dalam keadaan tenang otak berpikir dengan jernih dan dapat melakukan perenungan tentang adanya Tuhan sehingga terbentuk koping atau harapan positif. Surat Ar-Rahman menyebutkan bermacam-macam nikmat Allah yang telah dilimpahkan kepada hamba-hamba-Nya yaitu dengan menciptakan alam dengan segala yang ada padanya. Kemudian dalam Surat ini juga diterangkan akan adanya pembalasan di akhirat, yaitu bagaimana keadaan penghuni neraka dan bagaimana keadaan dari penghuni surga yang telah dijanjikan oleh Allah kepada orang-orang yang bertakwa.

B. Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka teori diatas dapat disusun kerangka konsep sebagai berikut:



Keterangan:



Variabel diteliti



Variabel tidak diteliti

D. HIPOTESIS

Berdasarkan kerangka konsep di atas, maka dapat ditetapkan hipotesa penelitian yaitu ada pengaruh terapi murotal al-qur'an yang diberikan terhadap *tingkat depresi* pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis”.