BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. LANDASAN TEORI

1. Gagal Ginjal Kronik (GGK)

Lewis *et al.* (2014) menjelaskan bahwa gagal ginjal kronik (GGK) adalah hilangnya fungsi ginjal yang progesif dan *irreversible* yamg menyebabkan ketidakmampuan tubuh untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit sehingga terjadi uremia. GGK merupakan suatu kondisi yang menggambarkan terjadinya kerusakan ginjal atau penurunan Laju filtrasi glomerulus (LFG) selama 3 bulan atau lebih (Smeltzer *et al*., 2010). *Indonesian Renal Registry* (2014) mendefinisikan GGK adalah kerusakan ginjal yang terjadi lebih dari 3 bulan dengan adanya kelainan struktur histopatologi yaitu adanya kelainan komposisi darah dan urin atau uji pencitraan ginjal. Laju filtrasi glomerulus < 60

mL/min/1,73 m^2 selama lebih dari 3 bulan dengan atau tanpa kerusakan ginjal.

GGK memiliki banyak penyebab yang berbeda-beda, penyebab utamanya adalah diabetes (sekitar 50%) dan hipertensi (sekitar 40%). Meningkatnya prevalensi GGK dikaitkan dengan terjadinya peningkatan faktor risiko seperti populasi usia tua, kenaikan tingkat obesitas, penyakit kadiovaskuler, dan peningkatan kejadian diabetes dan hipertensi Lewis *et al.* (2014) sedangkan menurut Thomas dan Atkins (2006) penyebab utama GGK adalah diabetes tipe 1 (25-40%) dan diabetes tipe 2 (5-40%). Penyebab utama kedua adalah hipertensi, diikuti oleh glomerulonephritis dan pielonefritis, gangguan polikistik/penyakit kistik, penyakit urologi, keturunan atau kongenital, kanker ginjal (Lewis *et al.*, 2014; Smeltzer *et al*., 2010). Data dari Evers dan Kraaimaat (2001) menunjukkan bahwa urutan penyebab gagal ginjal pada pasien hemodialisa baru pada tahun 2014

adalah penyakit ginjal hipertensi (37%), nefropati diabetika (27%), glomerulopati primer (10%), dan nefropati obstruktif (7%).

Tahapan penyakit ginjal kronik berdasarkan laju filtrasi glomerulus (LFG) dengan nilai LFG normal 125 mL/menit/1,73 m^2 adalah sebagai berikut:

Tabel 2.1 Tahapan penyakit ginjal kronik

Tahap 1	LFG ≥ 90 mL/min/1,73 m^2	Kerusakan ginjal dengan LFG normal atau meningkat
Tahap 2	LFG = 60-89 mL/min/1,73 m^2	Penurunan ringan pada LFG
Tahap 3	LFG = 30-59 mL/min/1,73 m^2	Penurunan moderat pada LFG
Tahap 4	LFG = 15-29 mL/min/1,73 m^2	Penurunan LFG yang parah
Tahap 5	LFG < 15 mL/min/1,73 m^2	Gagal ginjal (penyakit ginjal stadium akhir [ESRD])

Sumber: Smeltzer *et al*. (2010)

Lewis *et al.* (2014) menjelaskan bahwa tahap akhir dari gagal ginjal adalah penyakit ginjal stadium akhir/*end stage renal disease* (ESRD) yang terjadi ketika LFG kurang dari 15 mL/menit. Pada tahap ini

memerlukan terapi pengganti ginjal untuk mempertahankan kehidupannya. Penggunaan terapi pengganti ginjal menjadi penting ketika ginjal tidak dapat lagi membuang kotoran, mempertahankan elektrolit, dan mengatur keseimbangan cairan. Hal ini dapat terjadi dengan cepat atau dalam jangka waktu yang lama dan kebutuhan untuk terapi pengganti dapat menjadi akut (jangka pendek) atau kronis (jangka panjang). Terapi pengganti ginjal utama yang sering digunakan adalah dialysis dengan berbagai jenisnya dan transplantasi ginjal (Smeltzer *et al*., 2010).

2. Hemodialisa

Hemodialisa merupakan salah satu jenis terapi yang diberikan pada pasien GGK sebagai pengganti ginjal dengan menggunakan dialiser yaitu selaput membran semi permiabel yang berfungsi seperti nefron, yang mengeluarkan produk sisa metabolisme dan mengoreksi gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit (Black & Hawks, 2005; Ignatavicius, 2013).

Smeltzer *et al*., 2010) menjelaskan bahwa hemodialisa digunakan untuk pasien yang sakit akut dan memerlukan dialysis jangka pendek (beberapa hari hingga beberapa minggu) dan untuk pasien GGK atau ESRD yang membutuhkan terapi peganti ginjal jangka panjang atau permanen. Hemodialisa mencegah kematian tetapi tidak menyembuhkan penyakit ginjal dan tidak mengimbangi hilangnya aktivitas endokrin atau metabolik ginjal. Lebih dari 90% pasien yang membutuhkan terapi pengganti ginjal jangka panjang menggunakan hemodialisa kronis (USRDS, 2007). Kebanyakan pasien menerima hemodialisa intermittent selama tiga kali seminggu dengan durasi pengobatan rata-rata 3 hingga 4 jam dengan sistem rawat jalan.

Tujuan hemodialisa menurut Suharyanto dan Majid (2009) adalah menggantikan fungsi ginjal:

a. Dalam fungsi ekskresi (mengeluarkan zat-zat nitrogen yang toksik/sisa-sisa metabolik tubuh

dari dalam darah seperti ureum, kreatinin, dan sisa metabolisme lainnya).

b. Dalam mengeluarkan cairan tubuh yang seharusnya dikeluarkan dalam bentuk urin saat ginjal sehat
c. Sambil menunggu program pengobatan yang lain
d. Meningkatkan kualitas hidup pasien yang menderita penurunan fungsi ginjal.

Daugirdas *et al*. (2007) menjelaskan bahwa pemberian terapi hemodialisa dibagi menjadi dua indikasi yaitu:

a. Hemodialisa *emergency*/hemodialisa segera (akut)

   Tindakan hemodilisa ini dilakukan pada keadaan akut dimana terjadi kegawatan pada ginjal dengan gejala klinis seperti uremik berat, overhidrasi, oliguri (produksi urin < 200 mL/12 jam), anuria (produksi urin < 50 mL/12 jam), hiperkalemia (K > 6,5 mmol/I, terutama jika terjadi perubahan

EKG), asidosis berat (PH < 7,1 atau bikarbonat < 12 meq/I), uremia (BUN > 150 mg/dL), ensefalopati uremikum, neuropati/miopati uremikum, pericarditis eremikum, disnatremia berat (Na > 160 atau < 115 mmol/I), hipertermia, dan keracunan akut (alkohol, obat-obatan) yang bisa melewati membrane dialysis.

b. Hemodialisa kronik

Terapi hemodialisa ini dilakukan berkelanjutan seumur hidup penderita dengan menggunakan mesin hemodialisa, proses dialysis dapat dimulai jika terdapat salah satu tanda sebagai berikut:

1) LFG < 15 mL/min, tergantung gejala klinis
2) Gejala uremia seperti: lethargi, anoreksia, nausea dan muntah
3) Adanya malnutrisi atau hilangnya massa otot
4) Hipertensi yang sulit dikontrol dan adanya kelebihan cairan
5) Komplikasi metabolik yang refrakter.

Penggunaan terapi hemodialisa dapat menimbulkan komplikasi akut dan kronik. Komplikasi akut hemodialisa adalah komplikasi yang terjadi selama hemodialisa berlangsung, yang meliputi: hipotensi, kram otot, mual dan muntah, sakit kepala, sakit dada, sakit punggung, gatal, demam dan menggigil. Sedangkan komplikasi kronik dari hemodialisa adalah malnutrisi, anemia, gangguan perdarahan, infeksi, komplikasi pada akses, penyakit jantung, hipertensi atau volume *excess*, disfungsi reproduksi, amyloidosis, *renal osteodystrophy*, *acquired cystic kidney disease* dan neuropati (Beiber & Himmelfarb, 2013; Sudoyo *et al*., 2009).

Komplikasi lain yang dapat ditimbulkan oleh prosedur hemodialisa menurut Charuwanno (2005) dalam buku *Hu Care (Husnul Khatimah Care)* Sagiran (2017) adalah timbulnya ketidaknyamanan, meningkatkan stress dan mempengaruhi kualitas hidup pasien baik secara fisik, psikologi, spiritual, status

sosial ekonomi maupun dinamika keluarga. Masalah psikologi dan spiritual yang dialami pasien GGK adalah gangguan dalam proses berpikir dan konsentrasi, cemas, takut mati, dan sulit mengungkapkan perasaan negatif yang akan memicu perasaan depresi, putus asa, bahkan upaya bunuh diri, yang ini semua menandakan bahwa pasien mengalami proses berduka yang membutuhkan waktu bagi pasien untuk dapat menerima kondisi sakitnya.

3. Spiritual

Spiritual merupakan suatu bentuk usaha dalam mencari arti kehidupan, tujuan dan panduan dalam menjalani kehidupan bahkan pada orang-orang yang tidak mempercayai adanya Tuhan (Ellison, 2002). Dalam buku Stenley, Skokan dan Bader menjelaskan bahwa spiritual adalah suatu hubungan transenden antara manusia dengan sang Maha Tinggi, yang merupakan sebuah kualitas yang berjalan di luar afiliasi agama tertentu dan berjuang keras untuk

mendapatkan penghormatan, kekaguman, inspirasi, dan memberi jawaban tentang sesuatu yang tidak terbatas. Selain itu spiritual juga dapat didefinisikan sebagai sebuah dimensi integral dari kesehatan dan kesejahteraan setiap manusia. Sedangkan menurut Potter dan Perry (2010) spiritual adalah sebuah keyakinan atau kepercayaan terhadap Tuhan Yang Maha Esa. Spiritual merupakan suatu faktor penting bagi seseorang dalam mencapai dan memelihara kesehatan serta beradaptasi dengan penyakitnya.

Hamid (2008) menjelaskan bahwa spiritual adalah sebuah keyakinan terhadap Tuhan yang Maha Esa yang meliputi beberapa aspek sebagai berikut: 1) memiliki kepercayaan kepada Tuhan yang Maha Esa, 2) menemukan arti dan tujuan hidup, dan 3) menyadari kemampuan diri sendiri dalam menghadapi cobaan. Tidak berbeda jauh dengan penjelasan diatas, Burkhard (1993) dalam buku aspek spiritual dalam

keperawatan Hamid (2000) juga berpendapat bahwa spiritulitas meliputi aspek-aspek berikut ini:

a. Berhubungan dengan sesuatu yang tidak dapat diketahui atau ketidakpastian dalam kehidupan.
b. Cara untuk menemukan suatu arti dan tujuan hidup.
c. Memiliki kemampuan dalam menyadari adanya kekuatan dalam untuk menggunakan sumber dan kekuatan yang ada dalam diri sendiri.
d. Memiliki perasaan terikat dengan diri sendiri dan dengan Pencipta

Potter dan Perry (2010) mengatakan bahwa spiritual merupakan konsep dua dimensi yang meliputi dimensi vertikal yaitu hubungan seseorang dengan Tuhan (Maha Pencipta) yang menuntun kehidupan seseorang, dan dimensi horizontal yang merupakan hubungan seseorang dengan diri sendiri, orang lain, dan dengan lingkungan. Young dan Koopsen (2007) memberikan penjelasan bahwa:

a. Tuhan

Pemahaman tentang Tuhan dan hubungan manusia dengan Tuhan secara tradisional dipahami dalam kerangka hidup keagamaan. Namun, dewasa ini telah dikembangkan secara lebih luas dan tidak terbatas. Tuhan dipahami sebagi daya yang menyatukan, prinsip hidup atau hakikat hidup.

b. Diri Sendiri

Jiwa seseorang dan daya jiwa adalah hal yang mendasar (fundamental) dan eksplorasi atau penyelidikan spiritual.

c. Sesama

Hubungan seseorang dengan sesama adalah sama pentingnya dengan hubungan seseorang dengan dirinya sendiri. Kebutuhan seseorang untuk menjadi anggo masyarakat dan saling berhubungan adalah bagian pokok pengalaman manusiawi.

Dimensi spiritual menurut Young dan Koopsen (2007) dibedakan menjadi 3 dimensi sebagai berikut:

a. Dimensi psikologis (Jiwa)

   Dimensi ini mencakup kesadaran diri (*self consciousness*) dan identitas diri (*self identity*). Aspek kepribadian inilah yang berkaitan dengan masalah interaksi antar manusia (menyangkut emosi manusia seperti rasa kehilangan, rasa berdukacita, rasa bersalah) dan perasaan ini dialami jauh di dalam lubuk jiwa.

b. Dimensi fisik (Tubuh)

   Dimensi ini merupakan suatu kesadaran akan adanya alam (*Word Conscious*). Dengan adanya aspek ini menyebabkan seseorang dapat menggunakan inderanya seperti merasakan, melihat, mendengar, membau, meraba dan disentuh orang lain.

c. Dimensi rohani (Spirit)

Dimensi ini merupakan sebuah daya yang menyatukan, mengintegrasikan dan mengatasi dimensi-dimensi lain dalam diri manusia. Selain itu dimensi ini merupakan suatu kesadaran akan adanya Tuhan (*God Consciousness*), berkaitan dengan kedawatan (nilai-nilai mutlak) dan menyangkut makna hidup, pemahaman manusia tentang iman, dan hubungan yang intim antara manusia dengan Tuhannya.

Underwood (2006) menjelaskan aspek-aspek spiritual meliputi dua dimensi, diantaranya: hubungan individu dengan Tuhannya, dan hubungan individu dengan lingkungan sekitarnya. Aspek-aspek tersebut diantaranya:

a. Hubungan

Individu merasakan hubungan dengan sosok transeden atau Tuhan adalah hal yang mendasar bagi individu yang memiliki spiritualitas.

Keyakinan memiliki hubungan dengan Tuhan akan dirasakan dalam berbagai segi kehidupan, namun tidak nampak secara nyata. Hubungan dengan Tuhan dianggap sebagai penyebab terjadinya takdir dan pengambilan keputusan dibawah sadar individu. Individu akan merasa Tuhan selalu ada dalam segi kehidupan sehingga memunculkan persepsi bahwa individu tidak sendiri dan merasa didampingi dalam setiap dimensi kehidupan.

b. Aktivitas Transenden atau Spiritual

Individu yang merasakan hubungan dengan Tuhan akan meyakini hal transeden dalam kehidupan sehari-hari yang dapat membawanya dalam kebahagiaan. Individu tanpa sadar akan melakukan aktivitas-aktivitas spiritual untuk memenuhi harapan-harapan yang diinginkan. Aktivitas spiritualitas yang paling sederhana adalah berdoa, dan biasanya individu akan merasa

doa serta pengharapannya dikabulkan melalui serangkaian pengalaman-pengalaman yang berkesan. Pengalaman spiritual atau peribadatan seperti berdoa, menyanyi (dalam Kristen), dan gerakan tubuh (seperti shalat dalam islam, membungkuk atau bertekuk lutut dalam budha atau menari dalam hindu) dapat memberikan pengalaman yang kuat serta menghubungkan keyakinan kognitif serta perasaan spiritual.

c. Rasa Nyaman dan Kekuatan

Rasa nyaman sering diasosiasikan sebagai rasa aman dan terhindar dari malapetaka. Rasa nyaman menjadi penyebab individu bertahan dalam kondisi sulit, seperti ketika mengalami sakit kronis atau tertimpa musibah dan berada dalam kesulitan. Kekuatan membuat individu lebih berani menghadapi situasi sulit dan merasa tertantang untuk melakukan aktivitas baru yang

tidak biasa dari yang dilakukannya dalam kehidupan sehari-hari.

d. Rasa Kedamaian

Rasa tenang merupakan salah satu hasil dari kegiatan peribadatan. Individu mengharapkan rasa tenang dapat muncul ketika individu dalam kondisi cemas, khawatir hingga depresi atau stress. Merasa tenang merupakan salah satu penolong bagi individu jika berada dalam situasi yang tidak diinginkan.

e. Merasakan Pertolongan

Individu yang memiliki spiritualitas akan selalu memohon pertolongan dari Tuhan. Memohon pertolongan merupakan salah satu bentuk *spiritual coping* bagi individu dalam kehidupan sehari-hari. Memohon perlindungan dan pertolongan Tuhan membentuk persepsi bahwa individu bekerja bersama Tuhan, sehingga aspek ini merupakan pembentuk kesejahteraan psikologis. Individu

meyakini bahwa Tuhan akan memberikan bimbingan untuk permasalahan hidup yang muncul dari pengalaman sehari-hari. Salah satu bentuk permohonan pertolongan yang biasa dilakukan individu adalah berkaitan dengan pasangan hidup, aktivitas kerja, pengasuhan anak, serta kesehatan.

f. Merasakan Bimbingan

Individu meyakini bahwa bimbingan dari Tuhan muncul pasca berdoa atau memohon bantuan Tuhan. Oleh karena itu memohon pertolongan seringkali berangkaian dengan harapan akan bimbingan. Individu akan mengekspektasikan campur tangan Tuhan dalam kehidupan sehari-hari.

g. Mempersepsikan dan Merasakan Kasih Sayang Tuhan

Pengalaman-pengalaman individu dalam kehidupan sehari-hari dipersepsikan sebagai

bentuk kasih sayang dan keberkahan dari Tuhan. Persepsi terhadap kasih sayang Tuhan dirasakan melalui dua cara, yaitu dirasakan secara langsung dan melalui orang lain. Individu merasa menerima berkat dari Tuhan jika berhadapan dengan situasi yang berkesan dalam kehidupan sehari-hari. Kasih sayang melalui orang lain disebabkan oleh keyakinan bahwa Tuhan bertindak atas diri manusia melalui orang lain, sehingga berkah, rejeki, dan kebahagiaan dapat diperoleh melalui interaksi dengan orang lain.

h. Kekaguman

Individu yang memiliki spiritualitas tinggi akan merasakan kekaguman pada fenomena kebesaran Tuhan, seperti kondisi alam atau pemandangan serta kejadian-kejadian dan peristiwa besar. Individu akan menyadari bahwa campur tangan Tuhan tidak hanya ada pada manusia, namun berlaku secara universal. Penciptaan bumi dan

segala isinya merupakan kuasa Tuhan, sehingga tiap kali individu merasa terdapat kebesaran Tuhan pada objek yang direspon panca indera, individu akan merasa kagum dan bersyukur.

i. Apresiasi dan Rasa Berterimakasih

Rasa berterimakasih atau bersyukur muncul dalam kehidupan sehari-hari dalam peristiwa-peristiwa yang baik atau buruk. Rasa berterimakasih ini merupakan hal yang selalu dilakukan individu yang memiliki spiritualitas yang tinggi.

j. Kepedulian Terhadap Sesama

Aspek ini menjelaskan tentang sikap altruis dan motivasi individu dalam kehidupan sosial. Sikap simpatik ini merupakan komponen sentral dalam kehidupan spiritual. Individu merasa memiliki tanggung jawab sosial sehingga merasa perlu menolong dan memberi dukungan kepada orang lain terlebih jika orang tersebut mengalami kondisi yang sama. Individu mengembangkan

sikap empati dan simpati serta menghargai perbedaan antar individu sebagai mahluk ciptaan Tuhan.

k. Merasa Bersatu dan Dekat dengan Tuhan

Aspek ini menunjukkan persepsi individu akan kelekatan dan kesatuannya dengan Tuhan. Individu tidak hanya merasa dekat dengan Tuhan, namun menjadi sebuah keinginan bagi individu untuk selalu dekat dengan Tuhannya. Oleh karena itu, individu akan berusaha untuk melakukan aktivitas spiritual (ibadah) dengan tulus ikhlas sebagai bentuk upayanya untuk mendekatkan diri kepada Tuhan.

Faktor-faktor yang mempengaruhi spiritual seseorang menurut Taylor (1997) dan Craven & Hirnle (1996) dalam Hamid (2008) meliputi:

1) Tahap perkembangan

Hasil penelitian terhadap anak-anak di empat negara dapat diketahui bahwa manusia

mempunyai persepsi tentang Tuhan dan bentuk sembahyang yang berbeda berdasarkan usia, seks, agama, dan kepribadian manusia.

2) Peran keluarga

Peran keluarga terutama orang tua sangat berpengaruh terhadap perkembangan spiritual seseorang. Seseorang akan belajar tentang Tuhan, kehidupan dan diri sendiri dari tingkah laku keluarganya, karena keluarga adalah lingkungan terdekat yang menjadi tempat belajar pertamanya sehingga pandangan dan pengalaman seseorang terhadap dunia sangat diwarnai oleh pengalaman keluarganya.

3) Latar belakang etnik dan budaya

Sikap, keyakinan, dan nilai yang dimiliki oleh seseorang dipengaruhi oleh latar belakang etnik dan sosial budaya. Pada umumnya seseorang akan mengikuti tradisi agama dan spiritual keluarga.

4) Pengalaman hidup sebelumnya

Pengalaman hidup baik yang positif maupun negatif dapat mempengaruhi spiritual seseorang dan sebaliknya juga dipengaruhi oleh bagaimana seseorang mengartikan kejadian atau pengalaman tersebut secara spiritual. Peristiwa yang terjadi dalam kehidupan seseorang sering dianggap sebagai cobaan yang diberikan Tuhan kepada manusia untuk menguji kekuatan imannya. Pada saat tersebut, kebutuhan spiritual seseorang meningkat dan memerlukan kedalaman spiritual dan kemampuan koping untuk memenuhinya.

5) 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, khususnya pada pasien dengan penyakit terminal atau dengan prognosis buruk.

Krisis dan perubahan kehidupan yang dihadapi tersebut selain sebagai pengalaman yang bersifat fisikal dan emosional juga merupakan pengalaman spiritual.

6) Terpisah dari ikatan spiritual

Menderita sakit terutama yang bersifat kronis, sering kali membuat individu merasa terisolasi dan kehilangan kebebasan pribadi dan sistem dukungan sosial. Kebiasaan hidup sehari-hari juga berubah, seperti mengikuti kegiatan keagaman atau tidak dapat berkumpul bersama keluarga, teman dekat yang sealu memberikan dukungan kapanpun diinginkan. Seseorang yang terpisah dari ikatan spiritual berisiko meyebabkan perubahan pada fungsi spiritualnya.

7) Isu Moral terkait Terapi

Kebanyakan agama menganggap proses penyembuhan sebagai salah satu cara Tuhan menunjukkan kebesaran-Nya kepada manusia,

meskipun ada juga agama yang menolak pengobatan.

Spiritual bermanfaat untuk menghadapi persoalan, menjalani hidup dan menempatkan perilaku ke dalam konteks yang lebih bermakna. Saat stress spiritual digunakan sebagai sumber dukungan maupun kekuatan (Dwidiyanti, 2008; Ginanjar, 2010). Hal ini senada dengan pernyataan Utami dan Supratman (2009); El Noor dan Mayson (2012) yang menyebutkan bahwa spiritual digunakan sebagai suatu dukungan atau suatu kekuatan.

Spiritual dapat dijadikan sumber koping yang membuat kualitas dan kesejahteraan hidup seseorang menjadi lebih baik serta lebih mendekatkan diri kepada Tuhan, selain itu spiritual juga dapat meringankan masalah psikologis dan meningkatkan kemampuan seseorang untuk mengatasi secara emosional. Ketika mengalami stress, seseorang akan mencari sumber dukungan dari agama yang dianutnya. Dukungan

seperti ini sangat penting bagi setiap individu yang sedang sakit atau memerlukan proses penyembuhan lama. Dukungan diberikan agar individu yang sakit dapat menerima keadaan yang dialaminya dan setiap masalah yang dihadapinya (Romadona, 2012).

4. Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil "Tahu" yang terjadi setelah adanya proses penginderaan seseorang terhadap objek tertentu dengan menggunakan panca indranya. Pengetahuan (kognitif) adalah domain yang sangat penting yang membentuk tindakan/perilaku seseorang. Pengetahuan dibutuhkan setiap orang sebagai dorongan fisik untuk menumbuhkan rasa percaya dirinya atau dorongan yang memunculkan sikap perilakunya. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa pengetahuan merupakan suatu stimulus yang memunculkan tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2010).

Pengetahuan merupakan hasil dari proses penginderaan manusia, hasil tahu seseorang terhadap objek melalui mata, hidung, telinga, atau melalui indra lainnya yang dimilikinya. Proses perubahan pengindraan menjadi sebuah pengetahuan sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi seseorang terhadap objek. Sehingga intensitas atau tingkat pengetahuan yang dimiliki seseorang terhadap suatu objek itu berbeda-beda.

Mubarak (2007) menyebutkan ada tujuh faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang, yaitu:

a. Pendidikan

   Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang kepada orang lain terhadap suatu hal agar mereka dapat memahami. Tidak dapat dipungkiri bahwa makin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah menerima informasi yang akhirnya semakin banyak pula pengetahuan yang dimilikinya. Sebaliknya, jika tingkat

pendidikan seseorang rendah, akan meghambat sikap seseorang terhadap penerimaan informasi dan nilai-nilai yang baru diperkenalkan.

b. Pekerjaan

Lingkungan pekerjaan dapat menjadikan seseorang memperoleh pengalaman dan pengetahuan baik secara langsung maupun tidak langsung.

c. Umur

Dengan bertambahnya umur seseorang akan terjadi perubahan pada aspek fisik dan psikologis (mental). Pertumbuhan fisik secara garis besar ada empat kategori perubahan, yaitu perubahan ukuran, proposi, hilangnya ciri-ciri lama dan timbulnya ciri-ciri baru. Pada aspek psikologis dan mental, taraf berfikir seseorang semakin matang dan dewasa.

d. Minat

Minat adalah kecenderungan atau keinginan yang tinggi terhadap sesuatu. Minat menjadikan seseorang untuk mencoba dan menekuni suatu hal yang pada akhirnya diperoleh pengetahuan yang lebih mendalam.

e. Pengalaman

Pengalaman adalah suatu kejadian yang pernah dialami oleh seseorang dalam berinteraksi dengan lingkungannya. Ada kecenderungan seseorang akan berusaha melupakan pengalaman yang kurang baik dan sebaliknya secara psikologi pengalaman terhadap objek yang menyenangkan akan menimbulkan kesan yang membekas dalam emosi yang akan menimbulkan sikap positif.

f. Kebudayaan

Kebudayaan dapat mempengaruhi pengetahuan masyarakat secara langsung. Apabila suatu wilayah memiliki budaya menjaga kebersihan

lingkungan, maka sangat memungkinkan masyarakatnya memiliki sikap untuk selalu menjaga kebersihan lingkungan.

g. Informasi

Kemudahan-kemudahan dalam mendapatkan informasi akan mempercepat seseorang untuk mendapatkan pengetahuan-pengetahuan yang baru.

Tingkat pengetahuan pasien gagal ginjal kronik dipengaruhi oleh faktor internal yang meliputi usia, tingkat pendidikan, dan pekerjaan, faktor eksternal yang meliputi faktor lingkungan, faktor sosial budaya dan sumber informasi. Bertambahnya pengetahuan pasien akan mempengaruhi sikap dan perilakunya dalam mencari perawatan dan pengobatan penyakit yang dideritanya, serta memilih dan memutuskan tindakan yang akan dan harus dijalani untuk mengatasi masalah kesehatannya seperti keputusan

melaksanakan terapi hemodialisa (Kurniawati & Asikin, 2018).

Penderita yang memiliki pengetahuan yang lebih luas akan memungkinkan pasien dapat mengontrol dirinya dalam mengatasi masalah yang dihadapi, mempunyai rasa percaya diri yang tinggi, berpengalaman, dan mempunyai perkiraan yang tepat bagaimana mengatasi kejadian, mudah mengerti tentang apa yang dianjurkan oleh petugas kesehatan, serta dapat mengurangi kecemasan sehingga dapat membantunya dalam membuat keputusan (Yuliaw, 2009).

5. Penerimaan (*Acceptance*)

Kubler-Ross (1969) menjelaskan bahwa penerimaan adalah dasar bagi setiap orang untuk dapat menerima kenyataan hidup, semua pengalaman baik atua buruk. Penerimaan ditandai oleh adanya sikap positif, pengakuan atau penghargaan terhadap nilai-

nilai individual dengan menyertakan pengakuan terhadap tingkah lakunya.

Sanderson dan Linehan dalam Orsillo dan Roemer (2005:200) menyatakan "*Acceptance is the developed capacity to fully embraced whatever is in the present moment*", yang berarti bahwa *acceptance* adalah sebuah kapasitas kemampuan individu yang bisa dikembangkan secara maksimal untuk memahami hal yang sedang terjadi pada saat ini.

Kubler-Ross (1969) menjelaskan bahwa sikap penerimaan atau *Acceptance* dapat terjadi apabila seseorang mampu menghadapi kenyataan yang terjadi daripada hanya menyerah pada keadaan atau tidak adanya harapan. Dalam teori kehilangan/berdukanya, Kubler-Ross mengatakan sebelum mencapai tahap penerimaan (*acceptance*), setiap individu akan melewati tahapan-tahapan yang meliputi:

a. Tahap Penolakan (*Denial*)

Penolakan biasanya merupakan pertahanan sementara bagi individu. Perasaan ini umumnya diganti dengan kesadaran yang tinggi tentang kondisi yang dihadapi yaitu pada saat seseorang dihadapkan dengan beberapa hal seperti pertimbangan keuangan, urusan yang belum selasai, dan kekhawatiran mengenai kehidupan anggota keluarga lain nantinya.

b. Tahap Marah (*Anger*)

Pada tahap ini akan muncul pertanyaan-pertanyaan dalam diri individu seperti “Mengapa aku? Ini tidak adil. Bagaimana ini bisa terjadi padaku”. Pada saat berada di tahap kedua ini, individu mengakui bahwa penolakan tidak dapat dilanjutkan. Karena rasa marah, membuat orang sangat sulit untuk peduli. Banyak individu yang melambangkan kemarahan dalam kehidupan dengan tunduk pada kebencian dan kecemburuan.

c. Tahap Tawar-Menawar (*Bargaining*)

Tahap ketiga ini melibatkan harapan bahwa entah bagaimana individu dapat menunda sesuatu. Pada tahapan ini individu akan bernegosiasi untuk kehidupan yang lebih panjang dengan mempertimbangkan informasi-informasi yang didapatkan. Biasanya, negosiasi ini diperpanjang dengan kekuatan yang lebih besar dalam perubahan gaya hidup.

d. Tahap Depresi (*Depression*)

Selama berada pada tahap ini, individu mulai memahami adanya suatu kepastian. Hal ini menyebabkan individu menjadi lebih banyak diam, menolak bertemu orang lain, lebih banyak menangis dan berduka. Pada tahap ini memungkinkan seseorang melepaskan diri dari rasa cita dan kasih saying, sehingga tidak dianjurkan untuk menghiburnya. Karena tahap ini

adalah waktu yang penting dalam berduka dan membutuhkan sebuah proses.

e. Tahap Penerimaan (*Acceptance*)

Pada tahap ini, individu mulai dapat hadir dengan rasa kedamaian dan cinta terhadap apa yang dialaminya. Individu mulai dapat menerima kenyataan-kenyataan yang dialami dan terjadi dalam kehidupannya.

Kubler-Ross (1969) menjelaskan bahwa tahapan-tahapan tersebut diatas tidak selalu terjadi secara berurutan atau selalu terlewati semuanya pada setiap individu. Seringkali ada beberapa tahapan yang dapat terjadi secara berulang-ulang. Setiap individu tidak seharusnya memaksakan proses yang sedang terjadi dan dilaluinya. Karena proses berduka merupakan suatu hal yang bersifat sangat individual (personal) yang sebaiknya tidak dapat dipercepat ataupun diperpanjang waktunya.

Kebanyakan orang tidak siap dalam menghadapi duka, karena tragedi seringkali datangnya tiba-tiba, begitu cepat tanpa memberi peringatan. Individu harus berusaha keras melalui proses-proses tersebut dengan baik hingga tercapai tahap penerimaan (*acceptance*).

Purnama (2016) menjabarkan kelima tahapan diatas dalam konteks orang yang menderita penyakit gagal ginjal sebagai berikut:

a. Tahap Menolak menerima kenyataan (*Denial*)

   Dimulai dari rasa tidak percaya saat menerima diagnosa dari seorang ahli, perasaan penderita gagal ginjal selanjutnya akan diliputi kebingungan. Bingung atas arti diagnosa, bingung akan apa yang harus dilakukan, sekaligus bingung mengapa hal ini dapat terjadi pada dirinya. Kebingungan ini sangat manusiawi, karena umumnya, penderita mengharapkan yang terbaik untuk dirinya. Tidak mudah bagi penderita gagal

ginjal untuk dapat menerima apa yang sebenarnya terjadi. Kadang dalam hati muncul pertanyaan "tidak mungkin hal ini terjadi pada saya" atau "tidak pernah terjadi keadaan seperti di kehidupan saya".

b. Tahap Marah (*Anger*)

Reaksi marah ini bisa dilampiaskan kepada beberapa sekaligus. Bisa kepada dokter yang memberi diagnosa. Bisa kepada diri sendiri atau kepada pasangan hidup. Pertanyaan yang serig muncul dalam hati (sebagai reaksi atas rasa marah) muncul dalam bentuk "Tidak adil rasanya….", "Mengapa saya yang mengalami ini?" atau "Apa salah saya?".

c. Tahap Menawar (*Bargaining*)

Pada tahap ini, penderita gagal ginjal berusaha untuk menghibur diri dengan pernyataan seperti "Mungkin kalua saya menunggu lebih lama lagi, keadaan akan membaik dengan sendirinya".

d. Tahap Depresi (*Depression*)

Muncul dalam bentuk putus asa, tertekan dan kehilangan harapan. Kadangkala depresi dapat juga menimbulkan rasa bersalah, yang khawatir apakah keadaan dirinya akibat dari kelalaian penderita sendiri, atau akibat dosa di masa lalu. Putus asa, sebagai bagian dari depresi, akan muncul saat penderita gagal ginjal mulai membayangkan masa depan yang akan dihadapinya. Harapan atas nama masa depan dirinya menjadi keruh, dan muncul pertanyaan "Akankah saya mampu hidup mandiri dan berguna bagi orang lain?". Pada tahap depresi, penderita gagal ginjal cenderung murung, menghindar dari lingkungan sosial terdekat, lelah sepanjang waktu dan kehilangan gairah hidup.

e. Tahap Pasrah dan menerima kenyataan (*Acceptance*)

Pada tahap ini, penderita gagal ginjal sudah menerima kenyataan baik secara emosi maupun intelektual. Sambil mengupayakan "penyembuhan", mereka mengubah persepsi dan harapan atas dirinya. Penderita gagal ginjal pada tahap ini cenderung mengharapkan yang terbaik sesuai dengan kapasitas dan kemampuannya.

Penerimaan (*Acceptance*) selain dijelaskan oleh Kubler-Ross (1969) dalam teorinya, Evers dan Kraaimaat (2001) juga menjelaskan bahwa penerimaan berarti mengenali kebutuhan untuk beradaptasi dengan penyakit kronis sambil memahami kemampuan untuk mentolerir sifat penyakit yang tidak dapat diprediksi dan tidak dapat dikendalikan serta menangani konsekuensi yang tidak menyenangkan dari penyakit tersebut.

Pasien yang didiagnosis dengan penyakit kronis memiliki keyakinan mereka sendiri tentang penyakit mereka yang disebut dengan kognisi penyakit. Kognisi penyakit atau *Illness Cognition* adalah persepsi yang dirasakan pasien sebagai respon dari tekanan penyakit yang dirasakannya serta pemahaman pasien tersebut terhadap penyakit dan pengobatannya (Reges *et al*., 2013). Dengan kata lain kognisi penyakit dapat digambarkan sebagai persepsi pasien, interpretasi, dan pemahaman tentang penyakit dan pengobatannya (Scharloo & Kaptein, 1997).

Persepsi dan penafsiran pasien terhadap penyakit dan peristiwa yang dialaminya menjadi faktor yang menyebabkan cepat atau tidaknya ia dalam menerima suatu keadaan yang tidak sesuai dengan harapannya. Seringkali kita cenderung melihat suatu peristiwa dari sisi negatif dan jarang sekali melihatnya dari sisi positif (Safaria, 2005). Keyakinan pasien tentang penyakit atau keluhan medis mempengaruhi

kemampuannya untuk mengatasi dan menyesuaikan diri dengan penyakit (Lazarus & Folkman, 1984).

Evers dan Kraaimaat (2001) menjelaskan kognisi penyakit merupakan mediator penting antara penyakit dan kesejahteraan pasien dan cara pasien merasakan dan berpikir tentang penyakitnya menyumbang banyak perbedaan terhadap status kesehatan fisik dan psikologisnya. Beberapa keyakinan atau kognisi penyakit yang relevan dengan penyesuaian pasien terhadap kondisi atau penyakit kronis diantaranya:

a. Ketidakberdayaan

   Ketidakberdayaan sebagai cara yang menekankan makna permusuhan dari penyakit dan merupakan fungsi maladaptive.

b. Penerimaan

   Penerimaan sebagai cara untuk mengurangi makna permusuhan dan merupakan fungsi adaptif.

c. Manfaat yang dirasakan

Manfaat yang dirasakan untuk kesehatan fisik dan psikologis jangka panjang pasien dengan penyakit kronis sebagai cara menambahkan arti positif pada penyakit dan merupakan fungsi adaptif.

Salah satu instrumen yang dikembangkan sebagai ukuran umum dari keyakinan penyakit atau kognisi penyakit adalah *Illness Cognition Questionnaire* (ICQ) yang dikembangkan oleh Evers dan Kraaimaat pada tahun 2001 untuk mengukur adaptasi pesien terhadap penyakit yang dideritanya. Instrumen ini adalah kuesioner 18-item yang berisi tiga subskala dengan masing-masing subskala terdiri dari 6-item yang terkait dengan faktor ketidakberdayaan, penerimaan dan manfaat yang dirasakan.

Setiap item pertanyaan dalam ICQ dijawab dengan skala Likert 4 poin (1 = tidak sama sekali, 2 = untuk sebagian kecil, 3 = untuk sebagian besar, 4 = sangat). Skor skala dihitung dengan menjumlahkan

skor item, menghasilkan skor subskala mulai dari 6 hingga 24 dan skor total mulai dari 18 hingga 72 (Evers & Kraaimaat, 2001; Lauwerier *et al*., 2010; Sint Nicolaas *et al*., 2016). Konsistensi internal dari tiga skala *Ilness Cognition Questinnaire* asli berkisar dari α = 0,89 hingga α = 0,91 (Evers & Kraaimaat, 2001). Sedangkan nilai validitas dan nilai reliabilitas yang dilakukan oleh Delima *et al*. (2018) dalam penelitiannya pada pasien dengan penyakit jantung koroner adalah 0,65 – 0,79 dan 0,73.

Penerimaan pasien terhadap penyakit GGK dan/atau dialisis adalah penting dalam pengaturan klinis karena penerimaan 'aktif' dari pasien GGK cenderung mengarah pada hasil kesehatan yang menguntungkan, seperti mengurangi tingkat depresi, mengurangi koping maladaptif, memperbaiki koping adaptif, meningkatkan kualitas hidup dan peningkatan adaptasi psikososial (Chan, 2013). Pasien-pasien dengan tingkat penerimaan yang tinggi menyajikan

lebih sedikit depresi dan stress dibandingkan dengan mereka yang yang memiliki tingkat penerimaan rendah (Gagani *et al*., 2016).

Williams & Lynn (2010) mengemukan bahwa penerimaan (*acceptance*) dalam bentuk apapun dapat memberikan efek positif pada kesehatan psikologis seseorang. Secara umum, manfaat penerimaan antara lain: meluaskan sudut pandang dan pengalaman, meningkatkan potensi dan produktifitas, meningkatkan kasih sayang antar sesama dan menurunkan kecenderungan menyalahkan orang lain, meningkatkan penghargaan terhadap sesama, kerjasama, dan berpikir jernih, meningkatkan perasaan tenang, damai, dan harmonis, menurunkan emosi negatif dan kondisi depresif, serta membantu menghasilkan kondisi terapeutik yang positif.

Faktor-faktor yang berperan terhadap penerimaan pasien menurut Gagani *et al*. (2016) antara lain:

a. Pengetahuan

   Penerimaan atau penolakan terjadi dimungkinkan karena pasien tidak sepenuhnya memahami sifat penyakit mereka dan proses pengobatannya.

b. Kegigihan atau semangat yang dimiliki

   Kegigihan seorang pasien yang mungkin masih mempunyai harapan meskipun didiagnosis dengan GGK dapat bertindak dalam perawatan dengan rasa percaya diri.

c. Sarana atau sumber daya

   Ketika pasien tidak memiliki sarana atau sumber daya untuk melanjutkan perawatan dapat menjadi alasan bagi pasien untuk tidak meneruskan pengobatannya.

Vonis terhadap seseorang sebagai penderita GGK akan menjadi peristiwa yang traumatis, dimana terbayangkan pasien akan sangat tergantung dengan terapi medis dalam jangka waktu yang panjang (Valcanti *et al*., 2012).

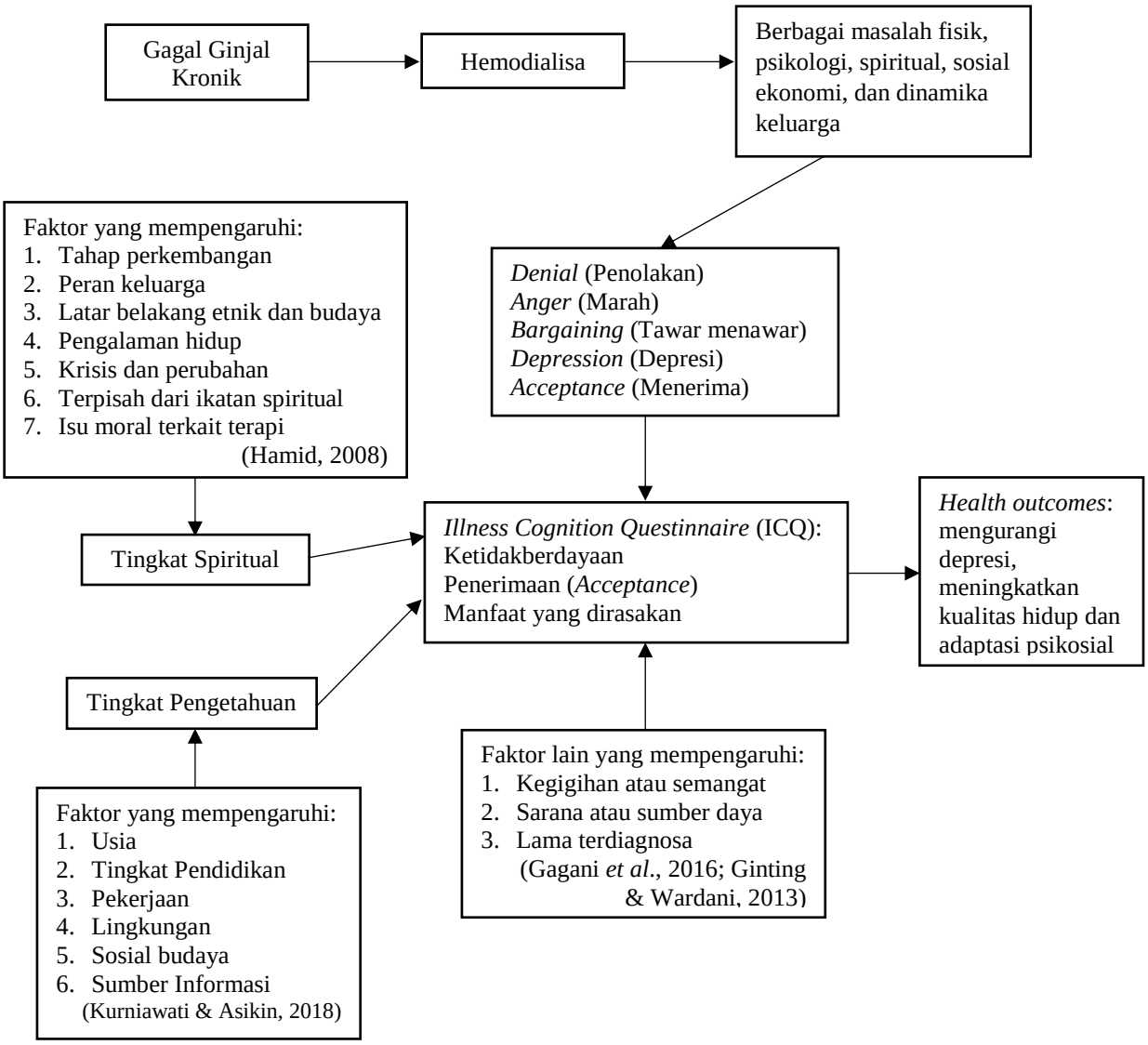
Pasien GGK harus beradaptasi untuk menerima penyakit dan pengobatannya, yaitu dengan meningkatkan iman dan pengetahuan agamanya sebagai cara untuk mencari dukungan dan bantuan untuk menghadapi penderitaan atau permasalahannya (Lubis *et al*., 2016).

Spiritualitas memberikan peranan penting pada pasien GGK dalam berpikir dan bertingkah laku, spiritual bermanfaat sebagai sumber dukungan penuntun hidup, mempengaruhi tingkat kesehatan, sumber kekuatan dan penyembuhan (Yuliyanti, 2010). Dan Penerapan agama dalam kehidupan sehari-hari akan meningkatkan kemampuan adaptasi pasien terhadap penyakitnya, dengan menjalankan shalat lima

waktu pasien dapat menerima diri dan penyakit yang dideritanya dengan sabar dan tabah (Chudaefah, 2017).

Faktor lain yang dapat mempengaruhi penerimaan menurut Ginting dan Wardani (2013) adalah lama terdiagnosa. Semakin lama terdiagnosa, pasien akan semakin mampu menerima dan bersedia untuk menjalani prosedur yang sudah ditentukan.

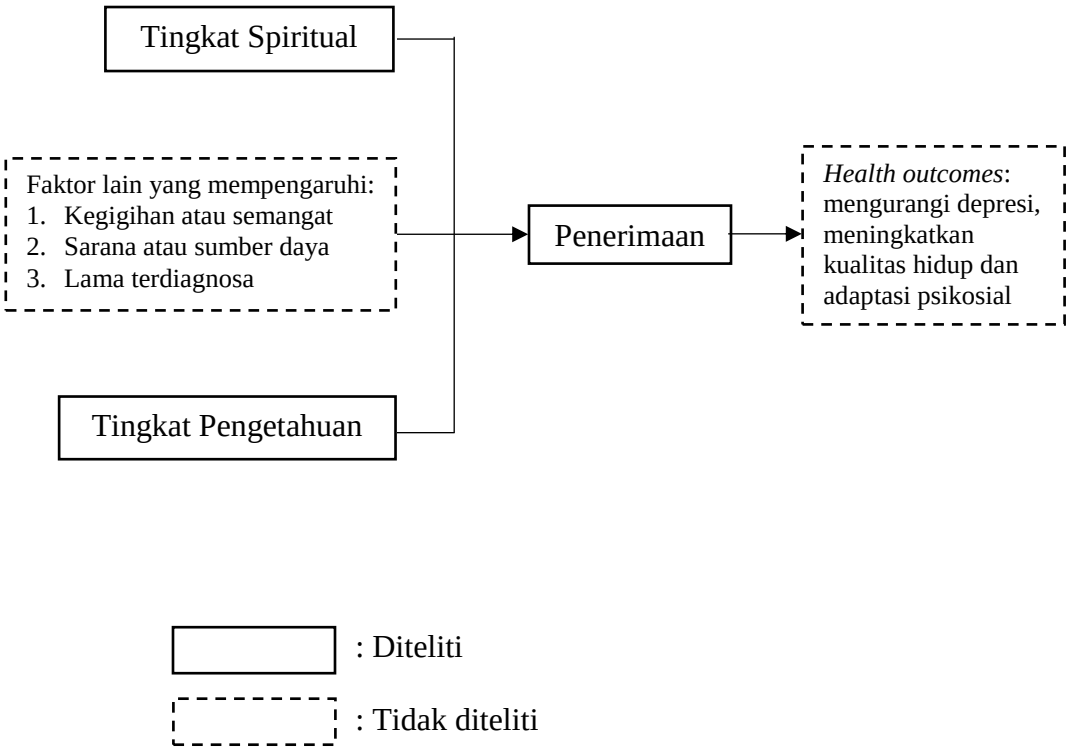
B. KERANGKA TEORI



Skema 2.1 Kerangka Teori

Sumber: Black dan Hawks (2005), Ignatavicius (2013), Taylor (1997) dan Craven & Hirnle (1996) dalam Hamid (2008), Kurniawati & Asikin (2018), Kubler-Ross (1969), Evers & Kraaimaat (2001), Gagani *et al*. (2016), Ginting & Wardani (2013) Safaria (2005)

C. KERANGKA KONSEP



Skema 2.2 Kerangka Konsep

D. HIPOTESIS

Ho: Tidak ada hubungan tingkat spiritual dan tingkat pengetahuan terhadap penerimaan pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di ruang hemodialisa RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Ha: Ada hubungan tingkat spiritual dan tingkat pengetahuan terhadap penerimaan pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di ruang hemodialisa RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta