

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Gagal Ginjal Kronik

1. Definisi gagal ginjal kronik

Gagal ginjal kronik merupakan penyakit ginjal tahap akhir (Purwanto, 2015). Gagal ginjal kronik adalah penurunan fungsi ginjal progresif yang ireversibel ketika ginjal tidak mampu mempertahankan metabolisme, keseimbangan cairan dan elektrolit yang menyebabkan terjadinya uremia dan azotemia (Annisa, 2018). Kriteria penyakit gagal ginjal kronik adalah :

- a. Suatu kondisi kerusakan ginjal yang terjadi selama 3 bulan atau lebih, abnormalitas struktural atau fungsional ginjal, dengan atau tanpa penurunan Laju Filtrasi Glomerulus (LFG) yang bermanifestasi sebagai kelainan patologis atau kerusakan ginjal; termasuk ketidakseimbangan komposisi zat di dalam darah atau urin serta ada atau tidaknya gangguan hasil pemeriksaan pencitraan.
- b. LFG yang kurang dari 60mL/menit/1,73 m lebih dari 3 bulan dengan atau tanpa kerusakan ginjal (Depkes RI, 2008).

2. Etiologi gagal ginjal kronik

- a. Diabetes mellitus
- b. Glumerulonefritis kronis
- c. Pielonefritis
- d. Hipertensi tak terkontrol
- e. Obstruksi saluran kemih

- f. Penyakit ginjal polikistik
- g. Gangguan vaskuler
- h. Lesi herediter
- i. Agen toksik (timah, kadmium, dan merkuri) (Purwanto, 2015).

3. Patofisiologis gagal ginjal kronik

Patofisiologi gagal ginjal kronik pada awalnya tergantung pada penyakit yang mendasarinya. Pengurangan massa ginjal mengakibatkan hipertrofi struktural dan fungsional nefron yang masih tersisa (*surviving nephrons*) sebagai upaya kompensasi, yang diperantarai oleh molekul vasoaktif seperti sitokin dan *growth factors*. Hal ini mengakibatkan terjadinya hiperfiltrasi, yang diikuti oleh peningkatan tekanan kapiler dan aliran darah glomerulus. Proses adaptasi ini berlangsung singkat, akhirnya diikuti oleh proses maladaptasi berupa sklerosis nefron yang masih tersisa. Proses ini akhirnya diikuti dengan penurunan fungsi nefron yang progresif, walaupun penyakit dasarnya sudah tidak aktif lagi. Adanya peningkatan aktivitas renin-angiotensin-aldosteron intrarenal, ikut memberikan kontribusi terhadap terjadinya hiperfiltrasi, sklerosis, dan progresivitas tersebut. Aktivasi jangka panjang dari reninangiotensin-aldosteron tersebut sebagian diperantarai oleh *growth factor* seperti *transforming growth factor β* (TGF- β). Beberapa hal juga dianggap berperan terhadap terjadinya progresivitas penyakit ginjal kronik adalah albuminuria, hipertensi, hiperglikemia, dan dislipidemia. Terdapat variabilitas antar individual untuk terjadinya sklerosis dan fibrosis glomerulus maupun tubulointerstitial. Pada stadium paling dini penyakit ginjal kronik terjadi kehilangan daya cadang ginjal (*renal reserve*), dimana keadaan

basal LFG masih normal atau malah meningkat. Kemudian secara perlahan tapi pasti, akan terjadi penurunan fungsi nefron yang progresif, yang ditandai dengan peningkatan kadar ureum dan kreatinin serum.

Hingga LFG sebesar 60-89%, pasien belum merasakan keluhan (asimtomatik), tapi sudah terjadi peningkatan kadar ureum dan kreatinin serum. Ketika LFG sebesar 30- 59%, mulai terjadi keluhan pada pasien seperti nokturia, badan lemas, mual, nafsu makan berkurang, dan penurunan berat badan. Sampai pada LFG sebesar 15-29%, pasien memperlihatkan gejala dan tanda uremia yang nyata seperti anemia, peningkatan tekanan darah, gangguan metabolisme fosfor dan kalsium, pruritus, dan muntah. Pasien juga mudah terkena infeksi seperti infeksi saluran kemih, infeksi saluran nafas, maupun infeksi saluran cerna. Juga akan terjadi gangguan keseimbangan air seperti hipovolemia atau hipervolemia serta gangguan keseimbangan elektrolit terutama natrium dan kalium. Pada saat LFG <15% akan terjadi gejala dan komplikasi yang lebih serius dan pasien memerlukan terapi pengganti ginjal (renal replacement therapy) antara lain dialisis atau transplantasi ginjal. Pada keadaan ini pasien dikatakan sampai pada penyakit ginjal kronik stadium 5 (Apsari, 2019).

4. Klasifikasi gagal ginjal kronik

Pengukuran fungsi ginjal terbaik adalah dengan mengukur Laju Filtrasi Glomerulus (LFG). Melihat nilai laju filtrasi glomerulus (LFG) baik secara langsung atau melalui perhitungan berdasarkan nilai pengukuran kreatinin, jenis kelamin dan umur seseorang. Pengukuran LFG tidak dapat dilakukan secara langsung, tetapi hasil estimasinya dapat dinilai melalui bersihan ginjal dari suatu

penanda filtrasi. Salah satu penanda tersebut yang sering digunakan dalam praktik klinis adalah kreatinin serum (P2PTM, 2017).

Menurut *Chronic Kidney Disease Improving Global Outcomes* (CKD KDIGO) *proposed classification*, dapat dibagi menjadi (P2PTM, 2017) :

Tabel 1
Klasifikasi Gagal Ginjal Kronik

Kategori eGFR (mLmin/1.73m ²) Deskripsi dan nilai rentang	G1	Normal atau tinggi	≥ 90
	G2	Menurun ringan	60-89
	G3a	Menurun ringan s/d sedang	45-59
	G3b	Menurun sedang s/d berat	30-40
	G4	Gagal ginjal	15-29
	G5		<15

(Sumber : Hani Susianti, *Memahami Interpretasi Laboratorium Penyakit Ginjal Kronik*, 2019)

5. Manifestasi klinik gagal ginjal kronik

- a. Kardiovaskuler, meliputi hipertensi, pitting edema, edema periorbital, pembesaran vena leher, dan friction rub pericardial.
- b. Pulmoner, meliputi krekel S, nafas dangkal, kusmaul, sputum kental dan liat.
- c. Gastrointestinal, meliputi anoreksia, mual dan muntah, perdarahan saluran gastrointestinal, ulserasi dan perdarahan pada mulut, konstipasi / diare, dan nafas berbau ammonia.
- d. Muskuloskeletal, meliputi kram otot, kehilangan kekuatan otot, fraktur tulang, dan *foot drop*.

- e. Integumen, meliputi warna kulit abu-abu mengkilat, kulit kering, bersisik, Pruritus, ekimosis, kuku tipis dan rapuh, dan rambut tipis dan kasar.
- f. Reproduksi, meliputi amenore, dan atrofi testis (Purwanto, 2015)

6. Pemeriksaan diagnostik gagal ginjal kronik

a. Urine

- 1) Volume : biasanya kurang dari 400ml/24 jam atau tak ada (anuria).
- 2) Warna : secara abnormal urin keruh kemungkinan disebabkan oleh pus, bakteri, lemak, fosfat atau urat sedimen kotor, kecoklatan menunjukkan adanya darah, hemoglobin, mioglobin, porfirin.
- 3) Berat jenis : kurang dari 1,010 menunjukkan kerusakan ginjal berat
- 4) Osmolalitas : kurang dari 350 mOsm/kg menunjukkan kerusakan ginjal tubular dan rasio urin/serum sering 1 : 1
- 5) Klirens kreatinin : mungkin agak menurun
- 6) Natrium : lebih besar dari 40 mEq/L karena ginjal tidak mampu mereabsorpsi natrium.
- 7) Protein : Derajat tinggi proteinuria (3-4+) secara kuat menunjukkan kerusakan glomerulus bila SDM dan fragmen juga ada.

b. Darah

- 1) BUN/ kreatinin : meningkat, kadar kreatinin 10 mg/dl diduga tahap akhir Ht : menurun pada adanya anemia. Hb biasanya kurang dari 7-8 gr/dl
- 2) SDM : menurun, defisiensi eritropoitin
- 3) GDA : asidosis metabolik, ph kurang dari 7,2
- 4) Natrium serum : rendah

- 5) Kalium : meningkat
- 6) Magnesium : Meningkatkan
- 7) Kalsium ; menurun
- 8) Protein (albumin) : menurun
- 9) Osmolalitas serum: lebih dari 285 mOsm/kg
- 10) Pelogram retrograde : abnormalitas pelvis ginjal dan ureter
- 11) Ultrasono ginjal : menentukan ukuran ginjal dan adanya masa , kista, obstruksi pada saluran perkemihan bagian atas
- 12) Endoskopi ginjal, nefroskopi : untuk menentukan pelvis ginjal, keluar batu, hematuria dan pengangkatan tumor selektif
- 13) Arteriogram ginjal : mengkaji sirkulasi ginjal dan mengidentifikasi ekstrasvaskular
- 14) EKG : ketidakseimbangan elektrolit dan asam basa

7. Penatalaksanaan gagal ginjal kronik

- a. Dialisis
- b. Obat-obatan: anti hipertensi, suplemen besi, agen pengikat fosfat, suplemen kalsium, furosemid
- c. Diit rendah uremi

8. Komplikasi gagal ginjal kronik

- a. Hiperkalemia
- b. Perikarditis, efusi pericardial dan tamponade jantung
- c. Hipertensi
- d. Anemia

- e. Penyakit tulang (Purwanto, 2015).

9. Tinjauan pustaka gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis

Hemodialisis merupakan terapi yang paling sering digunakan pada penderita gagal ginjal kronik. Hemodialisis (HD) sendiri merupakan salah satu terapi pengganti ginjal yang menggunakan alat khusus dengan tujuan mengatasi gejala dan tanda akibat laju filtrasi glomerulus yang rendah sehingga diharapkan dapat memperpanjang usia dan meningkatkan kualitas hidup pasien (Depkes RI, 2008).

Tujuan utama hemodialisis adalah menghilangkan gejala yaitu mengendalikan uremia, kelebihan cairan dan ketidakseimbangan elektrolit yang terjadi pada pasien gagal ginjal kronik (Annisa, 2018). Jenis hemodialisis pada gangguan ginjal kronik :

- a. Hemodialisis konvensional : Hemodialisis kronis biasanya dilakukan 2-3 kali per minggu, selama sekitar 4-5 jam untuk setiap tindakan.
- b. Hemodialisis harian : biasanya digunakan oleh pasien yang melakukan cuci darah sendiri di rumah, dilakukan selama 2 jam setiap hari.
- c. Hemodialisis nocturnal : dilakukan saat pasien tidur malam, 6-10 jam per tindakan, 3-6 kali dalam seminggu (Airlangga, 2015).

Frekuensi tindakan hemodialisis bervariasi tergantung banyaknya fungsi ginjal yang tersisa, rata-rata penderita menjalani tiga kali dalam seminggu. Bila dilihat berdasarkan lama pelaksanaan hemodialisis paling sedikit tiga sampai empat jam tiap sekali tindakan terapi. Secara umum indikasi dilakukan hemodialisis pada gagal ginjal kronik sebagai berikut : LFG kurang dari 15 mL/menit/1,73m² karena mengindikasikan fungsi ekskresi ginjal sudah minimal,

sehingga terjadi akumulasi zat toksik dalam darah; hiperkalemia; asidosis; kegagalan terapi konservatif; kadar ureum lebih dari 200 mg/dL dan kreatinin lebih dari 6 mEq/L; kelebihan cairan; dan anuria berkepanjangan lebih dari 5 hari (Annisa, 2018).

Meskipun keamanan prosedur hemodialisis telah meningkat sangat pesat selama bertahun-tahun, prosedur ini bukan tanpa risiko. Komplikasi yang mungkin terjadi selama hemodialisis secara umum sebagai berikut :

a. Pada pasien

- 1) Hipotensi dan hipertensi. Hipotensi merupakan komplikasi yang paling sering dilaporkan selama hemodialisis.
- 2) Sindroma *disequilibrium* akibat perbedaan kecepatan kadar molekul pada masing-masing kompartemen tubuh.
- 3) Kram
- 4) Mual dan muntah
- 5) Sakit kepala
- 6) Nyeri dada dan aritmia
- 7) Gatal
- 8) Reaksi demam. Dapat disebabkan karena reaksi pirogen dan infeksi.
- 9) Hipoksemia, merupakan komplikasi yang sering hemodialisis yang terjadi pada hampir 90% pasien. Penurunan berkisar 5-35 mmHg dan mencapai puncaknya antara 30-60 menit awal dialysis.

b. Komplikasi teknik

- 1) Hemolisis , dapat terjadi akibat kontaminan dari air dialisat atau pengaturan suhu dialisat yang kurang tepat.

- 2) Pembekuan darah dalam saluran maupun tabung dialiser.
- 3) Bocornya membran dialiser
- 4) Emboli udara
- 5) Reaksi dialiser (biokompatibel)
- 6) Alergi terhadap heparin (antikoagulan) (Airlangga, 2015).

10. Spiritualitas gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis

Permasalahan spiritual juga bisa dialami oleh pasien CKD yang menjalani hemodialisis antara lain menyalahkan Tuhan, menolak beribadah, beribadah tidak sesuai ketentuan, gangguan dalam beribadah maupun distress spiritual. Kemampuan spiritualitas yang buruk akan mempengaruhi kejiwaan (psikologis) seseorang. Keadaan ini bisa juga sebaliknya. Hal ini sesuai dengan pernyataan B. Koziar, G. Erb, Berman & S. Snyder. Psikologis merupakan dimensi kualitas hidup yang paling dipengaruhi oleh spiritualitas pasien CKD (Tanjung, 2016).

B. Spiritual

1. Definisi spiritual

Definisi tentang spiritual sangat beragam, para ahli mencoba mendefinisikan dan menjelaskan tentang spiritual. Menurut Potter & Perry (2015), spiritual merupakan kompleks yang unik pada tiap individu dan tergantung pada budaya, perkembangan, pengalaman hidup, kepercayaan dan ide-ide tentang kehidupan seseorang (Patrisia, 2020). Spiritualitas adalah sesuatu yang dipercaya oleh seseorang dalam hubungannya dengan kekuatan yang lebih tinggi (Tuhan) yang menimbulkan suatu kebutuhan, serta rasa cinta dan permohonan maaf atas kesalahan yang pernah diperbuat (Hidayat, 2009).

Spiritualitas adalah keyakinan dalam hubungannya dengan yang Maha Kuasa dan Maha Pencipta. Spiritualitas meliputi aspek sebagai berikut.

- a. Berhubungan dengan sesuatu yang tidak diketahui atau ketidakpastian dalam kehidupan.
- b. Menemukan arti dan tujuan hidup.
- c. Menyadari kemampuan untuk menggunakan sumber dan kekuatan dalam diri sendiri.
- d. Mempunyai perasaan keterikatan dengan diri sendiri dan dengan Yang Maha Tinggi.

Dimensi spiritual berupaya untuk mempertahankan keharmonisan atau keselarasan dengan dunia luar, berjuang untuk menjawab atau mendapatkan kekuatan ketika sedang menghadapi stres emosional, penyakit fisik, atau kematian. Kekuatan yang timbul di luar kekuatan manusia (Hamid, 2009).

2. Karakteristik spiritual

Adapun karakteristik spiritual mencakup sebagai berikut :

- a. Hubungan dengan diri sendiri

Kekuatan dalam diri meliputi pengenalan tentang diri sendiri (siapa saya, apa yang dapat saya lakukan) dan sikap pada diri sendiri (percaya pada diri sendiri, kehidupan dan masa depan, ketentraman, dan harmonis dengan diri sendiri).

- b. Hubungan dengan orang lain

Hubungan dengan orang lain (berbagi waktu, pengetahuan, dan sumber daya dengan orang lain dan membalas perbuatan baik orang lain). Hubungan ini juga dimanifestasikan dengan sikap peduli pada anak-anak, orang tua, dan orang yang

sakit, menguatkan kembali makna kehidupan dan kematian (mengunjungi makam/kuburan).

c. Hubungan dengan alam

Harmonisasi dengan alam, meliputi pengenalan tentang tumbuhan, tanaman, pepohonan, kehidupan alam, cuaca, berkebun, berjalan, berada di luar dan memelihara alam.

d. Hubungan dengan ketuhanan (agamis atau tidak agamis)

Hubungan dengan ketuhanan meliputi: sembahyang atau berdoa atau meditasi, perlengkapan keagamaan dan bersatu dengan alam (Amir, 2010).

3. Tahapan perkembangan spiritual

Tahap perkembangan spiritual individu, sebagai berikut :

a. Bayi dan Toddler (0-2 tahun)

Pada tahap ini bayi dan toddler belum memiliki rasa salah dan benar, serta keyakinan spiritual. Mereka mulai meniru kegiatan ritual tanpa mengerti arti kegiatan tersebut serta ikut ke tempat ibadah yang memengaruhi citra diri mereka, justru perkembangan spiritual ini rasa percaya lebih kepada yang mengasuh yaitu kedua orang tuanya.

b. Prasekolah

Sikap orang tua tentang kode moral dan agama mengajarkan kepada anak tentang apa yang dianggap baik dan buruk karena anak prasekolah meniru apa yang mereka lihat bukan yang dikatakan orang lain sehingga metode pendidikan spiritual yang paling efektif adalah memberi indoktrinasi dan memberi kesempatan kepada mereka untuk memilih caranya. Namun permasalahan yang

timbul adalah tidak ada kesesuaian atau bertolakbelakang antara apa yang dilihat dan yang dikatakan kepada mereka.

c. Usia sekolah

Anak usia sekolah mengharapkan Tuhan menjawab doanya, yang salah akan dihukum dan yang baik akan diberi hadiah. Pada usia ini, anak mulai mengambil keputusan akan melepaskan atau meneruskan agama yang dianutnya karena ketergantungannya kepada orang tua. Remaja juga membandingkan pandangan ilmiah dengan pandangan agama serta mencoba untuk menyatukannya.

d. Dewasa

Kelompok usia dewasa muda yang dihadapkan pada pertanyaan bersifat keagamaan dari anaknya akan menyadari apa yang pernah diajarkan kepadanya pada masa kanak-kanak dahulu, lebih dapat diterima pada masa dewasa daripada waktu remaja dan masukan dari orang tua tersebut dipakai untuk mendidik anaknya.

e. Usia pertengahan dan lansia

Kelompok usia pertengahan dan lansia mempunyai lebih banyak waktu untuk kegiatan agama dan berusaha untuk mengerti nilai agama yang diyakini oleh generasi muda. Perkembangan filosofis agama yang lebih matang sering dapat membantu orang tua untuk menghadapi kenyataan, berperan aktif dalam kehidupan dan merasa berharga, serta lebih dapat menerima kematian sebagai sesuatu yang tidak dapat ditolak atau dihindarkan. Pada masa ini walaupun membayangkan kematian mereka banyak menggeluti spiritual sebagai isu yang menarik (Amir, 2010).

4. Faktor yang mempengaruhi spiritual

Faktor penting yang dapat mempengaruhi spiritual seseorang adalah sebagai berikut :

a. Tahap perkembangan

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

b. Keluarga

Peran orang tua sangat menentukan perkembangan spiritual anak. Yang penting bukan apa yang diajarkan oleh orang tua kepada anaknya tentang Tuhan, tetapi apa yang anak pelajari mengenai Tuhan, kehidupan, dan diri sendiri dari perilaku orang tua mereka. Oleh karena keluarga merupakan lingkungan terdekat dan pengalaman pertama anak dalam memersepsikan kehidupan di dunia, pandangan anak pada umumnya diwarnai oleh pengalaman mereka dalam berhubungan dengan orang tua dan saudaranya.

c. Latar belakang etnik dan budaya

Sikap, keyakinan, dan nilai dipengaruhi oleh latar belakang etnik dan sosial budaya. Pada umumnya, seseorang akan mengikuti tradisi agama dan spiritual keluarga. Perlu diperhatikan apapun tradisi agama atau sistem kepercayaan yang dianut individu, tetap saja pengalaman spiritual adalah hal unik bagi tiap individu.

d. Pengalaman hidup sebelumnya

Pengalaman hidup, baik yang positif maupun pengalaman negatif dapat memengaruhi spiritualitas seseorang. Sebaliknya, juga dipengaruhi oleh bagaimana seseorang mengartikan secara spiritual kejadian atau pengalaman

tersebut. Peristiwa dalam kehidupan sering dianggap sebagai suatu cobaan yang diberikan Tuhan kepada manusia untuk menguji kekuatan imannya. Pada saat ini, kebutuhan spiritual akan meningkat yang memerlukan kedalaman spiritual dan kemampuan coping untuk memenuhinya.

e. Krisis dan perubahan

Krisis dan perubahan dapat menguatkan kedalaman spiritual seseorang. Krisis sering dialami ketika seseorang menghadapi penyakit, penderitaan, proses penuaan, kehilangan, dan bahkan kematian, khususnya pada klien dengan penyakit terminal atau dengan prognosis yang buruk. Perubahan dalam kehidupan dan krisis yang dihadapi tersebut merupakan pengalaman spiritual selain juga pengalaman yang bersifat fisik dan emosional.

f. Terpisah dari ikatan spiritual

Menderita sakit terutama yang bersifat akut, sering kali membuat individu merasa terisolasi dan kehilangan kebebasan pribadi dan sistem dukungan sosial. Klien yang dirawat merasa terisolasi dalam ruangan yang asing baginya dan merasa tidak aman. Kebiasaan hidup sehari-hari juga berubah, antara lain, tidak dapat menghadiri acara resmi, mengikuti kegiatan keagamaan atau tidak dapat berkumpul dengan keluarga atau teman dekat yang biasa memberi dukungan setiap saat diinginkan. Terpisahkan klien dari ikatan spiritual dapat berisiko terjadinya perubahan fungsi spiritualnya.

g. Isu moral terkait dengan terapi

Pada kebanyakan agama, proses penyembuhan dianggap sebagai cara Tuhan untuk menunjukkan kebesarannya walaupun ada juga yang menolak intervensi pengobatan. Prosedur medik sering kali dapat dipengaruhi oleh pengajaran agama,

misalnya sirkumsisi, tranplantasi organ, pencegahan kehamilan, dan sterilisasi. Konflik antara jenis terapi dengan keyakinan agama sering dialami oleh klien dan tenaga kesehatan.

h. Asuhan keperawatan yang kurang sesuai

Ketika memberikan asuhan keperawatan kepada klien, perawat diharapkan peka terhadap kebutuhan spiritual klien, tetapi dengan berbagai alasan ada kemungkinan perawat justru menghindar untuk memberi asuhan spiritual. Alasan tersebut, antara lain karena perawat merasa kurang nyaman dengan kehidupan spiritualnya, kurang menganggap penting kebutuhan spiritual, tidak mendapatkan pendidikan tentang aspek spiritual dalam keperawatan, atau merasa bahwa pemenuhan kebutuhan spiritual klien bukan menjadi tugasnya, tetapi tanggung jawab pemuka agama (Tanjung, 2016).

5. Kesehatan spiritual

Kesehatan spiritual adalah kondisi yang dalam pandangan sufistik disebut sebagai terbebasnya jiwa dari berbagai penyakit ruhaniah, seperti syirik (polytheist), kufur (atheist), nifaq atau munafik (hypocrite), dan fusuq (melanggar hukum). Menurut UU pokok kesehatan yang terbaru tahun 2009 pada bab I pasal 1 bahwa spiritual sehat tercermin dari seseorang dalam mengekspresikan rasa syukur, pujian, dan kepercayaan terhadap Tuhan melalui ibadah sesuai dengan agama yang dianut. Spiritualitas adalah pandangan pribadi dan perilaku yang mengekspresikan rasa keterkaitan ke dimensi transcendental atau untuk sesuatu yang lebih besar dari diri. Kontinum sehat dan kesehatan mencakup enam

dimensi sehat yang mempengaruhi gerakan di sepanjang kontinum. Dimensi ini diuraikan sebagai berikut :

- a. Sehat fisik ukuran tubuh, ketajaman sensorik, kerentanan terhadap penyakit, fungsi tubuh, kebugaran fisik, dan kemampuan sembuh.
- b. Sehat intelektual kemampuan untuk berfikir dengan jernih dan menganalisis secara kritis untuk memenuhi tantangan hidup.
- c. Sehat sosial kemampuan untuk memiliki hubungan interpersonal dan interaksi dengan orang lain yang memuaskan.
- d. Sehat emosional ekspresi yang sesuai dan control emosi; harga diri, rasa percaya dan cinta.
- e. Sehat lingkungan penghargaan terhadap lingkungan eksternal dan peran yang dimainkan seseorang dalam mempertahankan, melindungi, dan memperbaiki kondisi lingkungan.
- f. Sehat spiritual keyakinan terhadap Tuhan atau cara hidup yang ditentukan oleh agama; rasa terbimbing akan makna atau nilai kehidupan.

Manusia terdiri dari dimensi fisik, emosi, intelektual, sosial dan spiritual dimana setiap dimensi harus dipenuhi kebutuhannya. Seringkali permasalahan yang muncul pada klien ketika mengalami suatu kondisi dengan penyakit tertentu mengakibatkan terjadinya masalah psikososial dan spiritual (Yusuf et al., 2016).

6. Spiritual dan proses penyembuhan

Menurut Florence Nightingale, *spirituality* adalah proses kesadaran menanamkan kebaikan secara alami, yang mana menemukan kondisi terbaik bagi kualitas perkembangan yang lebih tinggi. Spiritualitas mewakili totalitas

keberadaan seseorang dan berfungsi sebagai perspektif pendorong yang menyatukan berbagai aspek individual. Spiritualitas dalam keperawatan, merupakan konsep yang luas meliputi nilai, makna dan tujuan, menuju inti manusia seperti kejujuran, cinta, peduli, bijaksana, penguasaan diri dan rasa kasih; sadar akan adanya kualitas otoritas yang lebih tinggi, membimbing spirit atau transenden yang penuh dengan kebatinan, mengalir dinamis seimbang dan menimbulkan kesehatan tubuh-pikiran-spirit.

Keterkaitan antara spiritualitas dan proses penyembuhan ada hubungannya dengan konsep holistik. Konsep holistik merupakan sarana petugas kesehatan dalam membantu proses penyembuhan klien secara keseluruhan. Pelayanan holistik ini dimaksud yaitu memberikan pelayanan kesehatan yang mana petugasnya memperhatikan klien dari semua komponen seperti biologis, psikologis, social, kultural dan spiritual.

Model holistik adalah model yang komprehensif dalam memandang berbagai respons sehat sakit. Dalam model holistik, semua penyakit mengandung komponen psikosomatik, biologis, psikologis, sosial dan spiritual. Penyakit dapat disebabkan oleh faktor bio-psiko-sosial-spiritual, demikian juga respons akibat penyakit. Salah satunya model holistik dalam keperawatan yaitu spiritual, dimensi spiritual dalam model ini meliputi konsep tentang nilai, makna, dan persiapan untuk hidup (Yusuf et al., 2016).

7. Kebutuhan Spiritual

Kebutuhan spiritual ini merupakan kebutuhan untuk mempertahankan atau mengembalikan keyakinan dan memenuhi kewajiban agama, serta untuk

mendapatkan maaf atau pengampunan, mencintai dan menjalin hubungan penuh rasa percaya dengan Tuhan. Kebutuhan juga dapat diartikan sebagai kebutuhan mencari arti dan tujuan hidup, untuk mencintai dan dicintai, serta untuk memberikan maaf dan mendapat maaf.

Masalah yang sering terjadi dalam pemenuhan kebutuhan spiritual ini adalah distres spiritual yang mana merupakan suatu keadaan ketika individu atau kelompok mengalami atau beresiko mengalami gangguan dalam kepercayaan atau sistem nilai yang memberikannya kekuatan, harapan dan arti kehidupan (Tanjung, 2016).

C. Distres Spiritual

1. Definisi distres spiritual

Distres spiritual adalah gangguan pada keyakinan atau sistem nilai berupa kesulitan merasakan makna dan tujuan hidup melalui hubungan dengan diri, orang lain, lingkungan atau Tuhan (PPNI, 2016).

2. Penyebab distres spiritual

Menurut PPNI (2016), adapun penyebab distres spiritual sebagai berikut :

- a. Menjelang ajal
- b. Kondisi penyakit kronis
- c. Kematian orang terdekat
- d. Perubahan pola hidup
- e. Kesepian
- f. Pengasingan diri

- g. Pengasingan sosial
- h. Gangguan sosio-kultural
- i. Peningkatan ketergantungan pada orang lain
- j. Kejadian hidup yang tidak diharapkan.

3. Gejala dan tanda distress spiritual

Menurut PPNI (2016), adapun gejala dan tanda distress spiritual sebagai berikut :

- a. Gejala dan tanda mayor
 - 1) Subjektif
 - a) Mempertanyakan makna/tujuan hidupnya
 - b) Menyatakan hidupnya terasa tidak/kurang bermakna
 - c) Merasa menderita/tidak berdaya
 - 2) Objektif
 - a) Tidak mampu beribadah
 - b) Marah pada Tuhan
- b. Gejala dan tanda minor
 - 1) Subjektif
 - a) Menyatakan hidupnya terasa tidak/kurang tenang
 - b) Mengeluh tidak dapat menerima (kurang pasrah)
 - c) Merasa bersalah
 - d) Merasa terasing
 - e) Menyatakan telah diabaikan
 - 2) Objektif

- a) Menolak berinteraksi dengan orang terdekat/pemimpin spiritual
- b) Tidak mampu berkeaktifitas (mis. menyanyi, mendengarkan musik, menulis)
- c) Koping tidak efektif
- d) Tidak berminat pada alam/literatur spiritual

4. Batasan karakteristik distres spiritual

Menurut Herdman & Kamitsuru (2014), batasan karakteristik dari distres spiritual yaitu sebagai berikut :

a. Hubungan dengan diri sendiri

Yang berhubungan dengan diri sendiri yaitu marah, kurangnya ketenangan atau kedamaian, perasaan tidak dicintai, rasa bersalah, kurang dapat menerima atau kurang pasrah, koping yang tidak efektif, tidak cukup tabah, mengungkapkan kurangnya makna hidup.

b. Hubungan dengan orang lain

Berhubungan dengan orang lain yaitu mengungkapkan rasa terasing, menolak berinteraksi dengan pemimpin spiritual, menolak berinteraksi dengan orang yang dianggap penting, pemisahan dari sistem pendukung.

c. Hubungan dengan seni, musik, literatur, alam

Berhubungan dengan seni, musik, literatur, alam meliputi ketidakmampuan mengungkapkan kondisi kreativitas sebelumnya (misalnya menyanyi, mendengarkan musik ataupun menulis), dan tidak berminat atau tertarik pada alam maupun membaca literatur spiritual.

d. Hubungan dengan kekuatan yang lebih besar

Berhubungan dengan kekuatan yang lebih besar dari dirinya yaitu mengungkapkan kemarahan terhadap kekuatan yang lebih besar dari dirinya, merasa ditinggalkan, putus asa, ketidakmampuan untuk introspeksi diri, ketidakmampuan untuk mengalami pengalaman religiusitas, ketidakmampuan berpartisipasi dalam kegiatan keagamaan, ketidakmampuan untuk berdoa, merasakan penderitaan, meminta menemui pemimpin keagamaan, dan mengalami perubahan yang tiba-tiba dalam praktik spiritual (Herdman & Kamitsuru, 2014).

Menurut Carpenito (2013), batasan karakteristik distress spiritual dibagi berdasarkan mayor adalah karakteristik yang harus ada pada distress spiritual yaitu klien mengalami suatu gangguan dalam sistem keyakinan. Berdasarkan karakteristik minor yaitu karakteristik yang mungkin ada pada klien dengan distress (Carpenito, 2013) meliputi :

- 1) Mempertanyakan makna kehidupan, kematian, dan penderitaan.
- 2) Mempertanyakan kredibilitas terhadap sistem keyakinan.
- 3) Mendemonstrasikan keputusan atau kekecewaan.
- 4) Memilih untuk tidak melakukan ritual keagamaan yang biasa dilakukan.
- 5) Mempunyai perasaan ambivalen (ragu) mengenai keyakinan.
- 6) Mengungkapkan bahwa ia tidak mempunyai alasan untuk hidup.
- 7) Merasakan perasaan kekosongan spiritual.
- 8) Menunjukkan keterpisahan emosional dari diri sendiri dan orang lain.
- 9) Menunjukkan kekhawatiran-marah, dendam, ketakutan- mengenai arti kehidupan, penderitaan, kematian.
- 10) Meminta bantuan spiritual terhadap suatu gangguan dalam sistem keyakinan.

5. Faktor yang mempengaruhi distress spiritual

a. Faktor predisposisi

Gangguan pada dimensi biologis akan mempengaruhi fungsi kognitif seseorang sehingga akan mengganggu proses interaksi dimana dalam proses interaksi ini akan terjadi transfer pengalaman yang penting bagi perkembangan spiritual seseorang.

Faktor predisposisi sosiokultural meliputi usia, gender, pendidikan, pendapatan, okupasi, posisi sosial, latar belakang budaya, keyakinan, politik, pengalaman sosial, tingkatan sosial.

b. Faktor presipitasi

1) Kejadian stresfull

Mempengaruhi perkembangan spiritual seseorang dapat terjadi karena perbedaan tujuan hidup, kehilangan hubungan dengan orang yang terdekat karena kematian, kegagalan dalam menjalin hubungan baik dengan diri sendiri, orang lain, lingkungan dan zat yang maha tinggi.

2) Ketegangan hidup

Beberapa ketegangan hidup yang berkontribusi terhadap terjadinya distress spiritual adalah ketegangan dalam menjalankan ritual keagamaan, perbedaan keyakinan dan ketidakmampuan menjalankan peran spiritual baik dalam keluarga, kelompok maupun komunitas (Keliat & Akemat, 2010).

6. Faktor yang berhubungan distress spiritual

Menurut Anandarajah dan Hight (2001), distress atau krisis spiritual dapat mempengaruhi kesehatan fisik dan mental dan sering diperburuk oleh penyakit

medis atau takut mati (Tanjung, 2016). Faktor yang berhubungan dengan distress spiritual yaitu sebagai berikut: menjelang ajal, ansietas, sakit kronis, kematian, perubahan hidup, kesepian, nyeri, keterasingan diri maupun sosial dan gangguan sosiokultural (Herdman & Kamitsuru, 2012).

7. Kondisi klinis terkait

- a. Penyakit kronis (mis. Arthritis rheumatoid, sklerosis multiple)
- b. Penyakit terminal
- c. Retardasi mental
- d. Kehilangan bagian tubuh
- e. *Sudden Infant Death Syndrome (SIDS)*
- f. Kelahiran mati, kematian janin, keguguran
- g. Kemandulan
- h. Gangguan psikiatrik (PPNI, 2016).

