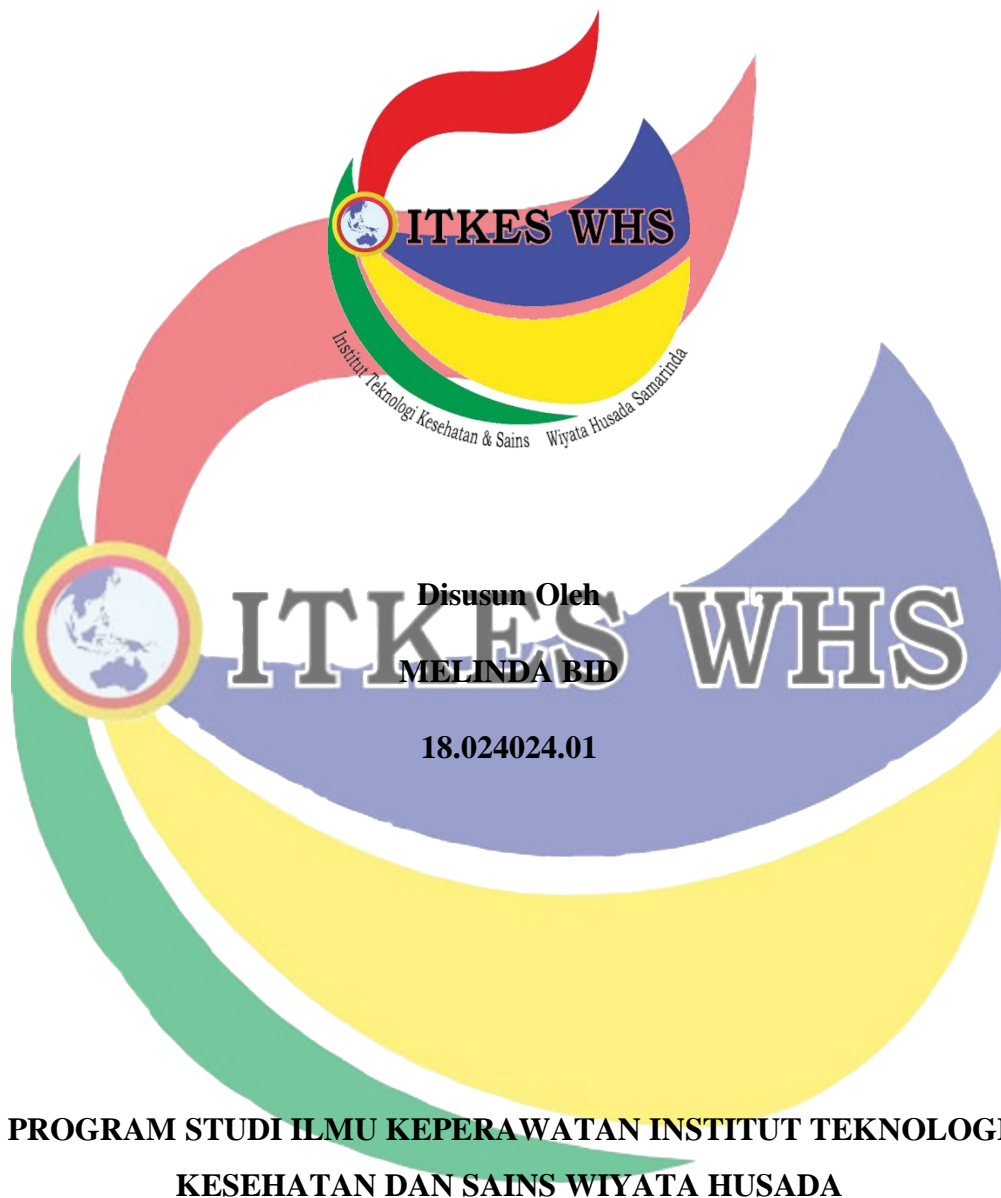


**PENGARUH TERAPI DOA DAN PEMBACAAN ALKITAB TERHADAP
KECEMASAN, DEPRESI DAN *FATIGUE* PADA PASIEN *END STAGE*
RENAL DISEASE YANG MENJALANI HEMODIALISIS**

SKRIPSI



SAMARINDA

2022

**PENGARUH TERAPI DOA DAN PEMBACAAN ALKITAB TERHADAP
KECEMASAN, DEPRESI DAN *FATIGUE* PADA PASIEN *END STAGE*
RENAL DISEASE YANG MENJALANI HEMODIALISIS**

SKRIPSI

Untuk memenuhi salah satu syarat memperoleh Gelar

Sarjana Keperawatan (S.Kep)



Disusun Oleh:

MELINDA BID

NIM : 18.024024.01

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN INSTITUT TEKNOLOGI
KESEHATAN DAN SAINS WIYATA HUSADA**

SAMARINDA

2022

HALAMAN PENGESAHAN

**PENGARUH TERAPI DOA DAN PEMBACAAN ALKITAB TERHADAP
KECEMASAN, DEPRESI DAN *FATIGUE* PADA PASIEN *END*
STAGE RENAL DISEASE YANG MENJALANI
HEMODIALISIS.**

SKRIPSI

Disusun Oleh:

Melinda Bid

Telah dipertahankan didepan dewan penguji
Pada tanggal 01 September 2022

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

1. **Ns. Hamka, M.Kep., RN., WOC(ET)N**
NIDN. 921058603

2. **Ns. Anisa A'in, M.Kep**
NIDN. 1106049003

3. **Ns. Kiki Hardiansyah Safitri, M.Kep., Sp.Kep.M.B**
NIDN. 1128058801



Handwritten signatures of the three members of the examination board, corresponding to the list of names on the left. The signatures are written in black ink on a white background.

Mengetahui,
Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan
ITKES Wiyata Husada Samarinda



Official stamp of ITKES Wiyata Husada Samarinda and a handwritten signature in blue ink over the stamp.

Ns. Kiki Hardiansyah Safitri, M.Kep., Sp.Kep.M.B
NIDN. 1128058801

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kepada Tuhan Yesus Kristus atas segala berkat, kasih karunia, dan pertolonganNya saya dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul “**Pengaruh Terapi Doa dan Pembacaan Alkitab Terhadap Kecemasan, Depresi dan *Fatigue* Pada Pasien *End Stage Renal Disease* Yang Menjalani Hemodialisis**”. Penulisan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana (S.Kep) pada Program Studi Ilmu Keperawatan ITKES Wiyata Husada Samarinda.

Saya menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak masa perkuliahan sampai pada penyusunan skripsi ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan semua proses tepat pada waktunya. Oleh karena itu, perkenankanlah saya mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada :

1. H. Mujito Hadi, MM Selaku Ketua Yayasan ITKES Wiyata Husada Samarinda.
2. Dr. Eka Ananta Sidharta, SE, MM., AK., CA., CSRS, CSRA, CfrA Selaku Rektor ITKES Wiyata Husada Samarinda.
3. Ns. Kiki Hardiansyah Safitri, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.MB Selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan ITKES Wiyata Husada Samarinda dan selaku pembimbing saya yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan tugas akhir ini.
4. Ns. Hamka, S.Kep.,M.Kep.,RN.,WOC(ET)N selaku dosen penguji I saya yang telah memberikan masukan, saran, serta menyediakan waktu dalam membimbing saya sehingga saya dapat menyelesaikan proposal skripsi saya.
5. Ns. Annisa Ain, M.Kep selaku dosen penguji II saya yang memberikan masukan, saran, serta menyediakan waktu dan tenaga untuk membimbing saya dalam menyelesaikan tugas akhir.
6. Direktur Rumah Sakit Samarinda Medika Citra yang telah memberikan saya ijin untuk melakukan studi pendahuluan dalam penelitian saya.
7. Seluruh Bapak dan Ibu dosen ITKES Wiyata Husada Samarinda yang telah memberikan ilmu yang bermanfaat bagi kehidupan peneliti serta seluruh staf pegawai yang telah banyak membantu.
8. Kedua Orang Tua saya, Bapak Bid Ingkan dan Ibu Luhung Ajan, saudara kandung saya Colin Bid dan Natalia Christina, Kakak Ipar saya Joan Kurniawan, Keponakan saya Kevinzidney Christeven Jo serta seluruh keluarga saya yang telah memberikan

semangat, dukungan serta mencurahkan semua kasih sayang yang tulus dan ikhlas kepada saya, serta bantuan baik secara tenaga maupun materi kepada saya untuk menyelesaikan skripsi saya.

9. Teman-teman dan sahabat saya di ITKES Wiyata Husada Samarinda atas nama Theresia Welly, Sekar Purwaning Tiyas, Serina Putri, Zefanya Tegar Subagyo dan Dera Nur, dan Teman-teman Pemuda/i MTV Youth yang telah memberikan bantuan, dukungan dan saran serta kritik dalam penulisan skripsi ini.
10. Kepada semua pihak secara langsung maupun tidak langsung yang telah banyak membantu memberi pengarahan dalam penyusunan skripsi ini.

Semoga Tuhan membalas semua kebaikan yang telah diberikan. Demi kesempurnaan skripsi ini peneliti mengharapkan kritik dan saran yang sifatnya membangun, guna perbaikan selanjutnya. Akhir kata penyusun berharap semoga skripsi ini berguna dan bermanfaat bagi kita semua dan dapat dijadikan saran untuk menambah wawasan, khususnya dalam ilmu keperawatan.



LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Melinda Bid

NIM : 18.024024.01

Program Studi : S1 Ilmu Keperawatan

Judul Laporan Tugas Akhir : Pengaruh Terapi Doa dan Pembacaan Alkitab Terhadap Kecemasan, Depresi dan *Fatigue* Pada Pasien *End Stage Renal Disease* Yang Menjalani Hemodialisis.

Menyatakan bahwa skripsi/karya tulis ilmiah ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber, baik yang dikutip maupun yang dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Samarinda,

Yang membuat pernyataan,



LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Melinda Bid

NIM : 18.024024.01

Program Studi : Ilmu Keperawatan

Dengan ini menyetujui dan memberikan hak kepada ITKES Wiyata Husada Samarinda atas karya ilmiah saya berjudul:

Pengaruh Terapi Doa dan Pembacaan Alkitab Terhadap Kecemasan, Depresi dan Fatigue Pada Pasien *End Stage Renal Disease* Yang Menjalani Hemodialisis.

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak ini ITKES Wiyata Husada Samarinda berhak menyimpan, mengalihmediakan/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis dan pemilih hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya



ITKES WHS

Samarinda, 29 Agustus 2022

Penulis

Melinda Bid

**PENGARUH TERAPI DOA DAN PEMBACAAN ALKITAB TERHADAP
KECEMASAN, DEPRESI DAN *FATIGUE* PADA PASIEN *END STAGE*
RENAL DISEASE YANG MENJALANI HEMODIALISIS**

Melinda Bid¹, Kiki Hardiansyah Safitri²

¹Mahasiswa Program Pendidikan S1 Ilmu Keperawatan, ITKES Wiyata Husada Samarinda, Jl. Kadrie Oening No 77, Samarinda, Kalimantan Timur.

Email: melindabid1501@gmail.com

²Dosen Program Studi S1 Ilmu Keperawatan, ITKES Wiyata Husada Samarinda, Jl. Kadrie Oening No 77, Samarinda, Kalimantan Timur.

Email: kikihardiasyahs@stikes.ac.id

ABSTRAK

Latar Belakang Pasien *End Stage Renal Disease* yang menjalani Hemodialisis Tekanan Psikologis dapat terjadi dengan gejala kecemasan dan depresi. *Fatigue* yang dialami saat menjalani hemodialisis adalah keadaan pasien mengalami kekurangan produksi eritroprotein. Dukungan spiritual mempunyai efek perlindungan terhadap stress yang meningkatkan kesehatan fisik dan mental. **Tujuan:** Menganalisis pengaruh terapi doa dan pembacaan alkitab terhadap aspek psikologi dan *fatigue* pada pasien *end stage renal disease* yang menjalani hemodialisis. **Metode:** Sebuah pendekatan *pre-eksperiment* dengan *One-grup pre-post design*, dan Teknik sampling menggunakan *non-probability sampling*, dengan metode *consecutive sampling* sehingga didapatkan sampel sejumlah 20 responden dengan kriteria inklusi yaitu pasien hemodialisis yang beragama Nasrani, dan skor 24-30 skrining MMSE. Instrumen yang digunakan Kuesioner: *The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*, dan *Fatigue Severity Scale (FSS)*. **Hasil:** Didapatkan usia responden terbanyak pada usia 45-55 tahun 35%, jenis kelamin terbanyak pada Wanita 80%, lama Hemodialisa terbanyak pada 1-3 tahun 55%, Pendidikan terbanyak pada SMA/SMK 55%, data tertinggi didapatkan kecemasan tentang perasaan takut 82,14%, data terendah didapatkan depresi tentang menikmati aktivitas 48,21%. Hasil uji statistic pada uji *paired t-test* kuesioner *HADS* didapatkan nilai p-value (0,001) dan Uji *Wilcoxon* pada kuesioner *FSS* didapatkan nilai p-value (0,001) **Kesimpulan:** Dukungan Spiritual secara signifikan dapat menurunkan Kecemasan, Depresi, dan *Fatigue* pada pasien *ESRD* yang menjalani Hemodialisis.

Kata Kunci : Dukungan spiritual, Kecemasan, Depresi, *Fatigue*, Hemodialisa

^{1,2} Program Studi Ilmu Keperawatan ITKES Wiyata Husada Samarinda

The Effect of Prayer Therapy and Bible Reading on Anxiety, Depression, and Fatigue in End-Stage Renal Disease Patients Undergoing Hemodialysis

Melinda Bid¹, Kiki Hardiansyah Safitri²

Institute of Health Technology and Science Wiyata Husada Samarinda

Kadrie Oening Street No. 77 Samarinda, East Kalimantan

Email: melindabid1501@gmail.com, kikihardiasyahs@stikes.ac.id

Abstract

Background: End Stage Renal Disease Patients Undergoing Hemodialysis Psychological stress may present with symptoms of anxiety and depression. Fatigue experienced while undergoing hemodialysis is when the patient experiences a lack of erythropoietin production. Spiritual support protects against stress and improves physical and mental health. **Purpose:** This study aimed to analyze the effect of prayer therapy and bible reading on psychological aspects and fatigue in end-stage renal disease patients undergoing hemodialysis. **Method:** This study used a pre-experimental approach with a One-group pre-post design and a sampling technique using non-probability sampling, with consecutive sampling method so that a sample of 20 respondents was obtained with inclusion criteria, for example, hemodialysis patients who were Christian and a score of 24-30 MMSE screening. Instruments used Questionnaires such as The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and Fatigue Severity Scale (FSS). **Results:** This showed that most respondents were aged 45-55 years 35%, the most gender was women 80%, the longest duration of hemodialysis was at 1-3 years 55%, and the most education was in Senior High School/Vocational High School 55%, the highest data obtained was anxiety about feelings of fear. 82.14%, the lowest data was depression about enjoying activities, 48.21%. The statistical test results on the paired t-test of the HADS questionnaire obtained a p-value (0.001), and the Wilcoxon test on the FSS questionnaire obtained a p-value (0.001). **Conclusion:** This indicates that spiritual support can significantly reduce anxiety, depression, and fatigue in ESRD patients undergoing hemodialysis.

Keywords: Spiritual support, Anxiety, Depression, Fatigue, Hemodialysis

¹Student of Nursing Study Program of Institute of Health Technology and Science Wiyata Husada Samarinda

²Lecturer of Nursing Study Program of Institute of Health Technology and Science Wiyata Husada Samarinda

LEMBAGA PENGEMBANGAN BAHASA INSTITUT TEKNOLOGI KESEHATAN & SAINS WIYATA HUSADA SAMARINDA	
DATED	: 04/10/2022
COUNSELOR	: LPI Jhos Wls
SIGN	: 

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
KATA PENGANTAR	iv
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN.....	vi
LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	vii
ABSTRAK.....	viii
ABSTRACT.....	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR SKEMA	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan Penelitian.....	7
D. Manfaat Penelitian.....	8
E. Penelitian Terkait.....	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA
A. Telaah Pustaka.....	12
1. Konsep Penyakit <i>End Stage Renal Disease</i>	12
2. Konsep Hemodialisis	24
3. Masalah Psikologi Pada Pasien <i>End Stage Renal Disease</i>	28
4. Konsep <i>Fatigue</i>	31
5. Dukungan Spiritual.....	36
B. Kerangka Teori Penelitian	43
1. Teori Keperawatan Menurut Kolcaba.....	43
2. Kerangka Teori Kolcaba	44
3. Kerangka Modifikasi Kolcaba.....	45
C. Hipotesis Penelitian	45
BAB III METODE PENELITIAN
A. Jenis dan Rancangan Penelitian	46
B. Kerangka Konsep Penelitian.....	46

C. Populasi dan Sampel.....	47
D. Teknik Pengambilan Sampel	47
E. Variable Penelitian	48
F. Definisi Operasional	48
G. Waktu dan Tempat Penelitian	49
H. Instrumen Penelitian	49
I. Uji Validitas dan Reliabilitas	51
J. Prosedur Pengumpulan	52
1. Prosedur Administrasi.....	52
2. Teknik Pengolaan Data	53
3. Analisa Data	53
K. Etika Penelitian	54
L. Alur Penelitian.....	56
BAB IV	58
A. Hasil Penelitian.....	58
B. Pembahasan.....	61
C. Keterbatasan Peneliti	67
BAB V	68
A. Kesimpulan	68
B. Saran	68
DAFTAR PUSTAKA	xiv
LAMPIRAN



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Manifestasi Klinis <i>End Stage Renal Disease</i>	17
Tabel 2.2 Komplikasi Hemodialisis	26
Tabel 2.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi <i>Fatigue</i>	33
Tabel 2.4 Dampak <i>Fatigue</i>	34
Tabel 2.5 Karakteristik Spiritualitas	37
Tabel 2.6 Perkembangan Spiritual	38
Tabel 2.7 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kebutuhan Spiritual.....	38
Tabel 2.8 Beberapa Orang yang Membutuhkan Bantuan Spiritual	39
Tabel 2.9 Jenis-jenis doa	41
Tabel 3.1 Definisi Operasional	48
Tabel 3.2 Kisi-Kisi Kuesioner <i>HADS</i>	50
Tabel 3.3 Kisi-Kisi Kuesioner <i>FSS</i>	50
Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Usia	59
Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Jenis Kelamin.....	59
Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Lama Hemodialisis.....	60
Tabel 4.4 Hasil Analisis Dukungan Spiritual.....	60
Tabel 4.5 Hasil Selisih Rata-rata	61

DAFTAR SKEMA

Skema 2.1 Rentang Respon Kecemasan	29
Skema 2.2 Kerangka Teori Kolcaba	44
Skema 2.3 Modifikasi Teori Kenyamanan	45
Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian	46
Skema 3.2 Alur Penelitian	56



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Biodata Peneliti	
Lampiran 2 Rencana Jadwal Penelitian	
Lampiran 3 Lembar Persetujuan Penelitian	
Lampiran 4 Lembar Permohonan Menjadi Responden	
Lampiran 5 Lembar <i>Inform Consent</i>	
Lampiran 6 Kuesioner Skrining MMSE	
Lampiran 7 Kuesioner <i>Hospital Anxiety and Depress Scale (HADS)</i>	
Lampiran 8 Kuesioner <i>Fatigue Severity Scale (FSS)</i>	
Lampiran 9 Standar Operasional Prosedur (SOP)	
Lampiran 10 Dokumentasi Penelitian	
Lampiran 11 Manuskrip	



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

End Stage Renal Disease merupakan gangguan fungsi renal yang progresif dan ireversibel dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit, menyebabkan uremia (retensi uretra dan sampah nitrogen lain dalam darah). *World Health Organization* (WHO) merilis data pertumbuhan jumlah penderita *End Stage Renal Disease* di dunia pada tahun 2013 meningkat sebesar 50% dari tahun sebelumnya dan di Amerika angka kejadian *End Stage Renal Disease* meningkat sebesar 50% pada tahun 2014 dan setiap tahun 200.000 orang Amerika menjalani hemodialisis (Widyastuti, 2014). Angka kejadian gagal ginjal di dunia secara global lebih dari 500 juta orang dan yang harus menjalani hemodialisis sekitar 1,5 juta orang (Yuliana, 2015).

Terapi pengganti ginjal menjadi satu-satunya pilihan bagi pasien dengan penyakit gagal ginjal tahap akhir untuk mempertahankan fungsi tubuh. Terapi pengganti ginjal dapat berupa transplantasi atau dialisis, yang terdiri dari dialisis peritoneal dan hemodialisis. Hemodialisis dilakukan pada pasien *End Stage Renal Disease* dengan mengalirkan darah ke suatu tabung ginjal buatan (Dialiser) yang terdiri dari dua kompartemen yang terpisah. Hemodialisis tidak hanya untuk memperpanjang hidup, akan tetapi juga mengembalikan kualitas hidup dengan meningkatkan kemandirian pasien. Bagi penderita *End Stage Renal Disease* hemodialisis akan mencegah kematian, namun demikian hemodialisis tidak menyembuhkan atau memulihkan penyakit ginjal. Pasien yang menjalani terapi hemodialisis rutin mengalami berbagai masalah yang timbul sebagai akibat dari tidak berfungsinya ginjal secara normal, kelemahan fisik yang dirasakan seperti mual, muntah, nyeri, kelemahan otot, dan oedema adalah sebagian manifestasi klinis yang muncul pada pasien (Sukandar, 2013).

Indonesian Renal Registry (IRR) mengatakan di Indonesia jumlah penderita *End Stage Renal Disease* baru dan aktif di Indonesia tahun 2018 meningkat. Pasien baru adalah pasien yang pertama kali menjalani hemodialisis pada tahun 2018 yaitu sebanyak 66.433 orang, sedangkan pasien aktif adalah seluruh pasien baik pasien baru tahun 2018 maupun pasien lama dari tahun sebelumnya yang masih menjalani hemodialisis rutin dan masih hidup sampai dengan tanggal 31 Desember 2018 yaitu

sebanyak 132.142 orang. Pada tahun 2018 pasien aktif meningkat tajam hal ini menunjukkan lebih banyak pasien yang dapat menjalani hemodialisis lebih lama, dikarenakan adanya Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang berperan dalam menjaga kelangsungan terapi ini. Penderita gagal ginjal di pulau Kalimantan sendiri terdapat 144 pasien aktif *End Stage Renal Disease* yang menjalani terapi hemodialisis (Indonesia Renal Registry, 2019)

Pasien *End Stage Renal Disease* yang menjalani Hemodialisis Tekanan Psikologis dapat terjadi dengan gejala kecemasan dan depresi karena hidup berdampingan dengan kondisi kronis, seperti diabetes mellitus dan gagal jantung. Kehadiran kecemasan di ESRD dengan HD karena rasa ketidakpastian tentang masa depan, perasaan bersalah dan kehilangan diri sendiri, yang dikombinasikan dengan kronisitas dan sifat penyakit yang tidak dapat disembuhkan (Dejean D, et al, 2013). Gejala depresi juga terkait dengan kelelahan, keputusasaan, kecemasan, sakit kepala, upaya bunuh diri, penurunan kemampuan fungsional, tingkat rawat inap yang lebih tinggi, peningkatan tingkat penarikan dari sesi HD dan kematian dini (Pascoe MC, et al, 2017).

Kecemasan adalah gejala umum lainnya yang diamati di antara pasien ESRD yang menjalani perawatan dialisis, dengan hubungan yang nyata dengan penurunan kualitas hidup (Semaan, et al., 2018) prevalensi gejala kecemasan pada pasien dengan ESRD antara 12% dan 52%. Setelah 1 tahun, Cukor dkk. (2008) melaporkan prevalensi kecemasan tersebut adalah 45,7%. Depresi dianggap sebagai salah satu komplikasi ESRD yang paling umum karena hubungannya dengan peningkatan mortalitas dan penurunan kualitas hidup (Farrokhi, et al, 2014; Teles dkk., 2014). Depresi ditemukan menjadi prediktor independen dari lama tinggal di rumah sakit, morbiditas, dan mortalitas pada pasien ESRD. (Farrokhi et al., 2014; Hedayati dkk., 2008). Etiologi depresi pada pasien ESRD diduga terkait dengan peningkatan kadar *sitokin pro-inflamasi*, terutama tumor *nekrosis alfa* dan *interleukin IL-6*, yang mungkin terkait dengan efek samping kardiovaskular yang mempercepat perkembangan penyakit dan inisiasi dialisis pada perkiraan laju filtrasi glomerulus (GFR) yang lebih tinggi (Semaan, et al., 2018).

Persentase depresi terjadi lebih tinggi pada pasien yang menjalani hemodialisis juga menunjukkan bahwa pada pasien hemodialisis yang mengalami depresi memiliki penyakit penyerta lebih tinggi dan hasil laboratorium berubah lebih besar dari pada pasien gagal ginjal kronik dibawah pengobatan konservatif, depresi dapat berhubungan

dengan pendapatan, pengangguran, penyakit penyerta (jantung) dan kemampuan fungsional (Andrade dan Sesso, 2012). Tingginya prevalensi depresi pada pasien yang menjalani hemodialisis yaitu 47,8%, Menurut Rai, et al, 2011 juga mengatakan ada hubungan antara depresi dengan gangguan tidur, insomnia 60,9%, resiko *sleep apnea* 24,6%, depresi lebih tinggi pada pasien yang berusia tua, pendapatan rendah, pengangguran dan depresi lebih tinggi pada pasien yang menjalani hemodialisis lebih dari 1 tahun. (Rai, Rustagi, Kohli, 2011). Faktor psikologis diantaranya stress depresi, ansietas dapat memicu terjadinya *fatigue*. Respon stres masuk ke dalam sistem saraf pusat, lalu di hipotalamus dilepaskan *corticotrophin hormone releasing factor* yang akan menstimulasi sistem saraf simpatis untuk mengeluarkan norepinefrin yang merupakan vasokonstriktor dan berakibat pada kontraksi otot polos (Guyton & Hall, 2007). Pasien ESRD menghadapi banyak tantangan yang membuat mereka merasa lelah. *Fatigue* merupakan salah satu masalah utama pada klien hemodialisis. Itu adalah perasaan yang tidak menyenangkan dan gangguan yang kompleks dan melemahkan yang menyebabkan gangguan fisik dan psikologis dan sangat mempengaruhi kualitas hidup mereka (Rezaei, Zahra, 2018)

Fatigue lebih dikenal dengan keletihan, kelelahan, lesu, dan perasaan kehilangan energi. *Fatigue* merupakan perasaan subjektif berupa kelelahan (Jhamb et al., 2008; Potter & Perry, 2007). Symptom non spesifik dan rasa letih yang berlebihan (Wilkinson, 2002). Ada pun *Fatigue* berperan sebagai sebuah respon subjektif dari kelemahan akibat kekurangan energi dimana ini merupakan salah satu gejala yang ditimbulkan atau efek samping dari pasien yang menjalani *dialysis* dalam jangka panjang (Jhamb et al, 2008). *Fatigue* yang dialami orang yang menjalani hemodialisis adalah keadaan dimana pasien mengalami kurangnya produksi eritroprotein. Dampak yang disebabkan akibat eritroprotein yang berkurang akan membuat kapiler darah menjadi mudah pecah. Pecahnya kapiler darah akan membuat pasien mengalami anemia. Anemia merupakan salah satu faktor pencetus atau faktor yang menyebabkan terjadinya *fatigue* bagi pasien yang menjalani hemodialisis. (Suhardjono, 2001).

Fatigue Psikologis merupakan kelelahan Psikologi yang berkaitan dengan Depresi, gugup, dan kondisi psikososial yang lain. Kelelahan jenis ini diperburuk dengan adanya stress. Respon stress masuk ke dalam sistem saraf pusat, lalu di hipotalamus dilepaskan *corticotrophin hormone releasing factor* yang akan menstimulasi sistem saraf simpatis untuk mengeluarkan norepinefrin yang merupakan vasokonstriktor dan berakibat pada kontraksi otot polos (Guyton & Hall, 2007). *Fatigue*

memberikan dampak bagi pasien yang mengalaminya, dampak tersebut mempengaruhi fungsi fisik dalam melakukan aktivitas sehari-hari, perubahan hubungan dengan orang lain, isolasi social, fungsi seksual, spiritualitas dan kualitas hidup (Lubkin & Larsen, 2006) serta mempengaruhi persepsi seseorang dengan kemampuan untuk menyelesaikan masalah (Craven & Hirnle, 2000).

Pasien *ESRD* menjalani terapi hemodialisis sebanyak 2 sampai 3 kali setiap minggunya dan menghabiskan waktu beberapa jam, hal ini menjadi stresor bagi pasien sehingga pasien akan mengalami ketegangan, kecemasan, stress serta depresi yang berdampak negatif terhadap kualitas hidupnya (Saputra, 2011). Pasien *ESRD* yang mengalami stress karena terapi hemodialisis tentunya memerlukan sebuah penyelesaian masalah dengan menggunakan mekanisme koping, maka diperlukan mekanisme koping untuk mengarahkan pasien berperilaku adaptif (Wutun, E.A., Turwewi, S., & Gatun, 2016). Mekanisme koping adalah cara yang dilakukan individu untuk menyelesaikan masalah, menyesuaikan diri dengan perubahan, respon terhadap situasi yang mengancam, dapat berupa mekanisme koping adaptif (konstruktif) dan maladaptif (destruktif) tergantung bagaimana individu menghadapi stress.

Mekanisme koping individu bisa adaptif atau maladaptif tergantung faktor yang mempengaruhinya baik dari internal maupun eksternal. Mekanisme koping yang digunakan individu terhadap penyakit biasa mencoba merasa optimis terhadap masa depan, menggunakan dukungan sosial, menggunakan sumber spiritual, mencoba tetap mengontrol situasi atau perasaan, dan mencoba menerima kenyataan yang ada. Mekanisme koping adaptif merupakan respon koping yang baik tetapi jika mekanisme koping pasien maladaptif dapat memperburuk kondisinya (Samsudin, 2014).

Maramis (2004) lebih jauh menekankan bahwa mekanisme koping yang digunakan tergantung pada kepribadian individu, pengaruh lingkungan sosial, pandangan hidup, kepercayaan, adat istiadat dalam keluarga, pengaruh teman dan sebagainya. Dalam hal Keyakinan dan Komitmen seseorang yang kuat terhadap zat yang memiliki kekuatan serba maha diluar dirinya, akan mampu menciptakan kekuatan mental spiritual yang luar biasa dalam diri manusia. Orang yang meyakini kekuatan dan kuasa Tuhan akan selalu merasa aman dan tenang dimanapun ia berada berkeyakinan bahwa ia selalu memiliki harapan dalam mendapatkan pertolongan dan penjagaan dari Tuhan. Orang yang berdoa memiliki kekuatan spiritual kerohanian yang membangkitkan rasa percaya diri (*self-confident*) dan rasa optimisme (harapan kesembuhan). Rasa percaya diri dan optimisme, merupakan respon emosi positif

(*positive thinking*) yang dapat menghindarkan reaksi stress dan kecemasan, karena mendorong individu untuk berfikir lebih realistis dan siap menghadapi segala persoalan hidup dengan tetap bersikap konstruktif.

Sehingga Salah satu faktor Mekanisme koping dalam mengelola masalah ini di antara pasien Hemodialisis adalah spiritualitas dan, menurut penelitian Evangelos, et al, 2020, pasien Hemodialisis menghadirkan banyak kebutuhan spiritual. Tingkat spiritualitas yang tinggi telah dikaitkan dengan adaptasi psikososial yang optimal terhadap penyakit. Spiritualitas memiliki efek positif pada kesehatan keseluruhan pasien dengan *ESRD* dan merupakan strategi mengatasi kecemasan dan ketakutan akan kematian individu akibat kondisi kronis tersebut. Alradaydeh dan Khalil (2018) menemukan bahwa spiritualitas melindungi terhadap depresi, (Fradelos, et al, 2021)

Kebutuhan spiritual pada pasien yang menjalani hemodialisis meliputi menguatkan hubungan dengan Tuhan, diri sendiri dan orang lain. Dukungan dari lingkungan sekitar partisipan akan membantu partisipan menghadapi proses penyakitnya. Seluruh partisipan mengungkapkan mereka mendapatkan dukungan dari orang-orang terdekatnya seperti keluarga, pasangan hidup, dan teman-teman terdekat. (Mailani, 2020). Kebutuhan spiritual juga merupakan kebutuhan untuk mempertahankan atau mengembalikan keyakinan dan memenuhi kewajiban agama, serta kebutuhan untuk mendapatkan maaf atas pengampunan, mencintai, menjalin hubungan penuh rasa percaya dengan Tuhan (Carson, 2011). Dukungan spiritual sebagai dukungan yang diterima oleh individu mengenai hubungan dengan Tuhan. Dukungan spiritual penting dilakukan karena pasien mempunyai kebutuhan yang unik, cerita hidup, dan cara mengekspresikan spiritualitas yang berbeda. Dukungan spiritual mempunyai efek perlindungan terhadap stres yang meningkatkan kesehatan fisik dan mental (Rahmat, 2011).

Agama di Indonesia beragam sebagaimana disebutkan di dalam Pasal 1 UU PNPS No 1 Tahun 1965 tentang Pencegahan Penyalahgunaan dan/atau Penodaan Agama, yang menyatakan bahwa "Agama-agama yang dipeluk oleh penduduk di Indonesia ialah Islam, Kristen, Katolik, Hindu, Budha dan Khong Hu Cu (Confusius)". inilah yang menjadi dasar pengakuan keberadaan 6 agama yang di anut di Indonesia. Masing-masing memiliki penekanan perbedaan terhadap spiritualnya. Dukungan Spiritual yang akan peneliti angkat adalah di komunitas Nasrani atau komunitas Kristen. Sesuai dengan Studi Pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti di dua Rumah Sakit di Kota Samarinda, terdapat total 24 Pasien Nasrani yang menjalani Hemodialisis.

Selama menjalani hemodialisis kegiatan keagamaan seperti beribadah sudah sangat jarang dilakukan, jadwal hemodialisa yang dilakukan 2-3 kali seminggu, dan kegiatan lain yang dilakukan, dan mudah merasa lelah yang sering membuat para pasien sudah sangat jarang dalam beribadah, penyakit yang diderita, dukungan sosial dan keluarga yang kurang. Selama masa pandemic pelayanan ibadah yang dilakukan oleh pendeta atau pastor kesetiap pasien sudah tidak dilakukan, dikarena untuk mencegah adanya kontak langsung dengan pasien. Sehingga peneliti melihat bahwa perlu dilakukan atau difasilitasi dengan dukungan spriritual yaitu terapi doa dan pembacaan alkitab kepada para pasien Nasrani yang menjalani hemodialisis yang dimana untuk mendekatkan diri dengan Tuhan agar dapat mempertahankan atau mengembalikan keyakinan dan memenuhi kewajiban agama, serta kebutuhan untuk mendapatkan maaf atas pengampunan, mencintai, manjalin hubungan penuh rasa percaya dengan Tuhan, dan dengan Doa juga membaca alkitab akan memperoleh Kesembuhan. Seperti yang tertulis dalam Alkitab Yakobus 5:14-16 *“Kalau ada seorang di antara kamu yang sakit, baiklah ia memanggil para penatua jemaat, supaya mereka mendoakan dia serta mengolesnya dengan minyak dalam nama Tuhan. Dan doa yang lahir dari iman akan menyelamatkan orang sakit itu dan Tuhan akan membangunkan dia; dan jika ia telah berbuat dosa, maka dosanya itu akan diampuni. Karena itu hendaklah kamu saling mengaku dosamu dan saling mendoakan, supaya kamu sembuh. Doa orang yang benar, bila dengan yakin didoakan, sangat besar kuasanya”*. Dan tertulis juga di dalam Alkitab Yeremia 33:6. *“Sesungguhnya, Aku akan mendatangkan kepada mereka kesehatan dan kesembuhan, dan Aku akan menyembuhkan mereka dan akan menyingkapkan kepada mereka kesejahteraan dan keamanan yang berlimpah-limpah.”* Dari kedua ayat tersebut menjadi dasar dalam melakukan penelitian ini, yaitu memberikan Doa dan melakukan pembacaan ayat alkitab agar memberikan dukungan spiritual pada para responden, yang dimana memberikan penekanan bahwa Doa memiliki kuasa yang besar bagi orang yang percaya, dan Kesehatan dan kesembuhan akan diberikan kepada mereka. Berdasarkan hal tersebut peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang Pengaruh Dukungan Spiritual terhadap Aspek Psikologi dan *Fatigue* pada Pasien *End Stage Renal Disease* yang menjalani Hemodialisis di dua Rumah Sakit di Kota Samarinda yaitu Rumah Sakit Samarinda Medika Citra dan Rumah Sakit Dirgahayu Samarinda.

B. Rumusan masalah

End Stage Renal Disease merupakan gangguan fungsi renal yang progresif dan irreversibel dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit, menyebabkan uremia (retensi uretra dan sampah nitrogen lain dalam darah) sehingga Terapi pengganti ginjal yaitu dengan dialysis atau Hemodialisis menjadi satu-satunya pilihan bagi pasien dengan penyakit gagal ginjal tahap akhir untuk mempertahankan fungsi tubuh. Pasien *End Stage Renal Disease* yang menjalani Hemodialisis Tekanan Psikologis dapat terjadi dengan gejala kecemasan dan depresi karena hidup berdampingan dengan kondisi kronis, seperti diabetes mellitus dan gagal jantung. Kehadiran kecemasan di ESRD dengan HD karena rasa ketidakpastian tentang masa depan, perasaan bersalah dan kehilangan diri sendiri, yang dikombinasikan dengan kronisitas dan sifat penyakit yang tidak dapat disembuhkan. Faktor psikologis diantaranya stress depresi, ansietas ini dapat memicu terjadinya *fatigue* yang dimana *Fatigue* merupakan salah satu masalah utama pada klien hemodialisis. Itu adalah perasaan yang tidak menyenangkan dan gangguan yang kompleks dan melemahkan yang menyebabkan gangguan fisik dan psikologis. Pasien Hemodialisis menghadirkan banyak kebutuhan spiritual. Tingkat spiritualitas yang tinggi telah dikaitkan dengan adaptasi psikososial yang optimal terhadap penyakit. Salah satu faktor dalam mengelola masalah ini di antara pasien Hemodialisis adalah spiritualitas, Spiritualitas memiliki efek positif pada kesehatan keseluruhan pasien dengan *ESRD* dan merupakan strategi mengatasi kecemasan dan ketakutan akan kematian individu akibat kondisi kronis tersebut. Kebutuhan spiritual pada pasien yang menjalani hemodialisis meliputi menguatkan hubungan dengan Tuhan, diri sendiri dan orang lain. Sehingga rumusan masalah dalam penelitian ini “Apakah ada pengaruh dukungan spiritual terhadap aspek psikologi dan *fatigue* pada pasien *end stage renal disease* yang menjalani hemodialisis di Dua Rumah Sakit di Kota Samarinda?”

C. Tujuan Penelitian

Ada pun tujuan dari penelitian ini sebagai berikut:

1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis Pengaruh Terapi Doa dan Pembacaan Alkitab terhadap Kecemasan, Depresi dan *Fatigue* pada pasien *End Stage Renal Disease* yang menjalani Hemodialisis.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi Kecemasan, Depresi dan Fatigue sebelum dilakukan Dukungan Spiritual.
- b. Mengidentifikasi Kecemasan, Depresi dan Fatigue sesudah dilakukan Dukungan Spiritual.
- c. Menganalisis Perbedaan Aspek Psikologi dan *Fatigue* sebelum dan sesudah Intervensi Pemberian Terapi Doa dan Pembacaan Alkitab pada Pasien *End Stage Renal Disease* yang menjalani Hemodialisis.

D. Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat, antara lain:

1. Secara Teoritis

Hasil Penelitian ini diharapkan dapat menambah ilmu wawasan tentang Kesehatan Ginjal, dan dapat menjadi pertimbangan bagi Institusi Institut Teknologi Kesehatan dan Sains Wiyata Husada Samarinda untuk mengembangkan Terapi Doa dan Pembacaan Alkitab sebagai salah satu intervensi dalam mengatasi masalah yang berhubungan dengan Aspek Psikologi dan Fatigue pada pasien *End Stage Renal Disease* yang menjalani Hemodialisis.

2. Secara Praktik

a. Bagi Pasien *End Stage Renal Disease*

Sebagai referensi intervensi meningkatkan bagaimana Aspek Psikologis dan Fatigue dapat di atasi dengan berbagai hal, diantaranya melakukan Terapi Doa dan Pembacaan Alkitab

b. Bagi ITKES Wiyata Husada Samarinda

Diharapkan penelitian ini dapat menjadi referensi dan memperluas wawasan jurusan program studi Keperawatan di ITKES Wiyata Husada Samarinda.

c. Bagi Pihak Rumah Sakit

Diharapkan hasil penelitian ini dapat menambah referensi Intervensi tentang pengaruh Terapi Doa dan Pembacaan Alkitab terhadap Aspek Psikologi dan Fatigue pada pasien *End Stage Renal Disease* yang menjalani Hemodialisis dan dapat diaplikasikan bagi tenaga Kesehatan.

d. Bagi Institusi Pendidikan Kesehatan

Sebagai referensi tambahan di Perpustakaan serta masukan informasi mengenai Intervensi untuk mengurangi tingkat Kecemasan dan Depresi dan juga Fatigue pada pasien *End Stage Renal Disease* yang menjalani Hemodialisis.

E. Penelitian Terkait

Penelitian yang terkait dengan Pengaruh Terapi Doa dan Pembacaan Alkitab terhadap Aspek Psikologi dan *Fatigue* pada pasien *End Stage Renal Disease* yang menjalani Hemodialisis antara lain:

1. Mailani, 2020 melakukan penelitian yang berjudul “Pengalaman Spiritualitas pada Pasien Penyakit Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis di RSUP H. Adam Malik dan RSUD dr. Pirngadi Medan”. Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi spiritualitas pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis di RSUP H. Adam Malik dan RSUD dr. Pirngadi Medan. Penelitian ini merupakan studi fenomenologi deskriptif. Data di dapat dengan wawancara mendalam terhadap 10 orang yang berasal dari unit hemodialisis RSUP H. Adam Malik dan RSUD dr. Pirngadi Medan dengan kriteria partisipan berusia lebih dari 18 tahun, menjalani hemodialisis lebih dari 3 bulan, kesadaran *composmentis* dan reguler menjalani hemodialisa 2 kali seminggu. Hasil wawancara dianalisa dengan menggunakan metode *Colaizzi*. Berdasarkan penelitian ini dapat disimpulkan bahwa peneliti menemukan 4 tema yang mencerminkan fenomena yang diteliti. Tema-tema tersebut antara lain adalah mendekatkan diri kepada Tuhan, dukungan dari orang terdekat, mempunyai harapan besar untuk sembuh, dan menerima dengan ikhlas penyakit yang diderita.

Persamaan dengan penelitian ini yaitu sama-sama membahas mengenai Spiritualitas pasien ESRD yang menjalani Hemodialisis, tetapi menggunakan metode penelitian yang berbeda, yaitu Mailani menggunakan metode Kualitatif dengan fenomenologi deskriptif, yang ingin mengeksplorasi spiritualitas pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis, sedangkan peneliti ini menggunakan metode Kuantitatif dengan rancangan *Pre-Eksperiment* dengan pendekatan *One-Group pretest-postest design* yang dimana ingin menganalisa Pengaruh Dukungan Spritual terhadap Aspek Psikologi dan *Fatigue* pada Pasien *End Stage Renal Disease* yang menjalani Hemodialisis.

2. Maulani, 2020 melakukan penelitian dengan judul “Gambaran Pemenuhan Kebutuhan Spiritual Pada Pasien gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisa di Rumah Sakit Bhayangkara Kota Jambi”. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran pemenuhan kebutuhan spiritual pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa. Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan penelitian *deskriptif*. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien GGK yang menjalani hemodialisa di Ruang Hemodialisa Rumah Sakit Bhayangkara Kota Jambi pada bulan Agustus tahun 2020 yang berjumlah 35 pasien dan pengambilan sampel dilakukan dengan teknik total sampling yaitu berjumlah 35 pasien. Pengumpulan data dilakukan dengan lembar kuesioner dan hasil penelitian dianalisis secara univariat. Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa 31 (88,6%) responden memiliki pemenuhan kebutuhan spiritual berupa *religious well-being* (RWB) dalam kategori sedang dan terdapat 19 (54,3%) responden memiliki pemenuhan kebutuhan spiritual berupa *existential well-being* (EWB) dalam kategori rendah pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa. Persamaan dengan penelitian ini yaitu sama-sama membahas mengenai Kebutuhan Spiritualitas pada Pasien ESRD yang menjalani Hemodialisa tetapi menggunakan metode yang berbeda, yaitu Maulani menggunakan metode kuantitatif dengan penelitian *deskriptif*, yang dimana ingin mengetahui gambaran pemenuhan kebutuhan spiritual pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa. Sedangkan peneliti ini menggunakan metode Kuantitatif dengan rancangan *pre-Eksperiment* dengan pendekatan *One-Group pretest-postest design* yang dimana ingin menganalisa Pengaruh Dukungan Spritual terhadap Aspek Psikologi dan *Fatigue* pada Pasien *End Stage Renal Disease* yang menjalani Hemodialisis.
3. Evangelos, 2020 melakukan penelitian yang berjudul “*Assessment of psychological distress in end stage renal disease: is it spirituality related?*”. Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi faktor-faktor yang terkait dengan tekanan Psikologis pada pasien Hemodialisis dan menguji hubungannya dengan spiritualitas. Penelitian ini menggunakan *cross-sectional study*. Sampel terdiri dari 367 pasien yang menjalani HD yang dipilih secara acak dari enam unit HD di berbagai wilayah geografis Yunani. Distress psikologis dinilai menggunakan skala *Symptom Check List 90-R* dan spiritualitas menggunakan kuesioner *Facit Sp-12*. Selain itu, kuesioner desain khusus mengenai karakteristik demografi, sosial, dan

klinis diberikan. Dari hasil penelitian disimpulkan bahwa peran vital spiritualitas, yang dapat bertindak sebagai mekanisme untuk mengelola situasi stres. Secara khusus, penelitian ini menyoroti efek positif dari makna dan tujuan hidup, serta peran perdamaian dan harmoni.

Persamaan dengan penelitian ini yaitu sama-sama membahas mengenai Aspek Psikologi dan Spiritual pada pasien ESRD yang menjalani Hemodialisis, tetapi menggunakan metode yang berbeda, yaitu Evangelos menggunakan metode *cross-sectional study* dengan menggunakan skala *Symptom Check List 90-R* untuk Distress psikologis, yang dimana ingin mengeksplorasi faktor-faktor yang terkait dengan tekanan Psikologis pada pasien Hemodialisis dan menguji hubungannya dengan spiritualitas, Sedangkan peneliti ini menggunakan metode Kuantitatif dengan rancangan *pre-Eksperiment* dengan pendekatan *One-Group pretest-posttest design* yang dimana ingin menganalisa Pengaruh Dukungan Spritual terhadap Aspek Psikologi dan *Fatigue* pada Pasien *End Stage Renal Disease* yang menjalani Hemodialisis.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

Didalam bab ini peneliti akan menguraikan beberapa konsep dan teori yang terkait dengan penelitian ini. Konsep tersebut meliputi konsep *End Stage Renal Disease*, konsep hemodialisa, Masalah Psikologi pada pasien *End Stage Renal Disease*, *fatigue* dan Intervensi Dukungan Spiritualitas.

1. Konsep Penyakit *End Stage Renal Disease*

a. Definisi *End Stage Renal Disease*

End Stage Renal Disease adalah suatu sindrom klinis yang disebabkan oleh penurunan fungsi ginjal yang bersifat menahun, berlangsung progresif dan cukup lanjut. Penyakit ginjal terminal suatu proses patofisiologis dengan etiologi yang beragam, mengakibatkan penurunan fungsi ginjal yang progresif. Selanjutnya penyakit ginjal tahap akhir adalah suatu keadaan klinis yang ditandai dengan penurunan fungsi ginjal yang *irreversibel*, suatu derajat yang memerlukan terapi pengganti ginjal yang tetap berupa dialisis atau transplantasi (Suwitra, 2006)

b. Etiologi

Beberapa penyakit yang secara permanen merusak nefron dapat menyebabkan terjadinya *End Stage Renal Disease*, yaitu :

1) Glomerulonefritis

Glomerulonefritis dibagi menjadi 2, yaitu:

a) Glomerulonefritis Primer

Glomerulopati primer yaitu kerusakan glomerulus akibat penyakit dasar yang berasal dari ginjal, yang mempengaruhi fungsi struktur glomerulus, dimana tanpa penyakit *multisistemik* lainnya. Manifestasi klinis dari glomerulopati primer meliputi glomerulonefritis akut, *rapidly progressive glomerulonephritis*, glomerulonefritis kronis, sindrom nefrotik, dan hematuria atau proteinuria asimtomatik. Manifestasi klinis yang nampak berupa suatu kumpulan gejala sesuai dengan kerusakan glomerulus yang terjadi. Setiap sindrom memiliki dampak terhadap struktur dan fungsi glomerulus (Sukandar, 2013).

Glomerulonephritis akut memiliki manifestasi keadaan akut berupa proteinuria, hematuria, edema, dan hipertensi. *rapidly progressive glomerulonephritis* ditandai dengan nefritis dan insufisiensi renal yang progresif. Glomerulonephritis kronis ditandai proteinuria dan hematuria dengan gagal ginjal yang progresif. Sindrom nefrotik terdiri dari proteinuria massif ($>3,5\text{g/d}$), hipoalbumin dengan edema, lipiduria, *hyperlipidemia* (Sukandar, 2013).

b) Glomerulonephritis Sekunder

Glomerulonephritis sekunder apabila kelainan ginjal terjadi akibat penyakit sistemik lain seperti diabetes mellitus, *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE), mieloma multipel, atau amiloidosis (Sukandar, 2013).

2) Nefropati Lupus

Ginjal merupakan organ yang sering terlibat pada pasien *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE). Lebih dari 70% dari pasien SLE mengalami keterlibatan ginjal sepanjang perjalanan penyakitnya. Lupus nefritis memerlukan perhatian khusus agar tidak terjadi perburukan fungsi ginjal yang akan berakhir dengan transplantasi atau cuci darah. Bila tersedia fasilitas biopsi dan tidak terdapat kontraindikasi, maka seyogyanya biopsi ginjal perlu dilakukan untuk konfirmasi diagnosis, evaluasi aktivitas penyakit, klasifikasi kelainan histopatologik ginjal, dan menentukan prognosis yang tepat. Klasifikasi kriteria WHO untuk lupus nefritis dinilai berdasarkan pola histopatologi dan lokasi dari imuno kompleks, sementara klasifikasi ISN/RPS juga membagi menjadi lesi fokal, difus, aktif, tidak aktif, dan kronis. Bila fasilitas biopsi tidak dapat dilakukan oleh karena berbagai hal, maka klasifikasi lupus nefritis dapat dilakukan berdasarkan penilaian panduan WHO. Pemeriksaan patologi memperlihatkan hubungan antara respon klinis dan hasil akhir. Pemeriksaan lupus nefritis penting dilakukan karena gejala sering tidak diketahui oleh pasien, misalnya terdapat hematuria, proteinuria atau hipertensi (Sukandar, 2013).

3) Nefropati Diabetik

Pada penderita diabetes, sekitar 40% mengalami keterlibatan ginjal dalam perjalanan penyakitnya. Patogenesis penyakit ginjal diabetik yaitu dimana gula darah yang berlebih memasuki sel glomerulus melalui fasilitasi

glukose transporter (GLUT), terutama GLUT 1, yang mengakibatkan aktivasi beberapa mekanisme seperti aktivasi jalur poliol, protein kinase C, jalur heksamin, dan penumpukan AGEs (*Advance Glycation Product*). Diagnosis penyakit ginjal diabetik dimulai dari dikenalnya mikroalbuminuria pada pasien diabetes. Bila jumlah protein atau albumin di dalam urin masih sangat rendah akan sulit di deteksi dengan pemeriksaan metode biasa, akan tetapi apabila albumin sudah $>30\text{mg}/24\text{jam}$ ataupun $>20\text{mg}/\text{menit}$ dapat disebut mikroalbuminuria sebagai tanda dari nefropati diabetik (Sukandar, 2013).

Derajat albuminuria atau proteinuria dapat juga ditentukan dengan *ratio* terhadap kreatinin dalam urin sewaktu yang disebut dengan *Albumin Creatinin Ratio* (ACR). Secara tradisional penyakit ginjal diabetik dibagi menjadi 5 tahap, yaitu tahap I dimana laju filtrasi glomerulus meningkat sampai 40% diatas normal disertai dengan pembesaran ukuran ginjal, albuminuria belum nyata dan tekanan darah biasanya normal. Tahap ini masih *reversible* dan berlangsung 0-5 tahun sejak terdiagnosis diabetes. Kriteria diagnosis nefropati diabetika ditandai dengan riwayat diabetes melitus sekurangnya 10 tahun, ditemukan albuminuria baik mikroskopik atau makroskopik disertai penurunan LFG, tanda diabetika nefropati melalui biopsi. Berdasarkan kriteria IRR, diagnosis nefropati diabetika ditandai dengan adanya riwayat diabetes mellitus, proteinuria, funduskopi terdapat mikroaneurisma kapiler, serta tanpa ada bukti penyakit ginjal lain sebelumnya (Sukandar, 2013)

4) Nefropati Asam urat

Nefropati asam urat adalah penyakit ginjal yang disebabkan oleh asam urat atau penumpukan kristal urat. Nefropati asam urat adalah suatu keadaan asam urat atau kristal urat terdeposit pada parenkim ginjal dan lumen tubulus secara independen dan menyebabkan cedera langsung pada ginjal selama suatu periode waktu sehingga menyebabkan gagal ginjal. Penyakit ginjal ini diinduksi oleh penumpukan monosodium urat pada interstitial medulla yang menyebabkan respon inflamasi kronik serupa dengan yang terjadi pada pembentukan mikrotofus pada bagian tubuh lain, yang berpotensi menyebabkan fibrosis interstitial dan gagal ginjal terminal.

Nefropati asam urat pada masa lalu sering ditemukan pada pasien dengan tophus gout, namun saat ini sudah jarang ditemukan (Sukandar, 2013).

Demikian pasien dengan penyakit ginjal terminal dengan sedimen urine serta hiperurisemia yang tak sesuai dengan derajat gangguan ginjalnya memenuhi kriteria nefropati urat. Studi pada hewan menunjukkan bahwa pada penyakit ginjal terminal terjadi hiperuricemia melalui dua mekanisme yang mengkompensasi penurunan efisiensi ekskresi ginjal yaitu peningkatan ekskresi asam urat usus dan penurunan produksi karena penurunan aktivitas xanthine oksidase. Peningkatan kadar urat plasma yang tidak sesuai dengan derajat gangguan ginjal didefinisikan sebagai berikut, kadar urat plasma >9 mg/dL (535 umol/L) jika kadar kreatinin plasma 10 mg/dL (595 umol/L) jika kadar kreatinin plasma 1,5-2,0 mg/dL (132-176 umol/L), kadar urat plasma >12 mg/dL (714 umol/L) dengan gagal ginjal yang berat. Diagnosis nefropati asam urat berdasarkan kriteria IRR ditandai dengan adanya riwayat artritis gout yang berulang, ISK berulang, kadar asam urat >13 mg% pada laki-laki dan >10 mg% pada wanita, terdapat proteinuria dengan atau tanpa hematuria (Sukandar, 2013).

5) Ginjal Polikistik

Penyakit ginjal polikistik (PGP) merupakan suatu kelainan yang mempunyai karakteristik berupa pertumbuhan banyak kista pada ginjal. Ketika terbentuk kista pada ginjal, kista yang terisi cairan ini akan mengalami pembesaran progresif menghasilkan pembesaran masif ginjal dan mengakibatkan penurunan fungsi ginjal bahkan seringkali menyebabkan gagal ginjal. Kista tersebut akan bertambah besar baik jumlah maupun ukurannya, sehingga merusak jaringan ginjal yang normal. Walaupun demikian, mungkin fungsi ginjal dapat tetap bertahan normal dalam beberapa tahun, namun ketika ukuran ginjal melebihi 1.500 m³ (dimana ukuran normal ginjal sebesar 250-400 m³), maka akan terjadi penurunan fungsi secara drastis. Sampai pada akhirnya, pasien akan memerlukan terapi penggantian ginjal (renal replacement therapy), dialisis atau transplantasi (Sukandar, 2013)

6) Hipertensi

Lesi pada hispatologi renal pada penyakit ginjal hipertensif (nefrosklerosis hipertensif) sudah dikenal dengan *myointimal hyperplasi arteri interlobular* dan *arteriol afferent* (AA) glomerulus dan *hyaline arteriosclerosis* terutama pengisutan dari *glomerular tuft* dan berakhir dengan glomerulosklerosis global. Semua perubahan histopatologi renal di duga berhubungan dengan iskemia glomerulus yang disebabkan oleh penyempitan arteriol afferent glomerulus. *Vasokonstriksi arteriol afferent glomerulus* akan diikuti aktivasi sistem *renin-angiotensin intra-renal*. Sistem *renin-angiotensin* lokal atau jaringan (*intra-renal*, kardiak dan pembuluh darah perifer) merupakan titik sentral mekanisme patogenesis *hypertension related disease* pada hipertensi esensial (Sukandar, 2013).

Peningkatan konsentrasi angiotensin-II intra renal dan faktor lain (seperti *nitric oxide* dan *reactive oxygen species*) akan menopang filtrasi glomerulus dengan mempertahankan tekanan filtrasi glomerulus melalui peningkatan resistensi *arteriol efferent glomerulus*. Kenaikan tahanan *arteriol efferent glomerulus* dapat mengurangi aliran *vasa recta* disertai iskemia tubulus yang menyebabkan kehilangan sejumlah nefron. Sesuai dengan konsep "*trade off hypothesis*" atau "*intact nephron hypothesis*" atau "*intact nephron hypothesis*" (Bricker, 1972): nefron yang masih utuh atau sisa nefron akan meningkatkan ukuran disertai kenaikan beban filtrasi setiap nefron. Peningkatan konsumsi garam dapur dan air dapat menyebabkan kenaikan volume *intra-vascular* yang menyebabkan akselerasi tekanan darah sistemik (Sukandar, 2013).

Kenaikan tekanan darah sistemik akan diikuti natriuresis yang dapat merangsang sistem renin-angiotensin disertai peningkatan angiotensin-II. Kenaikan konsentrasi angiotensin-II dapat menyebabkan hipertensi sistemik diikuti kehilangan peran autoregulasi renal dan resistensi arteriol afferent glomerulus berakhir dengan hiperfiltrasi glomerulus dan kerusakan ginjal (*glomerulosklerosis*), pada glomerulus terdapat kenaikan tekanan intravaskular dan kenaikan *capillary wall tension*. Proteinuria klinik merupakan cermin dari hiperfiltrasi glomerulus. Dasar bukti studi melaporkan derajat proteinuria *paralel* dengan *progressive renal failure* dan kenaikan tekanan darah sistemik (Sukandar, 2013).

c. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala *End Stage Renal Disease* dibagi dalam beberapa sistem yang dapat dilihat dalam table 2.1:

Tabel 2.1. Manifestasi Klinis

No	Sistem	Manifestasi Klinis
1	Gastrointestinal	Anoreksia, nausea, vomitus, faktor uremik, gastritis erosif, ulkus peptikum dan cegukkan.
2	Integumen	Kulit bewarna pucat akibat anemia dan kekuningan akibat penimbunan urokrom, rasa gatal-gatal akibat toksin dan endapan kalsium di pori-pori, ekimosis akibat gangguan hematologi, urefros akibat kristalisasi urea yang ada pada keringat, adanya bekas-bekas garukan dikarenakan adanya rasa gatal.
3	Hematologi	Anemia yang disebabkan oleh berkurangnya produksi eritropoetin sehingga rangsangan eritropoesis pada sumsum tulang menurun, hemolisis akibat berkurangnya masa hidup eritrosit dalam suasana uremia toksik, defisiensi zat besi, asam folat dan lain-lain akibat nafsu makan yang berkurang, dan perdarahan akibat trombositopenia.
4	Saraf dan Otot	<i>Restless leg syndrome</i> (rasa pegal pada kaki), <i>Burning feet syndrome</i> (rasa kesemutan dan terbakar terutama di telapak kaki), Ensefalopati metabolik, ditandai dengan : lemah, tidak bisa tidur, gangguan konsentrasi, tremor, mioklonus, kejang, miopati, hipotropi otot-otot terutama otot-otot ekstremitas proksimal.
5	Kardiovaskuler	Berupa hipertensi akibat penimbunan cairan dan garam atau peningkatan aktivitas sistem renin- angiotensin dan aldosteron, nyeri dada dan sesaknapas akibat perikarditis, efusi perikardial, penyakit jantung koroner akibat aterosklerosis yang timbul dini, gagal jantung akibat penimbunan cairan dan hipertensi, gagal jantungkongesif dan edema akibat kelebihan cairan, gangguan irama jantung akibat ketidakseimbangan elektrolit.

6 Endokrin

Berupa gangguan seksual, yaitu libido, fertilitas dan ereksi menurun pada laki-laki akibat produksi testosteron dan spermatogenesis yang menurun. Pada wanita timbul gangguan menstruasi, gangguan ovulasi sampai amenore. Terjadi gangguan metabolisme glukosa. Resistensi Insulin dan gangguan sekresi Insulin, gangguan metabolisme lemak dan vitamin D

Sumber: (Sukandar 2013.)

d. Patofisiologi

Patofisiologi *End Stage Renal Disease* tergantung pada penyakit yang mendasarinya. Pengurangan massa ginjal mengakibatkan hipertropi struktural dan fungsional nefron yang masih tersisa sebagai upaya kompensasi. Ignatavicius dan Workman (2006) menyebutkan bahwa penyakit ginjal terminal terjadi secara progresif dan melalui beberapa tahapan, yaitu berkurangnya cadangan ginjal, insufisiensi ginjal, penyakit ginjal tahap akhir. Perjalanan penyakit ginjal terminal biasanya diawali dengan pengurangan cadangan ginjal yaitu fungsi ginjal sekitar 30-50%. Berkurangnya fungsi ginjal tanpa akumulasi sampah metabolik dalam darah sebab nefron yang tidak rusak akan mengkompensasi nefron yang rusak. Walaupun tidak ada manifestasi gagal ginjal pada tahap ini, jika terjadi infeksi atau kelebihan (*overload*) cairan atau dehidrasi, fungsi renal pada tahap ini dapat terus menurun (Sukandar, 2013).

Proses kegagalan ginjal selanjutnya masuk pada tahap insufisiensi ginjal. Sisa akhir metabolisme mulai terakumulasi dalam darah sebab nefron sehat yang tersisa tidak cukup untuk mengkompensasi nefron yang tidak berfungsi. Kadar ureum nitrogen darah, kreatinin serum, asam urea dan fosfor mengalami peningkatan sebanding dengan jumlah nefron yang rusak. Terapi medik diperlukan pada kondisi insufisiensi ginjal (Ignatavicius dan Workman, 2006; Smeltzer et al, 2008). Apabila penanganan tidak adekuat, proses gagal ginjal berlanjut hingga klien berada pada tahap akhir. Klien penyakit ginjal tahap akhir sekitar 90% nefronnya hancur, dan GFR hanya 10% yang normal sehingga fungsi ginjal normal tidak dapat dipertahankan. Ginjal tidak dapat mempertahankan homeostasis sehingga terjadi peningkatan kadar ureum dan kreatinin dalam darah, terjadi penimbunan cairan tubuh dan ketidakseimbangan elektrolit serta asam basa, akibatnya timbul berbagai manifestasi klinis dan

komplikasi pada seluruh sistem tubuh. Semakin banyak tertimbun sisa akhir metabolisme, maka gejala akan semakin berat. Klien akan mengalami kesulitan dalam menjalankan aktivitas sehari-hari akibat timbulnya berbagai manifestasi klinis tersebut (Sukandar, 2013).

Patofisiologi *End Stage Renal Disease* melibatkan 2 mekanisme kerusakan: (1) mekanisme pencetus spesifik yang mendasari kerusakan selanjutnya seperti kompleks imun dan mediator inflamasi pada glomerulonefritis, atau pajanan zat toksin pada penyakit tubulus ginjal dan interstitium; (2) mekanisme kerusakan progresif yang ditandai dengan adanya hiperfiltrasi dan hipertrofi nefron yang tersisa (Sukandar, 2013).

Ginjal kita memiliki 1 juta nefron, dan masing-masing memiliki kontribusi terhadap total GFR, pada saat terjadi *renal injury* karena etiologi seperti yang telah dijelaskan di atas, pada awalnya ginjal masih memiliki kemampuan untuk mempertahankan GFR. Namun pada akhirnya nefron sehat yang tersisa ini akan mengalami kegagalan dalam mengatur autoregulasi tekanan glomerular, dan akan menyebabkan hipertensi sistemik dalam glomerulus. Peningkatan tekanan glomerulus ini akan menyebabkan hipertrofi nefron yang sehat sebagai mekanisme kompensasi. Tahap ini akan terjadi poliuria, yang bisa menyebabkan dehidrasi dan hiponatremia akibat ekskresi Na^+ melalui urin meningkat (Sukandar, 2013).

Peningkatan tekanan glomerulus ini akan menyebabkan proteinuria. Derajat proteinuria sebanding dengan tingkat progresi dari gagal ginjal. *Reabsorpsi* protein pada sel tubuloepitelial dapat menyebabkan kerusakan langsung terhadap jalur lisosomal intraselular, meningkatkan stress oksidatif, meningkatkan ekspresi *local growth factor*, dan melepaskan faktor kemotaktik yang pada akhirnya akan menyebabkan inflamasi dan fibrosis tubulointerstitial melalui pengambilan dan aktivasi makrofag. Inflamasi kronik pada glomerulus dan tubuli akan meningkatkan sintesis matriks ekstraseluler dan mengurangi degradasinya, dengan akumulasi kolagen *tubulointerstitial* yang berlebihan (Sukandar, 2013).

Glomerular sklerosis, fibrosis tubulointerstitial, dan atropi tubuler akan menyebabkan massa ginjal yang sehat menjadi berkurang dan akan menghentikan siklus progresi penyakit oleh hiperfiltrasi dan hipertrofi nefron. Kerusakan struktur ginjal tersebut akan menyebabkan kerusakan fungsi

ekskretorik maupun non-ekskretorik ginjal. Kerusakan fungsi ekskretorik ginjal antara lain penurunan ekskresi sisa nitrogen, penurunan reabsorpsi Na^+ pada tubuli, penurunan ekskresi kalium, penurunan ekskresi fosfat, penurunan ekskresi *hydrogen* (Sukandar, 2013).

Kerusakan fungsi non-ekskretorik ginjal antara lain kegagalan mengubah bentuk inaktif Ca, menyebabkan penurunan produksi eritropoetin (EPO), menurunkan fungsi insulin, meningkatkan produksi lipid, gangguan sistem imun, dan sistem reproduksi. Angiotensin II memiliki peran penting dalam pengaturan tekanan intraglomerular. Angiotensin II diproduksi secara sistemik dan secara lokal di ginjal dan merupakan vasokonstriktor kuat yang akan mengatur tekanan intraglomerular dengan cara meningkatkan irama *arteriole efferent*. Angiotensin II akan memicu stres oksidatif yang pada akhirnya akan meningkatkan ekspresi sitokin, molekul adesi, dan kemoatraktan, sehingga angiotensin II memiliki peran penting dalam patofisiologi gagal ginjal kronik (Sukandar, 2013).

End Stage Renal Disease juga dijumpai penurunan ekskresi sisa nitrogen dalam tubuh, sehingga akan terjadi uremia. Basal urea nitrogen akan meningkat, begitu juga dengan ureum, kreatinin, serta asam urat. Uremia yang bersifat toksik dapat menyebar ke seluruh tubuh dan dapat mengenai sistem saraf perifer dan sistem saraf pusat, selain itu sindrom uremia ini akan menyebabkan trombositopati dan memperpendek usia sel darah merah. Trombositopati akan meningkatkan resiko perdarahan spontan terutama pada GIT, dan dapat berkembang menjadi anemia bila penanganannya tidak adekuat (Sukandar, 2013).

Uremia bila sampai di kulit akan menyebabkan pasien merasa gatal-gatal. Gagal ginjal terminal menyebabkan terjadinya penurunan fungsi insulin, peningkatan produksi lipid, gangguan sistem imun, dan gangguan reproduksi. Karena fungsi insulin menurun, maka gula darah akan meningkat, peningkatan produksi lipid akan memicu timbulnya aterosklerosis, yang pada akhirnya dapat menyebabkan gagal jantung (Sukandar, 2013).

Peranan dalam proses metabolisme kalsium yaitu terjadi gangguan tulang pada ESRD disebabkan karena banyak sebab, salah satunya adalah penurunan sintesis 1,25-dihydroxyvitamin D atau kalsitriol, yang akan menyebabkan kegagalan mengubah bentuk inaktif Ca sehingga terjadi

penurunan absorpsi Ca. Penurunan absorpsi Ca ini akan menyebabkan hipokalsemia dan osteodistrofi. Pada *End Stage Renal Disease* akan terjadi hiperparatiroidisme sekunder yang terjadi karena hipokalsemia, hiperfosfatemia, resistensi skeletal terhadap PTH. Kalsium dan kalsitriol merupakan *feedback* negatif inhibitor, sedangkan hiperfosfatemia akan menstimulasi sintesis dan sekresi PTH (Sukandar, 2013).

Karena penurunan laju filtrasi glomerulus, maka ginjal tidak mampu untuk mengekskresikan zat-zat tertentu seperti fosfat sehingga timbul hiperfosfatemia. Hiperfosfatemia akan menstimulasi FGF-23, growth faktor ini akan menyebabkan inhibisi 1- α hydroxylase. Enzim ini digunakan dalam sintesis kalsitriol. Karena inhibisi oleh FGF-23 maka sintesis kalsitriol pun akan menurun. Akan terjadi resistensi terhadap vitamin D. Sehingga *feedback* negatif terhadap PTH tidak berjalan. Terjadi peningkatan hormon parathormon. Akhirnya akan timbul hiperparatiroidisme sekunder. Hiperparatiroidisme sekunder akan menyebabkan depresi pada sumsum tulang sehingga akan menurunkan pembentukan eritropoetin yang pada akhirnya akan menyebabkan anemia. Selain itu hiperparatiroidisme sekunder juga akan menyebabkan *osteodistrofi* yang diklasifikasikan menjadi *osteitis fibrosa cystic*, *osteomalasia*, *adinamik bone disorder*, dan *mixed osteodistrofi* (Sukandar, 2013).

Hipokalsemia pada *End Stage Renal Disease* sering ditemukan yang disebabkan oleh penurunan absorpsi kalsium melalui usus dan gangguan mobilisasi kalsium dari tulang dan hiperfosfatemia. Pembentukan metabolit vitamin D yang aktif 1,25 (OH)₂D₃ pada gagal ginjal kronik merupakan penyebab utama gangguan penyerapan kalsium pada usus, keadaan hipokalsemia ini akan merangsang kelenjar paratiroid (hiperparatiroidisme) dan menyebabkan perubahan-perubahan tulang berupa osteomalasia dan osteoitis fibrosa. Sel-sel tubulus proksimal merupakan tempat pembentukan metabolit-metabolit vitamin D yang sangat aktif, yaitu 1,25 (OH)₂D₃. Metabolit vitamin D yang sangat aktif ini dihasilkan oleh ginjal normal dan disebarkan kedalam usus halus, tulang, dan ginjal (Sukandar, 2013).

Peranan dalam keseimbangan asam-basa yaitu ekskresi ion H⁺ melalui ginjal berkisar antara 60-70 mEq per hari pada keadaan normal untuk mempertahankan dan mencegah tubuh menjadi asam. Gagal ginjal terminal dapat menyebabkan terjadinya gangguan ekskresi ion H⁺ sehingga dapat

menyebabkan asidosis sistemik dengan penurunan pH plasma dan darah. Patogenesis asidosis metabolik pada gagal ginjal terminal, yaitu terjadi penurunan ekskresi amonia karena kehilangan sejumlah nefron, penurunan ekskresi titrable acid terutama fosfat, karena asupan dan absorpsi melalui usus berkurang, dan kehilangan sejumlah bikarbonat melalui urin (*bicarbonat wasting*). Sebagian besar pada pasien gagal ginjal terminal, asidosis metabolik ini sifatnya ringan dengan penurunan pH darah jarang kurang dari 7,35. Asidosis ringan ini mudah dikoreksi dengan pemberian natrium bikarbonat atau sitrat, takaran 20-30 mEq per hari. Pernafasan kussmaul merupakan gambaran klinik dari asidosis sistemik berat, dengan pH <10mEq, derajat asidosis ditentukan oleh penurunan pH darah (Sukandar, 2013).

Asidosis metabolik pada pasien gagal ginjal terminal biasanya merupakan kombinasi adanya anion gap yang normal maupun peningkatan anion gap. Pada gagal ginjal terminal, ginjal tidak mampu membuat amonia yang cukup pada tubulus proksimal untuk mengekskresikan asam endogen ke dalam urin dalam bentuk ammonium. Peningkatan anion gap biasanya terjadi pada gagal ginjal terminal. Anion gap terjadi karena akumulasi dari fosfat, sulfat, dan anion-anion lain yang tidak terekskresi dengan baik. Asidosis metabolik pada gagal ginjal terminal dapat menyebabkan gangguan metabolisme protein. Selain itu asidosis metabolik juga merupakan salah satu faktor dalam perkembangan osteodistrofi ginjal (Sukandar, 2013).

Peranan dalam metabolisme natrium Na^+ yaitu bila kehilangan ion natrium disertai penurunan volume cairan ekstraseluler, akan diikuti oleh penurunan filtrasi glomerulus, sehingga faal ginjal akan memburuk. Keadaan demikian sering terdapat pada *End Stage Renal Disease*. Bila kehilangan ion ini tidak disertai dengan air, volume cairan ekstraseluler normal, menyebabkan hiponatremia. Pembatasan garam natrium untuk setiap pasien gagal ginjal terminal sangat individual, yang paling penting, pemberian garam natrium harus dalam batas toleransi maksimal dengan tujuan untuk mempertahankan volume cairan ekstraseluler (Sukandar, 2013).

Penurunan ekskresi Na^+ akan menyebabkan retensi air sehingga pada akhirnya dapat menyebabkan oedem, hipertensi. Penurunan ekskresi kalium juga terjadi terutama bila $\text{GFR} < 25 \text{ ml/mnt}$, terlebih pada *End Stage Renal*

Disease. Penurunan ekskresi ini akan menyebabkan hiperkalemia sehingga meningkatkan resiko terjadinya cardiac arrest pada pasien (Sukandar, 2013).

Patofisiologi dalam metabolisme air yaitu sebagian pasien *End Stage Renal Disease* dengan jumlah nefron semakin berkurang, fleksibilitas untuk ekskresi air juga akan berkurang, sehingga dengan mudah terjadi keracunan air (*water overload*). Keadaan *water overload* baik renal maupun ekstrarenal dapat menyebabkan hiponatremia. Defisit air disertai natrium lebih sering menyebabkan penurunan faal ginjal yang terjadi pada pasien gagal ginjal sehingga terjadi oliguria. Penurunan kemampuan untuk konsentrasi air, yaitu sering buang air kecil pada malam hari (nokturia). Bila nokturia ini tidak diimbangi dengan pemberian air dapat menyebabkan dehidrasi pada malam hari, keadaan dehidrasi ini dapat memperburuk laju filtrasi glomerulus yang menyebabkan keluhan mual dan muntah semakin berat pada pagi hari (Sukandar, 2013).

Peranan dalam sistem hematologi pada pasien gagal ginjal menyebabkan anemia. Anemia pada *End Stage Renal Disease* terjadi karena depresi sumsum tulang pada hiperparatiroidisme sekunder yang akan menurunkan sintesis EPO. Selain itu anemia dapat terjadi juga karena masa hidup eritrosit yang memendek akibat pengaruh dari sindrom uremia. Anemia dapat juga terjadi karena malnutrisi (Sukandar, 2013).

e. Penatalaksanaan

Tujuan penatalaksanaan *End Stage Renal Disease* adalah untuk mempertahankan fungsi ginjal dan homeostasis. Penatalaksanaan dibagi menjadi dua tahap. Tahap pertama adalah tindakan konservatif untuk memperlambat gangguan fungsi ginjal progresif, pencegahan dan pengobatan kondisi komorbid, penyakit kardiovaskuler dan komplikasi yang terjadi (Sukandar, 2013). penanganan konservatif meliputi :

- 1) Pencegahan dan pengobatan terhadap kondisi komorbid antara lain, gangguan keseimbangan cairan, hipertensi, infeksi dan obstruksi traktus urinarius, obat-obat nefrotoksid.
- 2) Menghambat perburukan fungsi ginjal atau mengurangi hiperfiltrasi glomerulus dengan diet, seperti pembatasan asupan protein, dan fosfat.
- 3) Terapi farmakologi dan pencegahan serta pengobatan terhadap komplikasi, bertujuan untuk mengurangi hipertensi, dislipidemia, anemia,

hiperfosfatemia, asidosis, neuropati perifer, kelebihan cairan dan keseimbangan elektrolit (Sukandar, 2013).

Tahap kedua dilakukan ketika tindakan konservatif tidak lagi efektif. Terapi pengganti ginjal dilakukan pada penyakit ginjal tahap akhir, yang bertujuan untuk menghindari komplikasi dan memperpanjang usia pasien (Farida, 2010). ada dua terapi pengganti ginjal, yaitu :

- 1) Dialysis (Hemodialisis dan Peritoneal Dialisis). Hemodialisis merupakan terapi pengganti ginjal yang paling banyak dilakukan didunia dan jumlahnya dari tahun ke tahun terus meningkat.
- 2) Transplantasi ginjal (pencangkokan ginjal), merupakan prosedur bedah yang dilakukan untuk mengganti organ ginjal yang mengalami kerusakan akibat gagal ginjal terminal. Ginjal yang dicangkok bisa berasal dari donor yang masih hidup ataupun yang sudah meninggal

2. Konsep Hemodialisis

a. Definisi Hemodialisis

Hemodialisis berasal dari kata *hemo* = darah, dan *dialisis* = pemisahan atau filtrasi. Hemodialisis adalah suatu metode terapi dialisis yang digunakan untuk mengeluarkan cairan dan produk limbah dari dalam tubuh ketika secara akut ataupun secara progresif ginjal tidak mampu melaksanakan proses tersebut. Terapi ini dilakukan dengan menggunakan sebuah mesin yang dilengkapi dengan membran penyaring semipermeabel (ginjal buatan). hemodialisis dapat dilakukan pada saat toksin atau zat racun harus segera dikeluarkan untuk mencegah kerusakan permanen atau menyebabkan kematian. Tujuan dari hemodialisis adalah untuk memindahkan produk-produk limbah yang terakumulasi dalam sirkulasi klien dan dikeluarkan kedalam mesin dialisis (Smeltzer et al, 2008).

b. Indikasi Hemodialisis

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 atau permanen. Secara umum indikasi dilakukan hemodialisis pada *End Stage Renal Disease* adalah, LFG 2mm mg/dL, kreatinin

>6 mEq/L, kelebihan cairan, dan anuria berkepanjangan lebih dari 5 hari (Smeltzer et al, 2008).

c. Proses Hemodialisis

Efektifitas hemodialisis tercapai bila dilakukan 2-3 kali dalam seminggu selama 4-5 jam, atau paling sedikit 10-12 jam seminggu (Australia and New Zealand Dialysis and Transplant Registry, 2005; Black & Hawk, 2005). Hemodialisis di Indonesia biasanya dilakukan 2 kali seminggu dengan lama hemodialisis 5 jam, atau dilakukan 3 kali dalam seminggu dengan lama hemodialisis 4 jam (Raharjo; Susalit & Suharjono, 2006). Sebelum hemodialisis dilakukan pengkajian pradialisis dengan menghubungkan klien dengan mesin hemodialisis dengan memaang *blood line* dan jarum ke akses vaskuler klien, yaitu akses untuk jalan keluar darah ke dialiser dan akses masuk darah ke dalam tubuh. *Arterio Venous (AV) Fistula* adalah akses vaskuler yang direkomendasikan karena cenderung aman dan juga nyaman bagi pasien (Thomas, 2009)

Setelah *blood line* dan akses vaskuler terpasang, maka proses hemodialisis dimulai. Saat dialisis darah dialirkan ke luar tubuh dan disaring didalam dialiser, darah mulai mengalir dibantu pompa darah. Cairan normal salin diletakkan sebelum pompa darah untuk mengantisipasi adanya hipotensi intradialisis. Infus heparin diletakkan sebelum atau sesudah pompa tergantung peralatan yang digunakan. Darah mengalir dari tubuh melalui akses arterial menuju ke dialiser sehingga terjadi pertukaran darah dan zat sisa, darah harus dapat keluar dan masuk tubuh pasien dengan kecepatan 200-400 ml/menit (Price & Wilson, 2005).

Proses selanjutnya darah akan meninggal dialiser, darah yang meninggalkan dialiser akan melewati detektor udara. Darah yang sudah disaring kemudian dialirkan kembali kedalam tubuh melalui akses venosa. Dialisis diakhiri dengan menghentikan darah dari pasien, membuka selang normal salin dan membilas selang untuk mengembalikan darah pasien. Diakhir dialisis, sisa akhir metabolisme dikeluarkan, keseimbangan elektrolit tercapai dan buffer system telah diperbaharui (Smeltzer et al, 2008).

d. Komplikasi Hemodialisis

Berbagai Komplikasi dapat terjadi pada Klien yang menjalani Hemodialisa, yaitu terdapat di dalam table 2.2.

Tabel 2.2 Komplikasi Hemodialisis

No	Komplikasi intradialisis yang berhubungan dengan prosedur dialisis	Komplikasi yang berhubungan dengan penyakit ginjal kronik
1.	<p>Hipotensi : Hipotensi saat hemodialisis merupakan masalah yang sering terjadi. Hipotensi intradialisis terjadi pada klien yang mengalami gangguan kardiovaskuler, yang disebabkan oleh kelainan struktural jantung dan pembuluh darah, hipotensi tidak hanya menyebabkan ketidaknyamanan, tetapi juga meningkatkan angka kematian. Pencegahan hipotensi intradialisis dengan cara melakukan pengkajian menghitung UFR secara tepat, mengatur suhu dialisat, menggunakan dialisat bikarbonat, monitoring tekanan darah selama proses hemodialisis.</p>	<p>1. Penyakit jantung: Disebabkan karena gangguan fungsi dan struktur otot jantung, atau gangguan perfusi. Faktor resiko penyakit jantung yaitu, faktor hemodinamik, metabolik seperti kelebihan cairan, garam dan retensi air, anemia, hipertensi, hipoalbuminemia, ketidakseimbangan kalsium dan fosfat, dislipidemia, kerusakan katabolisme asam amino, merokok dan diabetes mellitus.</p>
2.	<p>Headache: Kecepatan UFR yang tinggi, penarikan cairan dan elektrolit yang besar, lamanya dialisis, tidak efektifnya dialisis, dan tingginya ultrafiltrasi dapat menyebabkan terjadinya headache intradialisis.</p>	<p>2. Anemia: Penurunan kadar Hb pada pasien gagal ginjal kronik terjadi karena proses penyakit yaitu akibat menurunnya produksi eritropoetin (EPO) oleh ginjal, tubuh tidak mampu menyerap zat besi, dan kehilangan darah karena akibat dari yang lain. Pada pasien hemodialisis, anemia bisa bertambah berat karena hampir tidak mungkin semua darah pasien dapat kembali seluruhnya setelah menjalani hemodialisis. Sebagian sel darah merah tertinggal pada dialiser atau blood line meskipun jumlahnya tidak signifikan.</p>
3.	<p>Mual dan muntah: Dapat dipengaruhi oleh beberapa hal, yaitu gangguan keseimbangan dialisis akibat ultrafiltrasi yang berlebihan, lamanya waktu hemodialisis, perubahan homeostasis, dan besarnya ultrafiltrasi.</p>	<p>3. Mual dan lelah: Beberapa penyebab timbulnya mual dan lelah setelah hemodialisis yaitu, hipotensi, kelebihan asupan cairan, problem terkait berat kering, obat hipertensi, anemia, dan penggunaan asetat pada hemodialisis.</p>

-
4. **Sindrom disequilibrium:**
Merupakan sekelompok gejala yang diduga terjadi karena adanya disfungsi serebral. Kumpulan gejala disfungsi serebral terdiri dari sakit kepala berat, mual, muntah, kejang, penurunan kesadaran, sampai dengan koma. Sindrom disequilibrium saat hemodialisa terjadi akibat kondisi yang meningkatkan edema serebral, adanya lesi di sistem saraf pusat (stroke atau trauma), tingginya kadar ureum pra hemodialisis, dan asidosis metabolik berat. Proses penarikan ureum yang terlalu cepat pada saat hemodialisis mengakibatkan plasma darah menjadi hipotonik, akibatnya akan menurunkan tekanan osmotik, yang mengakibatkan pergeseran air kedalam sel otak sehingga terjadi edema serebral.
-
5. **Demam dan menggigil:**
Selama prosedur hemodialisis perubahan suhu dialisat juga dapat meningkatkan atau menurunkan suhu tubuh. Suhu dialisat yang tinggi lebih dari 37,5oC, bisa menyebabkan demam. Sedangkan jika suhu dialisat yang terlalu dingin kurang dari 34- 35oC dapat menyebabkan gangguan kardiovaskuler, vasokonstriksi, dan menggigil.
-
4. **Malnutrisi:**
Terjadi khususnya kekurangan kalori dan protein, hal ini berhubungan dengan mortalitas dan morbiditas pada klien gagal ginjal kronik. Faktor penyebab terjadinya malnutrisi yaitu karena meningkatnya kebutuhan protein dan energi, menurunnya pemasukan protein dan kalori, meningkatnya katabolisme dan menurunnya anabolisme. Juga disebabkan oleh metabolisme yang abnormal akibat hilangnya jaringan ginjal dan fungsi ginjal.
-
5. **Gangguan kulit:**
Sebagian besar klien hemodialisis mengalami perubahan atau gangguan pada kulit yaitu, gatal-gatal (pruritus), kulit kering (xerosis), dan kulit belang (skin discoloration). Penyebab gatal-gatal pada kulit yaitu karena kulit yang kering, tingginya kadar kalsium, fosfat, hormon paratiroid dalam darah serta meningkatnya kadar histamin dalam kulit. Kulit belang banyak terjadi pada pasien hemodialisis, salah satu penyebabnya adalah pigmen *urochrome* dimana pigmen ini pada ginjal sehat dapat dibuang, namun karena adanya kerusakan ginjal maka pigmen tertumpuk dibawah lapisan kulit, akibatnya kulit akan terlihat kuning kelabu. Penyebab kulit belang lainnya adalah *uremic frost* yaitu semacam serbuk putih seperti lapisan garam pada permukaan kulit dimana hal ini merupakan tumpukan ureum yang keluar bersama keringat.
-
6. **Kram otot:**
Biasa terjadi pada ekstremitas bawah. Beberapa faktor resiko terjadinya kram diantaranya perubahan osmolaritas, ultrafiltrasi yang terlalu tinggi dan ketidak seimbangan kalium dan kalsium intra atau ekstra sel.
-

-
7. Emboli udara:
Udara dapat memasuki sirkulasi melalui selang darah yang rusak, kesalahan menyambungkan sirkuit, adanya lubang pada kontainer cairan intravena, kantong darah atau cairan normal salin yang kosong atau perubahan letak jarum arteri. Gejala yang berhubungan dengan terjadinya emboli udara adalah adanya sesak nafas, nafas pendek dan kemungkinan adanya nyeri dada.
-
8. Hemolisis:
Adalah kerusakan atau pecahnya sel darah merah akibat pelepasan kalium intraselluler. Hemolisis dapat terjadi akibat sumbatan akses selang darah dan sumbatan pada pompa darah, peningkatan tekanan negatif yang berlebihan karena pemakaian jarum yang kecil pada kondisi aliran darah yang tinggi, atau posisi jarum yang tidak tepat. Penyebab lain hemolisis adalah penggunaan dialisat hipotonik. Hemolisis masif akan meningkatkan resiko hiperkalemia, aritmia dan henti jantung.
-
9. Nyeri dada:
Terjadi akibat penurunan hematokrit dan perubahan volume darah karena penarikan cairan. Perubahan volume darah dapat menyebabkan terjadinya penurunan aliran darah ke miokardium dan mengakibatkan berkurangnya oksigen yang sampai ke miokardium. Nyeri dada juga bisa menyertai komplikasi emboli udara dan hemolisis.
-

Sumber: (Farida,2010)

3. Masalah Psikologis pada pasien *End Stage Renal Disease*

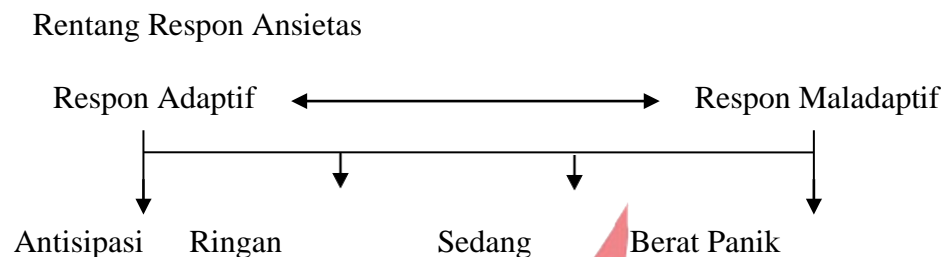
a. Definisi Kecemasan

Kecemasan merupakan reaksi emosional terhadap persepsi adanya bahaya, baik nyata maupun yang hanya dibayangkan. Kecemasan merupakan reaksi umum terhadap penyakit karena penyakit dirasakan sebagai suatu ancaman: ancaman umum terhadap kehidupan, kesehatan dan keutuhan tubuh: pemajaman dan rasa malu, ketidaknyamanan akibat nyeri dan kelelahan (Potter&Perry, Smeltzer&Bare, 2010).

Kecemasan adalah kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar, yang berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya. Keadaan emosi ini tidak memiliki objek yang spesifik. Kecemasan dialami secara subjektif dan dikomunikasikan secara interpersonal (Stuart, 2013). Kapasitas untuk menjadi

cemas diperlukan untuk bertahan hidup, tetapi tingkat kecemasan berat tidak sejalan dengan kehidupan. Dapat dilihat dalam Skema 2.1:

Skema 2.1 Rentang Respon Kecemasan.



b. Kecemasan pada pasien Hemodialisa

Cemas merupakan suatu sikap alamiah yang dialami oleh setiap manusia sebagai bentuk respon dalam menghadapi ancaman. Namun ketika perasaan cemas itu menjadi berkepanjangan (maladaptif), maka perasaan itu berubah menjadi gangguan cemas atau *anxiety disorders*. Beberapa hasil penelitian bahkan menengarai bahwa gangguan cemas juga merupakan komorbiditas. Seperti halnya pada sakit fisik lainnya, kecemasan pada pasien penyakit ginjal kronik stadium terminal sering dianggap sebagai kondisi yang wajar terjadi. *End Stage Renal Disease* menyebabkan pasien harus menjalani hemodialisis. Selain oleh karena *End Stage Renal Disease* itu sendiri, biaya hemodialisis yang cukup mahal mengakibatkan kecemasan maupun depresi pada pasien bertambah, sehingga sangat dibutuhkan dukungan sosial terhadap para penderita ini (Luana, 2012). Dengan adanya kompleksitas masalah yang timbul selama hemodialisis akan berdampak terjadinya kecemasan pada pasien. Gangguan psikiatrik yang sering ditemukan pada pasien dengan terapi hemodialisis adalah depresi, kecemasan, hubungan dalam perkawinan, serta ketidakkepatuhan dalam diet dan obat-obatan. Keterbatasan pola atau kebiasaan hidup dan ancaman kematian. Oleh karena itu banyak pasien dan keluarganya memerlukan dukungan secara emosional untuk menghadapi kecemasan tentang penyakitnya (Sudirman, 2014)

c. Definisi Depresi

Depresi menurut Beck dan Alford (2009) merupakan sebuah gangguan psikologis yang ditandai dengan penyimpangan perasaan, kognitif, dan perilaku individu. Individu yang mengalami gangguan depresi dapat merasakan

kesedihan, kesendirian, menurunnya konsep diri, serta menunjukkan perilaku menarik diri dari lingkungannya.

Semiun (2006) mengungkapkan bahwa depresi merupakan salah satu diantara bentuk sindrom gangguan-gangguan keseimbangan *mood* (suasana perasaan). *Mood* adalah kondisi perasaan yang terus ada yang mewarnai kehidupan psikologis kita. Perasaan sedih atau depresi bukanlah lah yang abnormal dalam konteks peristiwa atau situasi yang penuh tekanan. Namun orang dengan gangguan *mood* (*mood disorder*) yang luar biasa parah atau berlangsung lama dan mengganggu kemampuan mereka untuk berfungsi dalam memenuhi tanggung jawab secara normal. Selain itu, Kaplan mendefinisikan depresi sebagai suatu periode terganggunya fungsi manusia yang dikaitkan dengan perasaan yang sedih serta gejala penyertanya, mencakup hal-hal seperti perubahan pola makan, psikomotor, konsentrasi, rasa lelah, anhedonia, rasa tak berdaya, putus asa dan bunuh diri (Kaplan, 2010).

Penelitian Baydogan & Dag (2008) mengatakan bahwa pasien yang menjalani hemodialisis mengalami masalah psikososial, keterbatasan aktivitas, pembatasan cairan yang dapat menimbulkan depresi. Depresi dapat timbul pada pasien baru yang menjalani hemodialisis dimana pada tahun pertama pada saat mulai dilakukan terapi hemodialisis hal ini disebabkan oleh perubahan gaya hidup pasien, masalah kehilangan pekerjaan, perubahan peran dalam keluarga, perubahan hubungan sosial dan waktu yang terbuang untuk dialisis (Son et al., 2009).

Erdenen (2010) juga mengatakan bahwa kecemasan dan depresi ditemukan lebih sering pada pasien hemodialisis ditemukan juga bahwa status perkawinan, pendidikan rendah, pengangguran dan penghasilan rendah secara signifikan lebih tinggi pada kelompok pasien. Tingkat kecemasan dan depresi secara signifikan lebih tinggi pada perempuan dari pada laki-laki.

d. Depresi pada Pasien yang menjalani Hemodialisa

Menurut penelitian Andrade dan Sesso (2012) mengatakan bahwa persentase depresi terjadi lebih tinggi pada pasien yang menjalani hemodialisis juga menunjukkan bahwa pada pasien hemodialisis yang mengalami depresi memiliki penyakit penyerta lebih tinggi dan hasil laboratorium berubah lebih besar dari pada pasien gagal ginjal kronik dibawah pengobatan konservatif,

depresi dapat berhubungan dengan pendapatan, pengangguran, penyakit penyerta (jantung) dan kemampuan fungsional.

Menurut Rai, Rustagi, dan Kohli (2011) mengatakan bahwa tingginya prevalensi depresi pada pasien yang menjalani hemodialisis yaitu 47,8%, dalam penelitian ini juga mengatakan ada hubungan antara depresi dengan gangguan tidur, insomnia 60,9%, resiko sleep apnea 24,6%, depresi lebih tinggi pada pasien yang berusia tua, pendapatan rendah, pengangguran dan depresi lebih tinggi pada pasien yang menjalani hemodialisis lebih dari 1 tahun. Dalam studi ini juga mengatakan tidak ada perbedaan gender dengan depresi.

e. Pengukuran Kecemasan dan Depresi

Alat yang digunakan untuk mengukur (skrining) depresi pada pasien *End Stage Renal Disease* yang menjalani hemodialisis yaitu *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), alat ukur yang telah dirancang untuk digunakan dalam setting rumah sakit dan hanya terdiri dari 14 item. HADS terdiri dari dua subskala, yaitu *anxiety* (kecemasan) dan *depression* (depresi). Item-item dalam HADS terdiri dari 7 item berhubungan dengan *anxiety* (kecemasan) dan 7 item lainnya berhubungan dengan *depression* (depresi), yang mana penderita menggolongkan masing-masing pernyataan dalam 4 skala nilai, dari nilai 0 (tidak sama sekali) sampai nilai 3 (sangat sering). Nilai yang lebih tinggi mengindikasikan adanya permasalahan. Jawaban penderita dijumlahkan secara terpisah, yaitu penilaian untuk kecemasan dan penilaian untuk depresi, dengan jumlah minimum dan maksimum adalah 0 dan 21 untuk masing-masing skala. Titik potong yang direkomendasikan adalah lebih dari 16 menyatakan kasus berat, titik potong 11-15 merupakan kasus sedang, titik potong 8-10 merupakan kasus ringan, dan kurang dari 7 bukan merupakan suatu kasus kecemasan atau depresi. Dengan menggunakan HADS, diharapkan pasien dapat lebih mudah memberikan respon sesuai dengan kondisi yang mereka rasakan.

4. *Fatigue*

a. Defisini *Fatigue*

Fatigue merupakan gejala yang sering dialami pasien yang menjalani hemodialisis. *Fatigue* lebih dikenal dengan keletihan, kelelahan, lesu, dan perasaan kehilangan energi (Haviland, 2008). *Fatigue* merupakan perasaan subjektif (Black & Hawks, 2009) berupa kelelahan (Jhamb et al., 2008; Potter

& Perry, 2007). *Symptom non spesifik* (Lubkin & Larsen, 2007) dan rasa letih yang berlebihan (Wilkinson, 2002)

Fatigue memberikan dampak bagi pasien yang mengalaminya, dampak tersebut mempengaruhi fungsi fisik dalam melakukan aktivitas sehari-hari, perubahan hubungan dengan orang lain, isolasi sosial, fungsi seksual, spiritualitas dan kualitas hidup (Lubkin & Larsen, 2006) serta mempengaruhi persepsi seseorang dengan kemampuan untuk menyelesaikan masalah (Craven & Hirnle, 2000).

b. Penyebab *Fatigue*

Menurut Petchrung (2004) menjelaskan bahwa *fatigue* dapat disebabkan karena anemia. Anemia dikarenakan sel darah merah yang mudah rusak, sehingga pasien dengan penyakit kronis mudah sekali mengalami anemia. Setelah pasien mengalami anemia, maka pasien akan menggambarkan keadaan tubuh yang menggambarkan *fatigue*. Penyebab *fatigue* adalah eritroprotein yang berkurang, kapiler darah yang mudah pecah sehingga dapat menimbulkan kehilangan darah, fungsi dari trombosit yang menurun, serta terjadi peningkatan inhibitor sitokin. Pasien akan mengalami *fatigue* apabila kadar hemoglobin pasien pada $\leq 10\text{gr/dL}$.

Lubkin & Larsen (2006); Craven & Hirnle (2000) mengatakan bahwa *fatigue* biasanya terjadi pada penyakit yang menyebabkan nyeri, demam, infeksi, diare, bedrest, stress, gangguan tidur, cemas, depresi kurang melakukan aktifitas. Selanjutnya Craven & Hirnle (2000) menyatakan *fatigue* terjadi karena gaya hidup dan pekerjaan, sedangkan menurut Carpenito (1995) *fatigue* dapat disebabkan oleh patofisiologi penyakit, treatment dan maturasi. Penyakit yang dapat mempengaruhi terjadinya *fatigue* diantaranya hipertiroid, *chronic heart failure*, *maglinansi*, *congestive heart failure*, anemia, gangguan nutrisi, penyakit paru, AIDS, parkinson, *multiple sklerosis*.

Fatigue fisik adalah kurangnya kekuatan fisik dan energi yang membuat mereka merasa hidup berkurang dan tidak bersemangat, seperti dicuci, lemah, dan seperti dikuras. *Fatigue* mental adalah kelelahan mental yang mempengaruhi kemampuan mereka untuk mengingat percakapan, nama dan tempat. *Fatigue* adalah gejala *non-spesifik* dan tak terlihat, dan merupakan fenomena yang kurang dipahami oleh para profesional kesehatan. *Fatigue* dapat

diartikan sebagai keadaan kontinue antara kelelahan dan kepenatan yang pada akhirnya berujung dengan penurunan vitalitas dan energi (Mollaoglu, 2009).

Konsekuensi dari *fatigue* yang dialami oleh pasien yang menjalani hemodialisis adalah menghambat sosialisasi, merasa terisolasi, kehilangan waktu bersama keluarga dan kesulitan dalam beraktifitas (Horigan, 2012). Lebih lanjut dampak *fatigue* dapat menyebabkan penurunan fungsi fisik dan kemampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari, kualitas hidup yang lebih buruk, dan mengurangi kelangsungan hidup (Bonner et al., 2010).

c. Tanda dan Gejala *Fatigue*

Beberapa tanda dan gejala dari *fatigue* yang berhubungan dengan *End Stage Renal Disease* diantaranya (Danismaya, 2008). Yang pertama adalah merasa lelah bahkan setelah tidur sekalipun, yang kedua akan merasa kehilangan tenaga untuk melakukan aktifitas rutin, lalu yang ketiga akan merasa sulit berkonsentrasi, berpikir atau mengingat, yang keempat mudah berfikiran negatif, mudah tersinggung, tidak sabar, hilang motivasi, kemudian yang kelima adalah kehilangan minat terhadap aktifitas sehari-hari, yang keenam mengurangi bertemu orang lain, hingga yang ketujuh lebih banyak tidur.

d. Faktor yang mempengaruhi *Fatigue*

Menurut studi literatur lain oleh Sulistini (2012) menjelaskan bahwa *fatigue* dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu yang terdapat dalam table 2.3:

Tabel 2.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi *Fatigue*

No	Faktor	Keterangan
1	Demografi	Faktor demografi yang dapat menyebabkan <i>fatigue</i> pada pasien yang menjalani hemodialisa adalah pendidikan. Sedangkan usia, jenis kelamin, pekerjaan tidak berpengaruh besar pada terjadinya <i>fatigue</i> . Orang dengan pendidikan rendah akan membuat <i>fatigue</i> semakin tinggi diakibatkan karena kurangnya pengetahuan dan koping yang kurang adaptif
2	Fisiologis	Hemoglobin merupakan salah satu komponen yang termasuk dalam faktor fisiologis. <i>Fatigue</i> dikatakan berkurang 0,44% apabila hemoglobin mengalami peningkatan 1 mg/dL. Untuk <i>fatigue</i> sendiri sangat dipengaruhi oleh hemoglobin dikarenakan anemia merupakan kondisi yang dapat menyebabkan <i>fatigue</i> .
3	Sosial Ekonomi	Perekonomian dapat mempengaruhi orang yang menjalani hemodialisa jatuh pada kondisi <i>fatigue</i> . Hemodialisa membutuhkan waktu seumur hidup sehingga biaya secara finansial yang dikeluarkan juga besar. Hal-hal semacam ini dapat mendorong terjadinya <i>fatigue</i> pada pasien yang menjalani hemodialisa.
4	Situasional	Lama menjalani hemodialisa merupakan salah satu situasi yang dapat menimbulkan <i>fatigue</i> . Dengan semakin lama menjalani

proses hemodialisa maka akan menimbulkan meningkatnya tingkat fatigue. Hemodialisis merupakan suatu terapi yang dilakukan 2-3 kali seminggu dengan lama waktu 4-5 jam, yang bertujuan untuk mengeluarkan sisa-sisa metabolisme protein dan mengoreksi gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit. Proses terapi hemodialisis yang membutuhkan waktu selama 5 jam, umumnya akan menimbulkan stres fisik pada pasien setelah hemodialisis. Pasien akan merasakan kelelahan, sakit kepala dan keluar keringat dingin akibat tekanan darah yang menurun, sehubungan dengan efek hemodialisis.

Sumber: Sulistini (2012)

e. Dampak *Fatigue*

Fatigue dapat menimbulkan banyak sekali dampak bagi penderitanya yang dapat dilihat dalam table 2.4, Dampak yang dapat disebabkan meliputi :

Tabel 2.4 Dampak *Fatigue*

No	Dampak	Keterangan
1	Stress	Kondisi stres yang dialami pasien akibat dampak dari <i>fatigue</i> apabila tidak ditangani secara holistik akan jatuh pada kondisi depresi dimana kondisi ini tidak memiliki mekanisme koping yang baik. Stres sendiri diakibatkan karena adanya peningkatan kortisol. Peningkatan ini dikarenakan adanya peningkatan endokrin. Dalam halnya endokrin ini dipengaruhi oleh keadaan <i>fatigue</i> (Smeltzer&Bare, 2010).
2	Penurunan Kualitas Hidup	Aspek yang dapat terganggu dalam penurunan kualitas hidup ini meliputi kesehatan fisik, kesehatan psikologis, hubungan sosial, dan hubungan dengan lingkungan yang ada disekitar.
3	Gangguan Kardiovaskuler	Kondisi <i>fatigue</i> akan memicu jantung bekerja lebih keras daripada kondisi normal sehingga dapat menyebabkan gangguan kardiovaskuler (Sulistini, 2012)

Sumber: Sulistini (2012)

f. *Fatigue* pada pasien Hemodialisa

Menurut Jhamb et al (2009) mendefinisikan *Fatigue* sebagai sebuah respon subjektif dari kelemahan akibat kekurangan energi dimana ini merupakan salah satu gejala yang ditimbulkan atau efek samping dari pasien yang menjalani *dialysis* dalam jangka panjang.

Adapun dalam Suhardjono (2001) mengatakan *Fatigue* yang dialami orang yang menjalani hemodialisa adalah keadaan dimana pasien mengalami kurangnya produksi eritroprotein. Dampak yang disebabkan akibat eritroprotein yang berkurang akan membuat kapiler darah menjadi mudah

pecah. Pecahnya kapiler darah akan membuat pasien mengalami anemia. Anemia merupakan salah satu faktor pencetus atau faktor yang menyebabkan terjadinya *fatigue* bagi pasien yang menjalani hemodialisa.

g. Faktor yang mempengaruhi *fatigue* pada pasien *End Stage Renal Disease*

Fatigue muncul sebagai akibat dari berbagai faktor diantaranya adalah faktor fisiologis (anemia, malnutrisi, uremia, hiperparatiroid, inflamasi) yang dimunculkan dari proses ESRD. Anemia merupakan salah satu penyebab *fatigue*. Sekresi *erythropoietin* dikendalikan oleh ginjal dan disimpulkan sebagai perkembangan gagal ginjal. Produksi sel darah merah di sumsum tulang kemudian menurun, mengakibatkan anemia. Selain itu, sel-sel darah merah yang dihasilkan memiliki kehidupan yang singkat dan rentan karena terdapat racun di dalam darah (Smeltzer & Bare, 2008).

Faktor fisiologis yang lain dari *fatigue* yaitu malnutrisi, dapat terjadi pada pasien yang menjalani hemodialisis akibat dari proses inflamasi (Locatelli, 2002; Bassola, 2001) yang dapat mempengaruhi *intake* makanan karena hilangnya nafsu makan, tidak adekuatnya dialisis dan kondisi uremia yang mempengaruhi endokrin dan metabolisme insulin sehingga mengurangi anabolisme dan katabolisme protein (Locatelli, 2002). Komplikasi lainnya yang terjadi adalah terganggunya bersihan kreatinin dan urea (Broscious & Castagnola, 2006). Kreatinin dilepaskan terus-menerus dari otot, disertai dengan penurunan GFR, sehingga kreatinin serum nilainya selalu meningkat. kreatinin serum yang tinggi merupakan indikator disfungsi ginjal. Urea, produk akhir dari metabolisme protein, apabila nilainya meningkat dapat diindikasikan juga sebagai gagal ginjal. Retensi urea dapat menyebabkan hilangnya nafsu makan, mual, muntah dan pankreatitis (Mc Cance & Heuther, 2010).

Faktor psikologis diantaranya stress depresi, ansietas dapat memicu terjadinya *fatigue*. Respon stres masuk ke dalam sistem saraf pusat, lalu di hipotalamus dilepaskan *corticotrophin hormone releasing factor* yang akan menstimulasi sistem saraf simpatis untuk mengeluarkan norepinefrin yang merupakan vasokonstriktor dan berakibat pada kontraksi otot polos (Guyton & Hall, 2007).

h. Cara pengukuran *Fatigue*

Pada penelitian ini digunakan Kuesioner *Fatigue Severity Scale* (FSS) untuk mengukur derajat keparahan dari kelelahan yang dirasakan seseorang di berbagai fasilitas kesehatan. Pengukuran dilakukan pada berbagai kondisi dari populasi normal hingga populasi dengan kelainan neurologis berat (*systemic lupus erythematosus, multiple sclerosis, amyotrophic lateral sclerosis, fibromyalgia, cancer, dsb*) (Krupp, et al., 1989).

Kuesioner ini terdiri dari sembilan pernyataan yang mewakili tingkat kelelahan responden. Penilaian dilakukan untuk melihat efek kelelahan terhadap motivasi, aktivitas, fungsi fisik, menjalankan tugas, gangguan terhadap pekerjaan, keluarga, ataupun kehidupan sosial. Skala yang digunakan adalah skala Likert dengan skala 1 (sangat tidak setuju) hingga 7 (sangat setuju). Interpretasi hasil menandakan makin tinggi skor, makin tinggi derajat keparahan dari kelelahan yang dirasakan (Schwartz, et al., 1993).

5. Dukungan Spiritual

a. Pengertian Spiritual

Istilah spiritualitas diturunkan dari kata Latin "*spiritus*" yang berarti nafas. Istilah ini juga berkaitan erat dengan kata Yunani "*pneuma*" atau nafas yang mengacu pada nafas hidup atau jiwa. Menurut Dossey (2000), spiritualitas merupakan hakikat dari siapa dan bagaimana manusia hidup di dunia dan seperti nafas, spiritualitas amat penting bagi keberadaan manusia (Young, 2011).

Dalam buku *Spiritual Care*, Taylor (2002) mencatat bahwa kamus mendefinisikan spiritualitas dalam banyak istilah termasuk berikut ini: suci, moral, kudus atau ilahi, berasal dari zat murni, intelektual dan anugrah budi yang tinggi, gerejawi (berhubungan dengan organisasi keagamaan), tanpa tubuh (tanpa dimensi fisik), roh atau entitas supranatural, sangat murni dalam pikiran dan perasaan (Young, 2011).

Spiritualitas (*spirituality*) merupakan sesuatu yang dipercayai oleh seseorang dalam hubungannya dengan kekuatan yang lebih tinggi (Tuhan), yang menimbulkan suatu kebutuhan serta kecintaan terhadap Tuhan dan permohonan maaf atas segala kesalahan yang pernah diperbuat (Hidayat. dkk, 2014).

Kebutuhan spiritual adalah kebutuhan untuk mempertahankan atau mengembalikan keyakinan dan memenuhi kewajiban agama, serta kebutuhan untuk mendapatkan maaf atas pengampunan, mencintai, menjalin hubungan penuh rasa percaya dengan Tuhan (Carson, 2008).

Dukungan spiritual sebagai dukungan yang diterima oleh individu mengenai hubungan dengan Tuhan. Dukungan spiritual penting dilakukan karena pasien mempunyai kebutuhan yang unik, cerita hidup, dan cara mengekspresikan spiritualitas yang berbeda. Dukungan spiritual mempunyai efek perlindungan terhadap stres yang meningkatkan kesehatan fisik dan mental (Rahmat, 2011).

b. Karakteristik Spiritualitas

Karakteristik Spiritualitas menurut Young (2011) dapat dilihat dalam table 2.5, yaitu:

Tabel 2.5 Karakteristik Spiritualitas

No	Karakteristik	Poin-poin
1	Hubungan dengan diri sendiri	a) Kekuatan dalam/ <i>Self-reliance</i> b) Pengetahuandiri (siapa dirimu, apa yang dilakukannya). c) Sikap (percaya pada diri sendiri, percaya pada kehidupan/masa depan, ketenangan pikiran, harmoni/keselarasan dengan diri sendiri).
2	Hubungan dengan alam	a) Mengetahui tentang tanaman, pohon, margasatwa, iklim b) Berkomunikasi dengan alam (bertanam, berjalan kaki), mengabadikan dan melindungi alam
3	Hubungan dengan orang lain	a) Berbagi waktu, pengetahuan dan sumber secara timbal balik b) Mengasuh anak, orangtua dan orang sakit c) Meyakini kehidupan dan kematian (mengunjungi, melayat, dll)
4	Hubungan dengan kebutuhan	a) Sembahyang / berdoa / meditasi b) Perlengkapan keagamaan c) Bersatu dengan alam

Sumber: (Young, 2011).

Secara ringkas dapat dinyatakan bahwa seseorang terpenuhi kebutuhan spiritualnya apabila mampu dalam merumuskan arti personal yang positif tentang tujuan keberadaannya didunia/kehidupan, mengembangkan arti penderitaan dan meyakini hikmah dari suatu kejadian atau penderitaan, menjalin hubungan positif dan dinamis melalui keyakinan, rasa percaya dan cinta, membina integritas personal dan merasa diri berharga, merasakan

kehidupanyang terarah terlihat melalui harapan, mengembangkan hubungan antar manusia yang positif (Young, 2011).

c. Perkembangan Spiritual

Menurut Westerhoff's (dalam Hidayat, 2014) dibagi kedalam empat tingkatan berdasarkan kategori umur yang dapat dilihat dalam table 2.6, yaitu sebagai berikut:

Tabel 2.6 Perkembangan Spiritual

No	Kategori	Keterangan
1	Usia Anak-anak	merupakan tahap perkembangan kepercayaan berdasarkan pengalaman. Perilaku yang didapatkan antara lain adanya pengalaman dari interaksi dengan orang lain dengan keyakinan atau kepercayaan yang dianut. Kepercayaan atau keyakinan yang ada pada masa ini mungkin hanya mengikuti ritual atau meniru orang lain, seperti berdoa sebelum tidur dan makan. Pada masa anak – anak biasanya sudah dimulai bertanya tentang pencipta, arti doa, serta mencari jawaban tentang kegiatan keagamaan
2	Usia Remaja akhir	merupakan tahap perkumpulan kepercayaan yang ditandai dengan adanya partisipasi aktif pada aktivitas keagamaan. Perkembangan spiritual pada masa ini sudah mulai pada keinginan akan pencapaian kebutuhan spiritual seperti keinginan melalui meminta atau berdoa kepada penciptanya, yang berarti sudah mulai membutuhkan pertolongan melalui keyakinan atau kepercayaan. Bila pemenuhan kebutuhan spiritual ini tidak terpenuhi akan timbul kekecewaan.
3	Usia awal dewasa	merupakan masa pencarian kepercayaan dini, diawali dengan proses pertanyaan akan keyakinan atau kepercayaan yang dikaitkan secara kognitif sebagai bentuk yang tepat untuk mempercayainya. Pada masa ini, pemikiran sudah bersifat rasional dan keyakinan atau kepercayaan terus dikaitkan dengan rasional. Pada masa ini, timbul perasaan akan penghargaan terhadap kepercayaannya.
4	Usia Pertengahan dewasa	merupakan tingkatan kepercayaan dan diri sendiri, perkembangan ini diawali dengan semakin kuatnya kepercayaan diri yang dipertahankan walaupun menghadapi perbedaan keyakinan yang lain dan lebih mengerti akan kepercayaan dirinya

(Sumber: Hidayat, 2014)

d. Faktor-faktor yang mempengaruhi Kebutuhan Spiritual

Menurut Hidayat (2014) faktor – faktor yang mempengaruhi kebutuhan spiritual dapat dilihat dalam table 2.7, yaitu:

Tabel 2.7 Faktor yang mempengaruhi kebutuhan spiritual

No	Faktor	Keterangan
1	Perkembangan	Usia perkembangan dapat menentukan proses pemenuhan kebutuhan spiritual, karena setiap tahap perkembangan memiliki cara meyakini kepercayaan terhadap Tuhan

2	Keluarga	Keluarga memiliki peran yang cukup strategis dalam memenuhi kebutuhan spiritual, karena keluarga memiliki ikatan emosional yang kuat dan selalu berinteraksi dalam kehidupan sehari-hari.
3	Ras/Suku	Ras / suku memiliki keyakinan / kepercayaan yang berbeda, sehingga proses pemenuhan kebutuhan spiritual pun berbeda sesuai dengan keyakinan yang dimiliki.
4	Agama	Keyakinan pada agama tertentu dimiliki oleh seseorang dapat menentukan arti pentingnya kebutuhan spiritual.
5	Kegiatan Keagamaan	Adanya kegiatan keagamaan dapat selalu mengingatkan keberadaan dirinya dengan Tuhan dan selalu mendekatkan diri kepada penciptanya.

(Sumber: Hidayat, 2014)

e. Beberapa orang yang membutuhkan bantuan Spiritual

Beberapa orang yang membutuhkan bantuan spiritual menurut Hidayat (2014) dapat dilihat dalam table 2.8, yaitu:

Tabel 2.8 Beberapa orang yang membutuhkan bantuan Spiritual

No	Kategori	Keterangan
1	Pasien Kesepian	Pasien dalam keadaan sepi dan tidak ada yang menemani akan membutuhkan bantuan spiritual karena mereka merasakan tidak ada kekuatan selain kekuatan Tuhan, tidak ada yang menyertainya selain Tuhan.
2	Pasien Ketakutan dan cemas	Adanya ketakutan atau kecemasan dapat menimbulkan perasaan kacau, yang dapat membuat pasien membutuhkan ketenangan pada dirinya dan ketenangan yang paling besar adalah bersama Tuhan
3	Pasien menghadapi pembedahan	Menghadapi pembedahan adalah sesuatu yang sangat mengkhawatirkan karena akan timbul perasaan antara hidup dan mati. Pada saat itulah keberadaan pencipta dalam hal ini adalah Tuhan sangat penting sehingga pasien selalu membutuhkan bantuan spiritual.
4	Pasien yang harus mengubah gaya hidup	Perubahan gaya hidup dapat membuat seseorang lebih membutuhkan keberadaan Tuhan (kebutuhan spiritual). Pola gaya hidup yang dapat membuat kekacauan keyakinan bila kearah yang lebih buruk lagi, maka pasien akan lebih membutuhkan dukungan spiritual.

(Sumber: Hidayat, 2014)

f. Dimensi Dukungan Spiritualitas

Menurut Holt, dkk (Adami,2006:31), sedikitnya ada dua bentuk dimensi dari spiritualitas, yaitu:

- 1) Dimensi Keimanan (*the beliefs dimension*) yang melibatkan keyakinan spiritual dari aktifitas yang tak kasat mata. Misalnya, merasakan hubungan yang dekat dengan Tuhan.
- 2) Dimensi perilaku atau amal (*the behavioral dimesion*) yang dicirikan dengan aktifitas-aktifitas spiritual yang bisa diamati serta melibatkan materi-materi religious atau menghadiri peribatan agama.

Menurut Hastantia, 2018 mengatakan bahwa orang yang berdoa memiliki kekuatan spiritual kerohanian yang membangkitkan rasa percaya diri (*self-confident*) dan rasa optimisme (harapan kesembuhan). Rasa percaya diri dan optimisme, merupakan respon emosi positif (*positive thinking*) yang dapat menghindarkan reaksi stress dan kecemasan, karena mendorong individu untuk berfikir lebih realistis dan siap menghadapi segala persoalan hidup dengan tetap bersikap konstruktif. Bagi individu yang menyadari dan faham akan makna substantif (hakekat) kehidupan, maka akan memberikan pengaruh terhadap penurunan tingkat kecemasan, karena ia menyadari bahwa tujuan utama keberadaan manusia di muka bumi adalah merupakan titipan (amanah) dan menghambakan diri kepada sang pencipta. Jika seseorang menyadari bahwa tujuan hidup hanya sebuah amanah dan pengabdian, maka ia juga akan pasrah tatkala Tuhan selaku pemilik diri akan mengambil kembali Amanah-Nya (baik fisik maupun jiwa) kapan saja Tuhan kehendaki. Kepasrahan inilah kemudian melahirkan kedekatan seorang hamba kepada Tuhan melalui pengharapan atau doa yang mendalam.

g. Doa dan Membaca Alkitab

1) Pengertian Doa

Doa adalah persekutuan dengan Tuhan, bercakap-cakap atau berkomunikasi dengan Tuhan. Doa merupakan berkat dan hak istimewa yang Tuhan anugerahkan kepada kita orang yang percaya. Saat kita berdoa, kita menundukkan hati kita, memusatkan pikiran kita, dan kita berserah penuh pada belas kasih Tuhan. Di dalam doa kita menaikan permohonan atau permintaan kepada Tuhan. Dan dalam doa kita tidak boleh lupa mengucap syukur kepada Tuhan. Alkitab penuh dengan fakta bahwa betapa doa itu penting, berkuasa dan efektif. Musa berdoa, dan laut Tiberau terbelah dua. Elia berdoa, hujan tidak turun selama 3 setengah tahun lamanya. Dan masih banya mujizat-mijizat yang terjadi dalam Alkita dikarenakan doa (Alki Tombuku, 2014).

2) Jenis-jenis Doa

Menurut Artikel yang tertulis dalam Menara Doa, 2019 terdapat 10 Jenis doa yang dapat dilihat di table berikut:

Tabel 2.9 Jenis-jenis Doa

No	Jenis Doa	Keterangan
1	Doa Pribadi	Doa pribadi adalah doa yang dilakukan bagi diri sendiri/bagi si pendoa. Jadi ini adalah doa untuk kepentingan pribadi. Doa pribadi sebenarnya bukanlah wujud keegoisan. Sebaliknya, Allah senang dengan doa seperti ini, sebab kita datang membawa hidup dan pergumulan kita pribadi kepadaNya, serta berharap pada pertolonganNya. “Yabes berseru kepada Allah Israel, katanya: Kiranya Engkau memberkati Aku berlimpah-limpah dan memperluas daerahku, dan kiranya tanganMu menyertai aku, dan melindungi aku daripada malapetaka, sehingga kesakitan tidak menimpa aku! Dan Allah mengabulkan permintaannya itu.” (1 Tawarikh 4:10)
2	Doa Seorang Diri/Doa Pribadi	Doa seorang diri (bisa juga disebut “doa pribadi” dalam arti berdoa sendirian) adalah doa yang dilakukan dengan seorang diri. Ada kalanya kita berdoa sendirian, tetapi ada kalanya juga kita berdoa bersama-sama dengan orang lain. Contoh doa seperti ini adalah doa Tuhan Yesus, seperti dalam kutipan ayat firman Tuhan di bawah ini. “Dan setelah orang banyak itu disuruhNya pulang, Yesus naik ke atas bukit untuk berdoa seorang diri. Ketika hari sudah malam, Ia sendirian di situ.” (Matius 14:23) Saat itu Tuhan Yesus berdoa seorang diri di atas bukit, setelah Ia selesai melakukan pelayananNya, termasuk memberi makan 5000 orang laki-laki, menjelang malam tiba.
3	Doa Bersama	Doa bersama/doa kelompok adalah doa yang dilakukan oleh beberapa orang percaya secara bersama-sama. Pada umumnya doa seperti ini dilakukan oleh para anggota jemaat dari gereja setempat atau anggota gereja-gereja yang berbeda dalam suatu persekutuan/komunitas. Biasanya bentuk doa seperti ini adalah doa syafaat, yaitu berdoa untuk kepentingan orang lain. “Mereka semua berdoa dan berkata: Ya Tuhan, Engkaulah yang mengenal hati semua orang, tunjukkanlah kiranya siapa yang Engkau pilih dari kedua orang ini.” (Kisah Para Rasul 1:24)
4	Doa Syafaat	Doa syafaat adalah jenis doa yang dipanjatkan kepada Tuhan demi orang lain; jadi di sini kita tidak berdoa untuk kepentingan diri kita sendiri, melainkan untuk kepentingan orang lain. Di dalam setiap doa kita kepada Tuhan, sudah seharusnya kita berdoa bagi orang lain juga, bukan hanya untuk diri kita sendiri. “Salam dari Epafras kepada kamu; ia seorang dari antara kamu, hamba Kristus Yesus, yang selalu bergumul dalam doanya untuk kamu, supaya kamu berdiri teguh, sebagai orang-orang yang dewasa dan yang berkeyakinan penuh dengan segala hal yang dikehendaki Allah.” (Kolose 4:12)
5	Doa Puasa	Doa puasa adalah doa yang disertai dengan puasa, seperti doa Daniel di bawah ini. “Lalu aku mengarahkan mukaku kepada Tuhan Allah untuk berdoa dan bermohon, sambil berpuasa dan mengenakan kain kabung serta abu.” (Daniel 9:3) Puasa artinya adalah perbuatan tidak makan dan/atau tidak minum dalam jangka waktu tertentu untuk suatu maksud yang

- bersifat rohani. Puasa biasanya disertai dengan doa, yang biasa disebut sebagai doa puasa.
- 6 Doa Penyembuhan “Kalau ada seorang di antara kamu yang sakit, baiklah ia memanggil para penatua jemaat, supaya mereka mendoakan dia serta mengolesnya dengan minyak dalam nama Tuhan.” (Yakobus 5:14)
Dalam kutipan ayat firman Tuhan di atas dikatakan bahwa jika ada yang sakit, baiklah dipanggil seorang penatua jemaat supaya orang sakit tersebut didoakan dan sembuh.
- 7 Doa Ucapan Syukur Jenis doa Kristen menurut Alkitab yang ketujuh adalah doa ucapan syukur, seperti doa raja Daud di bawah ini.
“Ya TUHAN, oleh karena hamba-Mu ini dan menurut hati-Mu Engkau telah melakukan segala perkara yang besar ini dengan memberitahukan segala perkara yang besar itu. Ya TUHAN, tidak ada yang sama seperti Engkau dan tidak ada Allah selain Engkau menurut segala yang kami tangkap dengan telinga kami.” (1 Tawarikh 17: 19-20)
- 8 Doa Nazar Doa nazar adalah jenis doa dan permohonan tentang sesuatu hal kepada Allah dengan cara bernazar/berjanji akan melakukan/memberikan sesuatu kepada Tuhan, jika doa/permohonannya tersebut dikabulkan.
“Kemudian bernazarlah ia, katanya: TUHAN semesta alam, jika sungguh-sungguh Engkau memperhatikan sengsara hambaMu ini dan mengingat kepadaku dan tidak melupakan hambaMu ini, tetapi memberikan kepada hambaMu ini seorang anak laki-laki, maka aku akan memberikan dia untuk TUHAN seumur hidupnya dan pisau cukur tidak akan menyentuh kepalanya.” (1 Samuel 1: 11)
- 9 Doa Semalam-malam Doa semalam-malaman/doa semalam suntuk adalah doa yang dilakukan dalam jangka waktu yang lama, yaitu semalam-malaman atau beberapa jam. Doa seperti ini dapat dilakukan sesekali, secara rutin dalam jangka waktu tertentu, misalnya setiap minggu atau setiap bulan. Salah satu doa seperti ini adalah doa Samuel, seperti yang dikutip dalam firman Tuhan di bawah ini.
“Lalu datanglah firman TUHAN kepada Samuel, demikian: Aku menyesal, karena Aku telah menjadikan Saul raja, sebab ia telah berbalik dari pada Aku dan tidak melaksanakan firman-Ku. Maka sakit hatilah Samuel dan ia berseru-seru kepada TUHAN semalam-malaman.” (1 Samuel 15:10-11)
- 10 Doa Peperangan Rohani Doa peperangan rohani adalah doa untuk memerangi kuasa-kuasa gelap/iblis dan pengikut-pengikutnya.
Dalam Efesus 6:10-18, dikatakan bahwa perjuangan setiap orang Kristen bukanlah melawan darah dan daging (manusia) melainkan melawan pemerintah-pemerintah, penguasa-penguasa, penghulu-penghulu dunia yang gelap ini, dan roh-roh jahat di udara.

(Sumber: Menara Doa, 2019)

3) Ayat/Firman Tuhan akan Kesembuhan

Dalam Alkitab Yakobus 5:14-16 juga mengatakan “*Kalau ada seorang di antara kamu yang sakit, baiklah ia memanggil para penatua jemaat, supaya mereka mendoakan dia serta mengolesnya dengan minyak dalam nama Tuhan. Dan doa yang lahir dari iman akan menyelamatkan orang sakit itu dan Tuhan akan membangunkan dia; dan jika ia telah berbuat*

dosa, maka dosanya itu akan diampuni. Karena itu hendaklah kamu saling mengaku dosamu dan saling mendoakan, supaya kamu sembuh. Doa orang yang benar, bila dengan yakin didoakan, sangat besar kuasanya". Dan dalam pembacaan alkitab Yeremia 33:6. *"Sesungguhnya, Aku akan mendatangkan kepada mereka kesehatan dan kesembuhan, dan Aku akan menyembuhkan mereka dan akan menyingkapkan kepada mereka kesejahteraan dan keamanan yang berlimpah-limpah*. Dari kedua Bacaan Alkitab tersebut dapat menjadi dasar bagi orang-orang Nasrani dalam mempertahankan atau mengembalikan keyakinan dan memenuhi kewajiban agama, serta kebutuhan untuk mendapatkan maaf atas pengampunan, mencintai, manjalin hubungan penuh rasa percaya dengan Tuhan, dan dengan Doa juga membaca alkitab akan memperoleh Kesembuhan.

B. Kerangka Teori

1. Teori Keperawatan Menurut Kolcaba

Kolcaba mengungkapkan kenyamanan atau rasa nyaman adalah suatu keadaan telah terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan akan ketentraman (suatu kepuasan yang meningkatkan penampilan sehari-hari), kelegaan (kebutuhan telah terpenuhi), dan transenden (keadaan tentang sesuatu yang melebihi masalah dan nyeri). Dalam Aligood (2017), kenyamanan mesti dipandang secara holistik yang mencakup empat aspek yaitu:

- a. Fisik : Berhubungan dengan sensasi tubuh
- b. Psikospiritual : Berhubungan dengan kesadaran akan diri sendiri yang meliputi harga diri, konsep diri, seksualitas dan makna kehidupan seseorang dalam tatanan kehidupan.
- c. Lingkungan : Berhubungan dengan latar belakang pengalaman eksternal manusia, seperti cahaya, bunyi, temperature, warna, dan unsur alamiah.
- d. Sosial : Berhubungan dengan hubungan interpersonal, keluarga dan sosial.

Kolcaba dalam Aligood (2017) menggunakan idenya dari tiga teori keperawatan sebelumnya untuk mensintesis atau mengidentifikasi jenis kenyamanan menurut analisis konsep yang meliputi:

- a. *Relief* (Kelegaan) merupakan arti kenyamanan yang mengemukakan bahwa perawat meringankan kebutuhan yang diperlukan oleh pasien.

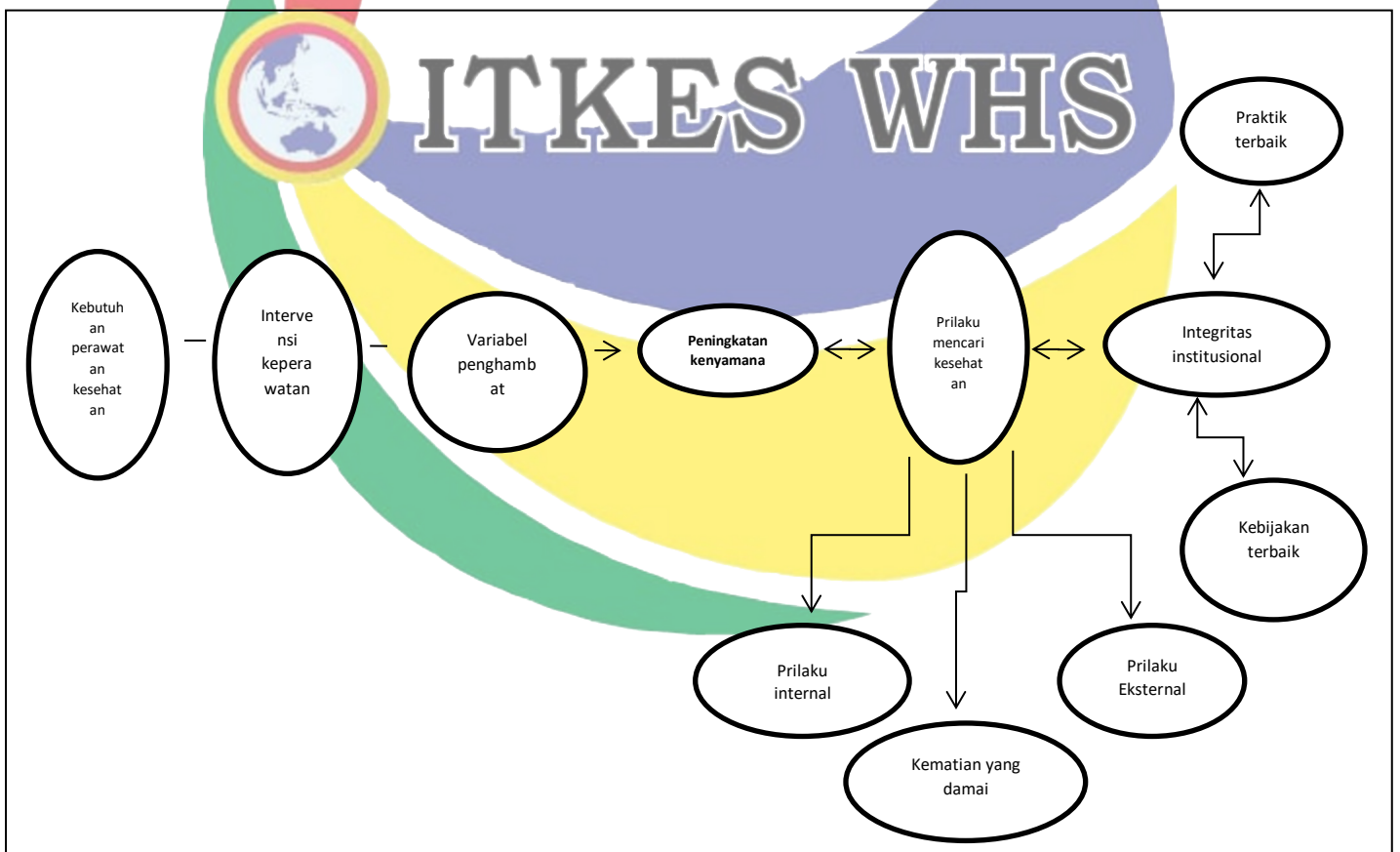
- b. *Ease* (Ketentraman) mendeskripsikan ada 13 fungsi dasar manusia yang harus dipertahankan selama pemberi asuhan.
- c. *Transcendence* merupakan penjelasan bahwa perawat membantu pasien dalam mengatasi kesulitan.

Meningkatkan kebutuhan rasa nyaman diartikan bahwa perawat telah memberikan kekuatan, harapan, hiburan dukungan, dorongan, dan bantuan. Secara umum dalam aplikasinya pemenuhan kebutuhan rasa nyaman pasien ditunjukkan dengan timbulnya gejala dan tanda pada klien.

2. Kerangka Teori Kolcaba

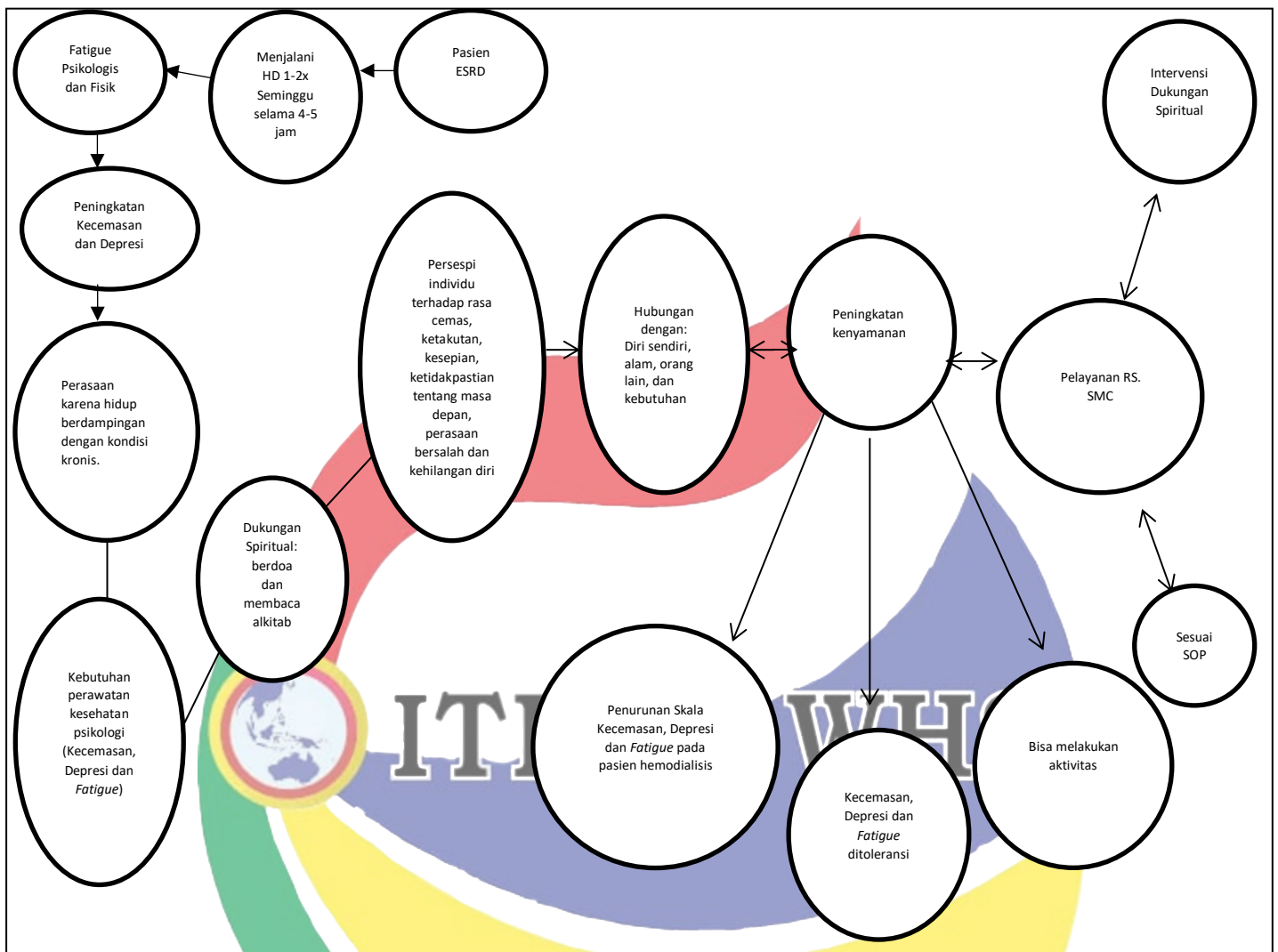
Didalam teori Kolcaba, ada salah satu konsep utama yaitu *comfort measures*, tindakan kenyamanan yang diartikan sebagai suatu intervensi keperawatan yang didesain untuk memenuhi kebutuhan kenyamanan spesifik seperti fisiologis, social, finansial, psikologis, spiritual, lingkungan dan intervensi fisik.

Skema 2.2 Kerangka Teori Kolcaba



3. Kerangka Teori Penelitian

Skema 2.3 Modifikasi teori Kenyamanan, Kolcaba dengan Dukungan Spiritual.



Sumber : Alligod (2017); Pascoe MC, et al (2017); Semaan, et al (2021); Fradelos, et al (2020); Mailani (2020); Young (2011)

C. Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah merupakan sesuatu kesimpulan sementara atau jawaban sementara dari rumusan masalah atau pernyataan penelitian (Arikunto, 2013).

Berdasarkan Hasil penelitian yang dilakukan, didapatkan:

Ha: Ada pengaruh Dukungan Spiritual terhadap Aspek Psikologi dan *Fatigue* pada pasien *End Stage Renal Disease* yang menjalani Hemodialisis.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Rancangan Penelitian

Jenis penelitian ini adalah kuantitatif dengan menggunakan rancangan *pre-Eksperiment* dengan pendekatan *One-grup pretest-posttest design*. Dengan menggunakan jenis penelitian ini, hasil perlakuan dapat diketahui lebih akurat, karena dapat mengevaluasi hasil sebelum diberi perlakuan dan sesudah diberi perlakuan (Sugiono, 2016)

O1---->X---->O2

Keterangan:

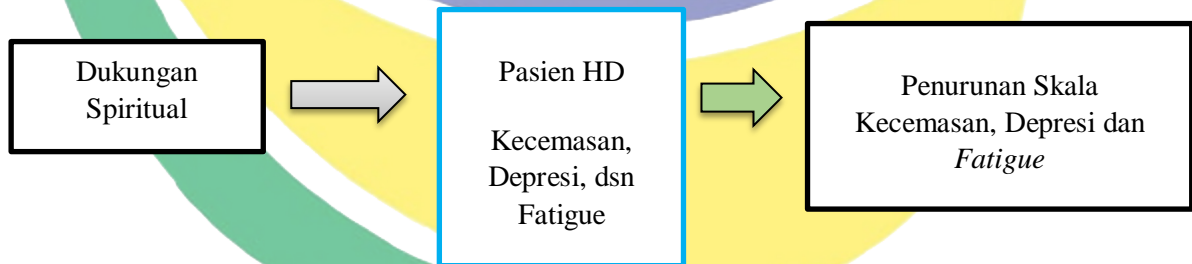
O1 : *Pre-test* pada kelompok intervensi

O2 : *Post-test* setelah intervensi


X : Intervensi pada kelompok sesuai protokol

B. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep adalah suatu hubungan atau suatu kaitan antara konsep satu dengan konsep yang lainnya dari masalah yang diteliti (Setiadi, 2007). Berikut ini adalah kerangka konsep dalam penelitian ini:



Keterangan :

 : Diteliti

 : Mempengaruhi

 : Hasil

Skema 3.1 Kerangka Konsep

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi dapat diartikan sebagai wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek/subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiono, 2016). Populasi dalam penelitian ini adalah pasien *End Stage Renal Disease* yang menjalani Hemodialisa di dua Rumah Sakit di Kota Samarinda tahun 2022 terkhususnya yang beragama Nasrani terdapat 24 Pasien.

2. Sampel

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut. Apa yang dipelajari dari sampel itu, kesimpulannya akan dapat diberlakukan untuk populasi. Untuk itu sampel yang diambil dari populasi harus betul-betul representative atau mewakili (Sugiono, 2016). Penentuan besar sampel dalam penelitian ini ditentukan berdasarkan estimasi (perkiraan) untuk menguji hipotesis beda skor rata-rata antara dua kelompok berpasangan dengan rumus (Dahlan, 2014). Sampel penelitian ini adalah 20 Pasien *End Stage Renal Disease* yang menjalani Hemodialisis.

D. Teknik Pengambilan Sampel

Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini ada *Non-Probability Sampling* yaitu pemilihan sampel yang tidak dilakukan secara acak. Dengan menggunakan teknik *Consecutive Sampling* adalah suatu metode pemilihan sampel yang dilakukan dengan memilih semua individu yang ditemui dan memenuhi kriteria pemilihan, sampai jumlah sampel yang diinginkan terpenuhi (Dharma, 2011).

Ada pun diikuti sertakan dalam penelitian ini adalah sampel memiliki kriteria tertentu, yaitu:

1. Kriteria Inklusi

Kriteria Inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti (Nursalam, 2015). Kriteria inklusi bagi responden dalam penelitian yaitu:

- a. Pasien *ESRD* yang menjalani Hemodialisis
- b. Pasien *ESRD* yang beragama Nasrani
- c. Pasien *ESRD* yang bersedia menjadi responden

d. Pasien *ESRD* yang tidak mengalami gangguan Psikologis dibuktikan dengan hasil MMSE.

2. Kriteria Eksklusi

Kriteria Eksklusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan subjek yang tidak memenuhi kriteria inklusi dari studi karena berbagai sebab (Nursalam, 2015), kriteria eksklusi bagi responden dalam penelitian ini adalah:

- a. Pada Pasien *ESRD* yang memiliki komplikasi
- b. Pada Pasien *ESRD* yang rawat inap

E. Variable Penelitian

Variable-variable dalam penelitian ini adalah:

1. Variable Independen, Terapi Doa dan Pembacaan Alkitab. Merupakan variable yang dapat mempengaruhi variable lainnya.
2. Variable Dependen, yaitu Aspek Psikologis Kecemasan, Depresi dan tingkat *Fatigue* pada pasien *ESRD* yang menjalani Hemodialisa, Merupakan variable yang dapat dipengaruhi oleh variable Independen.

F. Definisi Oprasional

Tabel 3.1 Tabel Definisi Oprasional

No.	Variabel	Definisi Oprasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1	Independen Dukungan Spiritual	Dukungan yang diterima oleh pasien yang dapat berupa memfasilitasi pasien untuk lebih dekat dengan Tuhan seperti berdoa bersama, mendorong pasien untuk membaca alkitab dalam Yeremia Pasal 33 Ayat yang ke 6 dan mengikuti renungan singkat bersama-sama.	SOP (Standar Oprasional Prosedur)	Sudah dilakukan pemberian terapi doa dan pembacaan alkitab	<i>Check list</i> pada lembar SOP
2	Dependen Aspek Psikologis Kecemasan dan Depresi pasien <i>ESRD</i> yang menjalani Hemodialisa	Kecemasan merupakan suatu keadaan yang dialami oleh pasien yang menjalani terapi hemodialisa ketika berpikir tentang sesuatu yang tidak menyenangkan terjadi. Depresi adalah Keadaan psikologis pasien sebagai akibat menderita penurunan fungsi ginjal dan menjalani hemodialisa yang	Alat ukur the <i>hospital anxiety and depression scale</i> (HADS), versi bahasa Indonesia dan hanya fokus pada 7 (tujuh) item pernyataan mengenai depresi dan 7	Nilai 0-7 = Normal 8-10 = Kasus Ringan 11-15 = Kasus Sedang 16-21 = Kasus berat (Penilaian dengan menjumlahkan total skor kecemasan dan depresi)	Ordinal

		terlihat dari jawaban atas pernyataan.	item pertanyaan mengenai kecemasan (Rudy,M. 2015). Skala penilaian menggunakan skala Likert rentang 0-3		
3	Fatigue Situasional	Persepsi seseorang terhadap yang dirasakan pada tubuhnya yang meliputi perasaan, lemas, lelah, kurang bergairah yang dapat mempengaruhi kualitas Kesehatan dan kualitas hidup orang tersebut.	Dengan menggunakan kuesioner <i>Fatigue Saverity Scale (FSS) Assessment</i> . Semakin kecil skor mendekati angka 1 berarti semakin tidak setuju dengan pernyataan tersebut. Semakin besar skor mendekati angka 7 menyatakan semakin setuju.	Nilai rentang (1-63) Tinggi = Dengan nilai Median >43,50. Rendah = dengan nilai median <43,50.	Interval

G. Waktu dan Tempat Penelitian

1. Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Samarinda yang memiliki fasilitas Hemodialisis, yaitu Rumah Sakit Samarinda Medika Citra dan Rumah Sakit Dirgahayu Samarinda.

2. Waktu Penelitian

- Waktu penelitian dilakukan dalam bulan Mei-Juni 2022.
- Waktu Intervensi terapi doa dan pembacaan alkitab pada fase Intra HD, waktu skrinning MMSE dilakukan pada fase Pre-HD. Intervensi dilakukan selama 15 menit.

H. Instrumen Penelitian

Instrument penelitian merupakan suatu alat yang digunakan untuk mengobsevasi, mengukur atau menilai suatu fenomena (Dharma, 2011). Instrument juga merupakan alat-alat yang akan digunakan untuk pengumpulan data instrument dapat berupa,

formulir observasi, dari formulir-formulir yang berkaitan dengan pencatatan data (Nutoadmojo, 2012), instrument yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

1. Variabel *Independen* dalam penelitian ini adalah Terapi Doa dan Pembacaan Alkitab yang merupakan intervensi dan menggunakan Standard Oprasional Prosedur sebagai acuan dalam pelaksanaan Intervensi.
2. Instrument yang digunakan untuk mengukur Variable *Dependen* Kecemasan dan Depresi dalam penelitian ini adalah *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), alat ukur yang telah dirancang untuk digunakan dalam setting rumah sakit dan hanya terdiri dari 14 item. HADS terdiri dari dua subskala, yaitu *anxiety* (kecemasan) dan *depression* (depresi). Item-item dalam HADS terdiri dari 7 item berhubungan dengan *anxiety* (kecemasan) dan 7 item lainnya berhubungan dengan *depression* (depresi), yang mana penderita menggolongkan masing-masing pernyataan dalam 4 skala nilai, dari nilai 0 (tidak sama sekali) sampai nilai 3 (sangat sering). Nilai yang lebih tinggi mengindikasikan adanya permasalahan.

Tabel 3.2 Kisi-kisi Kuesioner HADS

No	Kecemasan dan Depresi	No Pernyataan	Jumlah Butiran
1.	Kecemasan	1,3,5,7,9,11,13	7
2.	Depresi	2,4,6,8,10,12,14	7
Jumlah		14	14

3. Intrument yang digunakan untuk mengukur Variable *Dependen Fatigue* dalam penelitian ini adalah *Fatigue Severity Scale* (FSS) untuk mengukur derajat keparahan dari kelelahan yang dirasakan seseorang di berbagai fasilitas Kesehatan. Kuesioner ini terdiri dari sembilan pernyataan yang mewakili tingkat kelelahan responden. Penilaian dilakukan untuk melihat efek kelelahan terhadap motivasi, aktivitas, fungsi fisik, menjalankan tugas, gangguan terhadap pekerjaan, keluarga, ataupun kehidupan sosial. Skala yang digunakan adalah skala *Likert* dengan skala 1 (sangat tidak setuju) hingga 7 (sangat setuju). Intepretasi hasil menandakan makin tinggi skor, makin tinggi derajat keparahan dari kelelahan yang dirasakan.

Tabel 3.3 Kisi-kisi Kuesioner FSS

No	Pernyataan	No Pernyataan	Jumlah
1.	Motivasi lebih rendah saat Lelah	1	1
2.	Aktivitas	2,8	2
3.	Fungsi Fisik	3,4,6	3
4.	Kelelahan sering menyebabkan masalah	5	1
5.	Kelelahan Mengganggu Pelaksanaan tugas dan Kehidupan sosial	7,9	2
Jumlah		9	9

4. Instrument yang digunakan untuk skrining awal dalam penelitian ini adalah *Mini Mental State Examination (MMSE)* sangat reliable untuk menilai gangguan fungsi kognitif dan dapat digunakan secara luas sebagai pemeriksaan yang sederhana untuk mendiagnosis adanya gangguan fungsi kognitif. MMSE terdiri dari 30 pertanyaan, terbagi menjadi 11 domain dengan rincian seperti orientasi (personal, waktu, tempat, registrasi, atensi dan kalkulasi, mengingat, bahasa, dan fungsi konstruksi. Penilaian baik buruknya fungsi kognitif didasarkan atas nilai yang disesuaikan dengan tingkat pendidikan terakhir responden. Hasil dari skor MMSE diinterpretasikan normal apabila nilainya 24 sampai 30, diinterpretasikan probable gangguan kognitif jika nilainya 17 sampai 23, dan diinterpretasikan definite gangguan kognitif jika nilainya 0 sampai 16.

I. Uji Validitas dan Reliabilitas

Uji validitas digunakan untuk mengetahui layak atau tidaknya butir-butir dalam suatu daftar pertanyaan untuk mendefinisikan suatu variabel. Validitas didefinisikan sebagai gambaran ketepatan dan kecermatan sebuah alat ukur (Nasfiannoor, 2013). Uji reliabilitas digunakan untuk menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan, hal ini berarti menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran itu tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama, dengan menggunakan alat ukur yang sama (Notoatmodjo, 2012).

Pada penelitian ini, peneliti menggunakan kuisioner *The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* sebagai alat ukur kecemasan dan depresi. Uji validitas dan reabilitas *HADS* telah dilaporkan dalam beberapa penelitian (Herrmann, 1997; Bjelland dkk., 2002; Moorey dkk., 1991). Sejak pertama kali dikembangkan, kuisioner *HADS* telah diterjemahkan dan diterapkan oleh lebih dari 25 negara pada populasi umum, pasien rumah sakit umum, perawatan kanker, penderita *HIV* (Herrmann, 1997; Michopoulos dkk., 2008). *HADS* juga telah diterjemahkan dalam bahasa Indonesia oleh Rudy dkk. (2015) dan didapatkan hasil uji reliabilitas pada 20 responden yaitu koefisien Kappa 0,706 pada subskala kecemasan dan pada subskala depresi 0,681, sehingga skala *HADS* ini dapat digunakan sebagai instrument pemeriksaan yang reliable.

Pada penelitian ini, peneliti menggunakan kuisioner *Fatigue Severity Scale (FSS)* untuk alat ukur mengukur derajat keparahan dari kelelahan yang dirasakan seseorang di berbagai fasilitas Kesehatan dan sudah teruji validitasnya secara

Internasional. Kuesioner ini terdiri dari sembilan pernyataan yang mewakili tingkat kelelahan responden. Uji validitas item pertanyaan dilakukan dengan menggunakan uji Korelasi *Pearson Product Moment*. Nilai r tabel (uji 2 sisi) pada signifikansi 5% dengan $n = 32$, didapat sebesar 0,349. Nilai korelasi (r hasil) seluruh pertanyaan 1 hingga 9 $> r$ tabel (0,349). Metode yang dipakai untuk uji reliabilitas dalam penelitian ini adalah metode *Cronbach's Alpha*. Dari hasil analisis didapat nilai Alpha sebesar 0,880.

J. Prosedur Pengumpulan Data

1. Prosedur Administrasi

a. Tahap Persiapan Penelitian

- 1) Peneliti Menyusun dan melakukan bimbingan
- 2) Mengurus surat izin studi pendahuluan di ITKES Wiyata Husada Samarinda
- 3) Mengajukan surat izin studi pendahuluan di Rumah Sakit Samarinda.
- 4) Mengurus surat perizinan penelitian ke ITKES Wiyata Husada Samarinda dan Rumah Sakit Samarinda.
- 5) Tahap studi dokumentasi, studi pustaka, penyusunan proposal
- 6) Skrining awal dengan Kuesioner MMSE pada Pasien/sample

b. Tahap Pelaksanaan Penelitian

- 1) Prosedur melakukan bina hubungan saling percaya kepada responden, mendengarkan penjelasan dari responden selama 3-5 menit dan menanyakan rasa cemas dan depresi yang dirasakan.
- 2) Peneliti menjelaskan tujuan penelitian intervensi Dukungan Spiritual dan lamanya pemberian intervensi berlangsung selama 15 menit lalu dilakukan evaluasi setelah memberikan intervensi.
- 3) Peneliti memberikan lembar persetujuan kepada responden untuk dibaca dan ditanda tangani
- 4) Kemudian peneliti melakukan pengkajian Kecemasan, Depresi dan *Fatigue* yang dirasakan oleh responden lalu melakukan pretest terhadap Kecemasan, Depresi dan *Fatigue* sebelum dilakukan intervensi dengan alat ukur *HADS* dan *FSS*.
- 5) Peneliti memandu responden dalam doa dan pembacaan alkitab yang dilakukan selama 15 menit.
- 6) Setelah melakukan intervensi terapi doa dan pembacaan alkitab, peneliti melakukan posttest pengukuran skala Kecemasan, Depresi dan *Fatigue*.

7) Data yang didapatkan kemudian diolah dengan menggunakan uji statistik.

2. Teknik Pengelolaan Data

a. *Editing*

Dalam kegiatan penyuntingan yang diperhatikan adalah kelengkapan data itu informasi yang diperoleh, peneliti memeriksa lembaran observasi.

b. *Coding*

Peneliti melakukan *coding* dengan menggunakan kode berupa angka. Adapun cara memberikan kode pada data adalah sebagai berikut :

1) Kecemasan dan Depresi pasien yang menjalani terapi Hemodialisis

1 = Normal (0-7)

2 = Kasus Ringan (8-10)

3 = Kasus Sedang (11-15)

4 = Kasus Berat (16-21)

2) *Fatigue* pasien yang menjalani terapi Hemodialisis

1 = Rendah (jika nilai median <43,50)

0 = Tinggi (jika nilai median >43,50)

c. *Data Entry (memasukan data)*

Data berupa jawaban-jawaban dari masing-masing responden dalam bentuk kode (angka) dimasukkan ke dalam program komputerisasi.

d. *Processing data*

Pada tahap *processing*, peneliti melakukan analisis data dengan program *computer* melalui pengolahan data statistik.

e. *Cleaning*

Setelah data dimasukkan, peneliti melakukan pemeriksaan kembali terhadap data-data tersebut untuk memastikan tidak ada data yang tertukar ataupun kesalahan dalam pengetikan sebelumnya.

3. Analisa Data

a. Analisa Univariat

Tujuan analisis univariat adalah untuk menjelaskan dan mendeskripsikan setiap variabel berdasarkan karakteristiknya masing-masing (Notoatmodjo, 2012). Adapun variabel yang diteliti dalam penelitian ini adalah skala Kecemasan,

Depresi dan *Fatigue* sebelum dilakukan Intervensi terapi doa dan pembacaan alkitab. Di gunakan rumus sebagai berikut :

$$p = \frac{x}{n} \times 100$$

Keterangan :

P = Presentase

X = Jumlah jawaban yang benar

N = Jumlah seluruh total

Setelah ditafsirkan ke dalam kriteria, kemudian data diinterpretasikan ke dalam kata-kata, yaitu:

- 1) 0% : Tidak ada yang menjawab
- 2) 1%-25% : Sebagian kecil responden
- 3) 26%-49% : Hampir sebagian responden
- 4) 50% : Setengah dari responden
- 5) 51%-75% : Sebagian besar responden
- 6) 76%-99% : Hampir seluruh responden
- 7) 100% : Seluruh responden

b. Uji Normalitas

Penelitian ini menggunakan Metode uji *Shapiro Wilk* dengan sampel 20 responden, yang dimana didapatkan hasil dari kuesioner *HADS* yaitu 0,702 yang dimana dinyatakan berdistribusi normal dan menggunakan uji parametrik *paired t-test*, sedangkan hasil dari kuesioner *FSS* yaitu 0,018 dinyatakan berdistribusi tidak normal dan menggunakan uji nonparametric yaitu uji Wilcoxon.

c. Analisa Bivariat

Analisa bivariat dilakukan terhadap variabel yang dicurigai berhubungan. Dalam analisis bivariate dilakukan analisis dengan membandingkan dua variabel yang bersangkutan, kemudian dilakukan uji statistik dan menganalisis keeratan korelasi antara dua variabel (Notoadmojo, 2012). Dalam penelitian ini analisis bivariat dilakukan untuk menguji pengaruh Dukungan Spiritual terhadap penurunan rasa Kecemasan, Depresi dan *Fatigue* pada pasien *End Stage Renal Disease* yang menjalani Hemodialisa menggunakan uji *paired t-test*. Jika data tidak berdistribusi normal akan dilakukan *Uji Wilcoxon Sign Test*.

K. Etika Penelitian

Etika penelitian merupakan hal yang sangat penting dalam pelaksanaan sebuah penelitian mengingat penelitian keperawatan akan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika penelitian harus diperhatikan karena manusia mempunyai hak asasi dalam kegiatan penelitian. Selama penelitian berlangsung, peneliti sangat memperhatikan prinsip-prinsip etik. Adapun prinsip-prinsip etik peneliti perhatikan adalah:

1. Lembar Persetujuan (*informed consent*)

Pada penelitian ini semua pasien *ESRD* yang menjalani Hemodialisa yang terkait dalam penelitian menyetujui dan bersedia diberikan terapi Dukungan Spiritual, selanjutnya diberikan Lembar persetujuan (*informed consent*) untuk menjadi responden dan mencantumkan tanda tangan sebagai bukti bersedia menjadi responden.

2. *Non-maleficence*

Prinsip ini digunakan untuk menghindari atau tidak menimbulkan bahaya baik berupa cedera fisik maupun psikologis, sehingga penelitian yang akan dilakukan tidak menimbulkan kerugian fisik maupun psikologis bagi responden, Dukungan Spiritual dilakukan sesuai standard prosedur oprasional, selain itu responden akan diminta untuk segera memberitahu peneliti apabila selama proses penelitian terutama saat dilakukan Terapi Doa dan Pembacaan Alkitab responden merasa tidak nyaman. Pada penelitian tidak pasien yang merasa tidak nyaman saat diberikan intervensi.

3. *Confidential* (Kerahasiaan)

Dalam penelitian ini peneliti merahasiakan informasi-informasi yang telah didapat dari responden termasuk identitas responden dan sebagai penggantinya peneliti menggunakan nama inisial dalam penelitian. Semua hasil penelitian dikumpulkan dan dijaga kerahasiaan oleh peneliti, dan akan dimusnahkan dalam kurun waktu 5 tahun.

4. *Justice* (Keadilan)

Pada penelitian ini semua responden yang beragama Nasrani diberikan perlakuan yang sama, meliputi Terapi doa dan pembacaan alkitab yang dilakukan, durasi, serta etik yang berlaku bagi setiap responden.

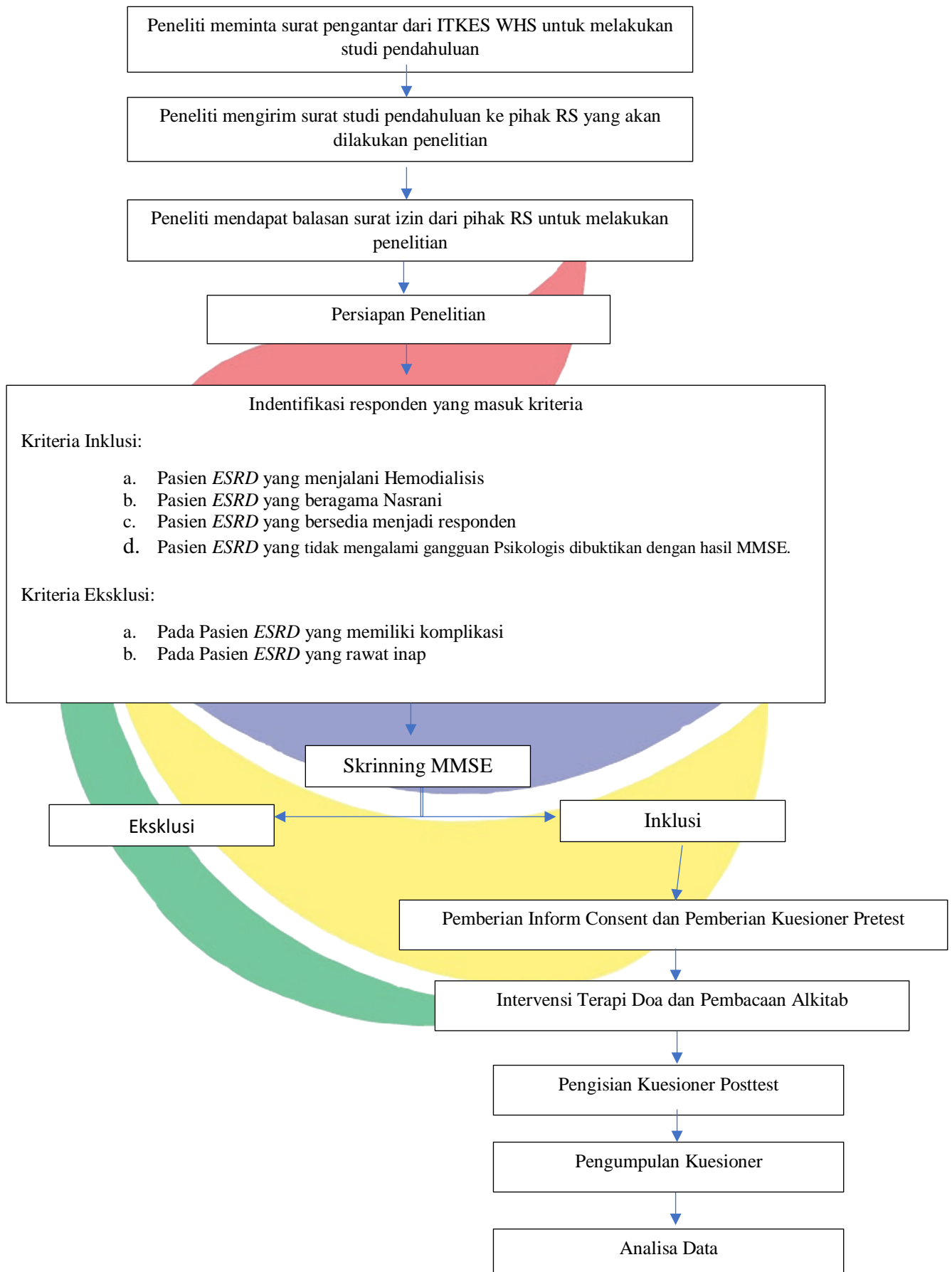
5. *Beneficience*

Peneliti melaksanakan penelitian sesuai dengan prosedur penelitian untuk mendapatkan hasil yang semaksimal mungkin baik bagi responden dan rumah sakit dalam upaya meningkatkan keselamatan pasien. Selama proses penelitian telah memberikan manfaat berupa dukungan spiritual kepada pasien, hal ini bermanfaat bagi pasien dalam mengurangi rasa cemas, depresi, dan ketakutan yang dialami pasien.

L. Alur Penelitian

1. Setelah mendapatkan izin dari Dua Rumah Sakit di Kota Samarinda, peneliti melakukan koordinasi dengan pihak terkait dalam rangka memudahkan proses pelaksanaan penelitian.
2. Melakukan Skrining awal dengan Kuesioner MMSE.
3. Melakukan penyebaran kuisisioner setelah mendapatkan izin dari Dua Rumah Sakit di Kota Samarinda kepada responden secara langsung maupun dengan bantuan peneliti.
4. Meminta persetujuan dan menjelaskan isi kuesioner dan Intervensi yang akan diberikan kepada responden.
5. Meminta responden untuk mengisi kuisisioner pretest, jika pada saat itu responden belum bersedia maka peneliti akan melakukan kontrak waktu selanjutnya di ruang Hemodialisis.
6. Setelah pengisian kuesioner pretest diisi, peneliti akan melakukan intervensi dukungan spiritual kepada klien.
7. Sesudah dilakukan Intervensi akan diberikan kuesioner Posttest kepada klien
8. Setelah data terkumpul, kemudian data akan diolah dan akan dianalisa serta dibuat hasil kesimpulan.

Skema. 3.2 Alur Penelitian



BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

Pada bab ini akan diuraikan mengenai hasil penelitian dan pembahasan mengenai Pengaruh Terapi Doa dan Pembacaan Alkitab Terhadap Aspek Psikologi dan Fatigue Pada Pasien *End Stage Renal Disease* Yang Menjalani Hemodialisis di 2 Rumah Sakit di Kota Samarinda. Pengumpulan data pada penelitian ini diperoleh dengan cara menyebarkan kuesioner kepada pasien yang sebelumnya sudah mengisi lembar persetujuan untuk kesediaan menjadi responden.

1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Samarinda Medika Citra adalah rumah sakit tipe C yang merupakan salah satu rumah sakit swasta di Kota Samarinda. Pasien pada rumah sakit tersebut berasal dari berbagai golongan dan daerah sehingga dapat mempresentasikan populasi umum. Rumah Sakit Samarinda Medika Citra memiliki pelayanan Hemodialisis rutin. Adapun jumlah mesin Hemodialisis di Rumah Sakit Samarinda Medika Citra memiliki 10 mesin Hemodialisis. Sumber daya manusia yang dimiliki oleh Rumah Sakit Samarinda Medika Citra adalah 1 dokter penyakit dalam yang terlatih Hemodialisis 6 perawat terlatih Hemodialisis, 3 perawat yang tidak terlatih Hemodialisis. Rumah Sakit Dirgahayu Samarinda adalah rumah sakit tipe C yang merupakan salah satu rumah sakit swasta di Kota Samarinda. Pasien pada rumah sakit tersebut berasal dari berbagai golongan dan daerah sehingga dapat mempresentasikan populasi umum. Rumah Sakit Dirgahayu Samarinda memiliki pelayanan Hemodialisis rutin. Adapun jumlah mesin Hemodialisis di Rumah Sakit Dirgahayu Samarinda memiliki 28 mesin Hemodialisis. Sumber daya manusia yang dimiliki oleh Rumah Sakit Dirgahayu Samarinda adalah 2 dokter penyakit dalam, dan 3 dokter umum, dengan 11 perawat Hemodialisa.

Rumah Sakit Samarinda Medika Citra memiliki jumlah pasien di Ruang Hemodialisis sebanyak 72 orang, dengan 2 pasien Nasrani. Penelitian ini dilaksanakan di Ruang Hemodialisis Rumah Sakit Samarinda Medika Citra, pada tanggal 6 Juni 2022 – 15 Juni 2022. Rumah Sakit Dirgahayu Samarinda memiliki jumlah pasien di Ruang Hemodialisis sebanyak 100 orang dengan 18 pasien Nasrani. Penelitian ini dilaksanakan di Ruang Hemodialisis Rumah Sakit

Dirgahayu Samarinda, pada tanggal 13 Juni 2022 – 20 Juni 2022. Pengumpulan data penelitian dilakukan dengan cara menyebarkan kuisisioner kepada pasien dengan *End Stage Renal Disease* (ESRD) yang menjalani terapi Hemodialisis yang masuk dalam kriteria inklusi. Data yang telah terkumpul kemudian dilakukan analisis univariat dan bivariat dengan bantuan komputer.

2. Karakteristik Responden

Karakteristik responden merupakan gambaran pada pasien yang menjalani terapi Hemodialisis yang dapat dilihat berdasarkan usia, jenis kelamin, dan lama Hemodialisis dan akan dipaparkan pada table berikut.

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Usia di Rumah Sakit Samarinda Medika Citra dan Rumah Sakit Dirgahayu Samarinda Pada Tahun 2022 dengan (n=20)

No	Usia	Frekuensi	Presentase (%)
1.	Remaja Akhir (17-25 Tahun)	0	0
2.	Dewasa Awal (26-35 Tahun)	2	10
3.	Dewasa Akhir (36-45 Tahun)	5	25
4.	Lansia Awal (46-55 Tahun)	7	35
5.	Lansia Akhir (56-65 Tahun)	6	30
	Total	20	100

Sumber : Data Primer 2022, Depkes RI, 2009

Berdasarkan table 4.1 di atas terlihat usia menunjukkan Sebagian besar responden termasuk dalam klasifikasi masa lansia awal berada pada usia 46-55 tahun dengan presentasi 55%.

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Jenis Kelamin Di Rumah Sakit Samarinda Medika Citra dan Rumah Sakit Dirgahayu Samarinda Pada Tahun 2022 dengan (n=20)

No	Jenis Kelamin	Frekuensi	Presentase%
1.	Pria	4	20
2.	Wanita	16	80
	Total	20	100

Sumber : Data Primer 2022

Dari tabel 4.2 di atas terlihat jenis kelamin menunjukkan bahwa hampir seluruh responden terbanyak pada Wanita 16 orang dengan presentase 80% dan Sebagian kecil responden Pria berjumlah 4 orang dengan presentase 20%

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Lama Hemodialisis Di Rumah Sakit Samarinda Medika Citra dan Rumah Sakit Dirgahayu Samarinda Pada Tahun 2022 dengan (n=20)

No	Lama HD	Frekuensi	Presentase%
1.	<1 Tahun	2	10
2.	1-3 Tahun	11	55
3.	>3 Tahun	7	35
	Total	20	100

Sumber : Data Primer 2022

Berdasarkan table 4.3 di atas terlihat bahwa Sebagian besar responden dengan lama hemodialisis terbanyak yaitu 1-3 tahun dengan presentase 55% dengan jumlah pasien 11 orang.

3. Hasil Analisis Univariat

Hasil dari analisa univariat pada penelitian ini adalah untuk mendeskripsikan setiap variable yang diteliti berdasar karakteristiknya masing-masing. Adapun Variabel yang diteliti dalam penelitian ini distribusi skala Kecemasan dan Depresi juga *Fatigue* sebelum dan sesudah dilakukan Dukungan Spiritual. Sebelum dan sesudah diberikan intervensi Dukungan Spiritual Doa dan Membaca alkitab. Penelitian melakukan pengukuran skala Kecemasan dan Depresi juga *Fatigue* yang dialami oleh responden dengan menggunakan *Numeric Rating Scale*.

Tabel 4.4 Hasil Analisa Responden Berdasarkan Dukungan Spiritual Terhadap Kecemasan, Depresi, dan *Fatigue* dengan Hemodialisis Di Rumah Sakit Samarinda Medika Citra dan Rumah Sakit Dirgahayu Samarinda Pada Tahun 2022

Variabel	Mean	Median	Std Deviasi	Minimum	Maximum
Kecemasan dan Depresi	15,30	16,50	7,049	3	30
<i>Fatigue</i>	42,30	43,50	7,740	22	51

Sumber data : Data Primer 2022

Berdasarkan table 4.4 menunjukkan bahwa rata-rata Kecemasan dan Depresi sebelum dilakukan intervensi terapi doa dan pembacaan alkitab adalah (15,30), dan nilai median (16,50), std deviasi (7,049), dengan skor kecemasan dan depresi terendah adalah (3), dan skor kecemasan dan depresi tertinggi adalah (30). Rata-rata skor *Fatigue* dengan nilai (42,30), dan median (43,50), std deviasi (7,740), dengan skor *fatigue* terendah didapatkan nilai (22), dan skor *fatigue* tertinggi adalah (51).

4. Hasil Analisa Bivariat

Uji ini dilakukan dalam menganalisis perubahan yang terjadi yaitu Kecemasan dan Depresi juga *Fatigue* sebelum dan sesudah dilakukan Dukungan Spiritual Doa dan Membaca Alkitab maka peneliti melakukan analisis bivariat, dalam menentukan uji yang digunakan peneliti telah melakukan uji normalitas data, dimana terdapat hasil bahwa Kecemasan dan Depresi pada pasien Hemodialisis sebelum dan sesudah dilakukan Dukungan Spiritual berdistribusi normal oleh sebab itu peneliti menggunakan uji *Paired t-test* yang dimana uji ini merupakan uji parametrik, sedangkan *Fatigue* pada pasien Hemodialisis sebelum dan sesudah dilakukan intervensi Dukungan Spiritual tidak berdistribusi normal, oleh sebab itu peneliti menggunakan uji *Wilcoxon*, uji ini merupakan uji nonparametric.

Tabel 4.5 Hasil selisih rata-rata sebelum dan sesudah diberikan Intervensi Terapi Doa dan Pembacaan Alkitab pada pasien Hemodialisis Di Rumah Sakit Samarinda Medika Citra dan Rumah Sakit Dirgahayu Samarinda Pada Tahun 2022

No	Variabel	N (Jumlah Responden)	Mean	Median	Mean Difference	Nilai <i>P</i> - <i>value</i>
1.	Kuesioner <i>HADS</i> Sebelum Intervensi	20	15,30	-	4,9	0,001
	Sesudah Intervensi		10,40			
2.	Kuesioner <i>FSS</i> Sebelum Intervensi	20		43,50	4,0	0,001
	Sesudah Intervensi			39,50		

Analisis Uji Paired t-test p<0,05, Analisis Uji Wilcoxon p<0,05.

Hasil uji statistic *paired t-test* dan Uji Wilcoxon yang dilakukan dalam penelitian ini dengan jumlah responden 20 dengan hasil signifikan 0,000 (*p value* <0,05) dimana dengan selisih skor Kecemasan dan Depresi yang dialami oleh pasien Hemodialisis sebelum dan sesudah pemberian intervensi dukungan spiritual adalah 4,9. Dan selisih skor *Fatigue* yang dialami oleh pasien hemodialisis sebelum dan sesudah pemberian intervensi dukungan spiritual adalah 4,35. Maka secara statistik terdapat adanya perubahan rerata skala kecemasan dan depresi juga *fatigue* yang bermakna sebelum dan sesudah diberikan intervensi dukungan spiritual. Dimana jika nilai *p* lebih dari <0,05 maka penelitian ini menyimpulkan bahwa ada pengaruh terapi doa dan pembacaan alkitab terhadap penurunan skala kecemasan, depresi dan *fatigue*.

B. Pembahasan

Pada pembahasan ini peneliti akan membahas tentang hasil penelitian yang telah dilakukan dengan berdasarkan teori dan penelitian sebelumnya. Pada bagian pertama membahas tentang hasil analisis Kecemasan dan Depresi pada pasien *ESRD* yang menjalani hemodialisis sebelum dan sesudah dilakukan terapi doa dan pembacaan alkitab.

1. Kecemasan dan Depresi sebelum dilakukan terapi doa dan pembacaan alkitab

Pada penelitian tentang pengaruh terapi doa dan pembacaan alkitab terhadap Kecemasan dan Depresi pada pasien hemodialisis di Rumah Sakit Samarinda Medika Citra dan Rumah Sakit Dirgahayu Samarinda dengan jumlah 20 responden. Sebelum dilakukna intervensi terapi doa dan pembacaan alkitab, terlebih dahulu peneliti melakukan penyeleksia data didapatkan jumlah keseluruhan respinden yang termasuk kriteria inklusi. Dari 20 responden sebelum dilakukan intervensi terapi doa dan pembacaan alkitab maka terlebih dahulu peneliti menjelaskan *informed consent* pada responden, kemudian melakukan pengukuran skala Kecemasan dan Depresi pada pasien hemodialisis yang dialami oleh responden dengan menggunakan alat ukur *HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)*.

Dalam alat ukur *HADS*, terdapat skala Kecemasan dan Depresi dari angka 1 sampai angka 42, angka 1-14 mempunyai makna yaitu normal, 15-21 kasus ringan, 22-31 kasus sedang dan skala 32-42 kasus berat. Skala Kecemasan dan Depresi yang dialami responden sebelum dilakukan terapi doa dan pembacaan alkitab dimana skala kecemasan dan depresi tertinggi adalah 30. Frekuensi responden kecemasan dan depresi tertinggi pada skala 22-31 berjumlah 3 responden, kecemasan dan depresi pada skala 15-21 berjumlah 8 responden, dan kecemasan dan depresi terendah pada saat sebelum diberikan intervensi berskala 1-14 berjumlah 9 responden.

Hasil penelitian dari karakteristik responden yang Sebagian besar mengalami kecemasan dan depresi adalah di usia lansia awal (46-55 tahun) berjumlah 11 responden dengan presentase 55%. Pada usia ini sangat rentan mengalami rasa cemas dan depresi yang dimana diakibatkan kurangnya dukungan dari keluarga, merasa selalu merepotkan orang lain, keadaan social ekonomi dan penyakit yang diderita yang membuat mereka tidak bisa melakukan aktivitas seperti biasanya. Kemudian hampir seluruh responden Wanita yaitu 16 responden dengan presentase 80% merasakan Kecemasan dan Depresi, hal ini dilaporkan oleh Sari (2017) dalam

penelitiannya bahwa Kecemasan dan Depresi yang dialami oleh Wanita diakibatkan oleh Ketidakseimbangan hormone pada Wanita dan Wanita lebih sering menggunakan perasaan dan mudah terpapar stressor sedangkan ambangnya terhadap stressor lebih rendah dibandingkan pria. Pria memiliki mekanisme koping yang yang tinggi sehingga hanya Sebagian kecil pria yaitu 4 responden dengan presentase 20% yang mengalami Kecemasan dan Depresi (Siti Arafah, 2015). Perlu diketahui pula bahwa Sebagian besar Kecemasan dan Depresi dialami oleh responden yang menjalani hemodialisis selama 1-3 tahun yaitu 11 responden dengan presentase 55%, hal ini diakibatkan oleh rentang waktu menjalani hemodialisis pada pasien *ESRD* sangat berpengaruh terhadap keadaan dan kondisi fisik maupun psikisnya, perasaan takut adalah ungkapan emosi dari pasien yang paling sering diungkapkan. Pasien sering merasa takut akan masa depan yang akan dihadapi atau yang akan terjadi, perasaan marah yang berhubungan dengan pertanyaan mengapa hal tersebut terjadi pada dirinya. Ketakutan dan keputusasaan juga kerap datang karena pasien harus bergantung dengan alat hemodialisis seusia hidupnya (Butar & Cholina, 2012). Peneliti menggunakan kuisisioner *The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* dengan jumlah responden 20 orang, terdapat 3 reponden dengan total nilai tertinggi dan 9 reponden dengan total nilai terendah. 3 orang dengan nilai tertinggi terdiri dari 3 orang perempuan dengan rentang nilai (22-31), hal ini berkaitan dengan lamanya terapi Hemodialisis, rata-rata pasien yang memiliki skor tertinggi sudah menjalani Hemodialisis selama 1-3 tahun. 9 orang dengan nilai terendah terdiri dari 6 orang perempuan dan 3 orang laki-laki dengan rentang nilai (1-14).

Berdasarkan hasil penelitian ini, peneliti menemukan bahwa rata-rata skala kecemasan dan depresi pasien hemodialisis sebelum dilakukan terapi doa dan pembacaan alkitab yaitu 15,30.

2. **Kecemasan dan Depresi sesudah dilakukan intervensi terapi doa dan pembacaan alkitab.**

Dalam penelitian ini peneliti melakukan pengukuran kembali setelah memberikan intervensi terapi doa dan pembacaan alkitab terhadap penurunan skala kecemasan dan depresi pada pasien hemodialisis. Kecemasan dan depresi yang dialami setelah dilakukan intervensi terapi doa dan pembacaan alkitab responden yang merasakan penurunan kecemasan dan depresi skala 1-14 berjumlah 16

responden, dan skala 15-21 berjumlah 4 responden, sehingga dari hasil pengukuran ulang setelah diberikan intervensi terapi doa dan pembacaan alkitab skala kecemasan dan depresi berkurang. Pada saat pemberian intervensi, diperlukan 15 menit untuk 1 responden. Dari hasil evaluasi dari responden, kecemasan dan depresi sudah berkurang.

Pada table 4.5 didapatkan nilai rata-rata skala kecemasan dan depresi pasien hemodialisis sesudah dilakukan terapi doa dan pembacaan alkitab yaitu 10,40. Terapi doa dan pembacaan alkitab ini dilakukan oleh peneliti dengan durasi 15 menit dengan meminta responden untuk berdoa bersama dan melakukan pembacaan alkitab. Setelah diberikan intervensi rata-rata menunjukkan terjadinya perubahan dan penurunan skala kecemasan dan depresi yang dialami oleh pasien hemodialisis. Penelitian ini juga didukung penelitian yang dilakukan (Evangelos, 2020) bahwa peran vital spiritualitas, yang dapat bertindak sebagai mekanisme koping untuk mengelola situasi cemas dan stres.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Frandelos (2021) yang dimana spiritualitas memiliki efek positif pada Kesehatan keseluruhan pasien *ESRD* dan merupakan strategi dalam mengatasi kecemasan, depresi dan ketakutan akan kematian individu akibat kondisi kronis tersebut. Dengan memberikan intervensi terapi doa dan pembacaan alkitab mampu mempertahankan dan mengembalikan keyakinan, memenuhi kewajiban agama, serta pengampunan, mencintai diri, dengan doa dan iman percaya bahwa kesembuhan sungguh ada seperti yang tertulis dalam alkitab Yeremia 33:6 *“Sesungguhnya, Aku akan mendatangkan kepada mereka kesehatan dan kesembuhan, dan Aku akan menyembuhkan mereka dan akan menyingkapkan kepada mereka kesejahteraan dan keamanan yang berlimpah-limpah”*.

Berdasarkan hasil *post-test* sesudah dilakukan terapi doa dan pembacaan alkitab terhadap kecemasan dan depresi pada pasien hemodialisis diketahui pasien merasakan penurunan kecemasan dan depresi skala 1-14 berjumlah 16 responden, dan skala 15-21 berjumlah 4 responden, sehingga dari hasil pengukuran ulang setelah diberikan intervensi terapi doa dan pembacaan alkitab skala kecemasan dan depresi berkurang. Hal ini berarti dengan memberikan terapi doa dan pembacaan alkitab ternyata dapat menurunkan skala kecemasan dan depresi pada pasien *ESRD* yang menjalani Hemodialisis.

3. *Fatigue* sebelum dilakukan intervensi terapi doa dan pembacaan alkitab

Pada penelitian tentang pengaruh terapi doa dan pembacaan alkitab terhadap Kecemasan dan Depresi pada pasien hemodialisis di Rumah Sakit Samarinda Medika Citra dan Rumah Sakit Dirgahayu Samarinda dengan jumlah 20 responden. Sebelum dilakukan intervensi terapi doa dan pembacaan alkitab, terlebih dahulu peneliti melakukan penyeleksian data didapatkan jumlah keseluruhan responden yang termasuk kriteria inklusi. Dari 20 responden sebelum dilakukan intervensi terapi doa dan pembacaan alkitab maka terlebih dahulu peneliti menjelaskan *informed consent* pada responden, kemudian melakukan pengukuran skala Kecemasan dan Depresi pada pasien hemodialisis yang dialami oleh responden dengan menggunakan alat ukur *FSS (Fatigue Severity Scale)*

Dalam alat ukur *FSS*, terdapat skala *Fatigue* dari angka 1 sampai angka 7, angka 1 mempunyai makna yaitu sangat tidak setuju dan skala 7 adalah sangat setuju. Skor *Fatigue* yang dialami responden sebelum dilakukan terapi doa dan pembacaan alkitab dimana skor *fatigue* tertinggi adalah 51 dengan frekuensi 2 responden, skor *Fatigue* terendah pada saat sebelum diberikan intervensi yaitu 22 dengan frekuensi 1 responden.

Hasil penelitian dari karakteristik responden Sebagian besar mengalami *fatigue* adalah di usia lansia awal (46-55 tahun) dengan 11 responden dengan presentase 55%, hal ini sejalan dalam hasil penelitian yang dilakukan oleh Smeltzer & Bare (2010) bahwa responden yang menjalani hemodialisa yang berusia >40 tahun yang dimana pada usia tersebut akan terjadi penurunan fungsi organ yang akan berpengaruh pada laju filtrasi glomerulus secara progresif hingga usia 70 tahun sebanyak kurang lebih 50% dari normalnya. Dalam penelitian ini menemukan bahwa hampir seluruh responden adalah Wanita yaitu 16 responden dengan presentase 80% yang dimana kelelahan yang dialami karena melakukan pekerjaan rumah, tempat tinggal yang jauh, keadaan yang dialami. Dan Sebagian besar responden yang menjalani hemodialisis selama 1-3 tahun yaitu 11 responden dengan presentase 55% mengalami *fatigue*. Peneliti menggunakan kuisioner *Fatigue Severity Scale (FSS)* dengan jumlah responden 20 orang, terdapat 2 reponden dengan total nilai tertinggi dan 1 reponden dengan total nilai terendah. 2 orang dengan nilai tertinggi terdiri dari 2 orang perempuan dengan skor *fatigue* 51, hal ini berkaitan dengan lamanya terapi Hemodialisis, rata-rata pasien yang memiliki skor

tertinggi sudah menjalani Hemodialisis selama 1-2 tahun. 1 orang dengan nilai terendah terdiri dari 1 orang perempuan dengan skor *fatigue* 22.

Berdasarkan hasil penelitian ini, peneliti menemukan bahwa rata-rata skor *Fatigue* pasien hemodialisis sebelum dilakukan terapi doa dan pembacaan alkitab yaitu 42,30.

4. *Fatigue* sesudah dilakukan intervensi terapi doa dan pembacaan alkitab.

Dalam penelitian ini peneliti melakukan pengukuran kembali setelah memberikan intervensi terapi doa dan pembacaan alkitab terhadap penurunan skor *fatigue* pada pasien hemodialisis. *Fatigue* yang dialami setelah dilakukan intervensi terapi doa dan pembacaan alkitab responden yang merasakan penurunan *fatigue* 1 hingga 10 angka. Sehingga dari hasil pengukuran ulang setelah diberikan intervensi terapi doa dan pembacaan alkitab skor *fatigue* berkurang. Pada saat pemberian intervensi, diperlukan 15 menit untuk 1 responden. Dari hasil evaluasi dari responden, *fatigue* sudah berkurang.

Dari penelitian ini dapat dilihat bahwa penurunan skor kecemasan dan depresi berpengaruh dalam penurunan skor *fatigue* pasien hemodialisis yang dimana dijelaskan oleh Guyton & Hall (2007) faktor psikologi diantaranya stress, kecemasan dan depresi dapat memicu *fatigue*. Respon stress masuk ke dalam sistem saraf pusat, lalu di hipotalamus dilepaskan *corticotrophin hormone releasing factor* yang merupakan vasokonstriktor dan berakibat pada kontraksi otot polos. Sehingga dengan mengatasi masalah Kecemasan dan Depresi yang dialami oleh pasien hemodialisis dengan intervensi terapi doa dan pembacaan alkitab yang dapat membantu mempunyai efek perlindungan terhadap stress, cemas, ketakutan dan depresi yang merupakan pemicu dari *fatigue* yang dialami oleh pasien Hemodialisis.

Berdasarkan hasil *post-test* yang dapat dilihat pada table 4.5 didapatkan nilai rata-rata skor *fatigue* pasien hemodialisis sesudah dilakukan terapi doa dan pembacaan alkitab yaitu 37,95. Terapi doa dan pembacaan alkitab ini dilakukan oleh peneliti dengan durasi 15 menit dengan meminta responden untuk berdoa bersama dan melakukan pembacaan alkitab. Setelah diberikan intervensi rata-rata menunjukkan terjadinya perubahan dan penurunan skor *fatigue* yang dialami oleh pasien *ESRD* yang menjalani hemodialisis. Hal ini berarti dengan memberikan

terapi doa dan pembacaan alkitab dapat menurunkan *fatigue* pada pasien *ESRD* yang menjalani hemodialisis.

5. Perbedaan Kecemasan, Depresi dan *Fatigue* sebelum dan sesudah dilakukan intervensi terapi doa dan pembacaan alkitab.

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa *paired t-test* uji Wilcoxon menunjukkan bahwa hasil dilakukan tindakan intervensi terapi doa dan pembacaan alkitab memiliki nilai p value $< \alpha$ yaitu sebesar $0.000 < 0,05$, sehingga terdapat perbedaan bermakna pada rerata sebelum dan sesudah dilakukan tindakan intervensi terapi doa dan pembacaan alkitab. Hal ini berarti tindakan intervensi yang diberikan dapat menurunkan Kecemasan, Depresi dan *Fatigue* pada pasien *ESRD* yang menjalani hemodialisis.

Pada penelitian ini responden mengalami Kecemasan dan depresi yang diakibatkan karena hidup berdampingan dengan kondisi kronis, seperti diabetes mellitus dan gagal jantung. Kehadiran kecemasan di *ESRD* dengan HD karena rasa ketidakpastian tentang masa depan, perasaan bersalah dan kehilangan diri sendiri, yang dikombinasikan dengan kronisitas dan sifat penyakit yang tidak dapat disembuhkan (Dejean D, et al, 2013). Gejala depresi juga terkait dengan kelelahan, keputusasaan, kecemasan, sakit kepala, upaya bunuh diri, penurunan kemampuan fungsional, tingkat rawat inap yang lebih tinggi, peningkatan tingkat penarikan dari sesi HD dan kematian dini (Pascoe MC, et al, 2017). Pasien *ESRD* menghadapi banyak tantangan yang membuat mereka merasa lelah. *Fatigue* merupakan salah satu masalah utama pada klien hemodialisis. Itu adalah perasaan yang tidak menyenangkan dan gangguan yang kompleks dan melemahkan yang menyebabkan gangguan fisik dan psikologis dan sangat mempengaruhi kualitas hidup mereka (Rezaei, Zahra, 2018)

Pasien *ESRD* menjalani terapi hemodialisis sebanyak 2 sampai 3 kali setiap minggunya dan menghabiskan waktu beberapa jam, hal ini menjadi stresor bagi pasien sehingga pasien akan mengalami ketegangan, kecemasan, stress serta depresi yang berdampak negatif terhadap kualitas hidupnya (Saputra, 2011). Pasien *ESRD* yang mengalami stress karena terapi hemodialisis tentunya memerlukan sebuah penyelesaian masalah dengan menggunakan mekanisme coping, maka diperlukan mekanisme coping untuk mengarahkan pasien berperilaku adaptif (Wutun, E.A., Turwewi, S., & Gatun, 2016).

Sehingga Salah satu faktor Mekanisme koping dalam mengelola masalah ini di antara pasien Hemodialisis adalah spiritualitas dan, menurut penelitian Evangelos, et al, 2020, pasien Hemodialisis menghadirkan banyak kebutuhan spiritual. Tingkat spiritualitas yang tinggi telah dikaitkan dengan adaptasi psikososial yang optimal terhadap penyakit. Spiritualitas memiliki efek positif pada kesehatan keseluruhan pasien dengan *ESRD* dan merupakan strategi mengatasi kecemasan dan ketakutan akan kematian individu akibat kondisi kronis tersebut. Alradaydeh dan Khalil (2018) menemukan bahwa spiritualitas melindungi terhadap depresi, (Fradelos, et al, 2021)

Asumsi peneliti dalam penelitian ini menunjukkan bahwa responden penderita *End Stage Renal Disease* yang menjalani hemodialisis diberikan terapi doa dan pembacaan alkitab yang dilakukan satu kali dengan durasi 15 menit memperlihatkan adanya perbedaan yang bermakna sebelum dan sesudah diberikan terapi doa dan pembacaan alkitab. Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh dalam penelitian ini terdapat bahwa terapi doa dan pembacaan alkitab mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap penurunan Kecemasan dan Depresi pada pasien *End Stage Renal Disease* yang menjalani Hemodialisis dengan rata-rata sebelum diberikan intervensi 15,30 dan sesudah diberikan intervensi mengalami penurunan 10,40. Kemudian pemberian intervensi ini juga mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap skor *Fatigue* dengan rata-rata sebelum diberikan intervensi 42,30 dan sesudah diberikan intervensi 37,95. Semakin sering terapi doa dan pembacaan alkitab ini dilakukan, maka akan memberikan pengaruh yang baik dan besar terhadap penurunan Kecemasan, Depresi dan *Fatigue* pada pasien *End Stage Renal Disease* yang menjalani Hemodialisis.

C. Keterbatasan Penelitian

Saat melakukan penelitian, seluruh sampel terlebih dahulu mengungkapkan perasaannya, yang dimana di dalam awal alur penelitian belum ada penjelasan mengenai hal tersebut.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Skor Kecemasan dan Depresi sebelum dilakukan Intervensi Terapi doa dan pembacaan alkitab kepada pasien *ESRD* yang menjalani Hemodialisis terdapat rerata 15,30.
2. Skor Kecemasan dan Depresi sesudah dilakukan Intervensi Terapi doa dan pembacaan alkitab kepada pasien *ESRD* yang menjalani Hemodialisis terdapat rerata 10,40
3. Skor *Fatigue* sebelum dilakukan Intervensi Terapi doa dan pembacaan alkitab kepada pasien *ESRD* yang menjalani Hemodialisis terdapat rerata 42,30
4. Skor *Fatigue* sesudah dilakukan Intervensi Terapi doa dan pembacaan alkitab kepada pasien *ESRD* yang menjalani Hemodialisis terdapat rerata 37,95
5. Hasil dari penelitian menyatakan bahwa ada pengaruh setelah diberikan intervensi terapi doa dan pembacaan alkitab terhadap aspek psikologi dimana terdapat nilai selisih rerata 4,9 dengan *p value* 0,001 dan terhadap *fatigue* pada pasien *ESRD* yang menjalani hemodialisis dimana terdapat nilai selisih rerata 4,35 dengan *p value* 0,001 yang dimana terdapat perbedaan yang bermakna.

B. Saran

Berdasarkan hasil penelitian, pembahasan dan kesimpulan maka dapat diberikan beberapa saran bebabagai pihak terkait sebagai berikut :

1. Institusi
Peneltian ini dapat berguna sebagai bahan referensi bagi mahasiswa yang lain serta memberikan tambahan karya tulis ilmiah.
2. Tempat penelitian
Disarankan hasil penelitian ini dapat menjadi pertimbangan untuk penerapan tindakan dalam asuhan keperawatan berupa Terapi Doa dan Pembacaan Alkitab
3. Peneliti selanjutnya
Diharapkan peneliti selanjutnya dapat terlebih dahulu mendengarkan cerita atau ungkapan perasaan para responden.

DAFTAR PUSTAKA

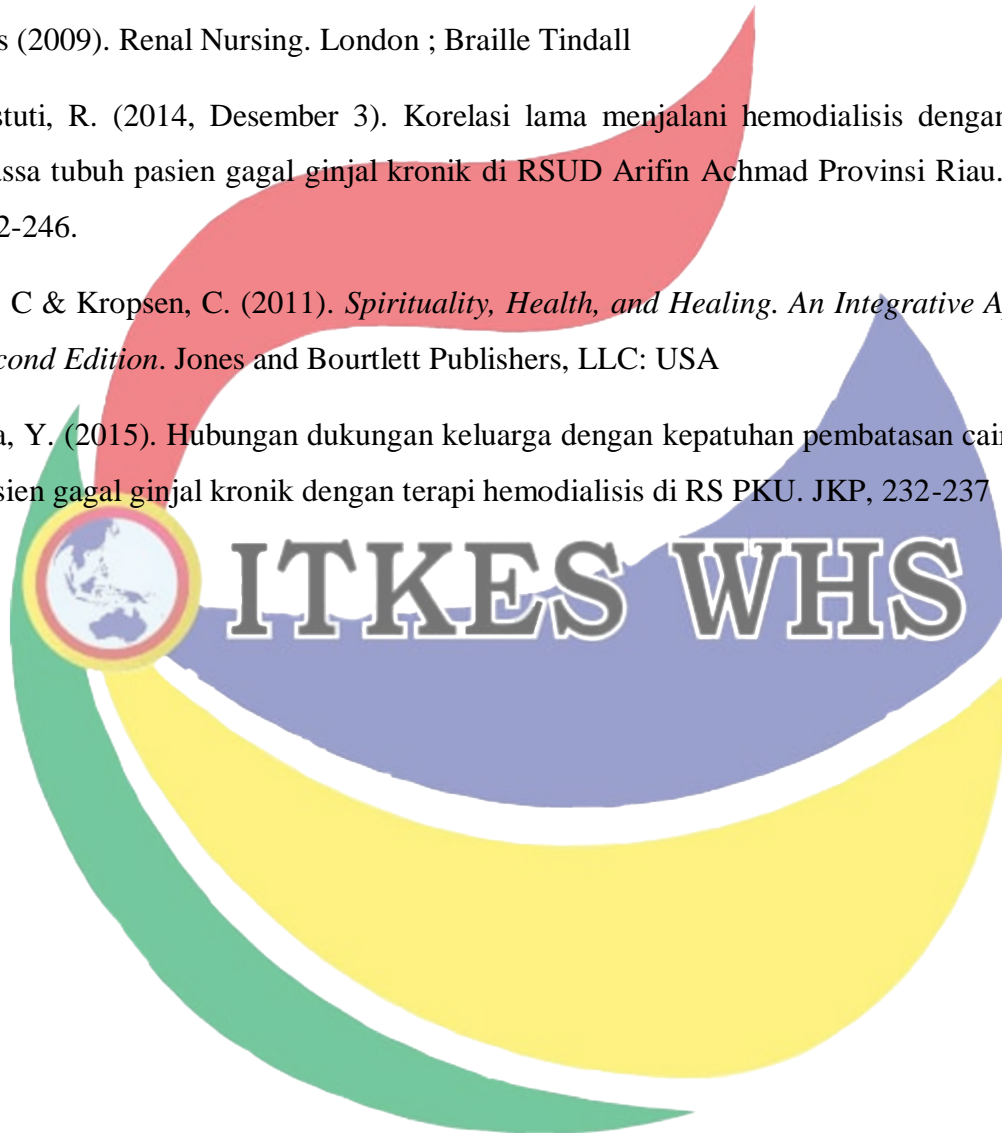
- Andrade, C.P., Sesso, R.C. (2012) *Depression in Chronic Kidney Disease and Hemodialysis Patients*. Sao Paulo: Scires (<http://www.sciRp.org/journal/psych>. Vol 3, No.11,974-978
- Alki Tombuku. (2014). *Apakah Doa Itu?* Situs Pembelajaran Alkitab dan Berita Kekristenan website: <https://www.kristenalkitabiah.com/apakah-doa-itu/>
- Alligood, M. R. (2017). *Pakar Teori Keperawatan dan Karya Mereka*. Singapura: Elsevier Pte Ltd.
- Arikunto, S. (2013). *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Bassola, M., Tazza, L., Pannocchia, N., Ciccirelli, A., Liberatoru, M., & Luciani, G. (2001), *Malnutrition in Hemodialysis Patients*. <http://ncbi.nlm.nih.gov>
- Baydogan, M. & Dag, D. (2008). *Prediction of depressiveness by locus of control, learned resourcefulness and sociotropy autonomy in hemodialysis patients*. Turkish Journal of Psychiatry, 19, 19-28.
- Beck, A., & Alford, B. 2009. *The Definition of Depression*. In *Depression: Causes and Treatment* (pp. 3-11). Philadelphia: University of Pennsylvania Press. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/j.ctt6wr94x.4>
- Bonner A, Wellard S, Caltabiano M. Dampak kelelahan pada aktivitas sehari-hari pada penderita penyakit ginjal kronis. J Clin Nurs 2010; 19: 3006–3015
- Broschious, S.K & Castagnola J. (2006). *Chronic Kidney Disease: acute manifestations and role of critical care nurses*. Critical Care Nurse. 89 Aug.26 (4): 17-20, 22-7. <http://ncbi.nlm.nih.gov>
- Cahyaningsih. (2011). *Panduan Praktis Perawatan Gagal Ginjal*. Yogyakarta: Cendekia Press.
- Carson V & KH. *Spiritual Dimention of Nursing Practice*. Pennysylvania; 2008. 1- 433 p.
- Craven & Hirnle. 2000. *Fundamentals of Nursing*. Philadelphia: Lippincott
- Cukor, D., Coplan, J., Brown, C., Friedman, S., Newville, H., Safier, M., ... Kimmel, P. L. (2008). *Anxiety disorders in adults treated by hemodialysis: A single-center study*. American Journal of Kidney Diseases, 52(1), 128–136. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2008.02.300>.

- DeJean, D., Giacomini, M., Vanstone, M., & Brundisini, F. (2013). *Patient experiences of depression and anxiety with chronic disease: a systematic review and qualitative meta-synthesis. Ontario health technology assessment series, 13(16)*, 1–33.
- Dharma, Kusuma Kelana (2011), *Metodologi Penelitian Keperawatan: Panduan Melaksanakan dan Menerapkan Hasil Penelitian*, Jakarta, Trans InfoMedia
- Erdenen, F., Curuk, S., Karsidag, C., Muderrisoglu, C., Besler, M., & Trabulus, S., et al. (2010). *Evaluation of disability, anxiety and depression in hemodialysis patients. Nobel Medicus, 16*, 39-44
- Farida, A. (2010). *Pengalaman Klien Hemodialisis Terhadap Kualitas Hidup Dalam Konteks Asuhan Keperawatan di RSUP Fatmawati Jakarta. Jurnal Ilmu Kesehatan, 12-45.*
- Farrokhi, F., Abedi, N., Beyene, J., Kurdyak, P., & Jassal, S. V. (2014). *Association between depression and mortality in patients receiving long-term dialysis: A systematic review and meta-analysis. American Journal of Kidney Diseases: The Official Journal of the National Kidney Foundation, 63(4)*, 623–635. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2013.08.024>.
- Fradelos, E. C., Alikari, V., Tsaras, K., Papathanasiou, I. V., Tzavella, F., Papagiannis, D., & Zyga, S. (2021a). *Assessment of psychological distress in end stage renal disease: is it spirituality related? Medicine and Pharmacy Reports, 94(1)*, 79–87. <https://doi.org/10.15386/mpr-1623>
- Fradelos, E. C., Alikari, V., Tsaras, K., Papathanasiou, I. V., Tzavella, F., Papagiannis, D., & Zyga, S. (2021b). *The Effect of Spirituality in Quality of Life of Hemodialysis Patients. Journal of Religion and Health. https://doi.org/10.1007/s10943-020-01153-x*
- Guyton A.C. and J.E. Hall 2007. *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran. Edisi 9. Jakarta: EGC. 74,76, 80-81, 244, 248, 606,636,1070,1340.*
- Hidayat, S. (2014). *Dzikir Khafi untuk Menurunkan Skala Nyeri Osteoarthritis Pada Lansia. Jurnal Ilmu Kesehatan, 1(1)*, 13–22. <https://doi.org/https://doi.org/10.24929/jik.v1i1.119>
- Jhamb, et al, (2008), *Fatigue in Patients Receiving Maintenance Dialysis: A Review of Definitions, Measures, and Contributing Factors. Am J Kidney Dis; 52(2): 353–365.*
- Kaplan, HI, Saddock, BJ & Grabb, JA., 2010. *Kaplan-Sadock Sinopsis Psikiatri Ilmu Pengetahuan Prilaku Psikiatri Klinis. Tangerang : Bina Rupa Aksara pp.1-8.*

- Krupp, L.B., LaRocca, N.G., Muir-Nash, J. and Steinberg, A.D., 1989. *The fatigue severity scale: application to patients with multiple sclerosis and systemic lupus erythematosus. Arch Neurol*, 46: pp.1121-3.
- Locatelli, F., Fauque, D., Heimbürger O., (2002). *Nutritional Status in dialysis patients: European consensus. Nephrology dialysis Transplantation*, 17, 563-572
- Luana, N.A., Penggabean, S., Lengkong J.V.M., & Christine, I. (2012). Kecemasan pada Penderita Penyakit Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis di RS Universitas Kristen Indonesia. *Media Medika Indonesia*, 46(3).
- Lubkin, I.M. & Larsen, P.O. (2006). *Chronic illness: impact and intervention*. Jones and Barlet publisher, Inc Sudbury Massachusetts.
- Mailani, F., S, S., & T. S, C. (2015). Pengalaman Spiritualitas pada Pasien Penyakit Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis. *Jurnal Keperawatan Padjadjaran*, v3(n1), 11–17. <https://doi.org/10.24198/jkp.v3n1.2>
- Maulani dkk. (2020). Gambaran Pemenuhan Kebutuhan Spiritual pada Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisa di Rumah Sakit Bhayangkara Kota Jambi. *Jurnal Keperawatan*, 19(01), 21–30.
- McCann, K., & Heuter, J.R. (2010). *Fatigue in persons with renal failure who require maintenance haemodialysis*. *Journal of Advanced Nursing*, 32(5),1132-1142. <http://www.proquest.umi.com>
- Menara Doa. (2019). Sepuluh Jenis Doa yang Alkitabiah. Retrieved July 18, 2022, from Menara Doa website: <https://www.menaradoa.web.id/2019/06/sepuluh-jenis-doa-yang-alkitabiah.html>
- Nursalam. (2017). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis (4 ed.)*. (P. P. Lestasi, Ed.) Jakarta: Salemba Medika.
- Pascoe, M.C., Thompson, D.R., Castle, D.J., McEvedy, S.M. and Ski, C.F. (2017). *Psychosocial Interventions for Depressive and Anxiety Symptoms in Individuals with Chronic Kidney Disease: Systematic Review and Meta-Analysis. Frontiers in Psychology*, [8. Available at: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2017.00992/full>
- Potter, & Perry, A. G. 2007. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, Dan Praktik*, edisi 4, Volume.2. Jakarta: EGC.

- Price, S.A & Wilson, L.M.G. (2006). *Patofisiologi : Konsep Klinis Proses – Proses Penyakit* Edisi 6 Volume 2 Jakarta : EGC
- PERNEFRI. 2018. “11th Report Of Indonesian Renal Registry 2018.” Indonesian Renal Registry (IRR), 1–46. https://www.indonesianrenalregistry.org/data/IRR_2018.pdf.
- Rai M, Rustagi T, Rustagi S, Kohli R. *Depression, insomnia and sleep apnea in patients on maintenance hemodialysis*. Indian J Nephrol 2011;21:223-9
- Rezaei, Z., Jalali, A., Jalali, R., & Khaledi-Paveh, B. (2018). *Psychological problems as the major cause of fatigue in clients undergoing hemodialysis: A qualitative study*. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(3), 262–267. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.07.001>
- Rudy, M., I Putu Eka Widyadharma, & Made, I. (2015, July 8). Reliability Indonesian version of the hospital anxiety and depression scale (HADS) of stroke patient
- Schwartz, J.E., Jandorf, L. and Krupp, L.B., 1993. *The measurement of fatigue: a new instrument*. *J Psychosom Res*, 37: pp.753-62
- Semaan, V., Noureddine, S., & Farhood, L. (2018). *Prevalence of depression and anxiety in end-stage renal disease: A survey of patients undergoing hemodialysis*. *Applied Nursing Research*, 43(April 2018), 80–85. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.07.009>
- Semiun, Yustinus, (2006), *Kesehatan Mental 3*, Yogyakarta: Penerbit Kanisius.
- Setiadi, 2007. *Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan*. Cetakan Pertama. Graha Ilmu: Yogyakarta.
- Smeltzer et al, 2008. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta : Buku Kedokteran EGC
- Smet, B. 1994. *Psikologi Kesehatan*. Jakarta: PT. Grasindo.
- Son, Y., J., Choi, K., Y., Park, Y., R., Bae, J., L., (2009). *Depression, Symptoms and the quality of life patients on hemodialysis for end stage renal disease*. *American Journal Nephrology*, 29, 36-42. DOI:10.1159/000150599
- Stuart, G. W. (2013). *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC
- Suhardjono, dkk. 2001. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jilid II. Edisi Ke-3. FK UI. Jakarta.

- Sukandar, E. (2013). Nefrologi Klinik. Bandung: Pusat Informasi Ilmiah Departemen Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Unpad.
- Sulistini, R. (2012). Faktor-faktor yang Mempengaruhi Fatigue pada Pasien yang Menjalani Hemodialisa. *Jurnal Keperawatan Indonesia* Volume 1, No.2 Juli, 75-82
- Suwitra K. Penyakit ginjal kronik. In: Setiati S, editor. Ilmu penyakit dalam. 6th ed. Jakarta: Interna Publishing; 2014. p. 2161-67
- Thomas (2009). Renal Nursing. London ; Braille Tindall
- Widyastuti, R. (2014, Desember 3). Korelasi lama menjalani hemodialisis dengan indeks massa tubuh pasien gagal ginjal kronik di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau. *JKP*, 5, 242-246.
- Young, C & Kropsen, C. (2011). *Spirituality, Health, and Healing. An Integrative Approach Second Edition*. Jones and Bourtlett Publishers, LLC: USA
- Yuliana, Y. (2015). Hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan pembatasan cairan pada pasien gagal ginjal kronik dengan terapi hemodialisis di RS PKU. *JKP*, 232-237





LAMPIRAN

THANKS WIS

BIODATA PENELITI



Nama : Melinda Bid

Tempat/Tanggal Lahir : Samarinda, 15 Januari 2000

Alamat : Pemuda 3 Blok B, No.12 A, Kec. Sungai Pinang, Kel. Temindung Permai, Samarinda, Kalimantan Timur.

Agama : Kristen Protestan

Jenis Kelamin : Perempuan

Pendidikan Terakhir : SMA

Email : melindabid1501@gmail.com

Lampiran 2

RENCANA JADWAL PENELITIAN

No.	Keterangan	November	Desember	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agustus
1.	Bimbingan Proposal										
2.	Ujian Proposal										
3.	Revisi Proposal										
4.	Izin Penelitian										
5.	Penelitian										
6.	Ujian Skripsi										
7.	Batas Akhir Ujian Skripsi										
8.	Batas Akhir Revisi										
9.	Pendaftaran Yudisium										
10.	Yudisium										
11.	Publikasi										



LEMBAR PERSETUJUAN PENELITIAN



YAYASAN SETIA BUDI SAMARINDA
RUMAH SAKIT DIRGAHAYU
SAMARINDA



STATUS TERAKREDITASI PARIPURNA KARS

Jalan Gn. Merbabu RT. 17 No. 62 Telp. (0541) 742161 Fax. (0541) 744636, 748308 E-mail : sekretariat@rsdirgahayu.com Samarinda 75122

Samarinda, 10 Juni 2022

Nomor : 144/SDM-DIKLIT/RSD/VI/2022
Lampiran : -
Perihal : Persetujuan Penelitian dan Studi Pendahuluan

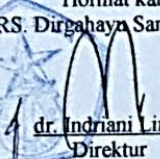
Kepada Yth.
Pimpinan Institut Teknologi Kesehatan dan Sains Wiyata Husada Samarinda
Cq. Wakil Rektor I
Di -
Samarinda

Dengan hormat,
Menanggapi surat dari Pimpinan Institut Teknologi Kesehatan dan Sains Wiyata Husada Samarinda Nomor : 1340/ITKES-WHS/LT/2022 tertanggal 23 Mei 2022 perihal Permohonan Ijin Penelitian dan Studi Pendahuluan di RS. Dirgahayu atas nama Melinda Bid (NIM: 1802402401) dengan ini Pimpinan Rumah Sakit Memutuskan :

1. Memberikan Ijin untuk melakukan Penelitian dan Studi Pendahuluan dengan mengikuti semua prosedur yang berlaku di lingkungan Rumah Sakit Dirgahayu Samarinda.
2. Data yang diberikan bersifat umum dan bukan data rahasia Rumah Sakit dan hanya untuk kepentingan Penelitian yang bersangkutan.
3. Tidak diperkenankan memperjual belikan/memberikan data Rumah Sakit kepada pihak yang tidak berkepentingan ataupun untuk kepentingan komersial.
4. Apabila data tersebut disalahgunakan maka Pihak Rumah Sakit akan mengambil tindakan secara hukum.
5. Biaya Administrasi sebesar Rp. 500.000,- (lima ratus ribu rupiah) dan Rp.5000,- (lima ribu rupiah) per Quesioner jika ada.

Demikian persetujuan ini dibuat dengan sebenarnya untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Hormat kami,
RS. Dirgahayu Samarinda


dr. Indriani Lim
Direktur

- Tembusan :
1. Melinda Bid (Mahasiswa Ybs)
 2. Bidang Keperawatan
 3. Bagian Rekam Medis
 4. Bagian Keuangan RS
 5. Arsip



**RUMAH SAKIT
SAMARINDA MEDIKA CITRA**

Jl. KadrieOening No. 85 RT 35 Samarinda 75124
Telp. 0541-727 3000 (Hunting); Fax. 0541-7272 888; UGD 0541-7272911

Nomor : 207/DIR/SMC/V/2022
Lampiran : -
Perihal : Persetujuan Permohonan Studi Pendahuluan

**Kepada Yth.
Rektor ITKES Wiyata Husaha
di -
Samarinda**

Sehubungan dengan adanya surat permohonan izin melakukan studi pendahuluan mahasiswa program studi Ilmu Keperawatan ke RS Samarinda Medika Citra, dengan ini kami sampaikan bahwa kami memberikan izin kepada mahasiswa a/n:

Nama : Melinda Bid
NIM : 1802402401
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Jenjang Studi : S1 Keperawatan

Untuk melaksanakan kegiatan studi pendahuluan pengambilan data selama 30 (tiga puluh) hari terhitung dari keluarnya surat ini, Kegiatan tersebut dilaksanakan dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Tidak mengganggu pelayanan RS Samarinda Medika Citra.
2. Mematuhi ketentuan dan prosedur yang telah ditetapkan oleh RS Samarinda Medika Citra.
3. Hasil kegiatan untuk tujuan akademik (tidak untuk dipublikasikan)
4. Menyerahkan laporan hasil kegiatan kepada RS Samarinda Medika Citra melalui bagian Pendidikan dan Pelatihan (LITBANG) paling lambat 1 (satu) bulan setelah selesai pelaksanaan penelitian.
5. Bersedia mempresentasikan hasil kegiatan sesuai kebutuhan RS Samarinda Medika Citra dengan waktu yang telah ditentukan berdasarkan kesepakatan bersama
6. Apabila Mahasiswa harus melakukan kegiatan secara *onsite* maka wajib melakukan Test Swab Antigen si RS SMC biayanya ditanggung oleh mahasiswa sebesar Rp. 40.000,-
7. Dalam proses kegiatan secara *onsite*, mahasiswa diwajibkan menyiapkan seperti Nurse cap, *Faceshield*, dan masker.

Untuk memperoleh keterangan lebih lanjut sebelum melaksanakan kegiatan, ybs dapat menghubungi unit Litbang atas nama Najiah Ahmad (0853-4703-8532)

Demikian surat ini kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terimakasih.

Samarinda, 11 Mei 2022
RS Samarinda Medika Citra

Direktur

Dr. Teguh Nurwanto, MARS. 7f

Tembusan :

1. SDM
2. Sekretariat

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth,

Calon Responden/Keluarga

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Melinda Bid

NIM : 18.024024.01

Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan ITKES Wiyata Husada Samarinda, Saya akan melakukan penelitian dengan judul **“Pengaruh Terapi Doa dan Pembacaan Alkitab Terhadap Kecemasan, Depresi dan *Fatigue* Pada Pasien *End Stage Renal Disease* Yang Menjalani Hemodialisis”**.

Untuk itu kami mohon ibu/saudara/i untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Dijamin kerahasiaannya (tanpa nama) dan tidak ada paksaan. Data disajikan hanya untuk pengembangan Ilmu Keperawatan, atas Kerjasama partisipasinya, kami sampaikan terima kasih.

Hormat saya,

Peneliti

Melinda Bid

**LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN KESEDIAAN MENGIKUTI
PENELITIAN (INFORM CONCENT)**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama (inisial) :

Umur :

Alamat :

Setelah mendapat penjelasan dari peneliti, dengan hal ini saya menyatakan bersedia berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian yang berjudul “Pengaruh Terapi Doa dan Pembacaan Alkitab Terhadap Kecemasan, Depresi dan *Fatigue* Pada Pasien *End Stage Renal Disease* Yang Menjalani Hemodialisis”.

Adapun bentuk kesediaan saya ini adalah:

1. Bersedia meluangkan waktu
2. Memberikan informasi yang benar dan sejujurnya terhadap apa yang diminta dan ditanyakan oleh peneliti

Saya memahami bahwa penelitian tidak akan berakibat negatif bagi saya dan segala informasi yang diberikan dijamin kerahasiaannya. Saya memahami bahwa penelitian ini akan menjadi bahan masukan bagi perawat untuk dapat meningkatkan pelayanan di lembaga kesehatan, karena itu jawaban yang diberikan adalah sebenar-benarnya.

Saya telah diberi kesempatan untuk bertanya mengenai segala sesuatu yang berkaitan dengan penelitian ini dan telah mendapat jawaban yang memuaskan. Berdasarkan semua penjelasan di atas maka dengan ini saya menyatakan secara sukarela bersedia menjadi responden dan berpartisipasi aktif dalam penelitian.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Samarinda,.....2022

Responden/Keluarga

Kode Responden

--	--	--

Kuesioner Mini-Mental State Exam (MMSE)

Nama (inisial) :

Umur :

Pendidikan Terakhir :

Lama Menjalani HD :

Jadwal HD :

Item	Tes	Nilai maks.	Nilai
ORIENTASI			
1	Sekarang (tahun), (musim), (bulan), (tanggal), hari apa?	5	---
2	Kita berada dimana? (negara), (propinsi), (kota), (rumah sakit), (lantai/kamar)	5	---
REGISTRASI			
3	Sebutkan 3 buah nama benda (jeruk, uang, mawar), tiap benda 1 detik, pasien disuruh mengulangi ketiga nama benda tadi. Nilai 1 untuk tiap nama benda yang benar. Ulangi sampai pasien dapat menyebutkan dengan benar dan catat jumlah pengulangan	3	---
ATENSI DAN KALKULASI			
4	Kurangi 100 dengan 7. Nilai 1 untuk tiap jawaban yang benar. Hentikan setelah 5 jawaban. Atau disuruh mengeja terbalik kata "WAHYU" (nilai diberi pada huruf yang benar sebelum kesalahan; misalnya uyahw = 2 nilai)	5	---
MENINGAT KEMBALI (RECALL)			
5	Pasien disuruh menyebut kembali 3 nama benda di atas	3	---

BAHASA			
6	Pasien diminta menyebutkan nama benda yang ditunjukkan (pensil, arloji)	2	---
7	Pasien diminta mengulang rangkaian kata :” tanpa kalau dan atau tetapi ”	1	---
8	Pasien diminta melakukan perintah: “ Ambil kertas ini dengan tangan kanan, lipatlah menjadi dua dan letakkan di lantai”.	3	---
9	Pasien diminta membaca dan melakukan perintah “Angkatlah tangan kiri anda”	1	---
10	Pasien diminta menulis sebuah kalimat (spontan)	1	---
11	Pasien diminta meniru gambar di bawah ini	1	---
Skor Total		30	---

Pedoman Skor kognitif global (secara umum):

Nilai: 24 -30 : Normal

Nilai: 17-23 : Probable gangguan kognitif

Nilai: 0-16 : Definite gangguan kognitif

Catatan: dalam membuat penilaian fungsi kognitif harus diperhatikan tingka pendidikan dan usia responden

Alat bantu periksa:

Siapkan kertas kosong, pensil, arloji, tulisan yang harus dibaca dan gambar yangharus ditiru / disalin.

Contoh:

Angkatlah tangan kiri Anda

Kode Responden

--	--	--

Kuesioner Penelitian

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Nama (inisial) :

Umur :

Pendidikan Terakhir :

Lama Menjalani HD :

Jadwal HD :

Tanggal pengisian :

Petunjuk pengisian:

1. Bacalah dengan cermat dan teliti setiap bagian pernyataan dalam kuesioner ini
2. Beri tanda (✓) atau lingkari jawaban yang paling benar, berdasarkan pada seberapa akurat pernyataan itu mencerminkan kondisi anda selama seminggu terakhir dan seberapa sesuai atau seberapa tidak sesuai pernyataan-pernyataan itu dengan anda.

1.	Saya merasa tegang atau "sakit hati":	Hampir selalu	3	A
		Sering sekali	2	
		Dari waktu ke waktu, sekali-sekali	1	
		Tidak sama sekali	0	
2.	Saya masih senang dengan hal-hal yang dulu saya sukai:	Tentu saja sangat suka	0	D
		Tidak begitu suka	1	
		Hanya sedikit suka	2	
		Hampir tidak suka sama sekali	3	
3.	Saya mendapat semacam perasaan takut seolah-olah ada sesuatu yang mengerikan akan terjadi:	Tentu saja dan sungguh tidak mengenakan	3	A
		Ya, tetapi tidak begitu buruk	2	
		Sedikit, tetapi tidak membuat saya khawatir	1	
		Tidak sama sekali	0	
4.	Saya bisa tertawa dan melihat sisi lucu dari sesuatu hal	Sebanyak yang saya selalu bisa lakukan	0	D
		Tidak terlalu bisa sekarang	1	
		Tentu saja tidak begitu banyak sekarang	2	
		Tidak sama sekali	3	

5.	Ada pikiran takut melintas di pikiran saya :	Terlalu sering	3	A
		Sering	2	
		Dari waktu ke waktu, tetapi tidak terlalu	1	
		Hanya sekali-sekali	0	
6.	Saya merasa ceria:	Tidak sama sekali	3	D
		Tidak sering	2	
		Kadang-kadang	1	
		Hampir selalu	0	
7.	Saya bisa duduk nyaman dan merasa santai	Tentu saja	0	A
		Biasanya	1	
		Tidak sering	2	
		Tidak sama sekali	3	
8.	Saya merasa seperti saya dibuat lambat	Hampir selalu	3	D
		Sering kali	2	
		Kadang-kadang	1	
		Tidak sama sekali	0	
9.	Saya ada semacam perasaan takut seperti rasa muak dalam perut:	Tidak sama sekali	0	A
		Sekali-sekali	1	
		Agak sering	2	
		Sering sekali	3	
10.	Saya tidak tertarik lagi dengan penampilan saya:	Tentu saja	3	D
		Saya tidak sepeduli seperti yang semestinya	2	
		Saya mungkin tidak begitu peduli	1	
		Saya hanya peduli seperti yang sudah-sudah	0	
11.	Saya merasa gelisah karena saya harus sibuk:	Gelisah luar biasa	3	A
		Agak gelisah	2	
		Tidak terlalu gelisah	1	
		Tidak sama sekali	0	
12.	Saya ingin senang dengan sesuatu:	Sebanyak yang saya bisa lakukan	0	D
		Agak kurang dari pada yang pernah saya lakukan	1	
		Tentu saja kurang daripada yang pernah saya lakukan	2	
		Hampir tidak sama sekali	3	
13.	Saya tiba-tiba merasakan perasaan panik:	Sering sekali	3	A
		Agak sering	2	
		Tidak terlalu sering	1	
		Tidak sama sekali	0	
14.	Saya bisa menikmati buku atau acara radio atau TV yang bagus:	Sering	0	D
		Kadang-kadang	1	
		Tidak sering	2	
		Jarang sekali	3	

Kode Responden

--	--	--

Kuesioner Penelitian

Fatigue Severity Scale (FSS) versi Bahasa Indonesia

Nama (inisial) :

Umur :

Pendidikan Terakhir :

Lama Menjalani HD :

Jadwal HD :


Tanggal pengisian :

A. Petunjuk pengisian:

1. Bacalah dengan cermat dan teliti setiap bagian pernyataan dalam kuesioner ini
2. Pilih dan lingkarilah (O) angka dari 1 sampai 7, berdasarkan pada seberapa akurat pernyataan itu mencerminkan kondisi anda selama seminggu terakhir dan seberapa sesuai atau seberapa tidak sesuai pernyataan-pernyataan itu dengan anda.

B. Pernyataan 1-9 tentang rasa Lelah atau Kelelahan yang Bapak/Ibu alami selama 4 minggu terakhir menjalani Hemodialisa

No	Selama seminggu terakhir, saya merasabahwa	Sangat Tidak Setuju -- Sangat Setuju						
		1	2	3	4	5	6	7
1	Motivasi saya lebih rendah saat saya lelah	1	2	3	4	5	6	7
2	Gerak badan membuat saya lelah	1	2	3	4	5	6	7
3	Saya mudah lelah	1	2	3	4	5	6	7
4	Kelelahan mempengaruhi fungsi fisik saya	1	2	3	4	5	6	7
5	Kelelahan sering menyebabkan masalah bagi saya	1	2	3	4	5	6	7
6	Kelelahan saya menghambat fungsi fisik saya terus menerus	1	2	3	4	5	6	7
7	Kelelahan mengganggu pelaksanaan tugas dan tanggung jawab tertentu	1	2	3	4	5	6	7
8	Kelelahan merupakan salah satu dari tiga gejala yang paling membuat saya tidak bisa melakukan apa-apa	1	2	3	4	5	6	7
9	Kelelahan mengganggu pekerjaan, keluarga, atau kehidupan sosial saya	1	2	3	4	5	6	7
	Total Skor							

	FORMULIR
	STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)

DUKUNGAN SPIRITUAL (NASRANI)

1	PENGERTIAN : <input type="checkbox"/> Dukungan Spiritual adalah dukungan yang diterima oleh individu mengenai hubungan dengan Tuhan
2	TUJUAN : <input type="checkbox"/> Dukungan Spiritual mempertahankan atau mengembalikan keyakinan dan memenuhi kewajiban agama, serta kebutuhan untuk mendapatkan maaf atas pengampunan, mencintai, manjalin hubungan penuh rasa percaya dengan Tuhan.
3	MANFAAT : <input type="checkbox"/> Dukungan Spiritual memiliki manfaat perlindungan terhadap stress, kecemasan dan Depresi, sehingga meningkatkan Kesehatan fisik dan mental.
4	TINDAKAN : <input type="checkbox"/> <p>Tahap pre interaksi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengumpulkan data tentang pasien 2. Merencanakan pertemuan pertama dengan klien. <p>Tahap Orientasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan salam, tanyakan nama pasien dan perkenalkan diri 2. Menjelaskan prosedur, tujuan, dan manfaat kepada klien atau keluarga 3. Memberikan kesempatan klien untuk bertanya <p>Tahap Kerja:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jaga privasi klien 2. Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan 3. Bantu klien untuk memilih posisi yang nyaman 4. Meminta klien untuk menyampaikan bahan doa untuk didoakan bersama 5. Meminta klien untuk bersama-sama membaca Firman Tuhan 6. Berdoa bersama setelah membaca Firman Tuhan. 7. Jika klien menunjukkan tanda-tanda gelisah atau tidak nyaman, hentikan intervensi dan memulainya lagi ketika klien telah siap.
	Fase Terminasi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi respon klien terhadap Tindakan yang telah dilakukan 2. Dokumentasi

DOKUMENTASI PENELITIAN



**PENGARUH TERAPI DOA DAN PEMBACAAN ALKITAB TERHADAP
KECEMASAN, DEPRESI DAN *FATIGUE* PADA PASIEN *END STAGE*
RENAL DISEASE YANG MENJALANI HEMODIALISIS**

Melinda Bid¹, Kiki Hardiansyah Safitri²

¹Mahasiswa Program Pendidikan S1 Ilmu Keperawatan, ITKES Wiyata Husada Samarinda, Jl. Kadrie Oening No 77, Samarinda, Kalimantan Timur.

Email: melindabid1501@gmail.com

²Dosen Program Studi S1 Ilmu Keperawatan, ITKES Wiyata Husada Samarinda, Jl. Kadrie Oening No 77, Samarinda, Kalimantan Timur.

Email: kikihardiasyahs@stikes.ac.id

ABSTRAK

Latar Belakang Pasien *End Stage Renal Disease* yang menjalani Hemodialisis Tekanan Psikologis dapat terjadi dengan gejala kecemasan dan depresi. *Fatigue* yang dialami saat menjalani hemodialisis adalah keadaan pasien mengalami kekurangan produksi eritroprotein. Dukungan spiritual mempunyai efek perlindungan terhadap stress yang meningkatkan kesehatan fisik dan mental. **Tujuan:** Menganalisis pengaruh terapi doa dan pembacaan alkitab terhadap aspek psikologi dan *fatigue* pada pasien *end stage renal disease* yang menjalani hemodialisis. **Metode:** Sebuah pendekatan *pre-eksperiment* dengan *One-grup pre-post design*, dan Teknik sampling menggunakan *non-probability sampling*, dengan metode *consecutive sampling* sehingga didapatkan sampel sejumlah 20 responden dengan kriteria inklusi yaitu pasien hemodialisis yang beragama Nasrani, dan skor 24-30 skrining MMSE. Instrument yang digunakan Kuesioner: *The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*, dan *Fatigue Severity Scale (FSS)*. **Hasil:** Didapatkan usia responden terbanyak pada usia 45-55 tahun 35%, jenis kelamin terbanyak pada Wanita 80%, lama Hemodialisa terbanyak pada 1-3 tahun 55%, Pendidikan terbanyak pada SMA/SMK 55%, data tertinggi didapatkan kecemasan tentang perasaan takut 82,14%, data terendah didapatkan depresi tentang menikmati aktivitas 48,21%. Hasil uji statistic pada uji *paired t-test* kuesioner *HADS* didapatkan nilai p-value (0,001) dan Uji *Wilcoxon* pada kuesioner *FSS* didapatkan nilai p-value (0,001) **Kesimpulan:** Dukungan Spiritual secara signifikan dapat menurunkan Kecemasan, Depresi, dan *Fatigue* pada pasien *ESRD* yang menjalani Hemodialisis.

Kata Kunci : Dukungan spiritual, Kecemasan, Depresi, *Fatigue*, Hemodialisa

^{1,2} Program Studi Ilmu Keperawatan ITKES Wiyata Husada Samarinda

**The Effect of Prayer Therapy and Bible Reading on Anxiety, Depression,
and Fatigue in End-Stage Renal Disease Patients
Undergoing Hemodialysis**

Melinda Bid¹, Kiki Hardiansyah Safitri²

Institute of Health Technology and Science Wiyata Husada Samarinda

Kadrie Oening Street No. 77 Samarinda, East Kalimantan

Email: melindabid1501@gmail.com, kikihardiasyahs@stikes.ac.id

Abstract

Background: End Stage Renal Disease Patients Undergoing Hemodialysis Psychological stress may present with symptoms of anxiety and depression. Fatigue experienced while undergoing hemodialysis is when the patient experiences a lack of erythropoietin production. Spiritual support protects against stress and improves physical and mental health. **Purpose:** This study aimed to analyze the effect of prayer therapy and bible reading on psychological aspects and fatigue in end-stage renal disease patients undergoing hemodialysis. **Method:** This study used a pre-experimental approach with a One-group pre-post design and a sampling technique using non-probability sampling, with consecutive sampling method so that a sample of 20 respondents was obtained with inclusion criteria, for example, hemodialysis patients who were Christian and a score of 24-30 MMSE screening. Instruments used Questionnaires such as The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and Fatigue Severity Scale (FSS). **Results:** This showed that most respondents were aged 45-55 years 35%, the most gender was women 80%, the longest duration of hemodialysis was at 1-3 years 55%, and the most education was in Senior High School/Vocational High School 55%, the highest data obtained was anxiety about feelings of fear. 82.14%, the lowest data was depression about enjoying activities, 48.21%. The statistical test results on the paired t-test of the HADS questionnaire obtained a p-value (0.001), and the Wilcoxon test on the FSS questionnaire obtained a p-value (0.001). **Conclusion:** This indicates that spiritual support can significantly reduce anxiety, depression, and fatigue in ESRD patients undergoing hemodialysis.

Keywords: Spiritual support, Anxiety, Depression, Fatigue, Hemodialysis

¹Student of Nursing Study Program of Institute of Health Technology and Science Wiyata Husada Samarinda

²Lecturer of Nursing Study Program of Institute of Health Technology and Science Wiyata Husada Samarinda

LEMBAGA PENGEMBANGAN BAHASA INSTITUT TEKNOLOGI KESEHATAN & SAINS WIYATA HUSADA SAMARINDA	
DATED : 04/10/2022	
COUNSELOR : LPE / Ihs / Wls	
SIGN : 	

Pendahuluan

End Stage Renal Disease merupakan gangguan fungsi renal yang progresif dan *ireversibel* dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit, menyebabkan uremia (retensi uretra dan sampah nitrogen lain dalam darah). *World Health Organization* (WHO) merilis data pertumbuhan jumlah penderita *End Stage Renal Disease* di dunia pada tahun 2013 meningkat sebesar 50% dari tahun sebelumnya dan di Amerika angka kejadian *End Stage Renal Disease* meningkat sebesar 50% pada tahun 2014 dan setiap tahun 200.000 orang Amerika menjalani hemodialisis (Widyastuti, 2014). Angka kejadian gagal ginjal di dunia secara global lebih dari 500 juta orang dan yang harus menjalani hemodialisis sekitar 1,5 juta orang (Yuliana, 2015).

Terapi pengganti ginjal menjadi satu-satunya pilihan bagi pasien dengan penyakit gagal ginjal tahap akhir untuk mempertahankan fungsi tubuh. Terapi pengganti ginjal dapat berupa transplantasi atau dialisis, yang terdiri dari dialisis peritoneal dan hemodialisis. Hemodialisis dilakukan pada pasien *End Stage Renal Disease* dengan mengalirkan darah ke suatu tabung ginjal buatan

(Dialiser) yang terdiri dari dua kompartemen yang terpisah.

Indonesian Renal Registry (IRR) mengatakan di Indonesia jumlah penderita *End Stage Renal Disease* baru dan aktif di Indonesia tahun 2018 meningkat. Pasien baru adalah pasien yang pertama kali menjalani hemodialisis pada tahun 2018 yaitu sebanyak 66.433 orang, sedangkan pasien aktif adalah seluruh pasien baik pasien baru tahun 2018 maupun pasien lama dari tahun sebelumnya yang masih menjalani hemodialisis rutin dan masih hidup sampai dengan tanggal 31 Desember 2018 yaitu Sebanyak 132.142 orang. Pada tahun 2018 pasien aktif meningkat tajam hal ini menunjukkan lebih banyak pasien yang dapat menjalani hemodialisis lebih lama, dikarenakan adanya Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang berperan dalam menjaga kelangsungan terapi ini. Penderita gagal ginjal di pulau Kalimantan sendiri terdata 144 pasien aktif *End Stage Renal Disease* yang menjalani terapi hemodialisis (Indonesia Renal Registry, 2019).

Pasien *End Stage Renal Disease* yang menjalani Hemodialisis Tekanan Psikologis dapat terjadi dengan gejala kecemasan dan depresi karena hidup berdampingan dengan kondisi kronis, seperti diabetes mellitus dan gagal

jantung. Kehadiran kecemasan di ESRD dengan HD karena rasa ketidakpastian tentang masa depan, perasaan bersalah dan kehilangan diri sendiri, yang dikombinasikan dengan kronisitas dan sifat penyakit yang tidak dapat disembuhkan (Dejean D, et al, 2013). Gejala depresi juga terkait dengan kelelahan, keputusasaan, kecemasan, sakit kepala, upaya bunuh diri, penurunan kemampuan fungsional, tingkat rawat inap yang lebih tinggi, peningkatan tingkat penarikan dari sesi HD dan kematian dini (Pascoe MC, et al, 2017).

Kecemasan adalah gejala umum lainnya yang diamati di antara pasien ESRD yang menjalani perawatan dialisis, dengan hubungan yang nyata dengan penurunan kualitas hidup (Semaan, et al., 2018) prevalensi gejala kecemasan pada pasien dengan ESRD antara 12% dan 52%. Setelah 1 tahun, Cukor dkk. (2008) melaporkan prevalensi kecemasan tersebut adalah 45,7%. Depresi dianggap sebagai salah satu komplikasi ESRD yang paling umum karena hubungannya dengan peningkatan mortalitas dan penurunan kualitas hidup (Farrokhi, et al, 2014; Teles dkk., 2014). Depresi ditemukan menjadi prediktor independen dari lama tinggal di rumah sakit, morbiditas, dan mortalitas pada pasien ESRD. (Farrokhi et al., 2014; Hedayati dkk., 2008). Etiologi depresi pada pasien

ESRD diduga terkait dengan peningkatan kadar *sitokin pro-inflamasi*, terutama tumor *nekrosis alfa* dan *interleukin IL-6*, yang mungkin terkait dengan efek samping kardiovaskular yang mempercepat perkembangan penyakit dan inisiasi dialisis pada perkiraan laju filtrasi glomerulus (GFR) yang lebih tinggi (Semaan, et al., 2018).

Persentase depresi terjadi lebih tinggi pada pasien yang menjalani hemodialisis juga menunjukkan bahwa pada pasien hemodialisis yang mengalami depresi memiliki penyakit penyerta lebih tinggi dan hasil laboratorium berubah lebih besar dari pada pasien gagal ginjal kronik dibawah pengobatan konservatif, depresi dapat berhubungan dengan pendapatan, pengangguran, penyakit penyerta (jantung) dan kemampuan fungsional (Andrade dan Sesso, 2012). Tingginya prevalensi depresi pada pasien yang menjalani hemodialisis yaitu 47,8%, Menurut Rai, et al, 2011 juga mengatakan ada hubungan antara depresi dengan gangguan tidur, *insomnia* 60,9%, resiko *sleep apnea* 24,6%, depresi lebih tinggi pada pasien yang berusia tua, pendapatan rendah, pengangguran dan depresi lebih tinggi pada pasien yang menjalani hemodialisis lebih dari 1 tahun. (Rai, Rustagi, Kohli, 2011). Faktor psikologis diantaranya stress depresi, *ansietas* dapat memicu

terjadinya *fatigue*. Respon stres masuk ke dalam sistem saraf pusat, lalu di hipotalamus dilepaskan *corticotrophin hormone releasing factor* yang akan menstimulasi sistem saraf simpatis untuk mengeluarkan *norepinefrin* yang merupakan *vasokonstriktor* dan berakibat pada kontraksi otot polos (Guyton & Hall, 2007). Pasien ESRD menghadapi banyak tantangan yang membuat mereka merasa lelah. *Fatigue* merupakan salah satu masalah utama pada klien hemodialisis. Itu adalah perasaan yang tidak menyenangkan dan gangguan yang kompleks dan melemahkan yang menyebabkan gangguan fisik dan psikologis dan sangat mempengaruhi kualitas hidup mereka (Rezaei, Zahra, 2018).

Fatigue lebih dikenal dengan keletihan, kelelahan, lesu, dan perasaan kehilangan energi. *Fatigue* merupakan perasaan subjektif berupa kelelahan (Jhamb et al., 2008; Potter & Perry, 2007). *Symptom* non spesifik dan rasa letih yang berlebihan (Wilkinson, 2002). Ada pun *Fatigue* berperan sebagai sebuah respon subjektif dari kelemahan akibat kekurangan energi dimana ini merupakan salah satu gejala yang ditimbulkan atau efek samping dari pasien yang menjalani *dialysis* dalam jangka panjang (Jhamb et al, 2008). *Fatigue* yang dialami orang yang menjalani hemodialisis adalah keadaan

dimana pasien mengalami kurangnya produksi eritroprotein. Dampak yang disebabkan akibat eritroprotein yang berkurang akan membuat kapiler darah menjadi mudah pecah. Pecahnya kapiler darah akan membuat pasien mengalami anemia. Anemia merupakan salah satu faktor pencetus atau faktor yang menyebabkan terjadinya *fatigue* bagi pasien yang menjalani hemodialisis. (Suhardjono, 2001).

Fatigue Psikologis merupakan kelelahan Psikologi yang berkaitan dengan Depresi, gugup, dan kondisi psikososial yang lain. Kelelahan jenis ini diperburuk dengan adanya stress. Respon stress masuk ke dalam sistem saraf pusat, lalu di hipotalamus dilepaskan *corticotrophin hormone releasing factor* yang akan menstimulasi sistem saraf simpatis untuk mengeluarkan *norepinefrin* yang merupakan *vasokonstriktor* dan berakibat pada kontraksi otot polos (Guyton & Hall, 2007).

Pasien ESRD menjalani terapi hemodialisis sebanyak 2 sampai 3 kali setiap minggunya dan menghabiskan waktu beberapa jam, hal ini menjadi stresor bagi pasien sehingga pasien akan mengalami ketegangan, kecemasan, stress serta depresi yang berdampak negatif terhadap kualitas hidupnya (Saputra, 2011). Pasien ESRD yang

mengalami stress karena terapi hemodialisis tentunya memerlukan sebuah penyelesaian masalah dengan menggunakan mekanisme koping, maka diperlukan mekanisme koping untuk mengarahkan pasien berperilaku adaptif (Wutun, E.A., Turwewi, S., & Gatun, 2016). Mekanisme koping adalah cara yang dilakukan individu untuk menyelesaikan masalah, menyesuaikan diri dengan perubahan, respon terhadap situasi yang mengancam, dapat berupa mekanisme koping adaptif (*konstruktif*) dan maladaptif (*dekstruktif*) tergantung bagaimana individu menghadapi stress.

Mekanisme koping individu bisa adaptif atau maladaptif tergantung faktor yang mempengaruhinya baik dari internal maupun eksternal. Mekanisme koping yang digunakan individu terhadap penyakit biasa mencoba merasa optimis terhadap masa depan, menggunakan dukungan sosial, menggunakan sumber spiritual, mencoba tetap mengontrol situasi atau perasaan, dan mencoba menerima kenyataan yang ada. Mekanisme koping adaptif merupakan respon koping yang baik tetapi jika mekanisme koping pasien maladaptif dapat memperburuk kondisinya (Samsudin, 2014).

Maramis (2004) lebih jauh menekankan bahwa mekanisme koping yang digunakan tergantung pada

kepribadian individu, pengaruh lingkungan sosial, pandangan hidup, kepercayaan, adat istiadat dalam keluarga, pengaruh teman dan sebagainya. Dalam hal Keyakinan dan Komitmen seseorang yang kuat terhadap zat yang memiliki kekuatan serba maha diluar dirinya, akan mampu menciptakan kekuatan mental spiritual yang luar biasa dalam diri manusia. Orang yang meyakini kekuatan dan kuasa Tuhan akan selalu merasa aman dan tenang dimanapun ia berada berkeyakinan bahwa ia selalu memiliki harapan dalam mendapatkan pertolongan dan penjagaan dari Tuhan. Orang yang berdoa memiliki kekuatan spiritual kerohanian yang membangkitkan rasa percaya diri (*self-confident*) dan rasa optimisme (harapan kesembuhan). Rasa percaya diri dan optimisme, merupakan respon emosi positif (*positive thinking*) yang dapat menghindarkan reaksi stress dan kecemasan, karena mendorong individu untuk berfikir lebih realistis dan siap menghadapi segala persoalan hidup dengan tetap bersikap konstruktif.

Sehingga Salah satu faktor Mekanisme koping dalam mengelola masalah ini di antara pasien Hemodialisis adalah spiritualitas dan, menurut penelitian Evangelos, et al, 2020, pasien Hemodialisis menghadirkan banyak kebutuhan spiritual. Tingkat spiritualitas yang tinggi telah dikaitkan dengan

adaptasi psikososial yang optimal terhadap penyakit. Spiritualitas memiliki efek positif pada kesehatan keseluruhan pasien dengan ESRD dan merupakan strategi mengatasi kecemasan dan ketakutan akan kematian individu akibat kondisi kronis tersebut. Alradaydeh dan Khalil (2018) menemukan bahwa spiritualitas melindungi terhadap depresi, (Fradelos, et al, 2021).

Kebutuhan spiritual pada pasien yang menjalani hemodialisis meliputi menguatkan hubungan dengan Tuhan, diri sendiri dan orang lain. Dukungan dari lingkungan sekitar partisipan akan membantu partisipan menghadapi proses penyakitnya. Seluruh partisipan mengungkapkan mereka mendapatkan dukungan dari orang-orang terdekatnya seperti keluarga, pasangan hidup, dan teman-teman terdekat. (Mailani, 2020). Kebutuhan spiritual juga merupakan kebutuhan untuk mempertahankan atau mengembalikan keyakinan dan memenuhi kewajiban agama, serta kebutuhan untuk mendapatkan maaf atas pengampunan, mencintai, menjalin hubungan penuh rasa percaya dengan Tuhan (Carson, 2011). Dukungan spiritual sebagai dukungan yang diterima oleh individu mengenai hubungan dengan Tuhan. Dukungan spiritual penting dilakukan karena pasien mempunyai kebutuhan yang unik, cerita hidup, dan cara mengekspresikan

spiritualitas yang berbeda. Dukungan spiritual mempunyai efek perlindungan terhadap stres yang meningkatkan kesehatan fisik dan mental (Rahmat, 2011).

Dukungan Spiritual yang akan peneliti angkat adalah di komunitas Nasrani atau komunitas Kristen. Sesuai dengan Studi Pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti di dua Rumah Sakit di Kota Samarinda, terdapat total 24 Pasien Nasrani yang menjalani Hemodialisis. Selama menjalani hemodialisis kegiatan keagamaan seperti beribadah sudah sangat jarang dilakukan, jadwal hemodialisa yang dilakukan 2-3 kali seminggu, dan kegiatan lain yang dilakukan, dan mudah merasa lelah yang sering membuat para pasien sudah sangat jarang dalam beribadah, penyakit yang diderita, dukungan sosial dan keluarga yang kurang. Selama masa *pandemic* pelayanan ibadah yang dilakukan oleh pendeta atau pastor ke setiap pasien sudah tidak dilakukan, dikarena untuk mencegah adanya kontak langsung dengan pasien. Sehingga peneliti melihat bahwa perlu dilakukan atau difasilitasi dengan dukungan spriritual yaitu terapi doa dan pembacaan alkitab kepada para pasien Nasrani yang menjalani hemodialisis yang dimana untuk mendekatkan diri dengan Tuhan agar dapat mempertahankan atau mengembalikan keyakinan dan

memenuhi kewajiban agama, serta kebutuhan untuk mendapatkan maaf atas pengampunan, mencintai, manjalin hubungan penuh rasa percaya dengan Tuhan, dan dengan Doa juga membaca alkitab akan memperoleh Kesembuhan. Seperti yang tertulis dalam Alkitab Yakobus 5:14-16 *“Kalau ada seorang di antara kamu yang sakit, baiklah ia memanggil para penatua jemaat, supaya mereka mendoakan dia serta mengolesnya dengan minyak dalam nama Tuhan. Dan doa yang lahir dari iman akan menyelamatkan orang sakit itu dan Tuhan akan membangunkan dia; dan jika ia telah berbuat dosa, maka dosanya itu akan diampuni. Karena itu hendaklah kamu saling mengaku dosamu dan saling mendoakan, supaya kamu sembuh. Doa orang yang benar, bila dengan yakin didoakan, sangat besar kuasanya”*. Dan tertulis juga di dalam Alkitab Yeremia 33:6. *“Sesungguhnya, Aku akan mendatangkan kepada mereka kesehatan dan kesembuhan, dan Aku akan menyembuhkan mereka dan akan menyingkapkan kepada mereka kesejahteraan dan keamanan yang berlimpah-limpah.”* Dari kedua ayat tersebut menjadi dasar dalam melakukan penelitian ini, yaitu memberikan Doa dan melakukan pembacaan ayat alkitab agar memberikan dukungan spiritual pada para responden, yang dimana memberikan penekanan bahwa Doa

memiliki kuasa yang besar bagi orang yang percaya, dan Kesehatan dan kesembuhan akan diberikan kepada mereka. Berdasarkan hal tersebut peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang Pengaruh Terapi Doa dan Pembacaan Alkitab Terhadap Kecemasan, Depresi dan *Fatigue* pada Pasien *End Stage Renal Disease* yang menjalani Hemodialisis di dua Rumah Sakit di Kota Samarinda yaitu Rumah Sakit Samarinda Medika Citra dan Rumah Sakit Dirgahayu Samarinda.

Metode

Jenis penelitian ini adalah kuantitatif dengan menggunakan rancangan *pre-Eksperimen* dengan pendekatan *One-group pretest-posttest design*. Populasi dalam penelitian ini adalah pasien *End Stage Renal Disease* yang menjalani Hemodialisa di dua Rumah Sakit di Kota Samarinda tahun 2022 terkhususnya yang beragama Nasrani terdapat 24 Pasien. Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini ada Non-Probability Sampling yaitu pemilihan sampel yang tidak dilakukan secara acak. Dengan menggunakan teknik Consecutive Sampling adalah suatu metode pemilihan sampel yang dilakukan dengan memilih semua individu yang ditemui dan memenuhi kriteria pemilihan, sampai jumlah sampel yang diinginkan terpenuhi

(Dharma, 2011). Dengan sampel penelitian 20 Responden yang memenuhi syarat sebagai berikut: Pasien *End Stage Renal Disease* yang menjalani Hemodialisis, beragama Nasrani, bersedia menjadi responden, dan tidak mengalami gangguan Psikologis dibuktikan dengan hasil MMSE.

Instrumen penelitian yang digunakan sebagai berikut:

1. Terapi Doa dan Pembacaan Alkitab yang merupakan intervensi dan menggunakan *Standard Oprasional Prosedur* sebagai acuan dalam pelaksanaan Intervensi.
2. *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), alat ukur yang telah dirancang untuk digunakan dalam setting rumah sakit dan hanya terdiri dari 14 item. HADS terdiri dari dua subskala, yaitu anxiety (kecemasan) dan depression (depresi). Item-item dalam HADS terdiri dari 7 item berhubungan dengan *anxiety* (kecemasan) dan 7 item lainnya berhubungan dengan *depression* (depresi), yang mana penderita menggolongkan masing-masing pernyataan dalam 4 skala nilai, dari nilai 0 (tidak sama sekali) sampai nilai 3 (sangat sering). Nilai yang lebih tinggi

mengindikasikan adanya permasalahan.

3. *Fatigue Severity Scale* (FSS) untuk mengukur derajat keparahan dari kelelahan yang dirasakan seseorang di berbagai fasilitas Kesehatan. Kuesioner ini terdiri dari sembilan pernyataan yang mewakili tingkat kelelahan responden. Penilaian dilakukan untuk melihat efek kelelahan terhadap motivasi, aktivitas, fungsi fisik, menjalankan tugas, gangguan terhadap pekerjaan, keluarga, ataupun kehidupan sosial. Skala yang digunakan adalah skala *Likert* dengan skala 1 (sangat tidak setuju) hingga 7 (sangat setuju). Interpretasi hasil menandakan makin tinggi skor, makin tinggi derajat keparahan dari kelelahan yang dirasakan.

Hasil Penelitian

A. Analisis Univariat

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Usia di Rumah Sakit Samarinda Medika Citra dan Rumah Sakit Dirgahayu Samarinda Pada Tahun 2022 dengan (n=20)

Usia	Frekuensi	(%)
Remaja akhir (17-25 Tahun)	0	0
Dewasa Awal (26-35 Tahun)	2	10
Dewasa Akhir (36-45 Tahun)	5	25
Lansia Awal (46-55 Tahun)	7	35
Lansia Akhir (56-65 Tahun)	6	30
Total	20	100

Berdasarkan table 4.1 di atas terlihat usia menunjukkan Sebagian besar responden termasuk dalam klasifikasi masa lansia awal berada pada usia 46-55 tahun dengan presentasi 55%.

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Jenis Kelamin Di Rumah Sakit Samarinda Medika Citra dan Rumah Sakit Dirgahayu Samarinda Pada Tahun 2022 dengan (n=20)

Jenis Kelamin	Frekuensi	(%)
Pria	4	20
Wanita	16	80
Total	20	100

Dari tabel 4.2 di atas terlihat jenis kelamin menunjukkan bahwa hampir seluruh responden terbanyak pada Wanita 16 orang dengan presentase 80% dan Sebagian kecil responden Pria berjumlah 4 orang dengan presentase 20%

Variabel	Mean	Median	Std Deviasi	Minimum	Maximum
Kecemasan dan Depresi	15,30	16,50	7,049	3	30
Fatigue	42,30	43,50	7,740	22	51

Berdasarkan table 4.4 menunjukkan bahwa rata-rata Kecemasan dan Depresi sebelum dilakukan intervensi terapi doa dan pembacaan alkitab adalah

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Lama Hemodialisis Di Rumah Sakit Samarinda Medika Citra dan Rumah Sakit Dirgahayu Samarinda Pada Tahun 2022 dengan (n=20)

Lama HD	Frekuensi	(%)
<1 tahun	2	10
1-3 tahun	11	55
>3 tahun	7	35
Total	20	100

Berdasarkan table 4.3 di atas terlihat bahwa Sebagian besar responden dengan lama hemodialisis terbanyak yaitu 1-3 tahun dengan presentase 55% dengan jumlah pasien 11 orang.

Tabel 4.4 Hasil Analisa Responden Berdasarkan Dukungan Spiritual Terhadap Kecemasan, Depresi, dan *Fatigue* dengan Hemodialisis Di Rumah Sakit Samarinda Medika Citra dan Rumah Sakit Dirgahayu Samarinda Pada Tahun 2022

(15,30), dan nilai median (16,50), std deviasi (7,049), dengan skor kecemasan dan depresi terendah adalah (3), dan skor kecemasan dan depresi

tertinggi adalah (30). Rata-rata skor *Fatigue* dengan nilai (42,30), dan median (43,50), std deviasi (7,740), dengan skor *fatigue* terendah didapatkan nilai (22), dan skor *fatigue* tertinggi adalah (51).

B. Analisis Bivariat

Tabel 4.5 Hasil selisih rata-rata sebelum dan sesudah diberikan Intervensi Terapi Doa dan Pembacaan Alkitab pada pasien Hemodialisis Di Rumah Sakit Samarinda Medika Citra dan Rumah Sakit Dirgahayu Samarinda Pada Tahun 2022

Variabel	N (Jumlah Responden)	Mean	Median	Mean Difference	Nilai <i>P-value</i>
Kuesioner <i>HADS</i>					
Sebelum Intervensi	20	15,30	-	4,9	0,001
Sesudah Intervensi		10,40			
Kuesioner <i>FSS</i>					
Sebelum Intervensi	20		43,50	4,0	0,001
Sesudah Intervensi			39,50		

Hasil uji statistic *paired t-test* dan Uji Wilcoxon yang dilakukan dalam penelitian ini dengan jumlah responden 20 dengan hasil signifikan 0,000 ($p\text{ value} < 0,05$) dimana dengan selisih skor Kecemasan dan Depresi yang dialami oleh pasien Hemodialisis sebelum dan sesudah pemberian intervensi dukungan spiritual adalah 4,9. Dan selisih skor *Fatigue* yang dialami oleh pasien hemodialisis sebelum dan sesudah pemberian intervensi dukungan spiritual adalah 4,35. Maka secara statistik terdapat adanya perubahan rerata skala kecemasan dan depresi juga *fatigue* yang bermakna sebelum dan sesudah diberikan intervensi dukungan spiritual. Dimana jika nilai p lebih dari $< 0,05$ maka penelitian ini

menyimpulkan bahwa ada pengaruh terapi doa dan pembacaan alkitab terhadap penurunan skala kecemasan, depresi dan *fatigue*.

Pembahasan

1. Kecemasan dan Depresi sebelum dilakukan terapi doa dan pembacaan alkitab

Hasil penelitian dari karakteristik responden yang Sebagian besar mengalami kecemasan dan depresi adalah di usia lansia awal (46-55 tahun) berjumlah 11 responden dengan presentase 55%. Pada usia ini sangat rentan mengalami rasa cemas dan depresi yang dimana diakibatkan kurangnya dukungan dari keluarga, merasa selalu merepotkan orang lain, keadaan social ekonomi dan penyakit

yang diderita yang membuat mereka tidak bisa melakukan aktivitas seperti biasanya. Kemudian hampir seluruh responden Wanita yaitu 16 responden dengan presentase 80% merasakan Kecemasan dan Depresi. Peneliti menggunakan kuisioner *The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* dengan jumlah responden 20 orang, terdapat 3 reponden dengan total nilai tertinggi dan 9 reponden dengan total nilai terendah. 3 orang dengan nilai tertinggi terdiri dari 3 orang perempuan dengan rentang nilai (22-31), hal ini berkaitan dengan lamanya terapi Hemodialisis, rata-rata pasien yang memiliki skor tertinggi sudah menjalani Hemodialisis selama 1-3 tahun. 9 orang dengan nilai terendah terdiri dari 6 orang perempuan dan 3 orang laki-laki dengan rentang nilai (1-14).

Berdasarkan hasil penelitian ini, peneliti menemukan bahwa rata-rata skala kecemasan dan depresi pasien hemodialisis sebelum dilakukan terapi doa dan pembacaan alkitab yaitu 15,30.

2. Kecemasan dan Depresi sesudah dilakukan intervensi terapi doa dan pembacaan alkitab.

Pada table 4.5 didapatkan nilai rata-rata skala kecemasan dan depresi pasien hemodialisis sesudah dilakukan terapi doa dan pembacaan alkitab yaitu 10,40. Terapi doa dan pembacaan alkitab ini dilakukan oleh peneliti

dengan durasi 15 menit dengan meminta responden untuk berdoa bersama dan melakukan pembacaan alkitab. Setelah diberikan intervensi rata-rata menunjukkan terjadinya perubahan dan penurunan skala kecemasan dan depresi yang dialami oleh pasien hemodialisis. Berdasarkan hasil *post-test* sesudah dilakukan terapi doa dan pembacaan alkitab terhadap kecemasan dan depresi pada pasien hemodialisis diketahui pasien merasakan penurunan kecemasan dan depresi skala 1-14 berjumlah 16 responden, dan skala 15-21 berjumlah 4 responden, sehingga dari hasil pengukuran ulang setelah diberikan intervensi terapi doa dan pembacaan alkitab skala kecemasan dan depresi berkurang. Hal ini berarti dengan memberikan terapi doa dan pembacaan alkitab ternyata dapat menurunkan skala kecemasan dan depresi pada pasien *ESRD* yang menjalani Hemodialisis.

3. *Fatigue* sebelum dilakukan intervensi terapi doa dan pembacaan alkitab

Hasil penelitian dari karakteristik responden Sebagian besar mengalami *fatigue* adalah di usia lansia awal (46-55 tahun) dengan 11 responden dengan presentase 55%. Dalam penelitian ini menemukan bahwa hampir seluruh responden adalah Wanita yaitu 16 responden dengan presentase 80%

yang dimana kelelahan yang dialami karena melakukan pekerjaan rumah, tempat tinggal yang jauh, keadaan yang dialami. Dan Sebagian besar responden yang menjalani hemodialisis selama 1-3 tahun yaitu 11 responden dengan presentase 55% mengalami *fatigue*.

Berdasarkan hasil penelitian ini, peneliti menemukan bahwa rata-rata skor *Fatigue* pasien hemodialisis sebelum dilakukan terapi doa dan pembacaan alkitab yaitu 42,30.

4. *Fatigue* sesudah dilakukan intervensi terapi doa dan pembacaan alkitab.

Berdasarkan hasil *post-test* yang dapat dilihat pada table 4.5 didapatkan nilai rata-rata skor *fatigue* pasien hemodialisis sesudah dilakukan terapi doa dan pembacaan alkitab yaitu 37,95. Terapi doa dan pembacaan alkitab ini dilakukan oleh peneliti dengan durasi 15 menit dengan meminta responden untuk berdoa bersama dan melakukan pembacaan alkitab. Setelah diberikan intervensi rata-rata menunjukkan terjadinya perubahan dan penurunan skor *fatigue* yang dialami oleh pasien *ESRD* yang menjalani hemodialisis. Hal ini berarti dengan memberikan terapi doa dan pembacaan alkitab dapat menurunkan *fatigue* pada pasien *ESRD* yang menjalani hemodialisis.

5. Perbedaan Kecemasan, Depresi dan *Fatigue* sebelum dan sesudah dilakukan intervensi terapi doa dan pembacaan alkitab.

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa *paired t-test* uji Wilcoxon menunjukkan bahwa hasil dilakukan tindakan intervensi terapi doa dan pembacaan alkitab memiliki nilai p value $< \alpha$ yaitu sebesar 0.000 $< 0,05$, sehingga terdapat perbedaan bermakna pada rerata sebelum dan sesudah dilakukan tindakan intervensi terapi doa dan pembacaan alkitab. Hal ini berarti tindakan intervensi yang diberikan dapat menurunkan Kecemasan, Depresi dan *Fatigue* pada pasien *ESRD* yang menjalani hemodialisis. Asumsi peneliti dalam penelitian ini menunjukkan bahwa responden penderita *End Stage Renal Disease* yang menjalani hemodialisis diberikan terapi doa dan pembacaan alkitab yang dilakukan satu kali dengan durasi 15 menit memperlihatkan adanya perbedaan yang bermakna sebelum dan sesudah diberikan terapi doa dan pembacaan alkitab. Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh dalam penelitian ini terdapat bahwa terapi doa dan pembacaan alkitab mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap penurunan Kecemasan dan Depresi pada pasien *End Stage Renal Disease* yang menjalani Hemodialisis dengan rata-rata sebelum diberikan intervensi 15,30 dan sesudah diberikan intervensi mengalami penurunan 10,40. Kemudian pemberian intervensi ini juga mempunyai pengaruh yang

signifikan terhadap skor *Fatigue* dengan rata-rata sebelum diberikan intervensi 42,30 dan sesudah diberikan intervensi 37,95. Semakin sering terapi doa dan pembacaan alkitab ini dilakukan, maka akan memberikan pengaruh yang baik dan besar terhadap penurunan Kecemasan, Depresi dan *Fatigue* pada pasien *End Stage Renal Disease* yang menjalani Hemodialisis.

Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan mengenai pengaruh terapi doa dan pembacaan alkitab terhadap kecemasan, depresi dan *fatigue* pada pasien *End Stage Renal Disease* yang menjalani hemodialisis di Rumah Sakit Samarinda Medika Citra dan Rumah Sakit Dirgahayu Samarinda, maka dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh yang signifikan bahwa ada pengaruh setelah diberikan intervensi terapi doa dan pembacaan alkitab terhadap aspek psikologi dimana terdapat nilai selisih rerata 4,9 dengan *p value* 0,001 dan terhadap *fatigue* pada pasien *ESRD* yang menjalani hemodialisis dimana terdapat nilai selisih rerata 4,35 dengan *p value* 0,001 yang dimana terdapat perbedaan yang bermakna.

Daftar Pustaka

- Alligood, M. R. (2017). *Pakar Teori Keperawatan dan Karya Mereka*. Singapura: Elsevier Pte Ltd.
- Fradelos, E. C., Alikari, V., Tsaras, K., Papathanasiou, I. V., Tzavella, F., Papagiannis, D., & Zyga, S. (2021a). *Assessment of psychological distress in end stage renal disease: is it spirituality related? Medicine and Pharmacy Reports*, 94(1), 79–87. <https://doi.org/10.15386/mpr-1623>
- Fradelos, E. C., Alikari, V., Tsaras, K., Papathanasiou, I. V., Tzavella, F., Papagiannis, D., & Zyga, S. (2021b). *The Effect of Spirituality in Quality of Life of Hemodialysis Patients. Journal of Religion and Health*. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01153-x>
- Maulani dkk. (2020). *Gambaran Pemenuhan Kebutuhan Spiritual pada Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisa di Rumah Sakit Bhayangkara Kota Jambi. Jurnal Keperawatan*, 19(01), 21–30.
- Pascoe, M.C., Thompson, D.R., Castle, D.J., McEvedy, S.M. and Ski, C.F. (2017). *Psychosocial Interventions for Depressive and Anxiety Symptoms in Individuals with Chronic Kidney Disease: Systematic Review and Meta-Analysis. Frontiers in Psychology*, [8]. Available at: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2017.00992/full>
- PERNEFRI. 2018. “11th Report Of Indonesian Renal Registry 2018.” *Indonesian Renal Registry (IRR)*, 1–46. https://www.indonesianrenalregistry.org/data/IRR_2018.pdf.

Rezaei, Z., Jalali, A., Jalali, R., & Khaledi-Paveh, B. (2018). *Psychological problems as the major cause of fatigue in clients undergoing hemodialysis: A qualitative study. International Journal of Nursing Sciences*, 5(3), 262–267. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.07.001>

1

Semaan, V., Noureddine, S., & Farhood, L.

(2018). *Prevalence of depression and anxiety in end-stage renal disease: A survey of patients undergoing hemodialysis. Applied Nursing Research*, 43(April 2018), 80–85.

<https://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.07.009>

9

