

**HUBUNGAN ANTARA TINGKAT SPIRITUALITAS DENGAN TEKANAN DARAH
PADA PASIEN HEMODIALISIS DI UNIT HEMODIALISIS**

RSUD TAMAN HUSADA BONTANG 2015

SKRIPSI

Diajukan Sebagai Persyaratan Untuk

Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan



DI AJUKAN OLEH

DARMAWATI

13.11.3082.3.0831

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH

SAMARINDA

2015

**Hubungan antara Tingkat Spiritualitas dengan Tekanan Darah
pada Pasien Hemodialisis di Unit Hemodialisis
RSUD Taman Husada Bontang 2015**

Darmawati¹, Rinnelya Agustien², Siti Khoiroh Muflikhatin³.

INTISARI

Latar Belakang : Pasien Hemodialisis jangka panjang sering merasa khawatir akan kondisi sakitnya yang tidak dapat diramalkan, mereka biasanya mengalami masalah finansial, kesulitan dalam mempertahankan pekerjaan, dorongan seksual yang menghilang serta impotensi, depresi akibat sakit kronis dan ketakutan menghadapi kematian. Kondisi tersebut dapat mengakibatkan terjadinya peningkatan tekanan darah sehingga beresiko untuk mengalami hipertrofi ventrikel kiri, penyakit arteri koroner, gagal jantung kongestif, komplikasi serebrovaskuler, dan kematian. Perkembangan yang baik dalam aspek spiritual dapat menjadikan seseorang lebih bisa memaknai kehidupan dan memiliki penerimaan diri terhadap kondisinya sehingga memberikan respon positif terhadap perubahan-perubahan yang terjadi pada dirinya.

Tujuan Penelitian : Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara tingkat spiritualitas dengan tekanan darah pada pasien Hemodialisis di Unit Hemodialisis RSUD Taman Husada Bontang.

Metode Penelitian : Rancangan penelitian ini adalah analitik korelasi, dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Populasi penelitian adalah pasien HD yang berjumlah 27 orang, pengambilan sampel dengan total sampling. Alat yang digunakan adalah kuesioner spiritual dengan pertanyaan sebanyak 22 item. Alat untuk mengukur tekanan darah adalah tensimeter sfignomanometer digital. Analisis dengan uji statistik *Fisher Exact Test*.

Hasil Penelitian : Hasil uji statistik *Fisher Exact Test* di ketahui nilai $P = \text{value}$ 0,257 yang lebih besar dari alfa ($P < 0,05$) yang berarti gagal menolak hipotesis nol (H_0) yang berarti menyatakan tidak ada hubungan bermakna antara tingkat spiritualitas dengan tekanan darah.

Kesimpulan : Tidak ada hubungan bermakna antara tingkat spiritualitas dengan tekanan darah.

Kata Kunci : Hemodialisa, Spiritual, Tekanan Darah.

¹Mahasiswa S1 Ilmu Keperawatan STIKES Muhammadiyah Samarinda

²Staf pengajar Ilmu Keperawatan STIKES Muhammadiyah Samarinda

³Staf pengajar Ilmu Keperawatan STIKES Muhammadiyah Samarinda

**Relationship Between Spirituality Level with Blood Pressure
in Hemodialysis PatientsaAt Hemodialysis Unit
Taman Husada General Hospital Bontang 2015**

Darmawati¹, Rinnelya Agustien², Siti Khoiroh Muflikhatin³.

ABSTRACT

Background : long – term hemodialysis patients often feel worried about the condition of the pain that cannot be prediction. They usually run into financial problems, difficulty in keeping a job, sex drive and impotence disappeared, depression due to chronic pain and fear of facing death. The condition can lead to an increase in blood pressure so the risk for left ventricular hypertrophy, coronary artery disease, congestive heart failure, cerebrovascular complications, and death. One effort to prevent depression, anxiety, frustration, anger, impaired self-esteem, body image disturbance, even suicide crisis is a spiritual approach. A good progress in the spiritual aspect can make someone more able to make sense of life and self-acceptance of the condition so as to provide a positive response to the changes that happen to him/her.

Purpose of research : This study aims to determine the relationship between spirituality and blood pressure in hemodialysis patients in a general hospital (RSUD) hemodialysis unit Taman Husada Bontang.

Methods of research : This study design is analytic correlation, using cross sectional approach. HD is a study population of patients who totaled 27 people, how sampling with a total sampling. A tool used is a spiritual questionnaire with statements by 22 items. Instrument for measuring blood pressure is tensimeter digital sfignomanometer. Analysis with statistical tests “Fisher Exact Test”.

Research result : the statistical test known Fisher Exact Test value $P =$ value 0,257 which is greater than alpha ($P < 0,05$) means failed reject the null hypothesis (H_0) which means that states there is no significant relationship between spirituality level and blood pressure.

Conclusion : No relationship means between spirituality level and blood pressure.

Key word : Hemodialysis, Spiritual, Blood pressure.

¹ Student of Nursing Bachelor Program of STIKES Muhammadiyah Samarinda

² Lecturer of Nursing Program of STIKES Muhammadiyah Samarinda

³ Lecturer of Nursing Program of STIKES Muhammadiyah Samarinda

BAB III METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Rancangan Penelitian	75
B. Populasi Dan Sampel	76
C. Waktu Dan Tempat Penelitian	78
D. Variable Penelitian	78
E. Definisi Operasional	79
F. Instrumen Penelitian	80
G. Uji Validitas Dan Reliabilitas	82
H. Tehnik Pengumpulan Data	84
I. Tehnik Analisa Data	86
J. Etika Penelitian	89
K. Jalannya Penelitian	92

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Hasil Penelitian	94
B. Hasil Penelitian	95
C. Pembahasan	100
D. Keterbatasan Penelitian	123

KUNJUNGI PERPUSTAKAAN UMKT SAMARINDA

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Hemodialisis (HD) adalah suatu proses dimana komposisi solut darah diubah oleh larutan lain melalui membran semi permeabel berdasarkan pada prinsip difusi, osmosis, dan ultrafiltrasi. Dialisis menghilangkan nitrogen dan produk limbah lainnya, mengoreksi elektrolit, air, dan gangguan keseimbangan asam basa yang berhubungan dengan gagal ginjal. HD diperlukan ketika nilai *glomerulus filtration rate* (GFR) $\leq 15 \text{ml/mnt}/1,73 \text{m}^3$ dan terdapat satu atau beberapa hal berikut: tanda uremia, ketidakmampuan mengontrol status hidrasi dan tekanan darah, penurunan status gizi yang progresif, mual, muntah, pembengkakan dan kelelahan umum (National Kidney Foundation, 2012).

Perkembangan prevalensi pasien HD mengalami peningkatan. Pada akhir tahun 2010 di Indonesia jumlah pasien HD baru sebanyak 9649 orang, pada tahun 2011 sebanyak 15.353 orang, pada tahun 2012 sebanyak 19.621 orang, tetapi pada akhir tahun 2013 jumlah pasien baru HD terjadi penurunan sebanyak 15.128 orang (Indonesian Renal Registry). Di wilayah Kalimantan pada akhir tahun 2010 jumlah pasien HD baru sebanyak 437 orang, pada tahun 2012 sebanyak 384 orang, dan di akhir tahun 2013 sebanyak 612 orang (Indonesian

Renal Registry). Di RSUD Bontang pada akhir tahun 2012 jumlah pasien HD aktif sebanyak 12 orang, pada akhir tahun 2013 jumlah pasien HD aktif sebanyak 29 orang, terjadi peningkatan sebesar 141,7% (Rekam medik RSUD Bontang).

Terapi HD menjadi pengobatan praktis untuk *chronic kidney disease* (CKD) sejak tahun 1960. Dalam beberapa tahun terakhir, mesin dialisis semakin menarik bahkan dengan prosedur dan peralatan yang baik, jumlah permintaan mesin HD di Indonesia juga semakin meningkat setiap tahunnya, yaitu dari 1717 unit pada tahun 2010, 1971 unit pada tahun 2011, 2242 unit pada tahun 2012, dan 2730 unit pada tahun 2013 (Indonesian Renal Registry).

Tetapi HD masih merupakan terapi yang rumit dan tidak nyaman bagi pasien, masih banyak penderita yang mengalami masalah medis saat menjalani HD sehingga dibutuhkan upaya yang terkoordinasi dari seluruh tim pelayanan kesehatan. Komplikasi yang dapat terjadi pada saat pasien HD antara lain: hipotensi intra dialisis, hipertensi intra dialisis, kram otot, reaksi demam, aritmia, hemolisis, dan hipoksemia. Gangguan hemodinamik merupakan komplikasi yang paling sering terjadi. Hipotensi intra dialitik terjadi pada 20-30% penderita HD reguler. Tatsuya *et al*, (2004 dalam Kandarini, 2012), sedangkan hipertensi intra dialitik terjadi 5-15% penderita HD reguler Agarwal *et al*, (2008 dalam Kandarini, 2012).

Pasien dengan HD jangka panjang sering merasa khawatir akan kondisi sakitnya yang tidak dapat diramalkan, mereka biasanya mengalami masalah finansial, kesulitan dalam mempertahankan pekerjaan, dorongan seksual yang menghilang serta impotensi, depresi akibat sakit kronis dan ketakutan menghadapi kematian. Smeltzer dan Bare, (2004 dalam Baradero dkk, 2005).

Pasien yang menjalani terapi HD mengalami berbagai masalah yang timbul akibat tidak berfungsinya ginjal. Hal tersebut muncul setiap waktu sampai akhir kehidupan pasien dan menjadi stressor fisik yang berpengaruh pada berbagai dimensi kehidupan pasien meliputi biopsikososial spiritual. Kelemahan fisik yang dirasakan seperti mual, muntah, nyeri, lemah otot, edema adalah sebagian dari manifestasi klinik yang dirasakan. Stuart & Sundeen, (1998 dalam Baradero dkk, 2005).

Tujuan terapi pada pasien HD bukan hanya mempertahankan nyawa, tetapi juga memulihkan kualitas hidup yang optimal. Kualitas hidup dikaitkan dengan fungsi fisik, psikologis, spiritual, sosial dan okupasional. Kebutuhan spiritual atau kebutuhan transedental diri adalah dimana seseorang memerlukan kedekatan dengan Tuhan. Kebutuhan transedental diri ini merupakan puncak kesadaran eksistensi manusia dimana secara fitrah manusia menyadari adanya Tuhan dan memerlukan pertolongan-Nya. Dengan demikian, individu yang telah mencapai level ini mengalami keseimbangan hidup bukan

hanya sekedar pemenuhan jasmaniah semata, tetapi unsur rohani pun terpenuhi (Asmadi, 2008).

Apabila kebutuhan spiritual pada pasien HD tidak terpenuhi maka dapat mengakibatkan suatu kondisi kecemasan, stres, depresi, frustrasi, marah, gangguan citra tubuh (merasa tidak menarik lagi), gangguan harga diri, dan krisis bunuh diri. Masalah perilaku yang sering terjadi adalah ketidakpatuhan terhadap modifikasi diet, pengobatan, uji diagnostik, pembatasan asupan cairan, dan sebagainya. Burkhardt, (1993 dalam Hamid, 2008)

Hasnani, (2012) dalam penelitiannya mengemukakan bahwa dimensi psikologis merupakan dimensi yang paling dipengaruhi oleh spiritualitas. Artinya bahwa penderita penyakit kronis yang memiliki tingkat spiritualitas yang rendah cenderung lebih depresif dari pada penderita dengan tingkat spiritualitas yang baik.

Anandarajah dan Hight, (2001) mengatakan bahwa tekanan spiritual dan krisis spiritual terjadi ketika seseorang tidak dapat mencari sumber makna, harapan, cinta, kedamaian, kenyamanan, kekuatan, dan pemecahan terhadap konflik yang terjadi antara keyakinan mereka dengan apa yang terjadi dalam hidup mereka.

Seseorang yang mengalami stres, selain terwujud dalam berbagai macam penyakit, dapat pula terungkap melalui ketidakmampuannya untuk menyesuaikan diri dengan lingkungannya. Stresor yang bersifat

kehilangan dan tidak berguna lagi akan menimbulkan gangguan dengan gejala depresi yang bisa bertaraf ringan sampai berat dengan gejala murung atau sedih berkepanjangan, merasa hancur, putus asa, tidak bergairah, merasa tidak tertolong lagi, nihilistik, lungrah/berat di pagi hari, nafsu makan kurang, terbangun dua jam lebih awal dan tidak bisa tidur lagi, rendah diri, menarik diri, tidak bisa menikmati hidup (*anhedonia*), mudah tersinggung, dan curiga. Stres merupakan ketidakmampuan dalam mengatasi ancaman yang dihadapi oleh mental, fisik, emosional, dan spiritual manusia, yang pada suatu saat dapat mempengaruhi kesehatan fisik. Carson, (1989 dalam Hamid, 2008).

Salah satu dampak stres adalah terjadinya peningkatan tekanan darah. Stressor merangsang sistem saraf simpatis dan terdapat respons berikutnya melalui pelepasan norepinefrin, epinefrin, adenokortikotropik hormon (ACTH), anti diuretik hormon (ADH). Rangsangan di sistem saraf simpatis meningkatkan frekuensi jantung dan tekanan darah serta merangsang sistem renin-angiotensin-aldosteron, yang menyebabkan retensi natrium dan air, yang mempunyai banyak efek dengan jangkauan jauh pada hampir semua organ (Morton dkk, 2008).

Hipertensi pada populasi pasien HD adalah multifaktorial. Selanjutnya hipertensi dikaitkan dengan peningkatan resiko untuk

hipertrofi ventrikel kiri, penyakit arteri koroner, gagal jantung kongestif, komplikasi serebrovaskuler, dan kematian (Horl dan Walter, 2001).

Laino, (2006) melaporkan sebuah studi baru pada 5.300 penduduk Amerika keturunan Afrika telah berhasil membuktikan bahwa semangat spiritualitas seseorang didalam menjalankan agama mereka ternyata mampu membantu mereka didalam mengontrol tekanan darah mereka.

Wyatt, (2006) integrasi antara agama dan spiritualitas seperti halnya mereka yang menjalankan kegiatan keagamaan, berdoa dalam kegiatan sehari-hari, ternyata dapat membantu menunda efek merusak dari hipertensi.

Salah satu upaya untuk mencegah depresi, cemas, frustrasi, marah, gangguan harga diri, gangguan citra tubuh, bahkan krisis bunuh diri adalah dengan pendekatan spiritual. Robby, (2013 dalam Putra, 2014).

Spiritual berpengaruh terhadap mekanisme coping seseorang, sehingga seseorang harus mengasah kemampuan spiritual guna membangun mekanisme coping yang konstruktif. Perkembangan yang baik dalam aspek spiritual dapat menjadikan seseorang lebih bisa memaknai kehidupan dan memiliki penerimaan diri terhadap kondisinya sehingga memberikan respon positif terhadap perubahan-

perubahan yang terjadi pada dirinya. Nurmaafi, (2013 dalam Putra, 2014).

Spiritual yang baik mempengaruhi perilaku seseorang dalam berespon, dapat digunakan dalam masalah yang krisis dalam hidup seseorang, dan merupakan dimensi untuk mendapatkan kekuatan ketika menghadapi depresi, penyakit fisik dan masalah psikis seseorang (Zohar & Marshall, 2007).

Seseorang yang memiliki spiritualitas yang tinggi akan mempunyai manfaat yaitu menjadikan orang lebih kreatif, mampu mengatasi masalah dalam hidup yang mengakibatkan depresi, dapat menyatukan hal –hal yang bersifat intrapersonal dan interpersonal. Selain itu spiritual yang baik juga menjadikan manusia yang apa adanya dan memberi potensi untuk terus berkembang. Spiritual yang baik dapat digunakan saat masalah krisis yang membuat kita merasa kehilangan keteraturan diri dan mampu menghadapi pilihan dan realitas yang ada dan untuk mencapai kematangan pribadi (Zohar & Marshall, 2007).

Dari hasil observasi peneliti terhadap 30 orang pasien HD, didapatkan fenomena bahwa di antara mereka, ada yang mengatakan bahwa hidupnya sdh tidak berarti lagi, mereka merasa keharusan menjalani terapi HD adalah sebuah ketidakadilan Tuhan kepada mereka, dan mereka mengatakan bosan dan lelah harus menjalani

terapi HD seumur hidupnya dan ini terlihat dari keseharian mereka dalam menjalani terapi HD, dimana mereka tidak patuh terhadap terapi dokter dan edukasi yang diberikan oleh perawat, kenaikan BB pre HD yang berlebihan, dan tekanan darah yang cenderung tinggi. Tetapi ada pula yang selalu santai dan rileks, menganggap bahwa segala sesuatu sudah ada yang mengatur, sehingga manusia harus rela menerima takdir yang telah digariskan oleh Tuhan yang Maha Esa, dan prinsip mereka bahwa HD bukanlah akhir dari segalanya.

Dari latar belakang di atas, sehingga peneliti tertarik untuk melakukan penelitian yang berjudul “Hubungan antara Spiritualitas dengan Tekanan Darah pasien hemodialisis di Unit Hemodialisis RSUD Taman Husada Bontang”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah yang telah diuraikan diatas maka permasalahan dalam penelitian ini dapat dirumuskan sebagai berikut: “Apakah ada hubungan antara Spiritualitas dengan Tekanan Darah pada pasien hemodialisis di unit Hemodialisis RSUD Taman Husada Bontang?”.

C. Tujuan penelitian

1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisa hubungan antara tingkat spiritualitas dengan tekanan darah pasien HD di ruang HD RSUD Taman Husada Bontang.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengidentifikasi karakteristik responden
- b. Untuk mengidentifikasi tingkat spiritualitas pasien HD di ruang HD RSUD Taman Husada Bontang.
- c. Untuk mengidentifikasi tekanan darah pasien HD di ruang HD RSUD Taman Husada Bontang.
- d. Untuk mengetahui adanya hubungan antara tingkat spiritualitas dengan tekanan darah pasien HD di ruang HD RSUD Taman Husada Bontang.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Penulis

Sebagai sarana untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam meneliti serta menggunakan cara berfikir ilmiah, objektif, kritis dan analisis terutama yang berhubungan dengan spiritualitas dan tekanan darah pada pasien HD.

2. Bagi masyarakat

Memberikan informasi pada masyarakat khususnya pasien HD untuk dapat meningkatkan nilai spiritualitas mereka dalam

menjalani kehidupan mereka sehari-hari, sehingga hidup mereka lebih bermakna.

3. Bagi pihak instansi terkait

Dapat dijadikan sebagai bahan pengetahuan bagi petugas dan tenaga kesehatan dalam menjalankan tugas di pelayanan kesehatan terutama di ruang HD serta instansi terkait sebagai acuan dalam menentukan prioritas pelaksanaan program dalam menentukan arah kebijaksanaan dalam upaya meningkatkan nilai spiritualitas pada pasien HD.

4. Bagi pendidikan

Dapat menjadi masukan dalam proses pembelajaran dan pendidikan tentang spiritualitas dengan hubungannya terhadap tekanan darah.

5. Bagi peneliti selanjutnya

Memberikan informasi dan sebagai bahan pemikiran sehingga dapat dikembangkan serta dijadikan acuan penelitian selanjutnya.

E. Keaslian Penelitian

1. Penelitian Cahyani, (2013) tentang hubungan shalat terhadap TD pasien hipertensi. Jenis penelitian kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah pasien HT muslim yang ada di Posbindu Anggrek Kelurahan Cempaka Putih sebanyak 110 orang. Sampel dalam penelitian ini diambil secara *non probability sampling* dengan teknik *purposive sampling* sesuai kriteria inklusi dan eksklusi. Kuesioner yang digunakan ada dua yaitu kuesioner demografi dan kuesioner shalat. Analisa data univariat yaitu skor shalat dan nilai tekanan darah ditampilkan dalam distribusi frekuensi, tendensi sentral, standar deviasi, dan gambaran histogram dari variabel tersebut. Analisa bivariat menggunakan uji *spearman rank* karena kedua data berskala numerik dan berdasarkan uji normalitas data terhadap skor shalat didapatkan signifikansi uji *Saphiro–Wilk* ($N = <50$) sebesar 0,000 yang berarti distribusi data tidak normal. Derajat kepercayaan yang digunakan adalah 95% dengan α 5%. Kekuatan hubungan dari kedua variabel tersebut ditentukan dengan mengetahui nilai r . Hasil dari penelitian ini adalah koefisien korelasi antara shalat dengan TDS adalah (r) -0,524 dan untuk TDD (r) -0,338 dengan tingkat signifikansi (p) 0,000 untuk TDD dan (p) 0,023 untuk TDS. Hal ini menggambarkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara TDS dan TDD pasien hipertensi. Dimana

kekuatan atau hubungan negatif, dalam arti semakin tinggi skor shalat pasien HT semakin rendah nilai TDS dan TDD. Dalam hal ini shalat memiliki hubungan atau korelasi sedang ($r= 0,518$) dengan TDS dan korelasi lemah ($r= 0,338$) dengan TDD pasien HT. Persamaan dengan penelitian yang dilakukan adalah rancangan penelitian pendekatan *cross sectional*, instrumen yang digunakan adalah kuesioner spiritualitas, analisa univariat (tekanan darah, spiritual), karakteristik responden (jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status pernikahan) ditampilkan dalam bentuk distribusi frekuensi. Uji normalitas data untuk spiritual dengan menggunakan uji *saphiro-wilk* ($N= 0,607$). Perbedaan dengan penelitian yang dilakukan adalah jenis penelitian kualitatif, populasi pada pasien HD, sampel sebanyak 27 orang, teknik pengambilan sampel secara total sampling sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Instrumen penelitian selain dengan kuesioner juga dengan instrumen TD (sfignomometer digital), sedangkan karakteristik responden (umur, lama menjalani HD) ditampilkan dalam bentuk mean, standar deviasi, nilai minimal dan nilai maksimal. Analisa Bivariat dengan uji *Fisher Exact Test* didapatkan hasil P value= 0,257 yang berarti gagal menolak H_0 sehingga tidak ada hubungan yang bermakna antara spiritualitas dengan tekanan darah.

2. Penelitian Masyitah, (2012) tentang pengaruh terapi *spiritual emosional freedom technique* (SEFT) terhadap TD pada pasien hipertensi. Desain penelitian adalah kuasi eksperimen dengan pendekatan *the one group pre test-post test design* yaitu suatu desain yang memberikan perlakuan pada suatu kelompok intervensi, kemudian diobservasi sebelum dan sesudah intervensi. Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien hipertensi yang berobat di Rumah Sakit Umum Raden Mattaher Jambi Tahun 2012 yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Untuk besar sampel dengan menggunakan rumus perkiraan besar sampel untuk data numerik terhadap uji beda dua mean kelompok berpasangan yaitu sebanyak 28 responden. Teknik pengambilan sampel secara *consecutive sampling*. Analisa univariat untuk data numerik (umur dan nilai tekanan darah) digunakan nilai mean, median, simpang baku, nilai minimal dan nilai maksimal. Sedangkan data kategorik (jenis kelamin, riwayat hipertensi) dijelaskan dalam nilai persentasi dan proporsi responden. Analisa bivariat digunakan uji statistik uji *t dependent (paired-sample t test)* dengan menggunakan tingkat kemaknaan 0,05 dan derajat kepercayaan CI 95%. Hasil dari penelitian ini adalah ada perbedaan tekanan darah sistolik ($p= 0,001 p<\alpha$) maupun diastolik ($p= 0,001 p<\alpha$) pada pasien hipertensi sebelum dan sesudah dilakukan terapi SEFT. Persamaan pada penelitian yang

dilaksanakan hanya pada karakteristik responden (umur, lama menjalani HD) ditampilkan dalam bentuk mean, median, dan standar deviasi. Perbedaan dengan penelitian yang dilakukan adalah jenis dan rancangan penelitian kualitatif dengan pendekatan *cross sectional*, teknik pengambilan data secara total sampling sesuai kriteria inklusi dan eksklusi, instrumen yang digunakan adalah kuesioner spiritualitas, analisa univariat (tekanan darah, spiritual), karakteristik responden (jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status pernikahan) ditampilkan dalam bentuk frekuensi. Uji normalitas data (spiritual) dengan menggunakan *uji saphiro-wilk*, populasi pada pasien HD, sampel sebanyak 27 orang, instrumen penelitian selain dengan kuesioner juga dengan instrumen TD (sfignomanometer digital), analisa Bivariat dengan uji *Fisher Exact Test*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

Dalam tinjauan pustaka ini akan diuraikan konsep-konsep teori yang berkaitan dengan masalah yang akan diteliti terutama yang berhubungan dengan variabel penelitian sehingga dapat digunakan sebagai dasar berfikir dalam melakukan penelitian. Dalam bab ini akan diuraikan tentang: 1. Konsep spiritualitas 2. Konsep Tekanan Darah 3. Konsep Hemodialisa (HD)

1. Konsep Spiritualitas

a. Pengertian Spiritualitas

Adalah keyakinan dalam hubungannya dengan yang Maha Kuasa dan Maha pencipta sebagai contoh seseorang yang percaya kepada Allah sebagai Pencipta atau sebagai Maha Kuasa (Hamid, 2008).

Merupakan keyakinan klien tentang kehidupan, kesehatan, penyakit, kematian, dan hubungan individu dengan alam semesta. Gary dan Kavanagh, (1991 dalam Videbeck, 2001).

b. Aspek Spiritualitas

Menurut Burkhardt, (1993 dalam Hamid, 2008) spiritualitas meliputi aspek sebagai berikut:

- 1) Berhubungan dengan sesuatu yang tidak diketahui atau ketidakpastian dalam kehidupan.
- 2) Menemukan arti dan tujuan hidup.
- 3) Menyadari kemampuan untuk menggunakan sumber dan kekuatan dari dalam diri sendiri dan dengan yang Maha Tinggi.
- 4) Mempunyai perasaan keterikatan dengan diri sendiri dan yang Maha Tinggi.

c. Dimensi Spiritualitas

Mickley *et al*, (1992 dalam Hamid, 2008) menguraikan spiritualitas sebagai suatu yang multidimensi, yaitu dimensi agama dan dimensi eksistensial. Dimensi agama lebih berfokus kepada hubungan seseorang dengan Tuhan yang maha penguasa sedangkan dimensi eksistensial berfokus pada tujuan dan arti kehidupan. Selanjutnya Stoll, (1989 dalam Hamid, 2008) menguraikan bahwa spiritualitas sebagai konsep dua dimensi yaitu dimensi vertikal dan dimensi horizontal. Dimensi vertikal adalah hubungan dengan Tuhan atau Yang Maha Tinggi yang menuntun kehidupan seseorang. Dimensi horizontal adalah hubungan seseorang dengan diri sendiri, dengan orang lain, dan dengan lingkungan. Terdapat hubungan yang terus menerus antara dua dimensi tersebut.

d. Kebutuhan Spiritualitas

Kebutuhan spiritual adalah kebutuhan untuk mempertahankan atau mengembalikan keyakinan dan memenuhi kewajiban agama, serta kebutuhan untuk mendapatkan maaf atau pengampunan, mencintai, menjalin hubungan penuh rasa percaya dengan Tuhan. Carson, (1989 dalam Hamid, 2008).

e. Tahap Perkembangan Spiritualitas

Menurut Hamid, (2008) tahap perkembangan spiritual terdiri atas:

1) Bayi dan toddler (0-2 tahun)

Tahap awal perkembangan spiritualitas adalah rasa percaya kepada yang mengasuh yang sejalan dengan perkembangan rasa aman dan dalam hubungan dengan interpersonal, karena sejak awal kehidupan manusia mengenal dunia melalui hubungannya dengan lingkungan, khususnya orang tua. Bayi dan toddler belum memiliki rasa salah dan benar, serta keyakinan spiritual. Mereka mulai meniru kegiatan ritual tanpa mengerti kegiatan tersebut serta ikut ke tempat ibadah yang mempengaruhi citra diri mereka.

2) Prasekolah

Sikap orang tua kode moral dan agama mengajarkan kepada anak tentang apa yang dianggap baik dan buruk. Anak prasekolah meniru apa yang mereka lihat bukan yang dikatakan orang lain. Permasalahan akan timbul bila tidak ada kesesuaian atau bertolak belakang antara apa yang dilihat dan yang dikatakan kepada mereka. Anak prasekolah sering bertanya tentang moralitas dan agama, seperti perkataan dan tindakan tertentu dianggap salah. Juga bertanya “apa itu surga?” mereka meyakini bahwa orang tua mereka adalah Tuhan.

Menurut Kozier, Erb, Blais, dan Wilkinson (1995 dalam Hamid, 2008), pada usia ini metode pendidikan spiritual yang paling efektif adalah memberi indoktrinasi dan memberi kesempatan kepada mereka untuk memilih caranya. Agama merupakan bagian dari kehidupan sehari-hari. Mereka percaya bahwa Tuhan yang membuat hujan dan angin, hujan dianggap sebagai air mata Tuhan.

3) Usia sekolah

Anak usia sekolah mengharapkan Tuhan menjawab doanya, yang salah akan dihukum dan yang baik akan diberi hadiah. Pada masa prapubertas, anak sering mengalami kekecewaan karena mereka mulai menyadari

bahwa doanya tidak selalu dijawab menggunakan cara mereka dan mulai mencari alasan tanpa mau menerima keyakinan begitu saja. Pada usia ini anak mulai mengambil keputusan untuk melepaskan atau meneruskan agama yang dianutnya karena ketergantungan kepada orang tua. Pada masa remaja mereka membandingkan standar orang tua mereka dengan orang tua lain dan menetapkan standar apa yang akan diintegrasikan dalam perilakunya. Remaja juga membandingkan pandangan ilmiah dengan pandangan agama serta mencoba untuk menyatukannya. Pada masa ini, remaja yang mempunyai orang tua yang berbeda agama, akan memutuskan agama apa yang akan dianutnya atau tidak memilih satupun dari kedua agama orang tuanya.

4) Masa dewasa

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

5) Usia pertengahan

Kelompok usia pertengahan dan lansia mempunyai lebih banyak waktu untuk kegiatan agama dan berusaha untuk mengerti nilai agama yang diyakini oleh generasi muda. Perasaan kehilangan karena pensiun dan tidak aktif serta menghadapi kematian orang lain (saudara, sahabat) menimbulkan rasa kesepian dan mawas diri. Perkembangan filosofis agama yang lebih matang sering dapat membantu orang tua untuk menghadapi kenyataan, berperan aktif dalam kehidupan dan merasa berharga, serta lebih dapat menerima kematian sebagai sesuatu yang tidak dapat ditolak atau dihindarkan.

f. **Faktor yang mempengaruhi Spiritualitas**

Menurut Taylor, Lillis, dan Le Mone (1997 dalam Hamid, 2008) dan Craven, Himle (1996 dalam Hamid, 2008), faktor penting yang dapat mempengaruhi spiritualitas seseorang adalah pertimbangan tahap perkembangan, keluarga, latar belakang etnik dan budaya, pengalaman hidup sebelumnya, krisis terpisah dari ikatan spiritual, isu moral terkait dengan terapi, serta asuhan keperawatan yang kurang tepat. Faktor-faktor penting tersebut dapat dijabarkan sebagai berikut:

1) Tahap perkembangan

Berdasarkan hasil penelitian terhadap anak-anak dari empat agama yang berbeda ditemukan bahwa mereka mempunyai persepsi tentang Tuhan dan bentuk sembahyang yang berbeda menurut usia, seks, agama, dan kepribadian anak. Tema utama yang diuraikan oleh semua anak tentang Tuhan, mencakup hal-hal sebagai berikut:

- a) Gambaran tentang Tuhan yang bekerja melalui kedekatan dengan manusia dan saling keterikatan dengan kehidupan.
- b) Mempercayai bahwa Tuhan terlibat dalam perubahan dan pertumbuhan diri serta transformasi yang membuat dunia tetap segar, penuh kehidupan, dan berarti.
- c) Meyakini Tuhan mempunyai kekuatan dan selanjutnya merasa takut menghadapi kekuasaan Tuhan.
- d) Gambaran cahaya/ sinar.

2) Keluarga

Peran orang tua sangat menentukan perkembangan spiritualitas anak. Yang penting bukan apa yang diajarkan oleh orang tua kepada anaknya tentang Tuhan, kehidupan

dan diri sendiri dari perilaku orang tua mereka. Oleh karena keluarga merupakan lingkungan terdekat dan pengalaman pertama anak dalam mempersepsikan kehidupan di dunia, pandangan anak pada umumnya diwarnai oleh pengalaman mereka dalam berhubungan dengan orang tua dan saudaranya.

3) Latar belakang etnik dan budaya

Sikap, keyakinan, dan nilai dipengaruhi oleh latar belakang etnik dan sosial budaya. Pada umumnya, seseorang akan mengikuti tradisi agama dan spiritual keluarga. Anak belajar tentang pentingnya menjalankan kegiatan agama, termasuk nilai moral dari hubungan keluarga, dan peran serta dalam berbagai bentuk kegiatan keagamaan. Perlu diperhatikan bahwa apapun tradisi agama dan sistem kepercayaan yang dianut oleh individu, tetap saja pengalaman spiritual individu adalah hal unik bagi individu.

4) Pengalaman hidup sebelumnya

Pengalaman hidup, baik yang positif maupun yang negatif dapat mempengaruhi spiritualitas seseorang. Sebaliknya, juga dipengaruhi oleh bagaimana seseorang mengartikan secara spiritual kejadian atau pengalaman tersebut. Peristiwa dalam kehidupan merupakan suatu

cobaan yang diberikan Tuhan kepada manusia untuk menguji kekuatan imannya. Pada saat ini, kebutuhan spiritual akan meningkat yang memerlukan kedalaman spiritual dan kemampuan coping untuk memenuhinya.

5) Krisis dan perubahan

Krisis dan perubahan dapat menguatkan kedalaman spiritual seseorang (Toth, 1992; Craven, 1996; Himle, 1996 dalam Hamid, 2008) krisis sering dialami seseorang ketika menghadapi penyakit, penderitaan, proses penuaan, kehilangan, bahkan kematian, khususnya pada klien dengan penyakit terminal atau dengan prognosis yang buruk. Perubahan dalam kehidupan dan krisis yang dihadapi tersebut merupakan pengalaman spiritual selain juga pengalaman yang bersifat fisik dan emosional. Krisis dapat berhubungan dengan perubahan patofisiologi, terapi pengobatan yang diperlukan, atau situasi yang mempengaruhi seseorang. Diagnosis penyakit atau penyakit terminal pada umumnya akan menimbulkan pertanyaan tentang sistem kepercayaan seseorang. Jika klien dihadapkan pada kematian, keyakinan spiritual dan keinginan untuk sembahyang atau berdoa lebih tinggi dibandingkan dengan pasien yang berpenyakit bukan terminal.

6) Terpisah dari ikatan spiritual

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

7) Isu moral terkait dengan terapi

Pada kebanyakan agama, proses penyembuhan dianggap sebagai cara Tuhan untuk menunjukkan kebesarannya walaupun ada juga yang menolak intervensi pengobatan. Prosedur medik sering kali dapat dipengaruhi oleh pengajaran agama, misalnya sirkumsisi, transplantasi organ, pencegahan kehamilan, dan sterilisasi. Konflik antara jenis terapi dengan keyakinan agama sering dialami oleh klien dan tenaga kesehatan.

8) Asuhan keperawatan yang kurang sesuai

Ketika memberikan asuhan keperawatan kepada klien, perawat diharapkan peka terhadap kebutuhan spiritual klien, tetapi dengan berbagai alasan ada kemungkinan perawat justru menghindar untuk memberi asuhan spiritual. Alasan tersebut antara lain karena merasa kurang nyaman dengan kehidupan spiritualnya, tidak mendapatkan pendidikan tentang aspek spiritual dalam keperawatan, atau merasa bahwa pemenuhan kebutuhan spiritual klien bukan menjadi tugasnya, tetapi tanggung jawab pemeluk agama. Lima isu nilai yang mungkin timbul antara perawat dan klien adalah sebagai berikut:

- a) *Pluralisme*: perawat dan klien menganut kepercayaan dan iman dengan spektrum yang luas.
- b) *Fear*: berhubungan dengan ketidakmampuan mengatasi situasi, melanggar privasi klien, atau merasa tidak pasti dengan sistem kepercayaan dan nilai diri sendiri.
- c) Kesadaran tentang pertanyaan spiritual: apa yang memberi arti dalam kehidupan, tujuan, harapan, dan merasakan cinta dalam kehidupan pribadi perawat.

- d) Binggung: bingung terjadi karena adanya perbedaan antara agama dan konsep spiritual.

g. Kebutuhan Spiritual

Menurut Rando, (1984 dalam Hamid, 2008) keyakinan agama dapat membantu menyokong pasien dalam menghadapi krisis kehidupan termasuk kematian melalui berbagai hal berikut:

- 1) Membantu mengendalikan rasa takut dan ansietas tidak saja dengan mengungkapkan kedukaan, tetapi juga melalui rasa syukur terhadap karunia dan pengalaman yang telah diberikan Tuhan.
- 2) Menekankan kepada peristiwa kehidupan dan pengalaman kemanusiaan yang membuat kehidupan tampak lebih mudah dipahami.
- 3) Membantu pasien mengalihkan pikiran dan perasaan pada tindakan yang konstruktif.
- 4) Memungkinkan pasien untuk mengalihkan peristiwa kehidupan yang tragis ke arah kekuatan yang memberi harapan dan cinta.

- 5) Mengarahkan pada kepekaan spiritual dan aspirasi yang tinggi sehingga mudah menemukan hikmah yang terkandung dalam penderitaan.
- 6) Mengurangi rasa bersalah dan berduka dalam menghadapi saat-saat akhir kehidupan.
- 7) Mengalihkan perhatian dari kematian, tidak untuk mengingkari, tetapi dengan menempatkannya dalam perspektif yang lebih luas.

h. Kecerdasan Spiritual

Kecerdasan spiritual adalah pikiran yang mendapat informasi, dorongan, dan efektifitas yang terinspirasi, *theisness* atau penghayatan ketuhanan yang di dalamnya kita semua menjadi bagian. Sinetar, (2000 dalam Zohar dan Marshall, 2007).

Zohar dan Marshall, (2007). Menjelaskan bahwa spiritualitas tidak harus dikaitkan dengan kedekatan seseorang dengan aspek keTuhanan, sebab seorang humanis atau ateis pun dapat memiliki spiritualitas tinggi. Kecerdasan spiritual lebih berkaitan dengan pencerahan jiwa. Orang yang memiliki kecerdasan spiritual tinggi. mampu memaknai hidup dengan memberi makna positif pada setiap peristiwa, masalah, bahkan penderitaan yang

dialaminya. Dengan memberi makna yang positif akan mampu membangkitkan jiwa dan melakukan perbuatan dan tindakan yang positif.

i. Faktor–faktor Kecerdasan Spiritual

Faktor–faktor yang mempengaruhi kecerdasan spiritual diantaranya. Zohar & Marshall, (2007 dalam Putra, 2014)

1) Sel Saraf Otak

Otak menjadi jembatan kehidupan antara kehidupan lahir dan batin manusia. Hal ini dikarenakan otak manusia bersifat kompleks, fleksibel, adaptif, dan mampu mengorganisasikan diri, sehingga otak merupakan basis dari kecerdasan spiritual.

2) Titik Tuhan

Titik Tuhan ditemukan pada lobus temporal serebrum. Lobus temporal akan meningkat bila pengalaman religius atau spiritual berlangsung. Bagian ini akan bercahaya ketika melakukan kegiatan religius yang bersifat spiritual sehingga ini yang disebut kecerdasan spiritual.

j. Kriteria cerdas secara Spiritual

Ciri-ciri orang yang memiliki kecerdasan spiritual diantaranya kesadaran diri, spontanitas, terbimbing oleh visi dan nilai, kepedulian, merayakan keragaman, indenpendensi terhadap lingkungan, kecenderungan untuk mengajukan pertanyaan, kemampuan untuk membingkai ulang, memanfaatkan kemalangan secara positif, rendah hati, rasa keterpanggilan, holism dan konektifitas. Kesadaran diri, yaitu mengetahui apa yang diyakini dan sadar akan tujuan hidup yang paling dalam. Kepedulian yaitu sifat ikut merasakan dan empati. Merayakan keragaman, yaitu menghargai perbedaan orang lain. Indenpendensi terhadap lingkungan yaitu kesanggupan dalam mempertahankan keyakinan. Kecenderungan untuk mengajukan pertanyaan mendasar “mengapa” untuk mengkritisi apa yang ada. Kemampuan untuk membingkai ulang yaitu berfokus pada masalah untuk mencari gambaran yang lebih luas. Memanfaatkan kemalangan secara positif yaitu mampu menghadapi permasalahan kehidupan. Rasa keterpanggilan yaitu terpanggil untuk melakukan sesuatu yang lebih besar, dan berterimakasih kepada mereka yang pernah menolong. Holism dan konektifitas yaitu kesanggupan untuk melihat

pola hubungan dan keterkaitan yang lebih luas kesadaran akan keterlibatan kuat. Zohar dan Marshall, (2007 dalam Putra, 2014).

k. Manfaat Kecerdasan Spiritual

Seseorang yang memiliki spiritualitas yang tinggi akan mempunyai manfaat diantaranya menjadikan orang lebih kreatif, mampu mengatasi masalah dalam hidup, menyatukan hal-hal yang bersifat intrapersonal dan interpersonal. Selain itu kecerdasan spiritual menjadikan manusia yang apa adanya sekarang dan memberi potensi untuk terus berkembang. Kecerdasan spiritual dapat digunakan saat masalah krisis yang membuat kita merasa kehilangan keteraturan diri, mempunyai kemampuan beragama yang benar tanpa harus fanatik, mampu menghadapi pilihan dan realitas yang ada apapun bentuknya. Kecerdasan spiritual juga dapat digunakan untuk mencapai kematangan pribadi yang lebih utuh (Agustin, 2001).

I. Asuhan Keperawatan Respon Spiritual

Ronaldson, (2000 dalam Nursalam dan Ninuk, 2007) asuhan keperawatan pada aspek spiritual ditekankan pada penerimaan pasien terhadap sakit yang dideritanya, sehingga pasien akan dapat menerima dengan ikhlas

terhadap sakit yang dialami dan mampu mengambil hikmah. Asuhan keperawatan yang dapat diberikan adalah:

- 1) Menguatkan harapan yang realistis kepada pasien terhadap kesembuhan

Harapan merupakan salah satu unsur yang penting dalam dukungan sosial. Orang bijak mengatakan “hidup tanpa harapan akan membuat orang putus asa dan bunuh diri.” Perawat harus meyakinkan kepada pasien bahwa sekecil apapun kesembuhan, akan memberikan ketenangan dan keyakinan pasien untuk berobat.

- 2) Pandai mengambil hikmah

Peran perawat dalam hal ini adalah mengingatkan dan mengajarkan kepada pasien untuk selalu berfikir positif terhadap semua cobaan yang dialaminya. Dibalik semua cobaan yang dialami pasien, pasti ada maksud dari sang pencipta. Pasien harus difasilitasi untuk lebih mendekatkan diri kepada Sang Pencipta dengan jalan melakukan ibadah secara terus-menerus. Sehingga pasien diharapkan memperoleh suatu ketenangan selama sakit.

3) Ketabahan hati

Karakteristik seseorang berdasarkan pada keteguhan dan ketabahan hati dalam menghadapi cobaan. Individu tersebut biasanya mempunyai keteguhan hati dalam menentukan kehidupannya. Ketabahan hati sangat dianjurkan kepada pasien penyakit terminal. Perawat dapat menguatkan diri pasien dengan memberikan contoh yang nyata dan atau mengutip kitab suci atau pendapat orang bijak; bahwa Tuhan tidak akan memberi cobaan kepada umat-Nya, melebihi kemampuannya (Al-Baqarah, 2:286). Pasien harus diyakinkan bahwa semua cobaan yang diberikan pasti mengandung hikmah yang sangat penting dalam kehidupannya.

m. Penilaian Spiritual

orang yang memiliki kecerdasan spiritual yang tinggi tidak dapat dilihat dengan mudah karena kembali ke pengertian SQ (*spiritual question*), yaitu kemampuan seseorang untuk memecahkan persoalan makna dan nilai, untuk menempatkan perilaku dan hidup kita dalam konteks makna yang lebih luas dan kaya, serta menilai bahwa jalan hidup yang kita pilih memiliki makna yang lebih daripada yang lain, dari hal tersebut dapat dilihat

bahwa kecerdasan spiritual adalah kecakapan yang lebih bersifat pribadi, sehingga semua kembali kepada individu itu sendiri dan kepada hubungannya dengan Sang Pencipta. Tanda dari orang-orang yang memiliki SQ yang berkembang dengan baik/tinggi:

1. Mampu bersikap fleksibel (adaptif secara spontan dan aktif)
2. Memiliki tingkat kesadaran diri yang tinggi
3. Mampu untuk menghadapi dan memanfaatkan penderitaan
4. Mampu untuk menghadapi dan melampaui rasa sakit
5. Memiliki kualitas hidup yang didasari oleh visi dan nilai-nilai
6. Menghindari hal-hal yang dapat menyebabkan kerugian yang tidak perlu
7. Cenderung untuk memandang segala hal itu berkaitan (holistik)
8. Kecenderungan nyata untuk bertanya “mengapa?” atau “bagaimana jika” untuk mencari jawaban-jawaban mendasar
9. Mandiri SQ yang berkembang dengan baik dapat menjadikan seseorang memiliki “makna” dalam hidupnya. Dengan “makna” hidup ini seseorang akan

memiliki kualitas “menjadi”, yaitu suatu modus eksistensi yang dapat membuat seseorang merasa gembira, menggunakan kemampuannya secara produktif dan dapat menyatu dengan dunia (anonem, 2009).

n. Konsep dasar Keperawatan *Palliative*

1) Pengertian Keperawatan Palliatif

Definisi Perawatan *palliative* telah mengalami beberapa evolusi. Menurut WHO pada 1990 perawatan *palliative* adalah perawatan total dan aktif dari untuk penderita yang penyakitnya tidak lagi *responsive* terhadap pengobatan kuratif. Berdasarkan definisi ini maka jelas Perawatan Paliatif hanya diberikan kepada penderita yang penyakitnya sudah tidak responsif terhadap pengobatan (kuratif). Artinya sudah tidak dapat disembuhkan dengan upaya kuratif apapun. Tetapi definisi perawatan paliatif menurut WHO 15 tahun kemudian sudah sangat berbeda. Definisi Perawatan paliatif yang diberikan oleh WHO pada tahun 2005 bahwa perawatan paliatif adalah sistem perawatan terpadu yang bertujuan meningkatkan kualitas hidup, dengan cara meringankan nyeri dan penderitaan lain, memberikan dukungan spiritual dan psikososial mulai

saat diagnosa ditegakkan sampai akhir hayat dan dukungan terhadap keluarga yang kehilangan/berduka (Natalia, 2014).

2) Tujuan dari Perawatan Palliatif

Untuk memberikan dukungan dan perhatian yang membuat hidup pasien menyenangkan selama masa sakit, sehingga mereka bisa menikmati betul sisa hidup mereka (Natalia, 2014).

3) Prinsip perawatan paliatif (Nugroho, 2011)

- a) Menghilangkan nyeri & gejala-gejala yang menyiksa,
- b) Menghargai kehidupan & menghormati kematian sebagai suatu proses normal, tidak bermaksud mempercepat atau menunda kematian
- c) Perawatan yang mengintegrasikan aspek psikologis dan spiritual, sosial, budaya dari pasien dan keluarganya, termasuk dukungan saat berkabung.
- d) Memberi sistim dukungan untuk mengusahakan pasien sedapat mungkin tetap aktif sampai kematiannya.
- e) Memberi sistim dukungan untuk menolong keluarga pasien melalui masa sakit pasien, dan sewaktu masa perkabungan

- 4) Manfaat perawatan paliatif (Nugroho, 2011)
 - a) Meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarganya
 - b) Mengurangi penderitaan pasien
 - c) Mengurangi frekwensi kunjungan ke rumah sakit
 - d) Meningkatkan kepatuhan pengobatan
- 5) Langkah-langkah Perawatan Palliative (Nugroho, 2011)
 - a) Membentuk team untuk menghadapi beragam pasien dan masalah-masalah keluarga.
 - b) Tujuan dari tim ini adalah mengobati, merawat, memberikan penyuluhan sosial dan pelayanan lainnya dan bekerja sama dengan Departemen Kesehatan, Swasta (LSM), relawan, dll.
 - c) Perubahan dari pengobatan aktif ke pengobatan *Palliative* tidak terjadi dalam waktu yang singkat.
 - d) Perawatan *Palliative* sangat berhasil ketika masih pada fase dini, mendapat dukungan dari lingkungannya yaitu keluarga dan adanya team yang membangkitkan kesadarannya.

o. Aplikatif Spiritual di Ruang HD RSUD Bontang

Asuhan keperawatan spiritual ini diawali dengan pengkajian meliputi konsep klien tentang Tuhan, sumber kekuatan atau harapan, praktek religius dan hubungan

antara keyakinan spiritual dengan status kesehatan. Hasil pengkajian akan menjadi dasar dalam merencanakan keperawatan spiritual, diantaranya meningkatkan pengetahuan tentang praktik ibadah pada orang sakit, meningkatkan kegiatan ibadah ritual, konseling, dukungan emosi/*emotional Support*, *spiritual Support*, memfasilitasi peningkatan Spiritual, *dying Care*, meningkatkan harapan serta dukungan kelompok (Puspita, 2009).

Perencanaan yang dibuat kemudian diimplementasikan dan dievaluasi berdasarkan observasi perawat. Adapun kriteria pencapaian hasil dari asuhan keperawatan spiritual ini adalah meningkatnya pengetahuan tentang praktik ibadah pada orang sakit, meningkatnya praktik ibadah ritual, stabilitas emosi, memiliki keterampilan interaksi sosial yang baik, memiliki harapan, kesejahteraan spiritual, hidup yang berkualitas serta mencapai kematian yang khusnul khatimah (Puspita, 2009).

Adapun aplikasi spiritual yang akan dilakukan di ruang HD RSUD Bontang seperti: membantu pasien dalam melakukan ibadah seperti melakukan shalat, membimbing pasien berdoa, menghafal doa-doa untuk orang sakit, menyediakan buku doa, mentalin klien

sakaratul maut, dan menciptakan lingkungan yang menjaga aurat klien.

2. Konsep Tekanan Darah (TD)

a. Pengertian

Adalah suatu tenaga yang digunakan atau dipakai oleh darah yang dipompakan oleh jantung ke seluruh jaringan tubuh melalui pembuluh darah (Soenanto, 2009).

b. Klasifikasi TD (Soenanto, 2009)

Tabel 3.1 Klasifikasi tekanan darah pada orang dewasa menurut ISH/WHO dan JNC Report 3003

kategori	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
Normal	< 130	< 90
Hipertensi ringan	140-159	90-99
Hipertensi sedang	160-179	100-109
Hipertensi berat	180-209	110-119
Hipertensi maligna	> 210	> 120

Ket: Hipertensi maligna=sangat berat

c. Fisiologi TD

TD merupakan daya yang dihasilkan oleh darah terhadap setiap satuan luas dinding pembuluh darah. TD hampir selalu dinyatakan dalam milimeter air raksa (mmHg) karena manometer air raksa merupakan rujukan baku untuk pengukuran tekanan darah (Guyton & Hall, 1997).

TD ditentukan oleh curah jantung atau *cardiac output* (CO) dikali *total peripheral resistance* (TPR). Curah jantung normal adalah 5 liter/menit dan dipengaruhi oleh usia, posisi tubuh, olahraga, obat-obatan (digitalis), dan penyakit intrakardial atau ekstrakardial. Curah jantung adalah jumlah darah yang dapat dipompa oleh ventrikel setiap menitnya. Terdapat 2 faktor penting yang berpengaruh terhadap curah jantung (Guyton dan Hall, 1997) yaitu:

- 1) Faktor jantung yang terdiri dari denyut jantung (*heart rate*) dan isi sekuncup (*stroke volume*).

Faktor jantung lebih banyak dipengaruhi oleh penampilan ventrikel. Denyut jantung (*heart rate*) terhadap curah jantung sangat bergantung pada keseimbangan rangsangan antara saraf simpatis dan para simpatis, dengan rangsangan simpatis dapat meningkatkan denyut jantung, sedangkan saraf parasimpatis memberi pengaruh sebaliknya. Isi sekuncup (*stroke volume*) selalu bervariasi. Kondisi ini disebabkan oleh perubahan-perubahan panjang serabut miokardium. Pada dasarnya, isi sekuncup berpengaruh pada 2 komponen utama yaitu: *End-diastolic volume* (volume darah yang terdapat dalam ventrikel pada saat terakhir jantung terisi penuh darah), *End-sistolic*

volume (volume darah yang masih tersisa dalam ventrikel jantung setelah kontraksi jantung).

2) Faktor jumlah aliran balik vena (*venous return*)

Aliran balik vena ditentukan oleh proses keseimbangan cairan dalam tubuh, sebagai contoh dalam keadaan aktifitas yang tinggi, banyak cairan yang dikeluarkan melalui keringat sehingga volume aliran balik darah juga berkurang.

TD *sistole* merupakan TD yang terukur saat ventrikel kiri jantung berkontraksi. Darah mengalir dari jantung ke pembuluh darah sehingga pembuluh darah teregang maksimal. Pada pemeriksaan fisik, bunyi “lup” pertama yang terdengar adalah tekanan darah *sistole* (korotkoff I) (Ronny dkk, 2008).

TD *diastole* merupakan TD yang terjadi pada saat jantung berelaksasi (*diastole*). Pada saat *diastole* tidak ada darah yang mengalir dari jantung ke pembuluh darah sehingga pembuluh darah dapat kembali ke ukuran normalnya sementara darah didorong ke bagian arteri yang lebih distal. Pada pemeriksaan fisik, TD *diastole* dapat ditentukan melalui bunyi “dup” terakhir yang terdengar (korotkoff V) (Ronny dkk, 2008).

Ronny, dkk (2008) tubuh manusia memiliki regulasi TD yang berfungsi menjaga TD tetap dalam keadaan konstan. TD dapat terkontrol tetap konstan apabila kontrol haluaran jantung (jumlah darah yang dipompa jantung), resistensi perifer (tahanan dinding pembuluh darah), dan volume darah berjalan baik. Mekanisme kerja ketiga faktor tersebut diregulasi oleh beberapa sistem pengaturan TD yaitu:

1) Sistem pengaturan TD jangka pendek

Pengaturan jangka pendek dikendalikan oleh sistem saraf. Pengendalian ini biasanya berlangsung dalam hitungan detik sampai menit. Mekanisme utama sesuai dengan mekanisme umpan balik negatif. Adalah mekanisme perangsangan yang akan menyebabkan pengurangan impuls respon tubuh. Mekanisme ini membutuhkan sensor/reseptor, neuron aferen, sistem saraf pusat, neuron eferen, dan afektor.

2) Sistem pengaturan TD intermediet dan jangka panjang.

Pengaturan sistem pengaturan TD jangka menengah dan jangka panjang dikelompokkan menjadi dua bagian besar yaitu:

a) Pengaturan secara vasoaktif (epinefrin, serotonin 5-hidroksitriptamin, histamin, angiotensin II, prostatglandin, nitrogen oksida).

b) Pengaturan nonvasoaktif

Berkaitan dengan jumlah volume cairan ekstraseluler. TD pada umumnya tidak selalu konstan, tetapi berubah dan dipengaruhi oleh keadaan kesehatan, aktifitas fisik, jumlah asupan cairan, dan lain-lain. Keadaan tersebut akan mempengaruhi oleh daya regang pembuluh darah. Kemampuan daya regang pembuluh darah dapat menurun seiring faktor usia atau karena penyakit seperti arterisklerosis.

d. Prinsip pengukuran TD

Pengukuran TD menggunakan alat yang disebut sfignomanometer (Kozier dan ERB, 2003). Metode ini pertama kali diperkenalkan oleh seorang dokter Rusia yaitu Korotkoff pada tahun 1905. Manset dari sfignomanometer diletakkan di atas *arteri brachialis*. Stetoskop juga digunakan untuk mendengar denyut. Tekanan dinaikkan hingga tidak terdengar denyut lagi. Hal ini terjadi karena tekanan manset melebihi TD sehingga arteri terjepit dan tidak ada darah yang mengalir di dalamnya. Kemudian secara perlahan-lahan tekanan

manset dikurangi sehingga terdengar bunyi "dup" pertama (korotkoff I). Denyut pertama ini menggambarkan TD sistolik dan pada saat ini pembuluh darah yang sebelumnya tidak teraliri darah mulai mengalirkan darah kembali. Denyutan terdengar disebabkan penyempitan pembuluh darah mengakibatkan aliran laminar/turbulen dari darah yang perlahan memasuki pembuluh darah.

Ketika tahanan manset terus diturunkan secara perlahan, bunyi denyut juga akan terdengar menurun sehingga akhirnya menghilang. Bunyi denyut terakhir menggambarkan TD diastolik (korotkoff V). Bunyi denyut akhirnya menghilang karena tekanan manset telah turun dibawah tekanan pembuluh darah sehingga tidak ada tahanan lagi. TD ini sangat penting dalam sistem sirkulasi darah dan selalu diperlukan untuk daya dorong mengalirnya darah di dalam arteri, arteriola, kapiler, dan sistem vena, sehingga terbentuk suatu aliran darah yang menetap.

Jantung bekerja sebagai pompa darah, karena dapat memindahkan darah dari pembuluh vena ke pembuluh darah arteri pada sistem sirkulasi tertutup. Aktifitas pompa jantung berlangsung dengan cara mengadakan kontraksi dan relaksasi, sehingga dapat menimbulkan TD didalam sistem sirkulasi.

e. Hipertensi dan Gagal ginjal (Guyton & Hall, 1997)

CKD disebabkan oleh hilangnya sejumlah besar nefron fungsional yang bersifat *irreversibel*. Gejala-gejala klinis yang serius seringkali tidak muncul sampai jumlah nefron fungsional berkurang sedikitnya 70 persen dibawah normal.

Hipertensi dapat memicu kembali kerusakan pada glomerulus dan pembuluh darah ginjal dan karena itu, menjadi penyebab utama gagal ginjal stadium akhir. Sebaliknya, kelainan fungsi ginjal dapat menyebabkan hipertensi, jadi pada beberapa keadaan, hubungan antara hipertensi dan penyakit ginjal dapat menimbulkan suatu lingkaran setan: kerusakan ginjal primer menimbulkan peningkatan tekanan darah, yang kemudian menyebabkan kerusakan ginjal lebih lanjut, lalu meningkatkan tekanan darah, dan seterusnya, sampai timbul gagal ginjal stadium akhir.

Tidak semua jenis penyakit ginjal menimbulkan hipertensi karena kerusakan bagian tertentu ginjal akan menyebabkan uremia tanpa hipertensi. Namun demikian, beberapa jenis kerusakan ginjal terutama cenderung menyebabkan hipertensi.

Lesi-lesi ginjal yang menurunkan kemampuan ginjal untuk mengekskresi natrium dan air mempermudah timbulnya hipertensi. Lesi-lesi ginjal yang menurunkan kemampuan ginjal untuk mengekskresi natrium dan air hampir selalu menyebabkan hipertensi. Karenanya, lesi-lesi yang menurunkan GFR atau meningkatkan reabsorpsi tubulus biasanya menimbulkan hipertensi dengan berbagai tingkat keparahan. Beberapa jenis khusus kelainan ginjal yang dapat menyebabkan hipertensi adalah sebagai berikut:

- 1) Peningkatan resistensi pembuluh darah ginjal, yang menurunkan aliran darah ginjal dan GFR. Contohnya adalah hipertensi yang disebabkan oleh stenosis arteri ginjal.
- 2) Penurunan koefisien filtrasi kapiler glomerulus, yang menurunkan GFR. Salah satu contohnya ialah glomerulonefritis kronis, yang menyebabkan peradangan dan penebalan membran kapiler glomerulus, sehingga menurunkan koefisien filtrasi kapiler glomerulus.
- 3) Reabsorpsi natrium tubulus yang berlebihan. Salah satu contoh ialah hipertensi yang disebabkan oleh sekresi aldosteron yang berlebihan, yang meningkatkan reabsorpsi natrium terutama di tubulus koligentes kortikalis.

Bila telah timbul hipertensi, ekskresi natrium dan air dari ginjal kembali normal karena tekanan arterial yang tinggi menyebabkan natriuresis tekanan dan diuresis tekanan, sehingga asupan dan keluaran natrium dan air kembali seimbang lagi. Bahkan bila ada peningkatan yang besar pada resistensi vaskular ginjal atau penurunan pada koefisien kapiler glomerulus, GFR masih dapat kembali mendekati nilai normal setelah tekanan darah arterial meningkat. Demikian pula, bila reabsorpsi tubulus meningkat, seperti yang terjadi pada sekresi aldosteron yang berlebihan, kecepatan ekskresi urine mula-mula berkurang tapi kemudian kembali normal begitu tekanan arterial meningkat. Jadi, setelah timbul hipertensi mungkin tidak ada tanda-tanda gangguan ekskresi natrium dan air selain hipertensi.

Hipertensi akibat kerusakan ginjal setempat dan peningkatan sekresi renin ginjal. Jika salah satu bagian ginjal mengalami iskemik dan selebihnya tidak iskemik, seperti yang terjadi bila salah satu arteri renalis sangat berkonstriksi, jaringan ginjal iskemik menyekresi renin dalam jumlah besar. Sekresi ini menyebabkan pembentukan angiotensin II, yang dapat menyebabkan hipertensi. Rangkaian kejadian yang paling mungkin menyebabkan hipertensi ini, adalah: jaringan ginjal iskemik sendiri mengekskresi air dan garam dalam

jumlah kurang dari normal, renin disekresi oleh ginjal yang iskemik dan selanjutnya terjadi peningkatan pembentukan angiotensin II yang mempengaruhi jaringan ginjal noniskemik juga menimbulkan retensi garam dan air, kelebihan garam dan air menyebabkan hipertensi dengan cara yang biasa.

Jenis hipertensi yang serupa dapat terjadi bila sepotong area dari satu atau kedua ginjal mengalami iskemik sebagai akibat dari arteriosklerosis atau kerusakan pembuluh darah pada bagian setempat ginjal. Bila hal ini terjadi nefron iskemik mengekskresi garam dan air lebih sedikit tapi menyekskresi renin dalam jumlah lebih besar, yang menyebabkan peningkatan pembentukan angiotensin II. Kadar angiotensin II yang tinggi kemudian mengganggu kemampuan nefron normal di sekitarnya untuk mengekskresi natrium dan air. Sebagai akibatnya, timbul hipertensi, yang memulihkan seluruh ekskresi natrium dan air oleh ginjal, sehingga keseimbangan antara asupan dan keluaran garam dan air dipertahankan tapi pada tekanan darah yang jauh lebih tinggi.

Penyakit ginjal yang menyebabkan hilangnya seluruh nefron menimbulkan gagal ginjal tapi tidak menimbulkan hipertensi. Hilangnya sejumlah besar nefron, seperti yang terjadi pada kehilangan satu ginjal dan sebagian ginjal lainnya, hampir selalu menimbulkan gagal ginjal jika jumlah jaringan

ginjal yang hilang cukup banyak. Jika nefron selebihnya bersifat normal dan asupan garam tidak berlebihan, kondisi ini mungkin tidak menimbulkan hipertensi yang bermakna secara klinis karena sedikit peningkatan tekanan darah akan meningkatkan GFR dan menurunkan reabsorpsi natrium tubulus untuk memudahkan ekskresi air dan garam pada urine dalam jumlah yang cukup, walau hanya sedikit sekali nefron yang masih intak. Di lain pihak, pasien dengan jenis kelainan ini dapat mengalami hipertensi berat jika ada stres lain yang menyertai, seperti makan sejumlah besar garam. Pada keadaan ini, ginjal tidak mampu mengeluarkan garam dalam jumlah yang adekuat dengan sedikit nefron fungsional yang masih tersisa.

f. Metode Pengukuran TD

Menurut Kozier dan ERBS, (2003) ada dua metode tidak langsung non invasif yang umumnya digunakan dalam mengukur TD: metode auskultasi dan metode palpasi. Metode palpasi umumnya digunakan di rumah sakit, klinik, dan rumah. Tekanan eksternal diberikan pada arteri superfisial dan perawat membaca tekanan pada sfignomanometer sambil mendengarkan lima fase suara yang disebut suara korotkoff melalui stetoskop. Metode palpasi kadang-kadang digunakan ketika suara korotkoff tidak dapat didengar dan peralatan

elektronik untuk membantu mendengarkan suara tidak tersedia. Perawat melakukan palpasi denyut arteri saat tekanan manset dilepaskan. Tekanan sistolik dibaca pada sfigmomanometer saat denyutan pertama dirasakan. Selain denyutan, terasa getaran tunggal seperti deraan, yang mengidentifikasi tempat saat tekanan dalam manset mendekati tekanan diastolik.

g. Faktor-faktor yang mempengaruhi TD

Menurut Hegner dan Caldwees, 2003 faktor yang mempengaruhi tekanan darah, antara lain:

1). Riwayat keluarga

Berdasarkan hasil riset menunjukkan bahwa faktor genetik sekitar 30% berhubungan dengan kejadian hipertensi primer. Faktor genetik berpengaruh terhadap pengaturan sistem renin-angiotensin-aldosteron dan lainnya yang mempengaruhi tonus vaskuler, transportasi garam dan air pada ginjal yang berhubungan dengan perkembangan hipertensi, walaupun hubungan faktor genetik secara langsung dengan hipertensi belum ditemukan. Kasper *et al*, (2005 dalam Martiningsih, 2011).

2). Usia

Insidensi hipertensi meningkat seiring dengan penambahan umur. Pasien yang berumur di atas 60 tahun, 50 – 60 % mempunyai tekanan darah lebih besar atau sama dengan 140/90 mmHg. Hal ini merupakan pengaruh degenerasi yang terjadi pada orang yang bertambah usianya. Hipertensi merupakan penyakit multifaktorial yang munculnya oleh karena interaksi berbagai faktor. Dengan bertambahnya umur, maka TD juga akan meningkat. Setelah umur 45 tahun, dinding arteri akan mengalami penebalan oleh karena adanya penumpukan zat kolagen pada lapisan otot, sehingga pembuluh darah akan berangsur-angsur menyempit dan menjadi kaku (Oktora, 2007).

TD sistolik meningkat karena kelenturan pembuluh darah besar yang berkurang pada penambahan umur sampai dekade ketujuh sedangkan TD diastolik meningkat sampai dekade kelima dan keenam kemudian menetap atau cenderung menurun. Peningkatan umur akan menyebabkan beberapa perubahan fisiologis, pada usia lanjut terjadi peningkatan resistensi perifer dan aktivitas simpatik.

Robb dan Cotran, (2005 dalam Oktora, 2007) pengaturan TD yaitu refleks baroreseptor pada usia lanjut sensitivitasnya sudah berkurang, sedangkan peran ginjal juga sudah berkurang dimana aliran darah ginjal dan laju filtrasi glomerulus menurun.

3). Jenis kelamin

Penelitian yang dilakukan oleh Harahap dkk, (2008) mengenai hubungan jenis kelamin dan riwayat keturunan terhadap TD, bahwa terdapat hubungan antara jenis kelamin dengan TD diastolik. Dimana TD diastolik perempuan lebih rendah 3,4 mmHg dibandingkan laki-laki. Berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Anggara dan Prayitno, (2013) bahwa Jenis kelamin pada penelitian mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan TD tidak berhubungan secara statistik dengan TD ($p>0,05$).

4). Stres

Stres dan hipertensi telah lama dianggap saling berhubungan, meskipun bukti-bukti yang mendukung hubungan ini masih tetap diperdebatkan. Stres didefinisikan sebagai akibat yang ditimbulkan oleh faktor psiko-emosional yang mengganggu keseimbangan kardiovaskuler. Sutanto (2010), stres dianggap sebagai

suatu yang buruk ketika seseorang tidak mampu menanggulangi stresor dengan baik. Stresor dapat mengganggu kesehatan emosi maupun fisik. Pengaruh dari stres akut pada sistem kardiovaskuler digambarkan secara baik dalam penelitian dari Brod dkk, (1959). Brod dkk mengevaluasi subjek-subjeknya sebelum dan selama stres emosional akut yang disebabkan kebutuhan subjek untuk melakukan pengurangan dua detik (2 s) selama empat menit. Selama stres ini rata-rata tekanan arterial meningkat dari 100 mgHg sampai 120 mgHg, TD meningkat karena peningkatan curah jantung (*cardiac output*), tanpa perubahan tahanan perifer total.

Meskipun tahanan perifer total tidak dipengaruhi oleh stres, aliran darah regional dipengaruhi dengan cara yang berbeda. Aliran darah meningkat ke otot-otot, jantung, dan otak serta berkurang dalam pembuluh darah *splanchnic* dan ginjal. Respon terhadap stres mental ini sangat mirip dengan perubahan hemodinamik yang disebabkan oleh olah raga ringan. Falkner dkk, (1978) menemukan bahwa peningkatan TD pada manusia adalah *reversible* dan berhubungan dengan peningkatan denyut jantung.

Penelitian dari Knardahl dkk (1988) pada tikus yang diberi stres dengan kejutan listrik pada kaki dan bunyi

yang berhubungan dengan kejutan pada kaki tersebut menemukan suatu peningkatan tekanan TD dengan stres yang berhubungan dengan peningkatan denyut jantung. Perubahan ini berhubungan dengan peningkatan bermakna dari adrenalin dan noradrenalin, yang mendukung bahwa katekolamin mempengaruhi stres menginduksi hipertensi. Tentu saja, penelitian pada beberapa laboratorium mempunyai kesamaan yang dijumpai pada yang menginduksi peningkatan dalam system renin-angiotensin-aldosteron pada hormon adrenokortikotropik dan kortisol, dan vasopressin.

5). Obesitas

Obesitas diartikan sebagai suatu keadaan dimana terjadi penimbunan lemak yang berlebihan di jaringan lemak tubuh dan dapat mengakibatkan terjadinya beberapa penyakit. Hubungan hipertensi dan obesitas telah diketahui sejak lama dan kedua keadaan ini sering dikaitkan dengan peningkatan risiko penyakit kardiovaskular (anonem, 2008).

Pada *Swedish obese study* didapatkan angka kejadian hipertensi pada obesitas adalah sebesar 13,5% dan angka ini akan makin meningkat seiring dengan

peningkatan indeks massa tubuh. Banyak penelitian yang membuktikan adanya hubungan antara indeks massa tubuh dengan kejadian hipertensi dan diduga peningkatan berat badan memainkan peranan penting pada mekanisme timbulnya hipertensi pada orang dengan obesitas. Didapatkan adanya peningkatan volume plasma dan curah jantung yang akan meningkatkan TD (anonem, 2008).

Hal ini mungkin berkaitan dengan beberapa perubahan gaya hidup, latihan jasmani, diet, dan pemakaian obat anti obesitas, sedangkan untuk obat antihipertensi sampai saat ini belum ada rekomendasi mengenai obat antihipertensi utama yang dianjurkan untuk keadaan ini (anonem, 2008).

Rekomendasi *joint national committee-VI* (JNC-VI) untuk penanganan pasien hipertensi dengan obesitas lebih difokuskan penanganan non farmakologi untuk menurunkan berat badan. Rekomendasi *World Health Organization International Society of Hypertension*, (1999) untuk hipertensi juga memfokuskan pada penurunan berat badan sebagai penanganan utama untuk pasien obesitas tanpa memberikan rekomendasi yang spesifik untuk obat antihipertensi sebagai penanganan farmakologi. Padahal

pada umumnya pasien obesitas tersebut sering mengalami kesulitan dan kegagalan untuk menurunkan berat badannya (anonem, 2008).

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa pada penurunan berat badan 1 kg akan diikuti dengan penurunan tekanan darah sebesar 0,3-1 mmHg, selain itu penurunan ini akan memberikan perbaikan dari profil lipid, terjadi *reversal process* dari hipertrofi ventrikel, penurunan risiko terjadinya diabetes dan perbaikan kualitas hidup pasien (anonem, 2008).

6). Asupan garam yang berlebihan

Karena TD bergantung pada kecepatan denyut jantung, volume sekuncup, dan TPR, peningkatan salah satu dari ketiga variabel yang tidak dikompensasi dapat menyebabkan hipertensi. Peningkatan volume sekuncup yang berlangsung lama dapat terjadi akibat gangguan penanganan air dan garam oleh ginjal atau konsumsi air yang berlebihan. Penelitian epidemiologis, migrasi, dan genetik pada manusia dan hewan memperlihatkan bukti yang kuat hubungan antara asupan tinggi garam dan peningkatan TD. Dari perspektif evolusi, manusia beradaptasi dengan ingesti dan ekskresi kurang dari 1

gram garam per hari, yang setidaknya kurang dari sepuluh kali dari rata-rata konsumsi garam dinegara-negara industri. Selain peningkatan asupan diet garam, peningkatan abnormal kadar renin dan aldosteron atau penurunan aliran darah ke ginjal juga dapat mengganggu pengendalian garam dan air (anonem, 2008).

7). Pola makan

Makanan merupakan faktor penting yang dapat menentukan TD. Sebagian besar orang di Inggris tidak mengonsumsi buah dan sayuran segar dengan cukup. Meningkatkan asupan buah dan sayuran segar dapat menurunkan tekanan darah. Menerapkan pola makan yang rendah lemak jenuh, kolesterol, dan total lemak, serta kaya akan buah, sayur, serta produk susu rendah lemak

8). Berbagai pemicu serangan jantung yang lain seperti Alkohol, merokok, dan kokain.

Alkohol bisa meningkatkan tekanan darah sehingga beban jantung meningkat. Peminum alkohol 3 kali lebih berisiko mengalami serangan jantung dalam waktu 12 jam sesudah minum minuman alkohol. Sedangkan penggunaan narkotika khususnya kokain meningkatkan

serangan jantung hingga 24 kali lipat dalam waktu 24 jam sesudahnya. Namun studi terbaru yang dipublikasikan dalam jurnal *Lancet* membuktikan, polusi udara sebenarnya 5 kali lebih membahayakan jantung dibandingkan kokain (anonem, 2008).

Zat-zat kimia beracun seperti nikotin dan karbondioksida yang dihisap melalui rokok yang masuk kedalam aliran darah dapat merusak lisan endotel pembuluh darah arteri dan mengakibatkan proses arteriosklerosis, dan tekanan darah tinggi. Pada studi autopsi dibuktikan kaitan erat antara kebiasaan merokok dengan adanya arteriosklerosis pada seluruh pembuluh darah. Merokok juga meningkatkan denyut jantung dan kebutuhan oksigen untuk disuplai ke otot-otot jantung. Merokok pada tekanan darah tinggi semakin meningkatkan risiko kerusakan pada pembuluh darah arteri (Tjokronegoro & Utami, 2001; Sumiati, 2010) dalam (Masyitah, 2012).

h. Hubungan antara Spiritualitas dengan Tekanan Darah

Menurut Roizen dan Mehmet, (2010) bagi sebagian orang menjadi seseorang yang religius berarti pergi ke tempat ibadah setiap hari. Bagi sebagian lainnya, spiritual berarti menemukan tempat yang tenang untuk bermeditasi dan

memikirkan tujuan hidup yang paling utama. Dan bagi segelintir orang, spiritual berarti menutup mata dan berdoa kepada Tuhan. Terlepas dari motivasi setiap orang untuk berdoa, tidak bisa dipungkiri bahwa banyak orang yang melakukannya. Menurut hasil penelitian, sebanyak 36 persen orang menggunakan obat-obatan pelengkap atau alternatif, tetapi angka tersebut meningkat dua kali lipat ketika aktifitas berdoa dimasukkan pula kedalam jenis pengobatan alternatif atau pelengkap tersebut. Para responden mengaku bahwa mereka menggunakan doa untuk meningkatkan kesehatan mereka dan menolong orang lain. Diantara mereka yang berdoa demi alasan kesehatan, sebanyak 70% menyatakan bahwa doa memang dapat menyembuhkan dan menyehatkan. Tampaknya doa ini terbentuk melalui beberapa mekanisme:

1) Doa itu menyenangkan

Dalam meditasi apapun pilihan religius anda, berdoa dapat membantu memperlambat pernafasan dan aktivitas otak, dan menurunkan denyut jantung serta tekanan darah.

2) Doa bersifat positif

Ketika berdoa diri akan dipenuhi kedamaian, kebahagiaan, dan emosi lainnya. Beberapa bukti menyatakan bahwa emosi ini memicu respon positif

secara fisiologis keseluruhan bagian tubuh. Kadar hormon stres dipersiapkan untuk kehidupan yang damai dan tenteram. Mungkin yang lebih penting, sistem imun menjadi tidak mudah terguncang sehingga senyawa kimia seperti sitokinin yang cenderung menyebabkan peradangan (*pro-inflammatory*), yang bertindak seperti bensin terhadap api, tidak membuat persendian dan arteri untuk bereaksi berlebihan terhadap setiap stres biologis didalam diri kita. Hasilnya adalah berkurangnya inflamasi, dan tubuh menjadi tempat yang lebih indah untuk ditinggali.

Cahyani, (2014) mengenai hubungan shalat terhadap tekanan darah pasien HT. Bahwa shalat memiliki keutamaan dan faedah yang besar untuk menciptakan kesehatan dan ketenangan jiwa. Ketika shalat ruhani bergerak menuju yang maha kuasa. Pikiran terlepas dari keadaan riil dan panca indera melepaskan diri dari segala macam keruwetan peristiwa disekitarnya, termasuk keterikatan dengan sensasi tubuhnya seperti rasa sedih, gelisah, rasa cemas, dan lelah. Dalam tingkat sederhana, shalat bisa berarti sebagai *coping mechanism*. Mekanisme ini akan meningkatkan kekebalan seseorang terhadap stres yang mana dalam bahas medis disebut *stress of tolerance* dimana tinggi rendahnya *stress of*

tolerance pada seseorang ditentukan oleh *coping mechanism* tadi. Jika berhasil melakukan *coping mechanism* terhadap setiap persoalan yang terjadi, maka orang tersebut dipastikan akan terhindar dari stres, tertekan, atau depresi. Shalat yang dilakukan akan membantu manusia mengalami ketenangan dan ketentraman ruhani sehingga akan meningkatkan kemampuan *coping mechanismnya*, Sanusi (2010 dalam Cahyani, 2014). Hal ini dibuktikan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Wibisoso 2006 dalam Cahyani, 2014) yang menunjukkan adanya hubungan bermakna antara shalat dengan kecemasan. Semakin teratur shalatnya maka semakin rendah kecemasannya begitupun sebaliknya.

Shalat merupakan meditasi tertinggi dalam islam, Sangkan (2006 dalam Cahyani, 2014) relaksasi meditasi pada shalat adalah memosisikan tubuh dalam kondisi tenang. teknik relaksasi memiliki efek yang sama dengan obat antihipertensi dalam menurunkan tekanan darah. Prosesnya yaitu dimulai dengan membuat otot-otot polos pembuluh darah arteri dan vena menjadi rileks bersama dengan otot-otot lain dalam tubuh. Efek dari relaksasi otot-otot dalam tubuh ini akan menyebabkan kadar norepinefrin menurun. Otot-otot yang rileks ini menyebarkan stimulus ke hipotalamus sehingga jiwa dan organ manusia benar-benar merasakan ketenangan dan

kenyamanan. Situasi ini akan menekan sistem saraf simpatik sehingga produksi hormon epinefrin dan norepinefrin dalam darah menurun. Penurunan hormon tersebut menyebabkan kerja jantung memompa darah pun menurun sehingga tekanan darah pun menurun. Elzaky (2011 dalam Cahyani, 2014).

Efek relaksasi melalui penurunan sekresi hormon katekolamin akan berlanjut pada penurunan aktifitas saraf simpatis disertai penurunan tekanan darah. Rasa enak dan nyaman akan tercapai sehingga secara psikis memberikan dampak positif bagi rasa tenang, nyaman, rileks, dan stres yang menurun. Respon HPA aksis akan merangsang hipotalamus dan *Locus Coeruleus* (LC). Hipotalamus akan menurunkan sekresi *Corticotropin Releasing Hormone* (CRH) *adrenocorticotropic Hormone* (ACTH) menurun dan merangsang *Pro-opiomelanocortin* (POMC) yang juga akan menurunkan produksi ACTH dan menstimulasi produksi *endorphin*. LC yang bertanggung jawab untuk menengahi banyak efek simpatik selama stres, dalam keadaan rileks akan menurunkan sintesis norepinefrin di medulla adrenal yang akan merangsang penurunan AVP (*arginine vasopressin*). Penurunan AVP dan ACTH serta peningkatan *endorphin* akan menurunkan tahanan perifer dan *cardiac output* sehingga

tekanan darah akan menurun. Reyes dan Valentino, (2006 dalam Arifin dkk, 2013).

Menurut Larson (1997 dalam Subandi, 2003) sejumlah penelitian tentang relevansi klinis dari agama dan spiritualitas dapat dikategorikan menjadi 4 golongan, yaitu: Pencegahan penyakit (*illness prevention*), penyesuaian terhadap penyakit (*coping with illness*), kesembuhan dari operasi (*recovery from surgery*), meningkatkan hasil pengobatan (*improving treatment outcomes*). Agama dan spiritualitas berfungsi banyak sebagai usaha preventif dalam bidang kesehatan. Misalnya Gardner et al (1991 dalam Subandi, 2003) menemukan bahwa agama dapat menjadi faktor protektif yang sangat kuat untuk mencegah tindakan bunuh diri. Orang yang mempunyai komitmen agama yang kuat mempunyai kecenderungan yang lebih sedikit untuk melakukan bunuh diri. Agama juga mencegah penggunaan alkohol dan obat-obatan berbahaya. Penelitian Strawbridge et al (1997 dalam Subandi, 2003) bahkan menemukan orang-orang yang sering pergi ke tempat ibadah (gereja) ternyata mempunyai tingkat mortalitas yang lebih rendah dibandingkan dengan orang yang jarang pergi ke tempat ibadah.

i. Doa Kesembuhan bagi pasien

"Allahumma rabbanasi adzhibil ba'sa wasy fihu. Wa antas

Syaafi, laa syifaa-a illa syifaauka, syifaa-an laa yughadiru saqomaa”

“Ya Allah, Rabb manusia, hilangkanlah kesusahan dan berilah dia kesembuhan, Engkau Zat Yang Maha Menyembuhkan. Tidak ada kesembuhan kecuali kesembuhan dari-Mu, kesembuhan yang tidak meninggalkan penyakit lain” (HR Bukhari dan Muslim).

3. Konsep Hemodialisa (HD)

a. Pengertian

HD adalah salah satu terapi pengganti ginjal (TPG) dengan tujuan untuk eliminasi sisa-sisa produk metabolisme (protein) dan koreksi gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit antara kompartemen darah dan dialisat melalui selaput membran semi permeabel yang berperan sebagai ginjal buatan (National Kidney Foundation, 2012).

b. Prinsip Dasar HD

Menurut Sukandar, (2006) prinsip dasar HD terdiri atas:

1) Mekanisme Transpor

a) Difusi (konduksi)

Adalah proses transport spontan dan pasif dari zat terlarut (*solute*) dari kompartemen darah ke ruang kompartemen dialisat melalui membran dializer.

b) Konveksi (ultrafiltrasi)

Adalah proses transport simultan pelarut (*solvent*) dan zat terlarut (*solute*) dari kompartemen darah ke kompartemen dialisat melalui membran dialiser.

c) Absorpsi

Selama proses HD beberapa zat terlarut (*solute*) seperti albumin fibrin, beta 2 microglobulin, komponen aktif komplemen, dan sitokin mengalami absorpsi ke dalam membran dializer. Sebagian dari zat terlarut (*solute*) tersebut akan dieliminasi dari darah. Proses absorpsi protein tergantung dari sifat hidrofobik membran.

d) Mekanisme hemofiltrasi

Transport zat terlarut (*solute*) murni proses konveksi. Kecepatan eliminasi zat terlarut sama dengan perkalian hasil *filtration rate* dengan hasil perkalian konsentrasi zat terlarut (*solute*) dalam plasma dengan sieving *coefficient*.

e) Evaluasi membran dializer

Setiap ginjal buatan (membran dializer) harus dievaluasi sesuai dengan konsep fisiologi ginjal alamiah yaitu: *clearance* (klirens), *dialysance*

(dialisat), *ultrafiltration* (ultrafiltrasi). Klirens adalah sejumlah zat terlarut yang dieliminasi dari darah per unit satuan waktu dibagi konsentrasi darah yang masuk. Dialisat adalah sejumlah zat terlarut (*solute*) dieliminasi dari darah per unit satuan waktu dibagi perbedaan konsentrasi darah yang masuk (*incoming blood*) dan dialisat yang masuk (*incoming dialysate*). Ultrafiltrasi adalah *volumetric flow rate* dari zat pelarut (*solvent*) melalui membran per unit satuan waktu sama dengan perbedaan antara *blood flow entering* dan *leaving dialyzer* sama dengan *dialysate flow leaving* dan *entering dialyzer*.

2) Perlengkapan (*equipment*) HD

a) Ginjal buatan (*artificial kidney-dializer*)

Tipe ginjal buatan (dializer) tersedia dua tipe yaitu *flat plate dializers* dan *hollow fiber dialyzer*.

b) Karakteristik membran dializer

Membran dializer dirancang menyerupai sifat-sifat karakteristik permeabilitas *membran basal glomerulus* (MBG), terbuat dari berbagai *polymer* dan *copolymer*.

c) Karakteristik *permeability*

Membran dialisis ditandai sifat khusus dengan resisten terhadap *solute*, *hydraulic permeability* dan *sieving coefficient*.

d) Sistem distribusi dialisat

Sistem distribusi dialisat kepada dializer harus sesuai dengan beberapa kondisi tepat meliputi konsentrasi, suhu, atau temperatur, tekanan dan aliran (*flow*).

e) Komposisi dialisat

Komposisi cairan dialisat harus sama dengan komposisi cairan ekstraselluler normal, terutama mengandung elektrolit.

f) Water treatment

Air leding (*tap water*) tidak tepat untuk preparasi dialisat karena masih banyak mengandung sejumlah *solute* organik dan mineral sehingga dapat membahayakan pasien. Untuk menjamin keselamatan pasien harus mengikuti standar nasional, tap water harus diolah dahulu (*treated*).

c. Akses Vaskuler

Akses vaskuler sangat penting pada prosedur HD dengan tujuan untuk menghubungkan (koneksi) sirkuit darah pasien dengan membran dializer (Sukandar, 2006).

1) Akses vaskular sementara (temporer)

Metoda ini melalui dua pembuluh darah vena yaitu vena femoral dan vena jugular interna. Hampir semua pasien di Indonesia untuk inisiasi HD melalui akses vena femoral dengan jarum khusus. Kerugian metoda ini pasien kurang nyaman, 3 kali tusukan vena femoral per minggu, tidak boleh bergerak selama 5 jam sesi dialisis, mungkin perdarahan bila salah sasaran tusukan (*arteri femoral*). kendala teknik akses vena femoral terutama pasien dengan edema anasarka dan keadaan darurat medik. Akses vaskular melalui vena jugular interna dengan menggunakan *silastic twin catheter* atau *double lumen catheter* merupakan metoda cukup memuaskan dan nyaman untuk pasien. Metoda teknik ini (*tunnelized double lumen* atau *twin catheter*) dapat digunakan untuk beberapa minggu sampai fistula AV standar siap untuk dipakai prosedur HD.

2) Akses vaskular permanen

Cimino dan Brescia (1966) menganjurkan teknik baru yaitu *internal arteriovenous (AV) shunt*. Pada saat ini telah tercapai kesepakatan universal bahwa *subcutaneous arteriovenous (AV) radiocephalic fistula* merupakan metoda pilihan pertama untuk akses vaskular.

d. Indikasi untuk inisiasi terapi HD

Menurut Sukandar, (2006) indikasi inisiasi terapi HD hanya sementara untuk pasien dengan *acute on CRF* dan dilanjutkan dengan terapi konservatif. Sebaliknya untuk pasien dengan sindrom azotemia harus mendapat program HD reguler. Saat untuk inisiasi terapi HD pasien dengan CKD hindari terlambat untuk mencegah presentasi klinik yang berhubungan dengan akumulasi toksin azotemia dan malnutrisi. Sebaiknya inisiasi terapi HD terlalu dini pada pasien CKD dengan *residual renal function* masih cukup optimal dapat memperburuk penurunan GFR identik dengan *Acute on CRF*.

e. Persiapan pasien untuk terapi HD reguler

Setiap pasien harus dipersiapkan aspek medik, psikologis, dan psikososial untuk terapi HD reguler dengan tujuan utama untuk memelihara atau meningkatkan kualitas hidup optimal.

1) Aspek medik

Setiap pasien harus mendapat informasi yang jelas dan rinci yang berhubungan dengan terapi HD regular, antara lain: keterbatasan faal ginjal buatan dibandingkan dengan ginjal alamiah, disiplin dan mematuhi program HD sesuai jadwal yang telah ditentukan 3 kali per minggu (15 jam), disiplin dan mematuhi obat-obatan, diet, kebutuhan air, yang telah ditentukan pengelola, informasi kemungkinan komplikasi akut intradialitik, pembuatan (operasi) fistula AV standar, pemeriksaan laboratorium dan perasat-perasat lain rutin sesuai jadwal yang telah ditetapkan, untuk menjamin aspek legal harus membubuhi tanda tangan *inform conserved*.

2). Aspek psikologis

Konsultasi dengan ahli psikologi klinik atau psikiater sangat penting untuk mengatasi goncangan mental kompleks.

3). Aspek psikososial

Informasi aspek psikososial ini berhubungan dengan: Kesanggupan finansial untuk terapi HD sampai waktu tidak terbatas kecuali yang akan dilakukan transplantasi ginjal, kehidupan sosial hilang 15 jam per minggu, pasien

dapat melaksanakan kegiatan pekerjaannya sesuai dengan keahliannya kecuali untuk pekerjaan yang dapat membahayakan masyarakat.

f. Komplikasi terkait HD (Sukandar, 2006)

Hampir 20-30% pasien HD pernah mengalami episode hipotensi. Etiologi hipotensi terkait HD:

- 1) Penurunan volume plasma (fluktuasi UF, UF *rate* tinggi untuk mengatasi *interdialitic gain* berlebihan, sasaran untuk mencapai berat badan kering terlalu rendah, konsentrasi Na⁺ dalam konsentrasi dialisat rendah).
- 2) Kegagalan efek vasokonstriksi (dialisat asetat, larutan dilaisat terlalu panas, makanan selama HD terlalu banyak protein hewani, iskemia jaringan, neuropati otonom, ketidakmampuan untuk meningkatkan *cardiac output* disebabkan kontraktilitas miokard seperti pada usia lanjut).

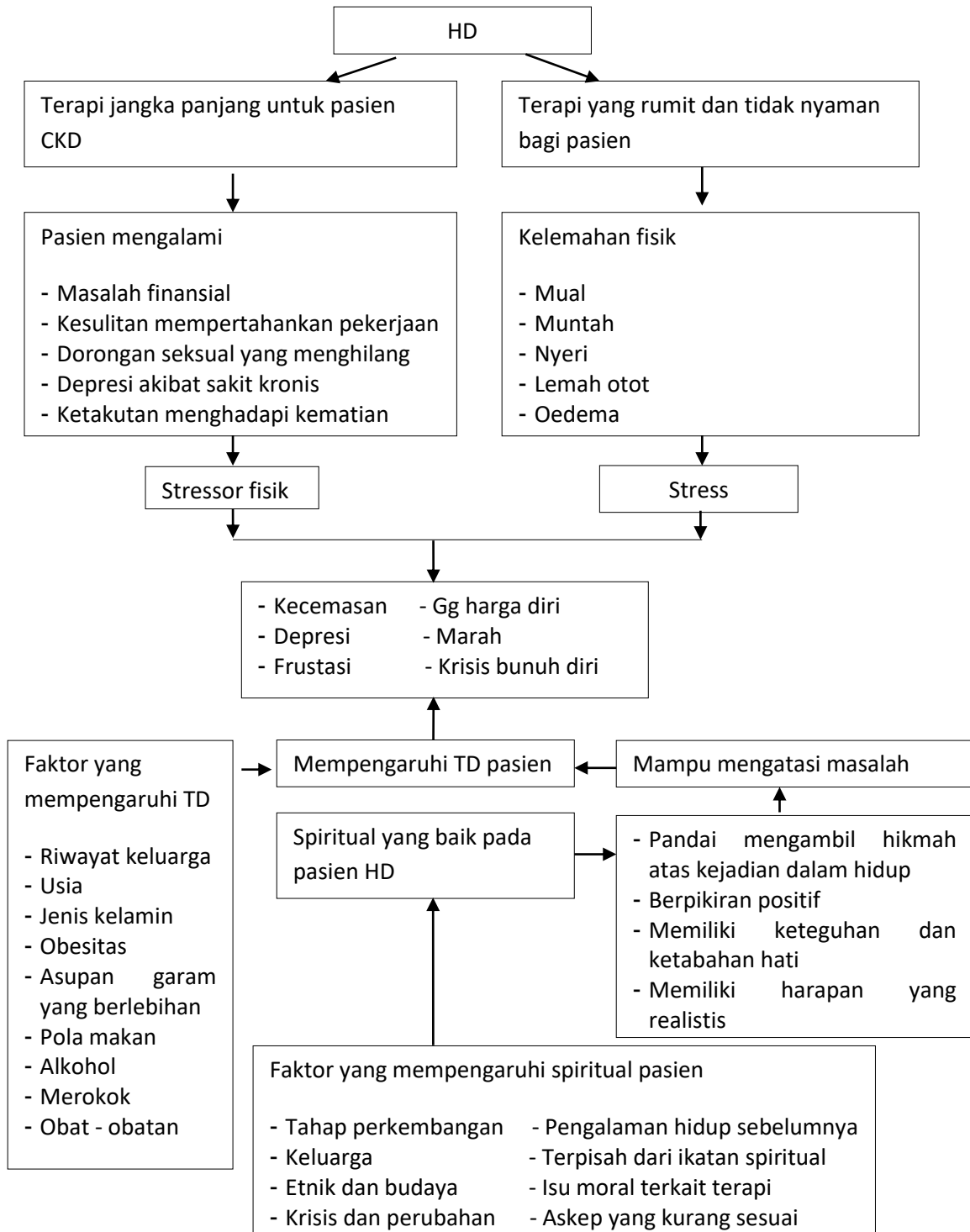
B. Penelitian Terkait

1. Penelitian Cahyani, (2013) tentang hubungan shalat terhadap TD pasien hipertensi di Posbindu Anggrek Kel Cempaka Putih Kec. Ciputat Timur. Hasil dari penelitian ini adalah koefisien korelasi antara shalat dengan TDS adalah (r) -0,524 dan untuk TDD (r) -0,338 dengan tingkat signifikansi (p) 0,000 untuk TDD dan (p) 0,023 untuk TDS. Hal ini menggambarkan bahwa terdapat

hubungan yang bermakna antara TDS dan TDD pasien hipertensi. Dimana kekuatan atau hubungan negatif, dalam arti semakin tinggi skor shalat pasien HT semakin rendah nilai TDS dan TDD. Dalam hal ini shalat memiliki hubungan atau korelasi sedang ($r=0,518$) dengan TDS dan korelasi lemah ($r=0,338$) dengan TDD pasien HT.

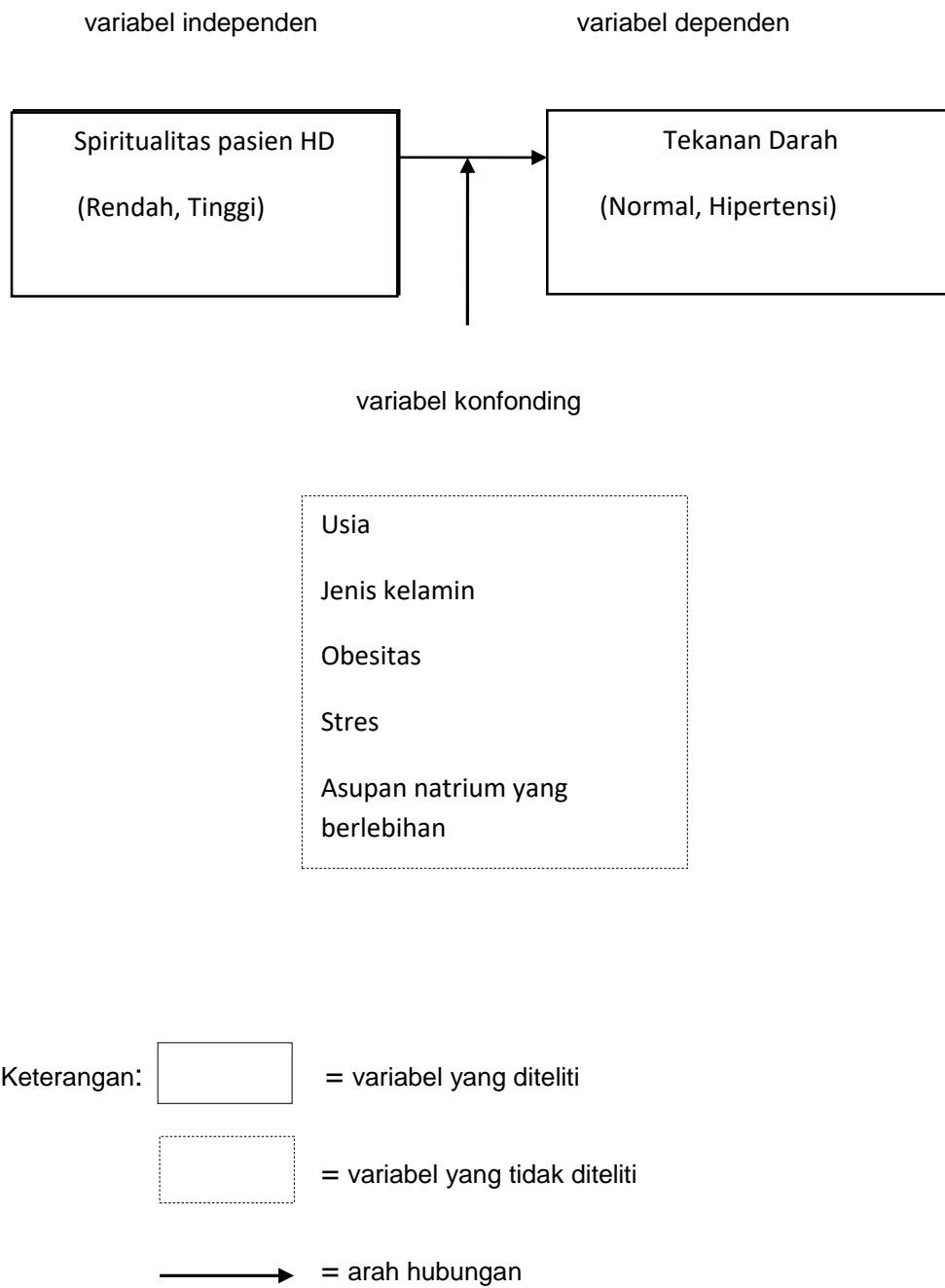
2. Penelitian Masyitah (2012) tentang pengaruh terapi *spiritual emosional freedom technique* (SEFT) terhadap TD pada pasien hipertensi. Hasil dari penelitian ini adalah ada perbedaan tekanan darah sistolik ($p=0,001$ $p<\alpha$) maupun diastolik ($p=0,001$ $p<\alpha$) pada pasien hipertensi sebelum dan sesudah dilakukan terapi SEFT.

C. Kerangka teori Penelitian



Skema 2.1 Kerangka Teori Penelitian. Sumber: National Kidney foundation, 2012, Smeltzer dan bare, (2004 dalam Baradero 2005), Stuart dan Sudden, (1998 dalam Baradero 2005), Morton dkk,2008, Ronaldson, (2000 dalam Nursalam & Ninuk, 2007), Hamid, 2008.

D. Kerangka Konsep Penelitian



Skema 2.2 Kerangka konsep penelitian

E. Hipotesis Penelitian

Hipotesa adalah suatu pernyataan asumsi tentang hubungan antara dua atau lebih variabel yang diharapkan bisa menjawab suatu pertanyaan dalam penelitian (Nursalam, 2008). Berdasarkan kerangka konsep penelitian diatas, maka hipotesa penelitian ini adalah:

Ho: Tidak ada hubungan antara spiritual dengan TD pasien HD di Unit HD RSUD Taman Husada Bontang.

Ha: Ada hubungan antara spiritual dengan TD pasien HD di Unit HD RSUD Taman Husada Bontang.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN-SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian mengenai hubungan spiritual dengan tekanan darah pada pasien HD diruang HD RSUD Taman Husada Bontang, maka dapat disimpulkan bahwa:

1. Karakteristik Responden

Usia responden adalah rata-rata berusia 42,22 tahun, usia terendah adalah 24 tahun dan usia tertinggi adalah 68 tahun. Jenis kelamin laki-laki responden yang terbanyak berjenis kelamin laki-laki sebanyak 16 orang (59,3%) sedangkan responden perempuan sebanyak 11 orang (40,7%). Pendidikan responden sebagian besar berpendidikan SMU yaitu sebanyak 12 orang (44,4%), pekerjaan responden sebagian besar wiraswasta yaitu sebanyak 10 orang (37,0%), tetapi yang tidak bekerja persentasenya lebih besar yaitu 13 orang (48,1%). Sebagian besar responden sudah menikah yaitu sebanyak 23 orang (85,2%), dan rata-rata lama menjalani terapi HD 15,04 bulan (1,2 tahun) dengan lama menjalani terapi HD minimal 1 bulan, dan maksimal 27 bulan (2,3 tahun).

2. Variabel Spiritual

Sebagian besar tingkat spiritual pasien HD adalah rendah sebanyak 15 orang dengan persentase 55,6%. Sedangkan yang

tingkat spiritual tinggi hanya 12 orang (44,4%).

3. Variabel Tekanan Darah

Nilai dari tekanan darah pada pasien HD sebagian besar dari mereka mengalami tekanan darah tinggi dengan persentase 63,0%, sedangkan yang tekanan darah normal hanya 10 orang (37,0%).

4. Nilai statistik dengan uji *Fisher Exact test* didapatkan nilai *P value* 0,257 yang lebih besar dari alfa 0,05 yang berarti gagal menolak hipotesis nol (H_0) yang berarti menyatakan tidak ada hubungan bermakna antara spiritual pasien dengan tekanan darah pasien HD diruang HD RSUD Taman Husada Bontang.

B. Saran

Dalam penelitian ini ada beberapa saran yang dapat disampaikan yang kiranya dapat bermamfaat dalam peningkatan pelayanan keperawatan sebagai berikut:

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

Berkaitan dengan bagaimana petugas kesehatan dapat memahami nilai spiritual pada pasien yang dirawat di RS. Dan setidaknya dukungan spiritual dilakukan sebagai program RS. Dengan adanya bimbingan rohani sesuai dengan agama masing-masing, dan pemberian edukasi spiritual oleh tim *specialist education* maka dapat mendorong peningkatan pelayanan dalam memenuhi kebutuhan spiritual pasien.

2. Bagi perawat

Perawat sebaiknya mendorong dan mendukung para pasien yang menjalani terapi HD dengan aktivitas yang meningkatkan aspek kecerdasan spiritual agar dapat memotivasi hidup orang yang mengalami gagal ginjal terminal dan harus menjalani terapi HD antara lain dengan beribadah atau ritual sesuai dengan kepercayaannya untuk lebih mendekatkan mereka pada Tuhanya.

3. Bagi pasien HD

Seseorang yang menjalani terapi HD agar dapat meningkatkan nilai spiritualitas dalam diri mereka sehingga kualitas hidup mereka juga dapat meningkat, dimana peningkatan spiritual dapat dilakukan dengan mendekatkan diri kepada Tuhan, lebih bersabar, dan ikhlas dalam menerima keadaan dimana harus menjalani terapi HD seumur hidup mereka.

4. Bagi peneliti selanjutnya

Diharapkan adanya penelitian lanjutan tentang tingkat spiritual dengan tekanan darah pada pasien HD dengan populasi yang lebih banyak, dimana tekanan darah diukur pada saat pre, durante, dan post HD.

DAFTAR PUSTAKA

Agustin, (2001). *Rahasia Sukses Membangun Kecerdasan Emosional Dan Spiritual (ESQ)*. Jakarta: Arga

Aguswina dan Cholisa, (2013). Karakteristik Pasien dan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Terapi Hemodialisa. Jurnal.usu.ac.id/indeks.php/skk/article/.../1058/160 diperoleh 5 Januari 2015).

Anandarajah and Hight, (2001). Spirituality and Medikal Practise; Using The hope Question as a Practical Tool for Siritual Assesment. American Family Physician 63: 81-89 www.aafp.org/afp/2001/0101/p81.html, diperoleh 15 Agustus 2014)

Anonem, (2008). Hipertensi Dan Obesitas www.Jantunghipertensi.com/65.html ditulis oleh administrator 07/08/2008.18.34 diperoleh 5 September 2014).

Anonem, (2010). Iman Kepada Takdir Baik Dan Buruk. <http://muslimah.or.id/aqidah/iman-kepada-takdir-baik-dan-takdirburuk.html>. Diperoleh tanggal 25 Februari 2015.

Ardiningsih, (2009). Stres: Dampak Dan Upaya Penanggulangannya Oleh Dr. Umi.SP.KJ.Prana Indonesia. [wordpress.com/artikel_2/dampak stres](http://wordpress.com/artikel_2/dampak_stres), diperoleh 18 Agustus 2014)

Arifin, Harmayetty, Sriyono, (2013). Perbedaan Communication Back Massage dan Back Massage dalam menurunkan tekanan darah pada klien dengan Lansia dengan Hipertensi. journal.unair.ac.id/.../ARTIKEL%20JURNAL%20DEPARTEMEN_RIZA... diperoleh 5 September 2014)

Armiyati, (2009). Komplikasi Intra Dialisis. [lib.uc.ac.id/file...file komplikasi%20 intradialisis. Pdf](http://lib.uc.ac.id/file...file_komplikasi%20intradialisis.Pdf). Diperoleh tanggal 23 Februari, 2015).

Asmadi, (2005), *Konsep Dasar Keperawatan*, Jakarta : EGC

Baradero, Mary W, Yakobus (2005). *Klien Gagal Ginjal*, Jakarta: EGC.

Brod, Fence, Hegi , Jikka , (2008). Cirdulatory change underlying blood pressure elevation during acut emosional stress (mental aritmetic) in normotensive and hipertension subjects. Clin Sic, 1959. 18.269-279. Diambil dari [www.artikelkedokteran.com/ Hubungan Hipertensi dan Stres](http://www.artikelkedokteran.com/HubunganHipertensiDanStres). Diperoleh 27 Agustus 2014).

Budiharto, (2008) *Metodologi Penelitian Kesehatan (dengan contoh bidang ilmu kesehatan gigi)*. Jakarta: EGC.

Budiarto dan Aggraeni, (2001). *Pengantar Epidemiologi*. Jakarta EGC.

Bronckopp, Marie, Tolsma, (2000). *Dasar-dasar riset keperawatan*. Jakarta: EGC.

Cahyani, (2014). Hubungan shalat terhadap tekanan darah pada pasien hipertensi di Posbindu Anggrek Kelurahan Cempaka Putih Kecamatan Ciputat Timur 2014. repository.uinjkt.ac.id/.../1/HANIK%20FITRIA%20CAHYANI-fkik.pdf diperoleh 5 September 2014).

Dogan, (2008). *Organizational Behaviour: Concept, Controversiel and Application*; New Jersey, Pentice hall. www.utas.edu.au/___data/assets/pdf_file/0010/272197/BMA201-Unit-Outline_Flexible.pdf Dogan, (2008). *Organizational Behaviour: Concept, Controversies and Application*; New Jersey, Prentice hall diperoleh 19 Januari 2015).

Dorothy young Brockopp, Marie T. Hastings-Tolsma, (2000). *Dasar-dasar riset keperawatan*. Jakarta: EGC.

Effendi, Makhfudli, (2009). *Keperawatan Kesehatan Komunitas Teori Dan Praktik Dalam Keperawatan*. Salemba Medika

Falkner , Onesti , Angelakos , Fernandes , Langman , (2008). Cardiovasculer Response to Mental Stress in Normal Adolescent with Hypertensive Parents. *Hipertensio*, 1978. 1. 23-30 www.artikelkedokteran.com/ Hubungan Hipertensi dan Stres. Diperoleh 15 Agustus 2014).

Fitriani, (2012) Pengalaman Pasien Gagal Ginjal Khronik Yang Menjalani Perawatan Hemodialisis di RS. Telogorejo Semarang. Dipublikasikan 2010 oleh Ilmu Keperawatan Undip, dibuka tanggal 15 januari, 2015. <http://keperawatan.undip.ac.id>.

Guyton & Hall, (1997). *Fisiologi Kedokteran*, Jakarta: EGC.

Hamid, (2008). *Asuhan Keperawatan Spiritual Bunga Rampai Asuhan Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.

Hana Santoso, (2009). Memahami Krisis Lanjut Usia PT BPK Gunung Mulia. [https://books.google.co.id/books?id=A6hYGWbczFYC&pg=PR4&lpg=PR4&dq=Hana+Santoso,+2009\).+Memahami+Krisis+Lanjut+Usia+PT+BPK+Gunung+Mulia&source](https://books.google.co.id/books?id=A6hYGWbczFYC&pg=PR4&lpg=PR4&dq=Hana+Santoso,+2009).+Memahami+Krisis+Lanjut+Usia+PT+BPK+Gunung+Mulia&source). Diperoleh 19 Januari 2015).

Hasnani, (2012). Spiritualitas dan Kualitas Hidup Penderita Kanker Serviks. www.academia.edu/.../kualitas_hidup_penderita_kanker diperoleh 15 agustus 2014).

Harahap, Hardinsyah, Budi Setiawan, Effendi, (2008). Hubungan Indeks Massa Tubuh, Jenis Kelamin, Usia, Golongan darah, dan Riwayat keturunan dengan Tekanan Darah pada PNS di Pekanbaru. ejournal.litbang.depkes.go.id > Home > Vol 31, No 2, diperoleh 15 Agustus 2014).

Hastono dan Hasbi, (2013). *Statistik Kesehatan*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.

Hegner dan Caldweiss, (2003). *Asisten Keperawatan (suatu pendekatan proses keperawatan)*. Jakarta: ECG.

Hidayati, Haripurnomo, Kushadiwijaya, Suhardi, (2008). *Berita Kedokteran Masyarakat*. Vol 24 No 2.

Horl, Walter, (2003). [www.AJKD.org/article/s0272_6386_\(02\)65947_5/abstract#/article/s0272_6386](http://www.AJKD.org/article/s0272_6386_(02)65947_5/abstract#/article/s0272_6386) diperoleh 16 agustus 2014).

Hubert, (2010). *Spiritualitas Imam Praja*. Kanisius.

Indonesia Renal Registry, (2010–2014). *Annual Data Report*.

Jeyaratnam, David Koh, (1996). *Praktik Kedokteran Kerja*. Jakarta: EGC.

Kandarini, (2012). *Patofisiologi Dan Faktor Risiko Hipertensi Intradialitik, dalam Annual Scientific Meeting Indonesian Society Of Nephrologi*. Perhimpunan Nefrologi Indonesia (PERNEFRI).

Kanginan, (2010). *Cerdas Belajar Matematika*. Grafindo Media Pratama

Kautz, Obrador, Arora, Ruthazer, Levery, Perpeira, (2000). Late Initiation Of Dialysis among Women And Ethnic Minorities In The United States, *Mixico Journal Of The American Society Of Nefrology* : 1046-6673/1112-2351.

https://www.google.co.id/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ad=rja&uact=8&ved=0CBwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.researchgate.net%2Fprofile%2FPradeep_Arora4%2Fpublication%2F12231570_Late_initiation_of_dialysis_among_women_and_ethnic_minorities_in_the_United_States%2Flinks%2F02e7e5270edd624199000000. diperoleh 19 Januari 2015).

Knardahl , Sander , Johnson, (1998) . Adrenal Demodulation on Stress Induced Hypertension and Cardiovascular Response to Acute Stress. *Acta physiol Scand* 1988. 133.477-483. Diambil dari www.artikelkedokteran.com/Hubungan_Hipertensi_dan_Stres. diperoleh 14 Agustus 2014).

Kozier and ERB, (2003). *Buku Ajar Praktik Keperawatan Klinis*. Jakarta: ECG.

Laino, (2006) Spirituality May Help Blood Pressure-Web MD. (Eds) American Society of Hipertension 21 st Annual Scientific Meeting, New York City 16-20, 2006. Sharon Wyatt, RN,PhD www.m.webmd.com/./spirituality_may , diperoleh 20 Agustus 2014)

Martiningsih (2011) *Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan terjadinya Hipertensi Primer pada pasien di Poliklinik Penyakit Dalam RSUD Bima di tinjau dari perspektif Keperawatan Self-care Orem*. Tesis dipublikasikan, Indonesia.

Masyita, (2012). *Pengaruh Terapi Spiritual Emotional Freedom Technique (SEFT) Terhadap Tekanan Darah pada pasien Hipertensi di RSUD Jambi*. Tesis, dipublikasikan, Indonesia.

Mc Donough, Duncan, Willian, Hause, (1997). Income Dynamics And Adult Mortality In The Uneted States 1972, Through 1989, American Journal Of Public Health. <http://www.macses.ucsf.edu/Research/social%20Environment/notebook/economic-htm> diperoleh 19 Januari 2015.

Morton, Fontaine, Hudak,Gallo, (2008). *Keperawatan Kritis Volume 2 Pendekatan Asuhan Holistik*. Jakarta: EGC.

Muthakharoh, (2009). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Mekanisme Koping Klien Gagal Ginjal Khronik Yang Menjalani Terapi Hemodialisis di RSUP Fatmawati. Diperoleh Tanggal 24 Februari 2015.

Mulyani, Fahrudin, (2011). Reaksi Psikososial Terhadap Penyakit Di Kalangan Anak Penderita Thalasemia Mayor Di Kota Bandung. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, vol 16 no 3.

Natalia, (2004). Konsep Dasar Perawatan Paliative. <http://id.scribd.com/doc/55104318/konsep-dasar-keperawatan-paliative>. diperoleh 19 Desember 2014).

National Kidney Foundation, (2012). <http://www.kidney.org/atoz/content/hemodialysis.cfm> diperoleh 30 Agustus, 2014.

Notoatmojo, (2003). *Pendidikan Dan Prilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Notoatmojo, (2010). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Nugroho, (2011). Divisi Penyakit Tropik Dan Infeksi. Bagian Penyakit Dalam FK UNSRAT . www.njo.nl/blobs/hiv/hef/73758/2011/27/palliative.care.pdf diperoleh 19 Desember 2014).

Nursalam, (2003). *Konsep Dan Penerapan Metodologi Ilmu Keperawatan*, Jakarta: Salemba Medika.

Nurkhayati, (2011). Faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan pasien CKD dalam menjalankan HD di RSPAU DR. Esnawan. lontar.uc.ac.id/file/digital/2028/1994...pdf diperoleh 13 Januari, 2015.

Nursalam, Kurniawati, (2007). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Terinfeksi HIV/AIDS*, Jakarta: Salemba Medika.

Nursalam, (2008). *Konsep Dan Penerapan Metodologi Penelitian Dan Ilmu Keperawatan*, Jakarta: Salemba Medika.

Nurina, (2006). Hubungan Konsumsi Lemak, Natrium, dan Serat dengan Tekanan Darah. <http://www.fkm.undip.ac.id> Tesis dipublikasikan Diponegoro University Indonesia. Diperoleh tanggal 5 September 2014.

Okora. R (2007) Gambaran Penderita Hipertensi yang di rawat inap di Bagian Penyakit Dalam RSUD Arifin Achmad Pekanbaru periode Januari-Desember 2005. lib.unri.ac.id/skripsi/index.php?p=show_detail&id=14679 diperoleh 25 Agustus 2014).

Palmer, Willians, (2007). *Tekanan Darah Tinggi (Simple Guide)*. Jakarta PT Erlangga.

Puspita, (2009). Aplikasi Asuhan Keperawatan Spiritual Muslim. Jurnal.unpad.ac.id/jkp/article/view/577/643 diperoleh 19 Oktober 2014).

Putra, (2014). *Hubungan Antara Tingkat Kecerdasan Spiritual Dengan Tingkat Depresi Pada Pasien Stroke Di RSUD Dr. R. Goeteng Taroensdibrata Purbalingga*. <http://keperawatan.unsoed.ac.id/...Hubungan%2520> diperoleh 12 Agustus 2014).

Rekam Medik RSUD Taman Husada Bontang (2011-2013).

Ronny, Setiawan, Fatimah, (2008). *Fisiologi Kardiovaskular Berbasis Masalah Keperawatan*. Jakarta: ECG.

Roizen dan Melmet, (2010). *Being Beautiful*. Jakarta PT Mizan Pustaka.

Soenanto, (2009). *100 Resep Sembuhkan Hipertensi, Asam Urat, dan Obesitas*. Jakarta PT. Elex Media Komputindo.

Suharjo, Cahyono (2011). *Raih Kekuatan penyembuh diri yang tak terbatas*. PT Gramedia Jakarta.

Sukandar, (2006). *Gagal Ginjal Dan Panduan Terapi Dialisis*. Bagian Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran UNPAD/ RS. Dr. Hasan Sadikin.

Sutanto, (2010). Beberapa Faktor yang Berhubungan Dengan Tekanan Darah pada Usila di RW VIII Kel. Krobokan Kec. Semarang Barat Kota Semarang. digilib.unimus.ac.id/download.php?id=3847 diperoleh 27 Agustus 2014).

Subandi, (2003). *Integrasi Psikoterapi Dalam Dunia Medis*. Makalah Disampaikan Dalam Seminar Nasional Integrasi Psikoterapi dalam Tinjauan Islam dan Medis Universitas muhammadiyah Malang, Indonesia.

Sugiyono, (2014). *Metode Penelitian Kombinasi (mixed methods) 2014*. Bandung: Alfabeta.

Swarjana, (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta: CV Andi Offset.

Hidayati, Haripurnomo, Kushadiwijaya, Suhardi. *Berita Kedokteran Masyarakat*. Vol 24 No 2 Juni 2008.

Videbeck, (2001). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: ECG.

Wyatt, (2006). *American Society of Hipertension 21 st Annual Scientific Meeting, New York City 16-20, 2006*.

Widyoko, (2012). *Teknik Penyusunan Instrumen Penelitian*, Jakarta: Pustaka Pelajar.

Zohar & Marshall, (2007). *Kecerdasan Spiritual*. Jakarta: PT Mizan Pustaka.