

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Gagal Ginjal Kronik**

##### **2.1.1 Definisi Gagal Ginjal Kronik**

Gagal Ginjal Kronik adalah suatu kondisi didalam tubuh mengalami kegagalan dalam mempertahankan keseimbangan metabolik, cairan dan elektrolit dikarenakan kemunduran fungsi ginjal yang bersifat *progresif* dan *irreversible*. Kerusakan pada ginjal ini menyebabkan menurunnya kemampuan dan kekuatan tubuh untuk melakukan aktivitas, sehingga tubuh menjadi lemah dan lemas dan berakhir pada menurunnya kualitas hidup pasien (Wijaya & putri, 2013).

Penyakit gagal ginjal kronik terjadi bila kedua ginjal sudah tidak mampu mempertahankan lingkungan dalam yang cocok untuk kelangsungan hidup. Penyebab gagal ginjal kronik antara lain penyakit infeksi, penyakit peradangan, penyakit vaskuler hipertensif, gangguan jaringan ikat, gangguan kongenital dan herediter, penyakit metabolik, nefropati toksik, nefropati obstruktif (Wijaya & putri, 2013).

##### **2.1.2 Etiologi Gagal Ginjal Kronik**

Etiologi gagal ginjal kronik dapat disebabkan oleh penyakit sistemik seperti diabetes mellitus, glomerulonefritis kronis, pielonefritis, hipertensi yang tidak dapat dikontrol, obstruksi traktus urinarius, lesi herediter seperti penyakit ginjal polikistik (Brunner & Suddarth, 2008).

Dikelompokkan pada sebab lain diantaranya menurut Brunner & Suddarth, 2008:

- 1) Nefritis lupus,
- 2) Nefropati urat,
- 3) Intoksikasi obat,
- 4) Penyakit ginjal bawaan,
- 5) Tumor ginjal, dan penyebab yang tidak diketahui.

Etiologi gagal ginjal kronik dapat disebabkan oleh penyakit sistemik seperti diabetes mellitus, glomerulonefritis kronis, pielonefritis, hipertensi yang tidak dapat dikontrol, obstruksi traktus urinarius, lesi herediter seperti penyakit ginjal polikistik (Brunner & Suddarth, 2008).

### **2.1.3 Klasifikasi Gagal Ginjal Kronik**

Menurut Wijaya & Putri (2013) dalam buku Keperawatan Medikal Bedah, gagal ginjal kronik dibagi menjadi 3 stadium yaitu:

#### **1. Stadium 1**

Pada stadium 1, didapati ciri yaitu menurunnya cadangan ginjal, Pada stadium ini kadar kreatinin serum berada pada nilai normal dengan kehilangan fungsi nefron 0 sampai 75%. Pasien biasanya tidak menunjukkan gejala khusus, karena sisa nefron yang tidak rusak masih dapat melakukan fungsi-fungsi ginjal secara normal.

## 2. Stadium 2

Pada stadium 2 terjadi insufisiensi ginjal, dimana lebih dari 75% jaringan telah rusak, *Blood Urea Nitrogen* (BUN) dan kreatinin serum meningkat akibatnya ginjal kehilangan kemampuannya untuk memekakan urine dan terjadi azotemia.

## 3. Stadium 3

Gagal ginjal stadium 3 atau lebih sering disebut gagal ginjal stadium akhir. Pada keadaan ini kreatininserum dan kadar BUN akan meningkat dengan menyolok sekali sebagai respon terhadap GFR (*Glomerulo Filtration Rate*) yang mengalami penurunan sehingga terjadi ketidakseimbangan kada ureum nitrogen darah dan elektrolit sehingga pasien diindikasikan untuk menjalani terapi dialysis atau bahkan perlu dilakakukan transplantasi ginjal.

Berdasarkan *National Kidney Foundation Kidney Disease Outcomes Quality Initiative* (NKF/KDOQI) merekomendasikan pembagian CKD (*Chronic Kidney Disease*) berdasarkan stadium dari tingkat penuruna LFG (Laju Filtrasi Glomerulus):

1. Stadium 1 : kelainan ginjal yang ditandai dengan albuminuria persisten dan LFG (Laju Filtrasi Glomerulus) yang masih normal ( $>90\text{ml}/\text{menit}/1,73\text{m}^2$ ).
2. Stadium 2 : kelainan ginjal dengan albuminuria persisten dan LFG (Laju Filtrasi Glomerulus) antara 60 sampai 89  $\text{ml}/\text{menit}/1,73\text{ m}^2$ .
3. Stadium 3 : kelainan ginjal dengan LFG (Laju Filtrasi Glomerulus) antara 30sampai 59  $\text{ml}/\text{menit}/1,73\text{m}^2$
4. Stadium 4 : kelainan ginjal dengan LFG (Laju Filtrasi Glomerulus) antara 15sampai 29  $\text{ml}/\text{menit}/1,73\text{m}^2$ .

5. Stadium 5 : kelainan ginjal dengan LFG (Laju Filtrasi Glomerulus) antara <15 ml/menit/1,73m<sup>2</sup> atau gagal ginjal terminal.

#### 2.1.4 Manifestasi Klinik Gagal Ginjal Kronik

Manifestasi klinik menu Suyono (2001) adalah sebagai berikut:

a) Gangguan Kardiovaskuler

Manifestasi klinis pada Kardiovaskuler yang dapat ditemui yaitu hipertensi, nyeri dada, sesak nafas akibat perikarditis, efusi perikardiak, dan gagal jantung akibat penimbunan cairan, serta gangguan irama jantung dan edema.

b) Gangguan pulmoner

Tanda dan gejala yang ditemui adalah nafas dangkal, kusmaul, batuk dengan sputum kental dan riak, suara krekels.

c) Gangguan gastrointestinal

Pada gastrointestinal terdapat anoreksia, *nausea* (mual), vomitus dan cegukan, yang berhubungan dengan metabolisme protein dalam usus, perdarahan mulut, nafas bau amonia, kehilangan kemampuan penghidung dan pengecap, peritonitis.

d) Gangguan muskuloskeletal

Manifestasi klinis pada muskuloskeletal yaitu: *resiles Leg sindrom I* (pegal pada kakinya sehingga selalu digerakkan), *burning feet syndrome* (rasa kesemutan dan terbakar, terutama ditelapak kaki), tremor, dan miopati (kelemahan dan hipertropi otot-otot ekstremitas).

e) Gangguan integumen

Pada integumen didapat tanda dan gejala kulit berwarna pucat akibat anemia dan kekuning-kuningan akibat penimbunan urokrom, mengkilat dan hiperpigmentasi, gatal-gatal akibat toksik, kuku tipis dan rapuh, kulit kering, bersisik, rambut tipis dan kasar, memar (purpura).

f) Gangguan endokrin

Gangguan seksual: libido fertilitas dan ereksi menurun, gangguan menstruasi dan aminoe. Gangguan metabolik glukosa, gangguan metabolik lemak dan vitamin D.

g) Gangguan cairan elektrolit dan keseimbangan asam dan basa

Biasanya retensi garam dan air tetapi dapat juga terjadi kehilangan natrium dan dehidrasi, asidosis, hiperkalemia, hipomagnesemia, hypokalemia.

h) Gangguan hematologi

Anemia yang disebabkan karena berkurangnya produksi eritropoetin. Sehingga rangsangan eritropoetin pada sumsum tulang berkurang, hemolysis akibat berkurangnya masa hidup eritrosit dalam suasana uremik toksik, dapat juga terjadi gangguan fungsi thrombosis dan trombositopeni.

### 2.1.5 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Clevo dan Margareth (2012:34-35), pemeriksaan penunjang pada pasien gagal ginjal adalah:

a. Urine

Volume, warna, sedimen, berat jenis, kreatinin, dan protein urin.

b. Darah

*Blood Ureum Nitrogen/* kreatinin, hitung darah lengkap, sel darah merah, natrium serum, kalium, magnesium fosfat, dan osmolaritas serum.

c. Pielografi intravena

Menunjukkan abnormalitas pelvis ginjal dan ureter, pielografi dilakukan bila dicurigai adanya obstruksi yang *reversible*, arteriogram ginjal, dan mengkaji sirkulasi ginjal serta mengidentifikasi ekstrasvaskuler massa.

d. Sistoureterogram berkemih

Menunjukkan ukuran kandung kemih, refluks kealaman, ureter, dan retensi.

a. Ultrasono ginjal

Menunjukkan ukuran kandung kemih dan adanya massa, kista, obstruksi pada saluran kemih bagian atas.

b. Biopsi Ginjal

Mungkin dilakukan secara endoskopi untuk menemukan sel jaringan untuk diagnosis histologi.

c. Endoskopi ginjal nefroskopi

Dilakukan untuk menentukan pelvis ginjal: keluar batu, hematuria, dan pengangkatan tumor efektif.

d. EKG

Mungkin abnormal menunjukkan ketidakseimbangan elektrolit dan asam basa, aritmia, hipertropi ventrikel, dan tanda-tanda perikarditis.

Pemeriksaan laboratorium pada pasien ginjal kronis (Halim Mubin, 2008:455) antara lain ureum dan kreatinin naik, klirens kreatinin menurun, asam

urat naik, rasio kalium/natrium naik (K naik, Na turun), dislipidemi, asam guanidinosuksinat plasma naik.

### **2.1.6 Penatalaksanaan**

Mengingat fungsi ginjal yang rusak sangat sulit untuk dilakukan pengembalian, maka tujuan dari penatalaksanaan klien gagal ginjal kronik adalah untuk mengoptimalkan fungsi ginjal yang ada dan mempertahankan keseimbangan secara maksimal untuk memperpanjang harapan hidup klien. Oleh karena itu, beberapa hal yang harus diperhatikan dalam melakukan penatalaksanaan pada klien gagal ginjal kronik diantaranya :

1. Diit rendah uremi
2. Obat – obatan anti hipertensi, suplemen besi, agen pengikat fosfat, suplemen kalsium, furosemid.
3. Tata laksana dialisis / transplantasi ginjal, untuk membantu mengoptimalkan fungsi ginjal. (Smeltzer & Bare, 2001)

## **2.2 Konsep Hemodialisa**

### **2.2.1 Definisi Hemodialisa**

Hemodialisis merupakan suatu proses terapi pengganti ginjal dengan menggunakan selaput membran semi permeabel (*dialiser*), yang berfungsi seperti nefron sehingga dapat mengeluarkan produk sisa metabolisme dan mengoreksi gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit pada pasien gagal ginjal (Clevo & Margareth, 2012).

### **2.2.2 Prinsip Hemodialisa**

Tindakan Hemodialisa memiliki tiga prinsip yaitu: difusi, osmosis dan ultrafiltrasi (Brunner & Suddart, 2001). Ureum, kreatinin, asam urat dan fosfat dapat berdifusi dengan mudah dari darah ke cairan dialisat karena unsur-unsur yang tidak terdapat dalam dialisat. Natrium asetat atau bicarbonate yang lebih tinggi konsentrasinya dalam dialisat akan berdifusi kedalam darah. Kecepatan difusi solut tergantung kepada koefisien difusi, luas permukaan membrane dialiser dan perbedaan konsentrasi serta perbedaan tekanan hidrostatis diantara membrane dialysis (Prince & Wilson, 2005).

Air yang berlebihan akan dikeluarkan dari dalam tubuh melalui proses osmosis. Pengeluaran air dapat dikendalikan dengan menciptakan gradient tekanan, dengan kata lain air bergerak dari daerah dengan tekanan yang lebih tinggi (tubuh klien) ketekanan yang lebih rendah (dialisat). Gradient ini dapat ditingkatkan melalui penambahan tekanan negatif yang dikenal dengan ultrafiltrasi pada mesin hemodialisa. Tekanan negative sebagai kekuatan penghisap pada membrane dan memfasilitasi pengeluaran air sehingga tercapainya keseimbangan. (Brunner & Suddart, 2001 ).

### **2.2.3 Indikasi Hemodialisa**

Pernefri (2003) dalam konsensus dialisis juga memberikan panduan saat memulai secara ideal semua pasien dengan LFG <ml/menit dapat mulai menjalani dialysis (Niken, 2011). Indikasi dialisis menurut Niken (2011) meliputi:



- a) Kegagalan penanganan konservatif, gejalanya memburuk
- b) Mual, muntah, nafsu makan menghilang
- c) Kadar ureum dan kreatinin tinggi
- d) Hiperkalemia (indikasi absolut)
- e) Asidosis berat (indikasi absolut)
- f) Kelebihan cairan bila sampai mengalami edema paru
- g) Perikarditis (indikasi absolut)

Dialisis harus dimulai lebih awal pada pasien dengan:

- a. Diabetes : lebih banyak mengalami komplikasi lebih sulit mengatur diet ginjal dan diabetes
- b. Neuropati perifer : indikasi efek uremia pada system saraf perifer
- c. Encephalopathy uremikum: indikasi efek yang berat pada system saraf pusat
- d. Hipertensi maligna : mungkin dapat membaik dengan pengeluaran cairan pada dialisis.

#### **2.2.4 Prosedur Hemodialisa**

Tiga prinsip yang mendasari kerja hemodialisis, yaitu difusi, osmosis, ultrafiltrasi. Toksin dan zat limbah di dalam darah dikeluarkan melalui proses difusi dengan cara bergerak dari darah yang memiliki konsentrasi tinggi, ke cairan dialisat dengan konsentrasi yang lebih rendah. Cairan dialisat tersusun dari semua elektrolit yang penting dengan konsentrasi ekstrasel yang ideal. Kelebihan cairan dikeluarkan dari dalam tubuh melalui proses osmosis. Pengeluaran air dapat dikendalikan dengan menciptakan gradien tekanan, dimana air bergerak dari

daerah dengan tekanan yang lebih tinggi (tubuh pasien) ke tekanan yang lebih rendah (cairan dialisat). Gradient ini dapat ditingkatkan melalui penambahan tekanan negative yang dikenal sebagai ultrafiltrasi pada mesin dialisis (Brunner & Suddart, 2001).

Efektifitas hemodialisa dilakukan 2 – 3 kali dalam seminggu selama 4 – 5 jam atau paling sedikit 10 – 12 jam perminggunya. Sebelum dilakukan hemodialisa maka perawat harus melakukan pengkajian pradialisa, dilanjutkan dengan menghubungkan klien dengan mesin hemodialisa dengan memasang *blood line* dan jarum ke akses vaskuler klien, yaitu akses untuk jalan keluar darah ke dialiser dan akses masuk darah ke dalam tubuh. *Arterio Venous (AV)* fistula adalah akses vaskuler yang direkomendasikan karena kecendrungan lebih aman dan juga nyaman bagi pasien (Brunner & Suddart, 2001).

Setelah *blood line* dan akses vaskuler terpasang, proses hemodialisa dimulai. Saat dialysis darah dialirkan keluar tubuh dan disaring didalam dialiser. Darah mulai mengalir dibantu pompa darah. Cairan normal salin diletakkan sebelum pompa darah untuk mengantisipasi adanya hipotensi intradialisis. Infuse heparin diletakkan sebelum atau sesudah pompa tergantung peralatan yang digunakan (Hudak & Gallo, 1999). Darah mengalir dari tubuh melalui akses arterial menuju ke dialiser sehingga terjadi pertukaran darah dan sisa zat. Darah harus dapat keluar masuk tubuh klien dengan kecepatan 200-400 ml/menit (Price & Wilson, 2005).

Proses selanjutnya darah akan meninggalkan dialiser. Darah meninggalkan dialiser akan melewati detector udara. Darah yang sudah disaring kemudian

dialirkan kembali kedalam tubuh melalui akses venosa. Dialysis diakhiri dengan menghentikan darah dari klien, membuka selang normal salin dan membilas selang untuk mengembalikan darah pasien. Pada akhir dialysis, sisa akhir metabolisme dikeluarkan dan keseimbangan elektrolit tercapai (Brunner & Suddart, 2001).

## 2.3 Konsep *Dying* dan *Subjective Well Being*

### 2.3.1 Konsep *Dying*

Kubler-Ross (1998) dalam bukunya “*On Death and Dying*” membahas reaksi-reaksi manusia ketika semakin mendekati akhir hayat atau disebut juga tahap kematian. Beliau membaginya menjadi lima tahap, (dalam konteks orang yang menderita penyakit gagal ginjal) tahapan ini bisa dijabarkan sebagai berikut:

a. Fase Penyangkalan (*Denial*)

Fase ini merupakan reaksi pertama individu terhadap kehilangan atau individu yang tidak percaya. Pernyataan yang sering diucapkan adalah “itu tidak mungkin” atau “saya tidak percaya itu” seseorang yang mengalami kehilangan karena kematian orang yang berarti baginya, tetap merasa bahwa orang tersebut masih hidup. Dia mungkin mengalami halusinasi, melihat orang yang meninggal tersebut berada di tempat yang biasa digunakan atau mendengar suaranya.

b. Fase Marah (*Anger*)

Fase ini dimulai dengan timbulnya kesadaran akan kenyataan terjadinya kehilangan. Individu menunjukkan perasaan marah pada diri sendiri atau kepada orang disekitarnya. Reaksi fisik yang terjadi pada fase ini antara lain, muka merah, nadi cepat, susah tidur, tangan menggepal mau memukul dan agresif.

c. Fase Tawar-menawar (*Bargaining*)

Individu yang telah mampu mengekspresikan rasa marah akan kehilangannya, maka orang tersebut akan maju ke tahap tawar-menawar dengan memohon kemurahan Tuhan, individu ingin menunda kehilangan dengan berkata “seandainya saya hati-hati” atau “kalau saja kejadian ini bias ditunda, maka saya akan sering berdoa”.

d. Fase Depresi

Individu berada dalam suasana berkabung, karena kehilangan merupakan keadaan yang nyata, individu sering menunjukkan sikap menarik diri, tidak mau berbicara atau putus asa dan mungkin sering menangis.

e. Fase Penerimaan (*Acceptance*)

Pada fase ini individu menerima kenyataan kehilangan, misalnya: ya, akhirnya saya harus terkena penyakit kronis ini, apa yang harus saya lakukan agar saya cepat sembuh, tanggungjawab sudah mulai timbul dan usaha untuk pemulihan dapat lebih optimal.

Sedangkan menurut Teori Martocchio (1985), fase kehilangan digambarkan menjadi 5 fase yaitu *shock and disbelief*, *yearning and protest*, *anguish*, *identification in bereavement*, *reorganization and restitution* yang mempunyai lingkup tumpang tindih dan tidak dapat diharapkan. Durasi kesedihan bervariasi dan bergantung pada faktor yang mempengaruhi respon kesedihan itu sendiri. Reaksi yang terus menerus dari kesedihan biasanya reda dalam 6-12 bulan dan berduka yang mendalam mungkin berlanjut sampai 3-5 tahun.

## A. Masalah Psikososial Sehubungan Dengan Penyakit Kronis

Dampak pada psikososial yang ditimbulkan akibat penyakit kronis adalah kehilangan dan perubahan dimana kedua hal tersebut tidak dapat dipisahkan. Kehilangan dan perubahan ini bervariasi, berat dan lamanya besar dan berat kehilangan mempengaruhi kemampuan seseorang dan keluarga dalam penyesuaiannya untuk mencapai tingkat fungsi yang optimal dan kelangsungan hidupnya (Ernawati, 2009).

Berbagai macam kehilangan yang timbul akibat penyakit kronis menurut (Ernawati, 2009) adalah:

a. Kehilangan kesehatan atau kesejahteraan

Hal ini disebabkan karena adanya rasa ketergantungan pada pemberi pelayanan, keluarga dan alat-alat yang dapat menimbulkan gangguan emosi dan fisik.

b. Kehilangan kemandirian

Klien yang mengalami penyakit kronis dalam mempertahankan hidupnya memerlukan bantuan. Bantuan tersebut dapat berupa alat maupun perawatannya, sehingga orang tersebut dapat mencapai fungsi optimal.

c. Kehilangan keramahan lingkungan

Perasaan ini timbul karena klien memasuki lingkungan yang baru, namun lamakelamaan perasaan ini akan hilang.

d. Kehilangan rasa nyaman

Hal ini dapat disebabkan dari gejala penyakit atau perawatannya.

e. Kehilangan fungsi fisik dan mental

Kehilangan bervariasi sesuai dengan jenis penyakit yang diderita klien.

f. Kehilangan konsep diri

Hal ini karena adanya perubahan persepsi pada dirinya akibat gejala dan perawatan yang diberikan akan mempengaruhi *body image*.

g. Kehilangan peran sosial

Terbatasnya aktifitas dan partisipasi klien dalam kegiatan sosial dilingkungan klien yang disebabkan karena penyakit kronis yang dideritanya.

h. Kehilangan peran dalam keluarga

Akibat penyakit kronis yang diderita, peran yang biasanya dilakukan dalam keluarga menjadi terganggu atau barangkali bisa dilakukan sama sekali sebagai pencari nafkah, ibu berperan untuk menjalankan kegiatan rumah tangga. Perubahan peran ini dilihat dari fungsi dan hubungan interpersonal dalam keluarga.

## **B. Respon Psikososial Sehubungan dengan Penyakit Kronis**

Respon ini tidak saja terjadi pada klien, tetapi juga terjadi pada keluarga dan lingkungannya. Oleh karena itu ketiga aspek tersebut perlu diperhatikan dalam memberikan pelayanan kesehatan pada klien dengan penyakit kronis (Ernawati, 2009).

Ada berapa hal yang mempengaruhi respon klien menurut (Ernawati, 2009) yaitu:

1. Persepsi klien terhadap situasi
2. Sifat dan kepribadian klien
3. Beratnya penyakit

4. Persepsi keluarga terhadap situasi
5. Sikap lingkungan
6. Efisiensi dan efektifitas pemberi pelayanan kesehatan

### **2.3.2 Definisi *Subjective Well Being***

*Subjective Well Being* (SWB) merupakan salah satu kajian dalam psikologi positif, didefinisikan sebagai evaluasi individu terhadap kehidupannya yang meliputi evaluasi kognitif dan afektif. *Subjective Well Being* terdiri dari beberapa komponen yang terpisah, yaitu kepuasan hidup (penilaian kepuasan hidup seseorang secara global), kepuasan pada ranah tertentu (seperti kepuasan bekerja), afek positif (mengalami berbagai emosi dan suasana hati yang menyenangkan), dan sedikitnya afek negatif (mengalami sedikit emosi dan suasana hati yang kurang menyenangkan) (Diener, 2009).

Huppert (2009) (dalam Eid & Larsen, 2008) menyatakan bahwa *Subjective Well Being* adalah bagaimana kehidupan bisa berjalan dengan baik. Hal ini merupakan kombinasi dari perasaan baik dan keberfungsian secara efektif. Well being yang berkelanjutan tidak mengharuskan individu-individu merasa baik sepanjang waktu. Pengalaman dari emosi yang menyakitkan seperti kekecewaan, kegagalan maupun duka cita adalah bagian normal dari kehidupan, dan mampu mengatur emosi-emosi negatif ini merupakan hal yang penting untuk *well being* dalam jangka panjang. Namun *Subjective Well Being* bisa terancam ketika emosi-emosi negatif yang ekstrim atau berlangsung sangat lama mempengaruhi kemampuan seseorang untuk berfungsi dalam kehidupannya sehari-hari.

Menurut Veenhoven (dalam Eid & Larsen, 2008) *subjective well being* paling cocok digunakan untuk menggambarkan kebahagiaan manusia secara utuh. *subjective well being* merupakan domain menyeluruh yang mencakup kontrak yang luas yang berhubungan dengan evaluasi subjektif individu terhadap kualitas hidupnya.

### **2.3.3 Dimensi *Subjective Well Being***

Dimensi *subjective well being* memiliki tiga bagian penting, pertama merupakan penilaian subjektif berdasarkan pengalaman-pengalaman individu, kedua mencakup penilaian ketidakhadiran faktor-faktor negatif, dan ketiga penilaian kepuasan global. Diener (2009) menyatakan adanya dua komponen umum dalam *subjective well being*, yaitu dimensi kognitif dan dimensi afektif. Dimensi kognitif diidentifikasi sebagai kepuasan hidup dan dimensi afektif terdiri dari afek menyenangkan dan afek tidak menyenangkan yang dikenal dengan afek positif dan afek negatif.

#### **a. Dimensi Kognitif**

Diener (2000) menyatakan bahwa *subjective well being* terdiri dari dua komponen yang terpisah, yaitu dimensi kognitif dan dimensi afektif. Dimensi kognitif direpresentasikan dalam bentuk kepuasan hidup secara global/umum (lebih dikenal dengan kepuasan hidup saja) dan kepuasan terhadap hal yang lebih spesifik seperti pekerjaan (*work satisfactio*), keluarga dan sebagainya.

Kepuasan hidup (*life satisfaction*) merupakan bagian dari dimensi kognitif dari *subjective well being*. *Life satisfaction* (Diener, 2009) merupakan penilaian kognitif seseorang mengenai kehidupannya, apakah kehidupan yang dijalannya berjalan dengan baik. Ini merupakan perasaan cukup, damai, dan puas dari



kesenjangan antara keinginan dan kebutuhan dengan pencapaian dan pemenuhan. Komponen kognitif ini merupakan kesenjangan yang dipersepsikan antara keinginan dan pencapaiannya apakah terpenuhi atau tidak.

Dimensi kognitif *subjective well being* ini juga mencakup area kepuasan/domain satisfaction individu di berbagai bidang kehidupannya, seperti bidang yang berkaitan dengan diri sendiri, keluarga, kelompok teman sebaya, kesehatan, keuangan, pekerjaan, dan waktu luang, artinya dimensi ini memiliki gambaran yang multifacet. Dan hal ini sangat bergantung pada budaya dan bagaimana kehidupan seseorang itu terbentuk. Dimensi ini dapat dipengaruhi oleh afek namun tidak mengukur emosi seseorang.

#### b. Dimensi Afektif

*Subjective well being* merupakan kategori besar yang mencakup respon emosional individu, area kepuasan, dan kepuasan hidup. Dimensi afektif merupakan perubahan neuropsikologikal yang sering dialami sebagai perasaan, mood, atau emosi dan dapat diorganisasikan ke dalam bentuk paling tidak menjadi dua dimensi yaitu valensi dan arousal (Tsai, 2007). Mood dan emosi yang biasa dikenal dengan afek, merepresentasikan evaluasi individu terhadap setiap peristiwa yang ada di dalam hidupnya. Model dua faktor yang biasa disebut dengan afek positif dan afek negatif.

##### 1) Afek Positif

Afek positif merupakan refleksi dari perasaan antusias, aktif, dan siaga. Afek positif yang tinggi berupa energi yang tinggi, konsentrasi penuh, dan pengalaman yang menyenangkan, sebaliknya afek positif yang rendah bercirikan kesedihan

dan lesu. Afek positif meliputi antara lain simptom-simptom antusiasme, keceriaan, dan kebahagiaan hidup (Snyder dan Lopez, 2006).

## 2) Afek Negatif

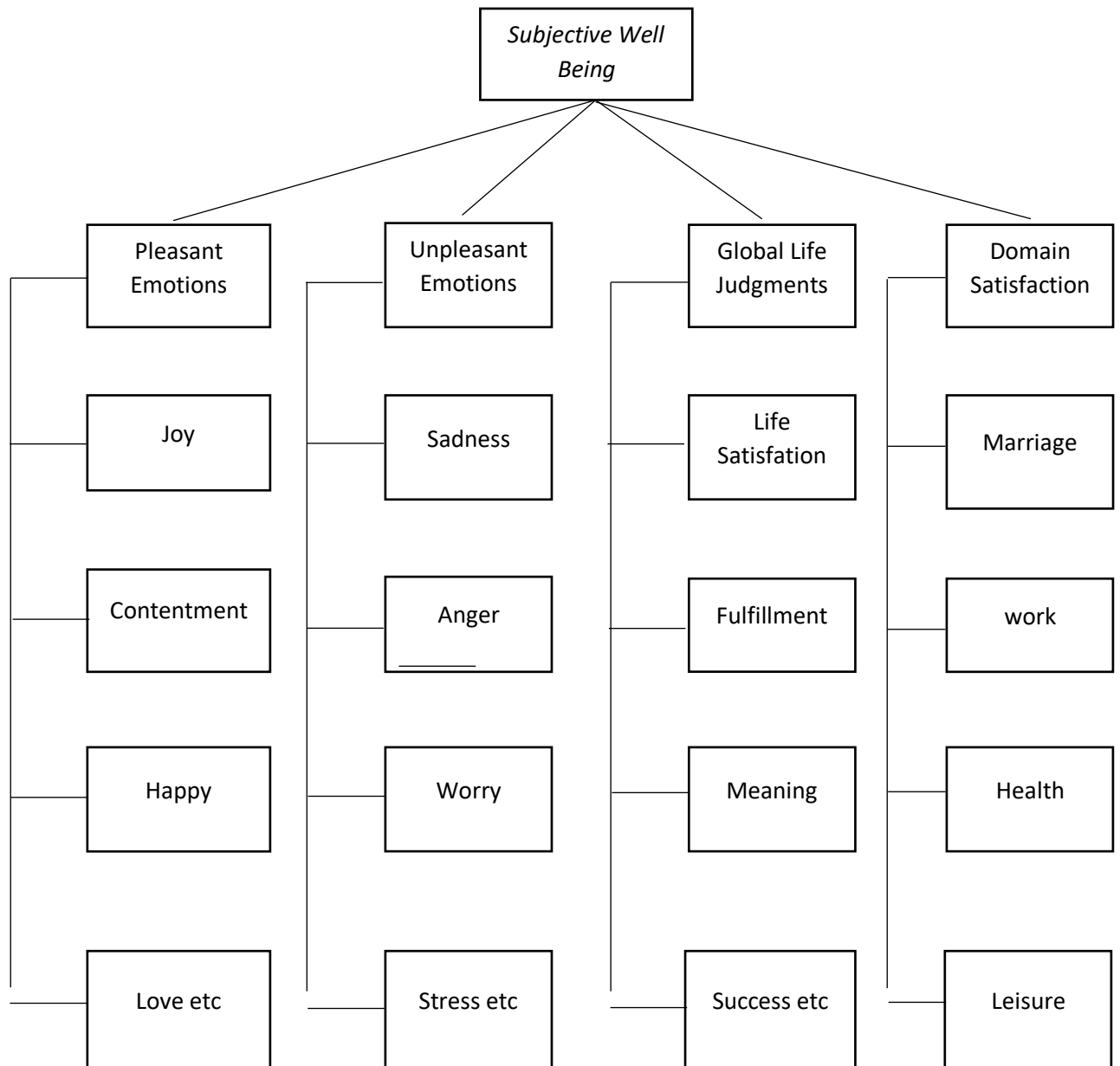
Afek negatif merupakan dimensi umum dari keadaan yang menyedihkan dan tidak menyenangkan yang memunculkan berbagai macam mood yang tidak disukai seperti marah, merasa bersalah, takut, dan tegang. Afek negatif merupakan kehadiran simptom yang menyatakan bahwa hidup tidak menyenangkan (Snyder & Lopez, 2006).

Dimensi afektif menekankan pada pengalaman emosi menyenangkan baik yang pada saat ini sering dialami oleh seseorang ataupun hanya berdasarkan penilaiannya. Keseimbangan tingkat afek merujuk kepada banyaknya perasaan positif yang dialami dibandingkan dengan perasaan negatif. Kepuasan hidup dan banyaknya afek positif dan negatif dapat saling berkaitan, hal ini disebabkan oleh penilaian seseorang terhadap kegiatan-kegiatan yang dilakukan, masalah, dan kejadian-kejadian dalam hidupnya. Sekalipun kedua hal ini berkaitan, namun keduanya berbeda, kepuasan hidup merupakan penilaian mengenai hidup seseorang secara menyeluruh, sedangkan afek positif dan negatif terdiri dari reaksi-reaksi berkelanjutan terhadap kejadian-kejadian yang dialami (Diener, 2009).

Berdasarkan penjelasan di atas dapat ditarik kesimpulan bahwa *subjective well being* terdiri dari dimensi kognitif dan dimensi afektif. Dimensi kognitif diidentifikasi sebagai kepuasan hidup individu. Dimensi afektif terdiri dari afek positif dan afek negatif. Keseimbangan *subjective well being* merujuk kepada

banyaknya afek positif daripada afek negatif. Kepuasan hidup dan afek saling berkaitan walaupun keduanya merupakan dimensi yang berbeda.

### 2.3.4 Komponen *Subjective Well Being*



**Skema 2.3.2 A Hierarchical Model of Subjective Well-being (Diener, Scollon, & Lucas, 2009)**

Skema diatas adalah komponen yang membentuk *subjective well being*. Komponen tersebut digambarkan sebagai suatu konsep yang hirarki dengan berbagai tingkat khusus. Tingkat yang paling atas dari hirarki tersebut menurut

Diener *et al.* (2003) adalah konsep mengenai *subjective well being* itu sendiri. Pada tingkat ini, *subjective well being* menggambarkan evaluasi secara menyeluruh tentang kehidupan seseorang. Pada tingkat selanjutnya terdapat empat komponen khusus yang memberikan ketepatan lebih mendalam untuk memahami *subjective well being* seseorang. Komponen ini adalah afek positif, afek negatif, kepuasan hidup secara global, dan ranah kepuasan yang saling berhubungan satu sama lain dan semuanya secara konseptual berhubungan. Masing-masing memberikan data tambahan mengenai kualitas *subjective well being* seseorang. Terakhir, dalam masing-masing empat komponen terdapat suatu jalur yang dapat dibentuk beberapa peneliti, mungkin akan berfokus pada afek negatif atau kepuasan pada ranah kehidupan tertentu yang lebih khusus.

### **2.3.5 Faktor yang Mempengaruhi *Subjective Well Being***

Menurut Diener (2009) faktor-faktor yang mempengaruhi *subjective well being* individu antara lain:

a) Perbedaan jenis kelamin

Dalam jurnal yang di tuliskan Eddington dan Shuman (2008) menyatakan penemuan menarik mengenai perbedaan jenis kelamin. Wanita lebih banyak mengungkapkan afek negatif dan depresi dibandingkan dengan pria, selain itu wanita lebih banyak mencari bantuan terapi untuk mengatasi gangguan ini, namun pria dan wanita mengungkapkan tingkat kebahagiaan global yang sama.

Diener (2009) menyatakan bahwa secara umum tidak terdapat perbedaan *subjective well being* yang signifikan antara pria dan wanita. Namun wanita memiliki intensitas perasaan negatif dan positif yang lebih banyak dibandingkan pria.

b) Tujuan

Diener (2009) menyatakan bahwa orang-orang merasa bahagia ketika mereka mencapai tujuan yang dinilai tinggi dibandingkan dengan tujuan yang dinilai rendah. Contohnya, kelulusan di perguruan tinggi negeri dinilai lebih tinggi dibandingkan dengan kelulusan ulangan harian. Tujuan yang semakin terorganisir dan konsisten tujuan dan aspirasi seseorang dengan lingkungannya, maka ia akan semakin bahagia, dan orang yang memiliki tujuan yang jelas akan lebih bahagia.

c) Agama dan Spiritualitas

Diener (2009) menyatakan bahwa secara umum orang yang religius cenderung untuk memiliki tingkat *well being* yang lebih tinggi, dan lebih spesifik. Partisipasi dalam pelayanan religius, afiliasi, hubungan dengan Tuhan, dan berdoa dikaitkan dengan tingkat *well being* yang lebih tinggi.

Alasan mengikuti kegiatan keagamaan berhubungan dengan *subjective well being*, sistem kepercayaan keagamaan membantu kebanyakan orang dalam menghadapi tekanan dan kehilangan dalam siklus kehidupan, memberikan optimisme bahwa dalam kehidupan selanjutnya masalah-masalah yang tidak bisa diatasi saat ini akan dapat diselesaikan. Keterlibatan dalam kegiatan-kegiatan religius memberikan dukungan sosial komunitas bagi orang yang mengikutinya.

d) Kualitas hubungan sosial

Penelitian yang dilakukan oleh Diener dan Scollon (2003) menyatakan bahwa hubungan yang dinilai baik harus mencakup dua dari tiga hubungan sosial berikut ini, yaitu keluarga, teman, dan hubungan romantis karena hubungan sosial berpengaruh pada *subjective well being* individu (Diener dalam Snyder & Lopez, 2002).

Hubungan sosial berpengaruh pada *subjective well being* individu, hubungan yang di dalamnya terdapat dukungan dan keintiman akan membuat individu mampu mengembangkan harga diri, meminimalkan masalah-masalah psikologis, mampu memecahkan masalah yang bersifat adaptif dan membuat individu menjadi sehat secara fisik. Hubungan erat akan tercipta diantara keluarga dan teman, selain itu kepedulian sosial akan meningkat dibandingkan dengan individu yang memiliki kepuasan rendah (Diener,2009).

e) Kepribadian

Tatarkiewicz (Diener,2009) menyatakan bahwa kepribadian merupakan hal yang lebih berpengaruh pada *subjective well being* dibandingkan dengan faktor lainnya. Hal ini dikarenakan beberapa variabel kepribadian menunjukkan kekonsistenan dengan *subjective well being* diantaranya *self esteem*.

f) Kesehatan

Kesehatan yang dipersepsikan oleh individu (kesehatan subjektif) bukan kesehatan yang sebenarnya dimiliki (kesehatan objektif). Kesehatan merupakan salah satu faktor mencapai kebahagiaan. Semua individu akan berdoa agar dirinya sehat selalu, tapi bagi individu yang mengalami sakit secara tiba-tiba disaat

banyak tugas yang harus dijalankan akan merasakan kekecewaan pada dirinya sehingga mengakibatkan menurunnya tingkat kebahagiaan, tapi beda dengan seseorang yang memiliki pemikiran bahwa sakit yang dialami adalah suatu tanda bahwa individu itu harus beristirahat lebih sering dibanding sebelum ia jatuh sakit. Jika dipahami, kesehatan yang membawa kebahagiaan ketika individu dapat menerima rasa sakitnya tanpa beban, bukan individu yang berfikir bahwa dirinya akan bahagia saat penyakitnya berangsur-angsur membaik. Karena jika diingat bahwa sakit jasmani terkadang dialami karena tekanan psikis atau biasa disebut psikosomatis, maka dari itu kesehatan yang dimaksud disini saat individu dapat mendatangkan kesehatan pada dirinya sendiri.

### **2.3.6 Subjective Well Being Pada Penderita Gagal Ginjal Kronis**

Penelitian yang dilakukan Safitri dan Sadif (2013) menemukan bahwa terdapat enam gejala yang muncul pada pasien gagal ginjal kronis, yaitu kemarahan karena penyakitnya telah membuat dirinya menderita, keputusasaan, ketidakberdayaan, merasa lelah menjalani hemodialisis, merasa lebih baik bila ada dukungan keluarga dan pasrah pada Tuhan yang memberi kekuatan untuk menghadapi penyakitnya. Gejala-gejala yang muncul ini menunjukkan ketidaksiapan pada diri pasien gagal ginjal kronis telah mengalami penyakit kronis, sehingga mengalami perubahan hidup yang drastis.

Hal ini memengaruhi kesejahteraan subjektif pada pasien gagal ginjal kronik di mana terdapat perubahan dalam hidup seperti merasa putus asa, merasa tidak berguna, dan menarik diri dari lingkungan sekitar sehingga kualitas hidup dari pasien gagal ginjal kronis juga terlihat menurun. Permasalahan psikologis



yang dialami pasien gagal ginjal kronis sudah ditunjukkan dari sejak pertama kali pasien divonis. Kecemasan dan ketakutan adalah reaksi umum terhadap stress penyakit.

## **2.4 Konsep Terapi Musik Suara Alam**

### **2.4.1 Definisi Terapi Musik Suara Alam**

Musik suara alam merupakan bentuk *integrative* antara musik klasik dengan suara-suara alam. Penggunaan musik suara alam seperti suara burung, ombak, angin, air mengalir dan lainnya sebagai terapi kesehatan telah mencapai hasil yang memuaskan yaitu meningkatkan relaksasi, memperbaiki kondisi fisik, psikis bagi individu dengan berbagai usia. Suara alam juga memiliki tempo yang berbeda, pitch, dan irama yang umumnya lambat atau nada yang tidak tiba-tiba tinggi. Manusia memiliki hubungan yang erat dan kontak dengan alam yang bermanfaat bagi kesehatan. Manusia memiliki daya tarik bawaan dengan alam sehingga interaksinya dengan alam memiliki efek terapeutik dan penggunaan suara alam tersebut dalam tatanan klinik masih jarang dilakukan Chiang (2012) dalam Setyawan (2013).

### **2.4.2 Manfaat Terapi Musik Suara Alam**

Menurut Natalina (2013) dalam Setyawan (2013) dalam , terapi musik memiliki beberapa manfaat, antara lain sebagai berikut:

1. Musik pada bidang kesehatan
  - a. Menurunkan tekanan darah, melalui musik yang ritmenya stabil memberi irama teratur pada sistem kerja jantung manusia.

- b. Memberi keseimbangan detak jantung dan denyut nadi.
  - c. Menstimulasi kerja otak, mendengarkan musik dengan harmoni yang baik akan menstimulasi otak untuk melakukan proses analisa terhadap lagu tersebut.
  - d. Meningkatkan imunitas tubuh, suasana yang ditimbulkan oleh musik berpengaruh terhadap sistem kerja hormon manusia, jika seseorang mendengarkan musik yang baik/positif maka hormon yang meningkatkan imunitas tubuh akan keluar.
2. Musik meningkatkan kecerdasan
- a. Daya ingat, menyanyi dengan menghafalkan lirik lagu akan meningkatkan daya ingat.
  - b. Konsentrasi, saat terlibat dalam bermusik akan membuat otak bekerja secara terfokus.
  - c. Emosional, musik mampu memberi pengaruh secara emosional terhadap makhluk hidup.
3. Musik meningkatkan kerja otot, mengaktifkan motorik kasar dan halus.
4. Musik meningkatkan produktifitas, kreatifitas, dan imajinasi.
5. Musik menyebabkan tubuh menghasilkan hormon beta endorfin. Ketika seseorang mendengarkan suaranya sendiri yang indah maka hormon 'kebahagiaan' akan berproduksi.
6. Musik membentuk sikap seseorang, meningkatkan sikap mood. Karakter makhluk hidup dapat terbentuk melalui musik, rangkaian nada yang indah akan membangkitkan perasaan bahagia atau semangat yang positif.

7. Musik mengembangkan kemampuan berkomunikasi dan sosialisasi, bermusik akan menciptakan sosialisasi karena dalam bermusik dibutuhkan komunikasi.
8. Meningkatkan visualisasi melalui rangkaian nada-nada harmonisnya.

### **2.4.3 Mekanisme Terapi Musik Suara Alam**

Musik suara alam ini dapat memberikan ketenangan dan dapat mengurangi stres. Manusia lebih menyukai lingkungan dan keanekaragaman alam karena hubungan emosional yang dimiliki manusia dengan organisme lainnya. Chiang (2012) menyebutkan hubungan kedekatan manusia dengan alam, termasuk pemandangan dan suara alam dapat memberikan efek yang lebih baik daripada yang diberikan oleh makhluk hidup.

Gambaran mekanisme sensasi musik terhadap fisiologi tubuh manusia. Otak bagian kiri adalah proses analisa, kognitif, dan aktivitas, sedang otak kanan sebagai proses artistik, aktivitas imajinasi. Unsur-unsur musik yakni irama, nada dan intensitasnya masuk ke kanalis auditorius telinga luar yang disalurkan ke tulang-tulang pendengaran. Musik tersebut akan dihantarkan sampai ke thalamus. Musik mampu mengaktifkan memori yang tersimpan di limbik dan mempengaruhi sistem syaraf otonom melalui neurotransmitter yang akan mempengaruhi hipotalamus lalu ke hipofisis. Musik yang telah masuk ke kelenjar hipofisis mampu memberikan tanggapan terhadap emosional melalui *feedback* negatif ke kelenjar adrenal untuk menekan pengeluaran hormon epinefrin, norepinefrin, dan dopamin yang disebut dengan hormon-hormon stres. Masalah mental seperti ketegangan, stress berkurang, rileks, dan kebahagiaan bertambah (Nichols & Humenick, 2000).

Intensitas suara yang dihasilkan oleh musik suara alam adalah kurang dari 60 desibel dengan pemakaian headset kurang dari 60 persen volume maksimal (100 persen) sehingga dapat memberikan manfaat yang luar biasa seperti meningkatkan hormone kebahagiaan (Siswantinah, 2011).

## **2.5 Konsep Terapi Murottal**

### **2.5.1 Definisi Terapi Murottal**

Murottal adalah rekaman suara al-Qur'an yang dilagukan oleh seorang pembaca al-Qur'an (Siswantinah, 2011). Bacaan al-Qur'an secara Murottal mempunyai irama yang konstan, teratur dan tidak ada perubahan yang mendadak. Tempo murottal al-Qur'an juga berada antara 60-70/menit, serta nadanya rendah sehingga mempunyai efek relaksasi dan dapat menurunkan stress dan kecemasan Widyayarti (2011) dalam Siswantinah (2011).

### **2.5.2 Manfaat Terapi Murottal**

Murottal mempunyai beberapa manfaat antara lain:

- a. Mendengarkan bacaan ayat-ayat al-Qur'an dengan tartil akan mendapatkan ketenangan jiwa
- b. Lantunan al-Qur'an dapat menurunkan hormon-hormon stress, mengaktifkan hormon endorphin alami, meningkatkan perasaan rileks, dan mengalihkan perhatian dari rasa takut, cemas dan tegang, memperbaiki system kimia tubuh sehingga menurunkan tekanan darah serta memperlambat pernafasan, detak jantung, denyut nadi, dan aktifitas gelombang otak. Laju pernafasan yang lebih dalam atau lebih lambat tersebut sangat baik menimbulkan ketenangan, kendali emosi, pemikiran yang lebih dalam dan metabolisme yang lebih baik.

- c. Dengan terapi murottal maka kualitas kesadaran seseorang terhadap Tuhan akan meningkat, baik orang tersebut tahu arti al-Qur'an atau tidak. Kesadaran ini akan menyebabkan totalitas kepasrahan kepada Allah SWT, dalam keadaan ini otak pada gelombang alpha, merupakan gelombang otak pada frekuensi 7-14 Hz . Ini merupakan keadaan energi otak yang optimal dan dapat menyingkirkan stress dan menurunkan kecemasan (Heru, 2008).

### **2.5.3 Mekanisme Terapi Murottal Al-Qur'an**

Murottal bekerja pada otak dimana ketika didorong oleh rangsangan dari terapi murottal maka otak akan memproduksi zat kimia yang disebut zat neuropeptide. Molekul ini akan menyangkut ke dalam reseptor-reseptor dan memberikan umpan balik berupa kenikmatan dan kenyamanan Abdurroccman (2008) dalam Siswantinah (2011).

Fungsi pendengaran manusia yang merupakan penerimaan rangsang auditori atau suara. Rangsangan auditori yang berupa suara diterima oleh telinga sehingga membuatnya bergetar. Getaran ini akan diteruskan ke tulang-tulang pendengaran yang bertautan antara satu dengan yang lain Elsa (2015) dalam Siswantinah (2011).

Rangsang fisik tadi diubah oleh adanya perbedaan ion kalium dan ion natrium menjadi aliran listrik yang melalui saraf nervus VIII (vestibule cokhlearis) menuju ke otak, tepatnya di area pendengaran. Setelah mengalami perubahan potensial aksi yang dihasilkan oleh saraf auditorius, perambatan potensial aksi ke korteks auditorius (yang bertanggung jawab untuk menganalisa

suara yang kompleks, ingatan jangka pendek, perbandingan nada, menghambat respon motorik yang tidak diinginkan, pendengaran yang serius, dan sebagainya) diterima oleh lobus temporal otak untuk mempresepsikan suara. Talamus sebagai pemancar impuls akan meneruskan rangsang ke amigdala (tempat penyimpanan memori emosi) yang merupakan bagian penting dari system limbik (yang mempengaruhi emosi dan perilaku) (Siswantinah, 2011).

Dengan mendengarkan ayat-ayat suci al-Qur'an, seorang muslim, baik mereka yang berbahasa arab maupun bukan, dapat merasakan perubahan fisiologis yang sangat besar. Secara umum mereka merasakan adanya penurunan depresi, kesedihan, dan ketenangan jiwa (Siswantinah, 2011).

Murottal merupakan salah satu musik yang memiliki pengaruh positif bagi pendengarnya (Widayarti, 2011). Mendengarkan ayat-ayat al-Qur'an yang dibacakan dengan tartil dan benar akan mendatangkan ketenangan jiwa. Lantunan al-Qur'an secara fisik mengandung unsur suara manusia, sedangkan suara manusia merupakan instrumen penyembuhan yang menakjubkan dan alat yang paling mudah dijangkau. Suara dapat menurunkan hormon-hormon stress, mengaktifkan hormon endorfin alami, meningkatkan perasaan rileks, dan mengalihkan perhatian dari rasa takut, cemas dan tegang, memperbaiki system kimia tubuh sehingga menurunkan tekanan darah serta memperlambat pernafasan, detak jantung, denyut nadi, dan aktifitas gelombang otak. Ini menunjukkan bahwa bacaan al-Qur'an dapat digunakan sebagai perawatan koplementer karena dapat meningkatkan perasaan rileks.

Intensitas suara yang rendah merupakan intensitas suara kurang dari 60 desibel sehingga menimbulkan kenyamanan dan tidak nyeri. Murottal merupakan intensitas 50 desibel dengan pengaturan volume suara tidak lebih dari 60 persen dari volume maksimal (100 persen) yang akan membawa pengaruh positif bagi pendengarnya. Pada dasarnya religiusitas memiliki pengaruh terhadap kesehatan mental dan fisik dimana religiusitas dapat membantu coping stress, kelelahan dan kematian pada individu (Siswantinah, 2011).