

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Gagal ginjal kronik (GGK) merupakan salah satu masalah kesehatan di dunia, Menurut *World Health Organization (WHO)* lebih dari 500 juta orang mengalami penyakit gagal ginjal kronik dan sekitar 1.5 juta orang harus menjalani terapi cuci darah selama hidupnya. Menurut data Riset Kesehatan Dasar (Riskesmas) pada tahun 2013 di Indonesia sebanyak 2 per 1000 penduduk atau 499.800 mengalami penyakit gagal ginjal, sedangkan berdasarkan Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI, prevalensi GGK meningkat seiring bertambahnya umur, dengan peningkatan tajam pada kelompok umur 35-44 tahun dibandingkan kelompok umur 25-34 tahun (Riskesmas, 2013).

Provinsi dengan prevalensi tertinggi adalah Sulawesi Tengah sebesar 0,5 %, diikuti Aceh, Gorontalo, dan Sulawesi Utara. Peningkatan jumlah pasien hemodialisis merupakan beban ekonomi terutama bagi negara berkembang seperti Indonesia (Depkes, 2017). Jumlah penderita diprediksi meningkat bersamaan dengan meningkatnya jumlah penderita hipertensi, diabetes atau keduanya mempunyai risiko tinggi memiliki GGK. Sekitar 1 dari 3 orang dewasa diabetes dan 1 dari 5 orang dewasa dengan hipertensi memiliki peluang GGK (CDC, 2017).

Terapi gagal ginjal kronik terbagi menjadi dua metode yaitu transplantasi ginjal dan hemodialisa atau cuci darah. Penggantian ginjal atau transplantasi ginjal mempunyai banyak kendala dan masih terbatas karena ketersediaan donor ginjal, teknik operasi dan juga perawatan pada waktu pasca operasi. Hemodialisa adalah terapi yang dapat menghambat progresifitas dari GGK dan memperbaiki komplikasi penyakit sehingga dapat memperpanjang masa hidup dan memperbaiki kualitas hidup pasien (Agustin et al., 2015). Masalah psikologis dapat terjadi seperti insomnia, kecemasan, rasa takut yang berlebihan, khawatir, mudah tersinggung, sulit berkonsentrasi, ragu dan merasa rendah diri, ageresif, serta kecewa hingga depresi.

Kecemasan yang dialami oleh pasien GGK diakibatkan oleh beberapa faktor. Faktor behavioral dapat berdampak pada gangguan fisiologis atau menurunnya kemampuan dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari pada pasien GGK. Stresor yang dialami oleh individu dengan kecemasan dapat mengganggu harga diri, identitas, dan fungsi sosial individu yang saling berhubungan (Sukandar dan Mustikasari, 2021). Tingginya frekuensi depresi pada pasien hemodialisa terjadi oleh beberapa alasan, seperti hemodialisa yang bersifat kronis dan disabilitas fisik yang disebabkan oleh penyakit itu sendiri (Salehi et al., 2016).

Pasien gagal ginjal yang sudah sering melakukan hemodialisis tingkat kecemasan lebih ringan, berbeda dengan pasien gagal ginjal yang baru pertama kali melakukan hemodialisa akan mengalami kecemasan yang lebih tinggi (Sasmita, 2015). Pasien yang menjalani hemodialisis lebih dari 6 bulan telah mampu menyesuaikan diri dengan penyakitnya, dan menjelaskan bahwa semakin lama pasien menjalani hemodialisis maka semakin ringan tingkat kecemasannya. Pasien yang mempunyai kecemasan berat cenderung merupakan pasien yang belum lama/baru menjalani hemodialisis, karena pasien yang sudah lama telah mencapai tahap yang *accepted* (menerima) (Farida and Suwanti, 2018).

Intervensi musik telah terbukti sebagai terapi yang efektif untuk perawatan pasien depresi ($p=0,017$) (Hagemann et al., 2018). Intervensi musik telah menunjukkan kegunaannya sebagai terapi alternatif untuk depresi walaupun jumlah penelitian yang ada masih terbatas. (Leubner dan Hinterberger, 2017). Pemberian musik dapat meningkatkan kualitas hidup pasien hemodialisa yang mengalami depresi (Hagemann et al., 2018). Studi lainnya menunjukkan adanya perbaikan skor depresi dan kecemasan pada pasien yang mendapatkan intervensi musik (Petrovsky et al., 2015). Studi oleh Prihananda (2014) menunjukkan bahwa terdapat pengaruh terapi musik klasik terhadap tingkat kecemasan pada pasien hemodialisa di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta ($p=0,000$) dengan nilai mean perlakuan *pretest* (29,67 dan *post test* 17,33) dan pada kontrol (*pre test* 26,47 dan *post test* 27,73) (Prihananda et al., 2014).

Intervensi musik telah banyak dipelajari dan dipergunakan dalam berbagai aspek area di rumah sakit dan juga telah terbukti menjadi terapi yang efektif untuk mengatasi depresi. Beberapa studi telah mempelajari manfaatnya pada pasien hemodialisis. Adanya kontribusi pemberian musik dapat menurunkan simtom-simtom depresi dan kecemasan yang meningkatkan kualitas hidup pasien-pasien yang menjalani hemodialisa (Hagemann et al., 2018). Adanya kemungkinan efek farmakologis, musik dapat menjadi alat pendukung untuk menurunkan simtom depresi dan meningkatkan mood (Raglio, 2017).

Intervensi musik akan memberikan perbedaan yang cukup signifikan pada keadaan sebelum dan sesudah intervensi, meningkatkan kualitas hidup dan menurunkan intensitas gejala-gejala depresi yang dialami oleh pasien hemodialisis (Hagemann et al., 2018). Berdasarkan data dan penjelasan beberapa peneliti yang telah diuraikan sebelumnya, peneliti tertarik untuk meneliti lebih lanjut. Mengenai efek terapi musik relaksasi dengan simtom kecemasan dan simtom depresi pada pasien laki-laki hemodialisa di Rumah Sakit Haji Medan.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian di atas, maka rumusan masalah pada penelitian ini adalah apakah ada hubungan terapi musik relaksasi dengan simtom kecemasan dan simtom depresi pada pasien laki-laki hemodialisa di Rumah Sakit Haji Medan?

1.3 Hipotesis Penelitian

Terdapat hubungan yang signifikan antara terapi musik relaksasi dengan simtomkecemasan dan simtom depresi pada pasien laki-laki hemodialisa di Rumah Sakit Haji Medan.

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan terapi musik relaksasi dengan simtom kecemasan dan

simtom depresi pada pasien laki-laki hemodialisa di Rumah Sakit Haji Medan.

1.4.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dalam penelitian ini adalah :

- a) Mengetahui karakteristik sosiodemografi usia, pendidikan, status perkawinan, suku, pekerjaan dan lama sakit pada pasien laki-laki hemodialisa di Rumah Sakit Haji Medan.
- b) Mengetahui rerata skor simtom kecemasan pada pasien laki-laki hemodialisa di Rumah Sakit Haji Medan sebelum mendapat terapi musik relaksasi.
- c) Mengetahui rerata skor simtom depresi pada pasien laki-laki hemodialisa di Rumah Sakit Haji Medan sebelum mendapat terapi musik relaksasi.
- d) Mengetahui rerata skor simtom kecemasan pada pasien laki-laki hemodialisa di Rumah Sakit Haji Medan sesudah 6 minggu setelah diberikan terapi musik relaksasi.
- e) Mengetahui rerata skor simtom depresi pada pasien laki-laki hemodialisa di Rumah Sakit Haji Medan sesudah 6 minggu setelah diberikan terapi music relaksasi.
- f) Mengetahui hubungan terapi musik relaksasi dengan simtom kecemasan dan simtom depresi pada pasien laki-laki hemodialisa di Rumah Sakit Haji Medan.

1.5 Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian ini adalah :

- a) Bagi peneliti, hasil penelitian ini dijadikan media pembelajaran bagi peneliti dalam membuat sebuah karya ilmiah dan menambah ilmu pengetahuan kepada peneliti tentang hubungan terapi musik relaksasi dengan simtom kecemasan atau simtom depresi pada pasien laki-laki hemodialisa di Rumah Sakit Haji Medan.
- b) Bagi responden hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai informasi dan meningkatkan pengetahuan tentang manfaat pemberian terapi terapi musik relaksasi terhadap pasien laki-laki yang menjalani hemodialisa.

- c) Bagi peneliti lain, penelitian ini dapat bermanfaat sebagai bahan tambahan dan informasi dalam melakukan penelitian lebih lanjut tentang mengetahui hubungan terapi musik relaksasi dengan simtom kecemasan dan simtom depresi pada pasien laki-laki hemodialisa dengan variabel yang berbeda.
- d) Bagi pihak Rumah Sakit Haji Medan, hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai sumber informasi mengetahui hubungan terapi musik relaksasi dengan simtom kecemasan dan simtom depresi pada pasien laki-laki hemodialisa di Rumah Sakit Haji Medan sehingga memberikan wawasan untuk dapat disusun langkah tepat untuk menurunkan simtom kecemasan dan simtom depresi kasus hemodialisa.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Gagal Ginjal Kronik

2.1.1 Definisi

Gagal ginjal kronik (GGK) adalah kerusakan pada ginjal yang ditandai dengan kelainan struktur atau fungsi dari ginjal yang berlangsung selama lebih dari 3 bulan. Manifestasi dari gagal ginjal kronik mencakup perubahan patologis atau kelainan seperti ditemukannya proteinuria yang dapat diketahui dengan tes darah, imaging, atau urinalisis. Jika tidak ditemukan kerusakan ginjal, maka diagnosis penyakit gagal ginjal kronik dapat ditegakkan dengan nilai laju filtrasi glomerulus (LFG) kurang dari 60 ml/menit/1,73m² (Reilly and Perazella, 2014 ; Fritiwi, 2009).

Depresi adalah komplikasi psikososial yang sering muncul dan merupakan penyakit gangguan kejiwaan yang paling umum dan lama (Stuart, 2015). Depresi mempengaruhi kualitas hidup, status sosial, ekonomi dan psikologis pada klien GGK yang menjalani hemodialisa (Gerogianni et al, 2014). Depresi merupakan gangguan kejiwaan yang terpenting pada klien gagal ginjal kronis dan menurut kriteria DSM IV-TR termasuk gangguan depresi mayor yang terjadi pada semua tingkat usia (Rahayu et,al., 2018).

Prevalensi depresi menurut prevalensi (Gerogianni et al, 2014). depresi berat pada populasi umum sekitar 1,1%-15% pada laki-laki dan 1,8%-23% pada wanita, namun pada klien GGK yang menjalani hemodialisa mencapai 47%. Penelitian lain menyatakan rata-rata prevalensi depresi 5%-58% (Rahayu et,al., 2018). dan gangguan depresi mayor adalah gangguan kejiwaan yang sangat umum terjadi pada klien GGK tahap akhir. Angka kejadiannya lebih tinggi dari penyakit kronis lainnya khususnya sekitar 20% mengalami depresi berat. mengatakan 41.6% klien GGK yang menjalani hemodialisa mengalami depresi, klien GGK Stage V mengalami Depresi 39.3% dan Klien Stage I-V mengalami depresi 26.5%. (Zasra. et, al. 2018) dalam penelitiannya mendapatkan 35.8% klien GGK yang menjalani hemodialisa mengalami depresi.

2.1.2 Etiologi

Menurut data yang dikumpulkan oleh *Indonesian Renal Registry* (IRR) pada tahun 2018 ditemukan urutan penyebab gagal ginjal kronik sebagai berikut hipertensi (39%), nefropati diabetika (22%), nefropati obstruksi (11%), pielonefritis kronik (5%), glomerulopati primer (5%), nefropati lupus (1%), ginjal polikistik (1%), dan nefropati asam urat (1%) (Indonesian et al., 2014). Gagal ginjal kronik disebabkan oleh berbagai penyakit, seperti glomerulonefritis akut, gagal ginjal akut, penyakit ginjal polikistik, obstruksi saluran kemih, pielonefritis, nefrotoksin, dan penyakit sistemik, seperti diabetes melitus, hipertensi, lupus eritematosus, poliartritis, penyakit sel sabit, serta amyloidosis (Hutagaol, 2017).

2.1.3 Manifestasi Klinis

Keadaan klinis gagal ginjal kronik berat yang disertai sindroma azotemia sangat kompleks, termasuk kelainan-kelainan organ seperti : gangguan hemapoesis, mata, kulit, selaput serosa, saluran cerna, kelainan neuropsikiatri dan kelainan kardiovaskular.

a. Kelainan hematopoietik

Pasien gagal ginjal kronik yaitu anemia normokrom normositer dan normositer (MCV 78-94 CU). Ketika urea darah lebih tinggi dari 100 mg% atau bersihan kreatinin kurang dari 25 ml per menit, terjadi anemia yang bervariasi.

b. Kelainan saluran cerna

Pada kelainan saluran cerna, gejala mual dan muntah merupakan keluhan utama pada beberapa pasien gagal ginjal kronik terutama pada stadium terminal. Patogenesis mual dan muntah masih belum jelas, dan diduga terkait dengan dekompresi flora usus yang membentuk ammonia. Ammonia adalah penyebab iritasi atau rangsangan mukosa lambung dan usus halus. Diet protein dan antibiotik dibatasi, keluhan - keluhan gastrointestinal ini akan segera hilang dan mereda.

c. Kelainan mata

Penderita gagal ginjal kronik mengalami kehilangan penglihatan (azotemia amaurosis). Pengobatan gagal ginjal kronis yang tepat (seperti hemodialisis) maka gangguan penglihatan ini akan menghilang dengan cepat. Kelainan saraf mata menimbulkan gejala miosis, pupil asimetris, dan nistagmus. Retinopati dapat disebabkan oleh tekanan darah tinggi atau anemia dan biasanya ditemukan pada penderita gagal ginjal kronik. Penimbunan atau Pengendapan garam kalsium di konjungtiva dapat menyebabkan gejala sindrom mata merah akibat iritasi dan pembentukan pembuluh darah yang berlebihan. Pada beberapa pasien gagal ginjal kronis akibat penyulit hiperparatiroidisme sekunder atau tersier, penyakit keratopati mungkin juga dapat terjadi.

d. Kelainan kulit

Gejala gatal sering mengganggu pasien, patogenesisnya masih belum jelas, dan ini diduga terkait dengan hiperparatiroidisme sekunder. Paratiroidektomi, gejala gatal akan segera hilang. Tidak jarang dijumpai timbunan kristal urea pada kulit muka dan dinamakan urea frost, dan ditemukan kulit kering dan bersisik.

e. Kelainan selaput serosa

Gangguan serosal seperti pleuritis dan perikondritis sering terjadi pada gagal ginjal kronik, terutama pada stadium lanjut. Kelainan selaput serosa merupakan indikasi mutlak untuk segera dilakukan hemodialisa.

dan antibiotik dibatasi, keluhan - keluhan gastrointestinal ini akan segera hilang dan mereda.

f. Kelainan neuropsikiatri

Pada beberapa penderita gagal ginjal kronik ditemukan juga kelainan mental ringan, seperti ketidakstabilan emosi, kurang insomnia, dilusi, dan depresi. Gangguan mental yang parah, seperti kebingungan, dilusi, dan tidak jarang gejala psikosis, juga umum terjadi pada pasien gagal ginjal kronik. Gangguan mental ringan atau berat sering ditemukan pada pasien dengan atau tanpa hemodialisa, tergantung dari kepribadian pasien.

g. Kelainan kardiovaskular

Pada gagal ginjal kronik patogenesis gagal jantung kongesti sangat rumit.

2.1.4 Penatalaksanaan CKD

1. Terapi konservatif

Tujuan dari terapi konservatif adalah mencegah memburuknya faal ginjal secara progresif, meringankan keluhan-keluhan akibat akumulasi toksin azotemia, memperbaiki metabolisme secara optimal dan memelihara keseimbangan cairan dan elektrolit (Price dan Sylvia, 2006).

a. Peranan diet

Terapi diet rendah protein menguntungkan untuk mencegah atau mengurangi toksin azotemia, tetapi untuk jangka lama dapat merugikan terutama gangguan keseimbangan negatifnitrogen.

b. Kebutuhan jumlah kalori

Kebutuhan jumlah kalori (sumber energi) untuk GGK harus adekuat dengan tujuan utama yaitu mempertahankan keseimbangan positif nitrogen, memelihara status nutrisi dan memelihara status gizi.

c. Kebutuhan cairan

Bila ureum serum > 150 mg% kebutuhan cairan harus adekuat supaya jumlah diuresis mencapai 2 liter per hari. Kebutuhan jumlah mineral dan elektrolit bersifat individual tergantung dari LFG dan penyakit ginjal dasar (*underlying renal disease*).

2. Terapi Simptomatik

a. Asidosis metabolik

Harus dikoreksi karena meningkatkan serum kalium (hiperkalemia). Mencegah dan mengobati asidosis metabolik dapat diberikan suplemen alkali. Terapi alkali (sodium bicarbonat) harus segera diberikan intravena bila pH $< 7,35$ atau serum bikarbonat < 20 mEq/l.

b. Anemia transfusi darah

Packed Red Cell (PRC) merupakan salah satu pilihan terapi alternatif, murah, dan efektif. Terapi pemberian transfusi darah harus hati-hati karena dapat menyebabkan kematian mendadak.

c. Kelainan kulit

Tindakan yang diberikan harus tergantung dengan jenis keluhan kulit.

d. Keluhan gastrointestinal anoreksi

Cegukan, mual dan muntah, merupakan keluhan yang sering dijumpai pada GGK. Keluhan gastrointestinal ini merupakan keluhan utama (*chief complaint*) dari GGK. Keluhan gastrointestinal yang lain adalah ulserasi mukosa mulai dari mulut sampai anus. Tindakan yang harus dilakukan yaitu program terapi dialisis adekuat dan obat-obatan simptomatik.

e. Kelainan neuromuskular

Beberapa terapi pilihan yang dapat dilakukan yaitu terapi hemodialisis reguler yang adekuat, medikamentosa atau operasi subtotal paratiroidektomi.

f. Hipertensi

Pemberian obat-obatan anti hipertensi.

g. Kelainan sistem kardiovaskular

Tindakan yang diberikan tergantung dari kelainan kardiovaskular yang diderita.

3. Terapi pengganti ginjal, dilakukan pada penyakit ginjal kronik stadium 5, yaitu pada LFG kurang dari 15 ml / menit. Terapi tersebut dapat berupa hemodialisa, dialisis peritoneal, dan transplantasi ginjal (Suwitra, 2014 ; Husna, 2012).

2.2 Hemodialisis

Kidney Disease Outcome Quality Initiative (KDOQI) merekomendasikan untuk mempertimbangkan manfaat dan risiko memulai terapi pengganti ginjal (TPG) pada pasien dengan perkiraan laju filtrasi glomerulus (eLFG) kurang dari 15 mL/menit/1,73 m² (PGK tahap 5). Terdapat bukti – bukti penelitian baru bahwa tidak terdapat perbedaan hasil antara yang memulai hemodialisa dini dengan yang terlambat memulai hemodialisa. Penyakit gagal ginjal kronik tahap 5, inisiasi HD dilakukan apabila ada keadaan sebagai berikut:

- a. Kelebihan (*overload*) cairan ekstraseluler yang sulit dikendalikan dan / atau hipertensi.
- b. Hiperkalemia yang refrakter terhadap restriksi diit dan terapi farmakologi.
- c. Kelebihan (*overload*) cairan ekstraseluler yang sulit dikendalikan dan / atau hipertensi.

- d. Kelebihan (*overload*) cairan ekstraseluler yang sulit dikendalikan dan / atau hipertensi.
- e. Hiperkalemia yang refrakter terhadap restriksi diit dan terapi farmakologi.
- f. Asidosis metabolik yang refrakter terhadap pemberian terapi bikarbonat.
- g. Hiperfosfatemia yang refrakter terhadap restriksi diit dan terapi pengikat fosfat.
- h. Anemia yang refrakter terhadap pemberian eritropoietin dan besi.
- i. Adanya penurunan kapasitas fungsional atau kualitas hidup tanpa penyebab yang jelas.
- j. Penurunan berat badan atau malnutrisi, terutama apabila disertai gejala mual, muntah, atau adanya bukti lain gastroduodenitis.

Indikasi segera untuk pemberian hemodialisis adalah adanya gangguan neurologis (seperti neuropati, ensefalopati, gangguan psikiatri), pleuritis atau perikarditis yang tidak disebabkan oleh penyebab lain, serta diatesis hemoragik dengan pemanjangan waktu perdarahan (R. Zasra et al., 2018).

2.3 Kecemasan

2.3.1 Definisi

Kecemasan merupakan hal umum yang sering terjadi untuk merespon perubahan lingkungan atau kejadian yang menyusahkan. Faktor-faktor dari kecemasan sebelum operasi seperti rasa takut yang menyebar, rasa tidak nyaman, sering ditandai dengan gejala otonom seperti sakit kepala, keringat, palpitasi, sesak di dada, ketidaknyamanan pada daerah perut yang ringan, dan kegelisahan, terindikasi jika muncul ketidakmampuan untuk tenang atau diam dalam suatu periode waktu. Pengalaman kecemasan mempunyai dua komponen umum yaitu : kesadaran akan sensasi psikologis (palpitasi dan berkeringat) dan efek viseral motorik yang memengaruhi konsep berpikir,

persepsi dan belajar. (Sadock and Kaplan, 2015).

2.3.2 Etiologi Kecemasan (*Anxiety*)

Berbagai teori dikembangkan untuk menjelaskan tentang faktor predisposisi kecemasan, diantaranya :

1. Teori Psikoanalitik

Kecemasan adalah ketegangan internal dalam pandangan psikoanalitik, yang ada di antara dua aspek kepribadian id dan superego. Id memiliki emosi dan keinginan primal seseorang, sedangkan superegomewakili kesadaran seseorang dan diatur oleh norma-norma budaya seseorang. Ego, atau aku, menengahi dua tuntutan elemen yang berlawanan, dan peran kecemasan adalah untuk mengingatkan ego bahwa ada bahaya.

2. Teori Interpersonal

Kecemasan bermula dari perasaan takut akan kurangnya persetujuan dan penolakan interpersonal, menurut pandangan interpersonal. Perkembangan trauma, seperti perpisahan dan kehilangan, juga dikaitkan dengan kecemasan, yang mengakibatkan kelemahan fisik. Individu dengan harga diri rendah sangat rentan untuk mengembangkan kecemasan ekstrim.

3. Teori Perilaku

Perilaku cemas merupakan hasil dari amarah, menurut perspektifnya, dan merupakan sesuatu yang mengganggu kemampuan individu untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Kecemasan dijelaskan oleh para profesional perilaku lainnya sebagai naluri untuk belajar berdasarkan dorongan batin untuk menghilangkan rasa sakit. Pakar pembelajaran setuju bahwa orang yang terbiasa dengan kehidupan awal mereka lebih sering rentan terhadap kecemasan yang tidak perlu di kemudian hari.

4. Teori Keluarga

Penelitian keluarga menunjukkan bahwa gangguan kecemasan lazim dalam keluarga. Gangguan kecemasan dan depresi tumpang tindih.

5. Teori Biologis

Eksperimen biologis menunjukkan bahwa reseptor unik untuk benzodiazepin ditemukan di otak. Reseptor ini dapat membantu dalam pengaturan kecemasan. Jalur biologis yang terkait dengan kecemasan, *aminobutyric-gamma neuroregulatory acid inhibitor* (GABA) juga dapat memainkan peran utama, seperti halnya endorfin. Ada beberapa sistem neurotransmitter, khususnya seroninerjik dan noradrenergik, yang berperan. faktor predisposisi kecemasan, telah ditunjukkan bahwa kesehatan umum seseorang memiliki konsekuensi yang nyata. Tekanan fisik dapat menyertai kecemasan dan semakin menurunkan kapasitas seseorang untuk mengatasi stres (Sadock and Kaplan, 2015; Stuart, 2015).

2.3.3 Tingkat Kecemasan

Menurut Stuart tingkat kecemasan dibagi menjadi 4 yaitu:

a. Kecemasan ringan (*Mild anxiety*)

Kehidupan sehari-hari, kecemasan ini dikaitkan dengan stres dan menyebabkan seseorang menjadi waspada. Kecemasan dapat memotivasi pembelajaran dan menciptakan inovasi dan pengembangan. Kelelahan, tanda-tanda vital sedikit meningkat, kesadaran tinggi, kemampuan belajar, antusiasme tinggi, dan tindakan sesuai keadaan merupakan tanda dan gejala kecemasan ringan.

b. Kecemasan sedang (*Moderate anxiety*)

Membantu orang untuk berkonsentrasi pada hal-hal penting dan mengesampingkan orang lain, sehingga perhatian selektif dapat dialami tetapi sesuatu yang lebih terarah dapat dicapai. Meningkatnya cemas, berkurangnya perhatian, ingatan tetapi kehilangan fokus, sedikit peningkatan pada tanda-

tanda vital, gejala klinis yang tidak berlanjut, seperti sakit kepala, sering buang air kecil, mual, jantung berdebar, dan kelelahan merupakan ciri-ciri kecemasan ringan.

c. Kecemasan berat (*Severe anxiety*)

Ketakutan ini sangat mengurangi penglihatan seseorang. Individu lebih suka berkonsentrasi pada sesuatu yang khusus dan komprehensif dan tidak dapat memikirkan hal lain. Sakit kepala, detak jantung meningkat, insomnia, buang air kecil berlebihan atau diare, jangkauan penglihatan terbatas, tidak dapat meneliti secara efektif, berkonsentrasi pada diri sendiri, merasa tidak berdaya, tidak pasti, dan lebih banyak mengalami peningkatan tanda-tanda vital adalah gejala kecemasan yang serius.

d. Panik

Kehilangan kendali ditandai dengan berhubungan dengan rasa takut akan sesuatu. Orang yang merasa takut, kecuali ke arah orang lain, tidak melakukan apapun. Itu terjadi karena aktivitas otot yang berlebihan, berkurangnya kapasitas untuk berhubungan dengan individu lain, kurangnya pemikiran kritis. Tanda dan gejala panik seperti sesak napas, jantung berdebar, pucat, keringat berlebih, pusing, perasaan tidak realistis tentang diri atau lingkungan sekitar. Merasa takut mati, takut menjadi gila atau khawatir saat terjadi serangan panik tentang perilaku yang tidak terkendali (Stuart, 2015).

2.4 Depresi

2.4.1 Definisi

Depresi (gangguan depresi mayor) adalah penyakit medis umum dan serius yang memengaruhi secara negatif perasaan seseorang, cara berpikir dan bertindak seseorang (*American Psychiatric Association*, 2012). Depresi merupakan gangguan mental umum yang muncul dengan suasana hati yang tertekan, kehilangan minat atau kesenangan, penurunan energi, perasaan bersalah atau harga diri rendah, gangguan tidur atau nafsu makan, dan konsentrasi yang buruk (WHO, 2017).

2.4.2 Penyebab Depresi

Menurut Kaplan, faktor-faktor yang dihubungkan dengan penyebab depresi dapat dibagi atas: faktor biologi, faktor genetik dan faktor psikososial. Faktor-faktor tersebut dapat saling mempengaruhi satu sama lain (Benjamin J., Sadock et al., 2019). Faktor psikososial adalah faktor yang berasal dari hubungan seseorang dengan orang lain. Peristiwa kehidupan yang penuh tekanan sering mendahului timbulnya dan kambuhnya gejala depresi dan episode pada remaja, terutama dengan anak perempuan. Contoh-contoh penekan kehidupan termasuk peristiwa yang melibatkan kehilangan, penganiayaan, perceraian, ditindas oleh teman sebaya, dan konflik orang tua-anak (Thapar et al., 2012).

2.5 Hubungan CKD dengan Depresi dan Kecemasan.

Pasien gagal ginjal yang menjalani hemodialisa, membutuhkan waktu 12-15 jam untuk dialisa setiap minggunya atau paling sedikit 3-4 jam per kali terapi. Kegiatan ini akan berlangsung terus-menerus sepanjang hidupnya. Keadaan ketergantungan pada mesin dialisa seumur hidupnya serta penyesuaian diri terhadap sakit mengakibatkan terjadinya perubahan dalam kehidupan pasien. Pasien biasanya menghadapi masalah keuangan, kesulitan dalam mempertahankan pekerjaan, dorongan seksual yang menghilang serta impotensi, khawatir terhadap perkawinan dan ketakutan terhadap kematian. Kecemasan akan diderita seseorang manakala yang bersangkutan tidak mampu mengatasi stresor psikososial yang di hadapinya. Ansietas disebabkan ancaman ketidak berdayaan atau kurang pengendalian, perasaan terisolasi, dan hal-hal yang mengancam keamanan individu. Ansietas atau kecemasan berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya. Keadaan emosi ini tidak memiliki objek yang spesifik. Kondisi dialami secara subjektif dan dikomunikasikan dalam hubungan interpersonal (Purnami et al.,2019).

Hasil penelitian Suwitra (2014) menunjukkan bahwa mayoritas responden yang menjalani hemodialisa mengalami kecemasan dengan tingkat kecemasan sedang 19 orang (61,3%), sedangkan minoritas responden hemodialisa dengan tingkat kecemasan

berat 4 orang (12,9%). Disarankan bagi responden agar dapat mencari informasi mengenai terapi hemodialisis, seperti manfaat, proses dan dampak yang ditimbulkan oleh terapi tersebut. Responden dapat memahami bahwa terapi yang diberikan adalah untuk membantunya tetap sehat. (Damanik, 2020). Menyatakan bahwa sebagian besar pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa depresi ringan sejumlah 41 orang (48,2%) (Wakhid et al., 2019).

2.6 Hubungan Hemodialisa dengan Depresi dan Kecemasan

Terapi hemodialisis cukup berdampak pada gaya hidup pasien, karena terapi ini memakan waktu yang lama (Price Dan Lorraine dalam Sasmita, 2015). Lama waktu hemodialisa adalah idealnya 10-12 jam perminggu, dilakukan 2 kali/minggu selama 5-6 jam. Ketergantungan pasien terhadap mesin hemodialisa seumur hidup yang rutin dilakukan mengakibatkan perubahan peran, perubahan pekerjaan, kehidupan ekonomi, kehidupan sosial dan pendapatan yang mengakibatkan stresor yang dapat menimbulkan kecemasan pada pasien hemodialisa (Farida, 2010).

Kecemasan menurut (Harold, Sadock and Grebb, 2010) adalah suatu sinyal yang menyadarkan, memperingatkan adanya bahaya yang mengancam dan memungkinkan seseorang mengambil tindakan untuk mengatasi ancaman. Kecemasan pada pasien yang menjalani hemodialisis memperingatkan adanya ancaman eksternal dan internal; dan memiliki kualitas menyelamatkan hidup.

Dongoes (2010) mengemukakan kecemasan pada pasien yang menjalani hemodialisis disebabkan oleh krisis situasional, ancaman kematian, dan tidak mengetahui hasil akhir dari terapi yang dilakukan tersebut. Hal ini menjadi stresor fisik yang berpengaruh pada berbagai dimensi kehidupan karena adanya keluhan kelemahan fisik. Perubahan psikologis yang dirasakan dapat dilihat dari kondisi fisik dan perubahan perilaku di antaranya : pasien selalu merasa bingung, merasa tidak aman, ketergantungan dan menjadi individu yang pasif.

Pasien yang menjalani terapi hemodialisa tidak pernah kembali pada aktivitas atau pekerjaan seperti sebelum dia menjalani hemodialisa. Pasien sering mengalami masalah seperti: kehilangan pekerjaan, penghasilan, kebebasan, usia harapan hidup yang

menurun dan fungsi seksual sehingga dapat menimbulkan kemarahan dan akan mengarah pada suatu kondisi kecemasan sebagai akibat dari penyakit sistemik yang mendahuluinya (Fatayi, 2008).

Pasien gagal ginjal yang sudah sering melakukan hemodialisis tingkat kecemasan lebih ringan, berbeda dengan pasien gagal ginjal yang baru pertama kali melakukan hemodialisa akan mengalami kecemasan yang lebih tinggi (Sasmita, 2015). Pasien yang menjalani hemodialisis lebih dari 6 bulan telah mampu menyesuaikan diri dengan penyakitnya, dan menjelaskan bahwa semakin lama pasien menjalani hemodialisis maka semakin ringan tingkat kecemasannya. Pasien yang mempunyai kecemasan berat cenderung merupakan pasien yang belum lama/baru menjalani hemodialisis, karena pasien yang sudah lama telah mencapai tahap yang *accepted* (menerima) (Farida and Suwanti, 2018).

Terjadinya stres karena adanya stresor yang dirasakan dan dipersepsikan individu merupakan suatu ancaman yang dapat menimbulkan kecemasan. Pasien GGK menjalani terapi hemodialisa 2-3 kali setiap minggunya dan menghabiskan waktu beberapa jam akan membuat mereka mengalami ketegangan, kecemasan, stres serta depresi yang berbeda-beda setiap individu yang berdampak negatif terhadap kualitas hidup dan kesehatannya. Lamanya terapi, dan dilakukan rutin setiap minggunya mengakibatkan peran pasien dalam kehidupan sehari-harinya terganggu sehingga masalah dalam peran yang diampunya menjadi menumpuk.

Menumpuknya masalah tersebut menyebabkan pasien mengalami stres. Stres adalah perasaan sedih yang dialami oleh semua orang dan dapat mempengaruhi aktivitas, pola makan, tidur, konsentrasi dan bahkan mempunyai gagasan untuk bunuh diri. Pasien yang mengalami gagal ginjal otomatis mengalami penurunan fungsi tubuh yang menyebabkan pasien merasa tidak berguna yang secara emosional mempengaruhi proses interaksi dengan keluarga, kerabat, dan orang lain. Pasien menjadi terganggu, pasien menjadi cepat marah dan sering menutup diri di dalam berinteraksi. Kondisi di atas menunjukkan bahwa pasien sudah mengalami depresi atau stres (Rahayu et al., 2018).

Perubahan dalam kehidupan merupakan salah satu pemicu terjadinya stres. Perubahan tersebut dapat menjadi variabel yang diidentifikasi sebagai stresor. Pasien biasanya menghadapi masalah keuangan, kesulitan dalam mempertahankan pekerjaan atau penampilan peran, dorongan seksual yang menghilang serta impotensi, khawatir terhadap perkawinan dan ketakutan terhadap kematian. Terjadinya stres karena stresor yang dirasakan dan dipersepsikan individu, merupakan suatu ancaman yang dapat menimbulkan kecemasan. Perubahan yang dialami pada pasien hemodialisa, juga dirasakan oleh keluarga seperti perubahan penampilan peran. Keluarga dan sahabat memandang pasien sebagai orang yang mempunyai keterbatasan dalam kehidupannya, karena hemodialisa akan membutuhkan waktu yang dapat mengurangi pasien dalam melakukan aktivitas sosial, dan dapat menimbulkan konflik, frustrasi, serta rasa bersalah di dalam keluarga. Keterbatasan ini menyebabkan pasien hemodialisa rentan terhadap stres. Stres diawali dengan adanya ketidakseimbangan antara tuntutan dan sumber daya yang dimiliki individu. Semakin tinggi kesenjangan terjadi semakin tinggi pula tingkat stres yang dialami individu. Keadaan stres dapat menimbulkan perubahan secara fisiologis, psikologis, dan perilaku pada individu yang mengakibatkan berkembangnya suatu penyakit (Rahayu et al., 2018).

Stres muncul ketika seseorang melakukan penyesuaian diri terhadap suatu peristiwa atau situasi. Ada dua faktor yang mengakibatkan situasi atau peristiwa menimbulkan stress yaitu yang berhubungan dengan individu itu sendiri dan yang berhubungan dengan situasi yang dialami oleh individu.

Situasi atau peristiwa yang berhubungan dengan individu dapat berupa kondisi tertentu dalam lingkungan yang merusak jaringan dalam tubuh, seperti hawa panas/dingin yang berlebihan, luka atau penyakit. Keadaan sakit menyebabkan munculnya tuntutan pada sistem biologis dan psikologis individu, di mana derajat stres yang akan timbul karena tuntutan ini tergantung pada keseriusan penyakit dan umur individu tersebut. Berhubungan dengan situasi yang dialami individu dapat berupa penambahan anggota keluarga, perceraian, kematian dalam keluarga, pekerjaan serta keadaan lingkungan (Rahayu et al., 2018).

2.7 Terapi Musik Relaksasi Dengan kecemasan Dan Depresi Pada Hemodialisa

Relaksasi musik merupakan alat terapi interdisiplin yang memfasilitasi hasil perawatan pasien dengan menggunakan rekaman musik. Musik itu sendiri merupakan stimulus kuat yang dapat memicu dan memodulasi mood dan emosi. Musik sering digunakan dengan bermaksud untuk meningkatkan mood dan emosi di kehidupan sehari-hari. Musik juga dapat memengaruhi motivasi, gambaran diri, dan mekanisme pertahanan ketika berada dalam perasaan yang gundah. Pemberian musik reseptif dapat menurunkan stres, meredakan nyeri dan memberikan energi pada tubuh (Aalbers et al., 2017).

Adanya perubahan skor depresi dan kecemasan pada pasien yang mendapatkan intervensi musik yang sudah diberikan (Petrovsky et al., 2015). Musik terdiri atas enam komponen, yaitu pitch, ritme, dinamika, struktur, timbre, dan tekstur. Tempo daripada sebuah musik cukup dianggap penting. Tempo musik sekitar 60-80 ketukan per menit merupakan tempo yang paling pas untuk membentuk keadaan relaksasi. Volume dari pada musik juga penting. Volume yang disarankan yaitu mencapai angka maksimum 60 dB dengan panjang lagu 20-60 menit (Petrovsky et al., 2015).

Selama dua dekade terakhir, penelitian tentang penggunaan musik sebagai terapi tambahan terhadap depresi telah menunjukkan perkembangan. Musik dapat dipertimbangkan sebagai pilihan pengobatan untuk gangguan mood (Leubner dan Hinterberger, 2017). Musik dapat mengaktivasi beberapa area di otak, namun ada satu area spesifik yang kerjanya secara umum untuk memori musik. Area ini disebut sebagai korteks prefrontal rostromedial. Area ini juga merupakan area yang sama yang berhubungan dengan memori dan emosi, serta area ini berbeda dari area untuk memproses suara pada umumnya yang bukan termasuk musik. Hal ini menjelaskan hubungan erat antara musik dan emosi. Pendengar akan dengan mudah terangsang secara emosional oleh musik.

Intervensi musik telah banyak dipelajari dan dipergunakan dalam berbagai aspek area di rumah sakit dan juga telah terbukti menjadi terapi yang efektif untuk mengatasi depresi. Beberapa studi telah mempelajari manfaatnya pada pasien hemodialisis. Adanya kontribusi pemberian musik dapat menurunkan simtom-simtom depresi dan

kecemasan yang meningkatkan kualitas hidup pasien-pasien yang menjalani hemodialisa (Hagemann et al., 2018). Adanya kemungkinan efek farmakologis, musik dapat menjadi alat pendukung untuk menurunkan simptom depresi dan meningkatkan mood (Raglio, 2017).

Musik memiliki kekuatan yang luar biasa yang berdampak bagi kejiwaan. Musik dapat membantu seseorang menjadi lebih rileks, mengurangi stres, menimbulkan rasa aman dan sejahtera, melepaskan rasa sedih, membuat jadi gembira, dan membantu serta melepaskan rasa sakit atau nyeri. Musik yang didengarkan secara intensif dapat memberikan kekuatan penuh, dalam arti untuk merefleksikan emosi diri, penerangan jiwa dan ekspresi. Musik dapat memperlambat dan mempercepat gelombang listrik yang terdapat di otak sehingga dapat merubah kerja sistem tubuh (Djohan, 2009).

Musik sebenarnya dapat digunakan dalam usaha menurunkan tingkat kecemasan (Campbell, 2006). Ada beberapa jenis musik yang dapat diterapkan sebagai intervensi untuk mengurangi kecemasan, antara lain musik klasik mozart, musik klasik *vivaldi's four seasons*, musik klasik yang diputar bersamaan dengan suara alam (suara laut, hujan, dan suara air) serta musik klasik lain yang telah banyak diteliti oleh para peneliti (Analia dan Moekroni, 2016 ; Heijden and Araghi, et.al., 2015 ; Prihananda and Moradi. et, al., 2014 ; Trappe, 2012). Dianjurkan untuk memilih musik dengan tempo sekitar 60 ketukan/ menit sehingga didapatkan keadaan istirahat yang optimal (Campbell, 2006).

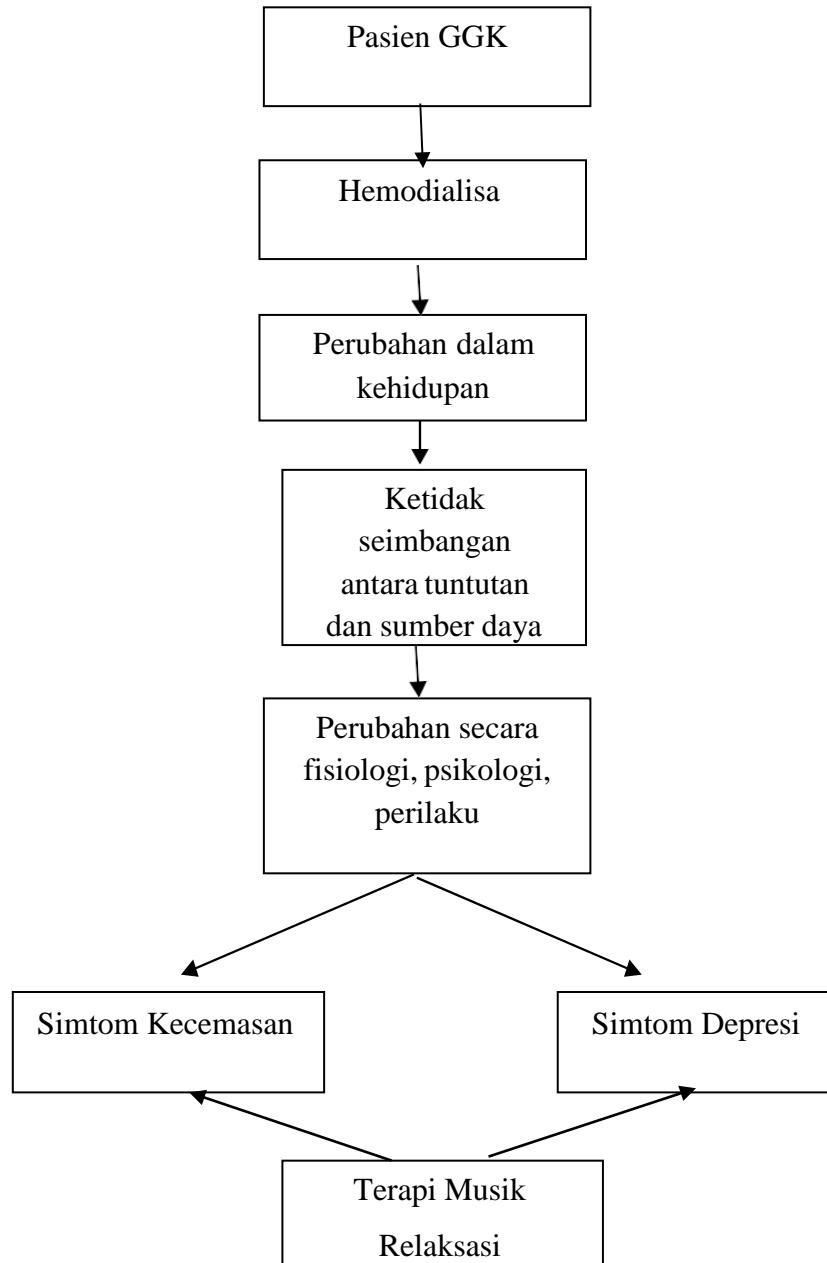
Musik yang paling bermanfaat bagi kesehatan seorang pasien yaitu jenis musik klasik. Telah terbukti bahwa musik yang disusun oleh Bach Mozart, dan composer Italia lainnya adalah yang paling efektif dalam memberikan efek distraksi pada pasien (Trappe, 2012). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Prihananda and Arina, 2011) yang berjudul "*Effect of classical music therapy on the anxiety level of hemodialysis patients at the PKU Muhammadiyah Hospital of Surakarta*", menunjukkan adanya pengaruh pemberian terapi musik klasik terhadap tingkat kecemasan pada pasien hemodialisa di RS PKU Muhammadiyah Surakarta. Pemilihan musik klasik didasarkan pada keyakinan banyak ahli bahwa irama dan tempo kebanyakan musik klasik mengikuti kecepatan denyut jantung manusia yaitu sekitar 60

detak / menit (Campbell, 2006). Pasien yang paling banyak menerima manfaat dari terapi musik klasik antara lain pasien dengan kecemasan, sindrom depresi, gangguan kardiovaskular dan mereka yang menderita gangguan nyeri, stress atau gangguan tidur (Trappe, 2012).

2.8 Pengukuran Kecemasan dan Depresi

Depresi dan ansietas merupakan komorbiditas psikopatologis yang sangat penting pada pasien penderita hemodialisa. *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) merupakan skala yang dinilai oleh diri sendiri (*self-assessment scale*) yang dikembangkan untuk dipergunakan dalam kepentingan medis. Pertama kali dikembangkan oleh Zigmond dan Snaith pada 1983. Studi ini dilakukan di poli rawat jalan di rumah sakit umum. Hasil dari studi tersebut dipublikasikan dengan judul *The Hospital Anxiety and Depression Scale*. HADS terdiri dari 14 butir pertanyaan yang terdiri atas dua sub - skala yaitu ansietas (7 pertanyaan) dan depresi (7 pertanyaan). Setiap butir pertanyaan diukur dengan 4 skala nilai, dari nilai 0 (tidak sama sekali) sampai nilai 3 (sangat sering). Nilai yang lebih tinggi mengindikasikan adanya permasalahan. Jawaban dijumlahkan secara terpisah, yaitu penilaian untuk ansietas dan penilaian untuk depresi, dengan jumlah minimum dan maksimum adalah 0 dan 21 untuk masing-masing skala HADS telah diterjemahkan dan digunakan secara luas pada lebih dari 25 negara sejak pertama kali dikembangkan yaitu pada populasi umum, pasien - pasien rumah sakit umum dan terjemahan skala ini ke dalam bahasa Indonesia telah dilakukan di Indonesia oleh Widya Dharma dan kawan - kawan pada tahun 2015 dan telah dilakukan uji reliabilitas. Nilai yang direkomendasikan adalah: 16-21 menyatakan kasus berat, nilai 11 - 15 merupakan kasus sedang, nilai 8-10 menyatakan kasus ringan, dan kurang dari 7 bukan merupakan suatu kasus kecemasan atau depresi. Hasil interater agreement untuk HADS - A adalah 0,706. Hasil *interater agreement* untuk HADS-D adalah 0,681-0,80 berarti kesepakatan Kappa Cohen adalah baik (Rudy et al.,2015).

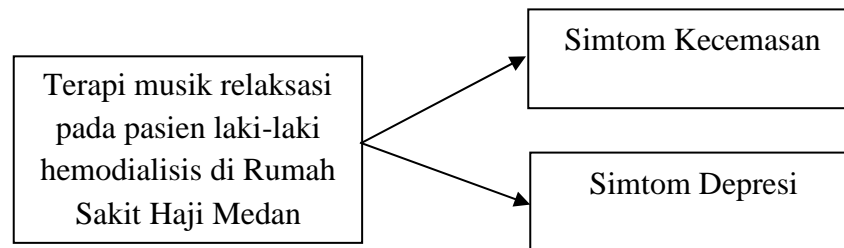
2.9 Kerangka Teori



Gambar 2. 1 Kerangka Teori

(Ariwijaya et al., 2020; H. Husna dan Maulina, 2018; Hutagaol, 2017; Radas Zasra et al., 2018).

2.10 Kerangka Konsep



Gambar 2. 2 Kerangka konsep

(Ariwijaya et al., 2020; WHO, 2017; Stuart, 2015)