



**PENGARUH DUKUNGAN KELUARGA TERHADAP TINGKAT DEPRESI
PASIEN *CHRONIC KIDNEY DISEASE* (CKD) STADIUM 5D
YANG MENJALANI HEMODIALISIS
DI RSD dr. SOEBANDI JEMBER**

SKRIPSI

Oleh

**Devita Luthfia Fitrianasari
NIM 122010101081**

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS JEMBER
2016**



**PENGARUH DUKUNGAN KELUARGA TERHADAP TINGKAT DEPRESI
PASIEN *CHRONIC KIDNEY DISEASE* (CKD) STADIUM 5D
YANG MENJALANI HEMODIALISIS
DI RSD dr. SOEBANDI JEMBER**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan
Program Studi Ilmu Kedokteran (S1) dan mencapai gelar Sarjana Kedokteran

Oleh

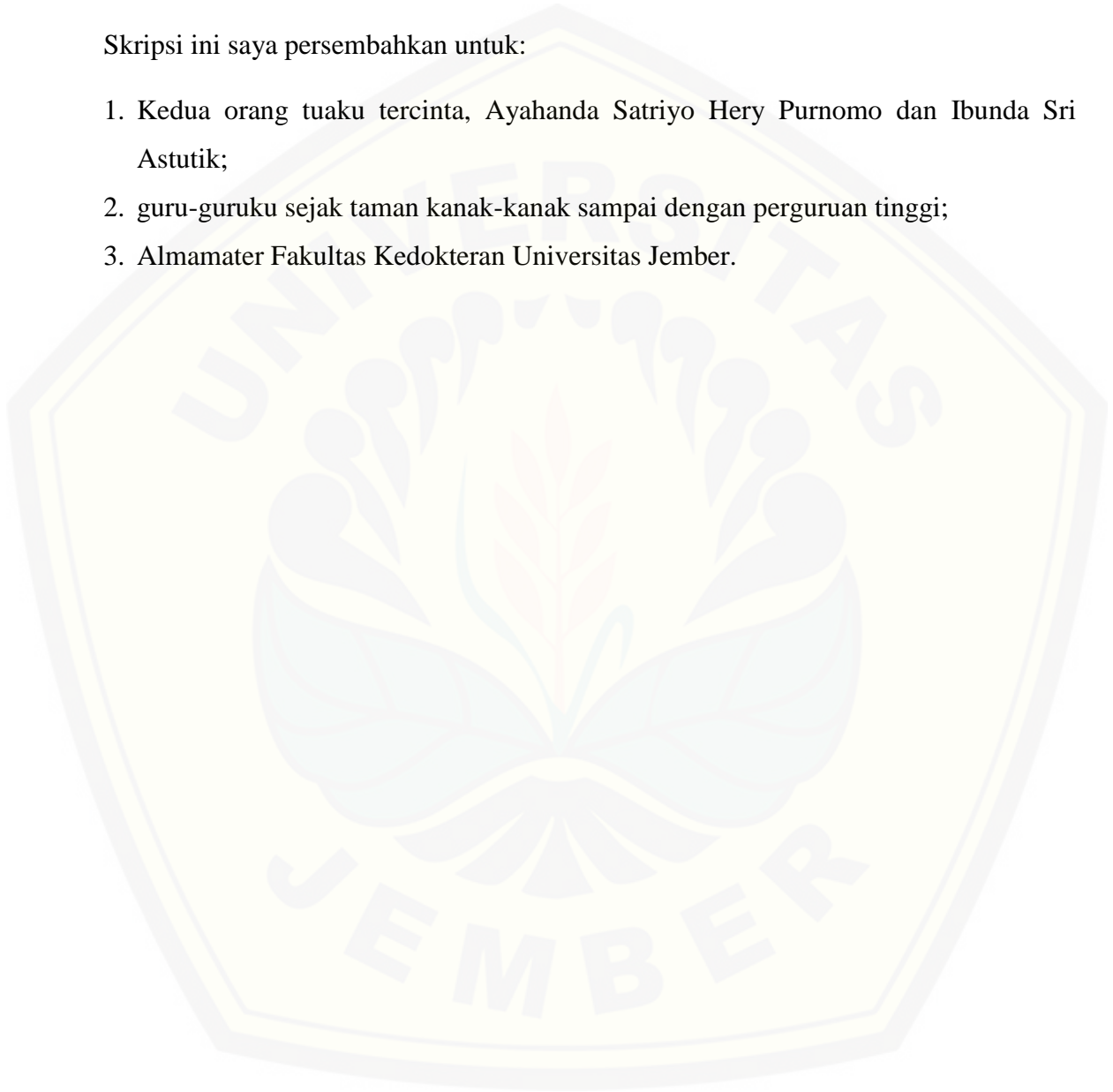
**Devita Luthfia Fitrianasari
NIM 122010101081**

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS JEMBER
2016**

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Kedua orang tuaku tercinta, Ayahanda Satriyo Hery Purnomo dan Ibunda Sri Astutik;
2. guru-guruku sejak taman kanak-kanak sampai dengan perguruan tinggi;
3. Almamater Fakultas Kedokteran Universitas Jember.



MOTO

Maka nikmat Tuhan kamu yang manakah yang kamu dustakan? Semua yang ada di bumi itu akan binasa. Dan tetap kekal Dzat Tuhanmu yang mempunyai kebesaran dan kemuliaan.

(terjemahan Surat *Ar-Rahman* ayat 25-27)^{*)}



^{*)} Departemen Agama Republik Indonesia. 2006. Al Qur'an dan Terjemahannya. Jakarta: Pustaka Agung Harapan

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

nama : Devita Luthfia Fitrianasari

NIM : 122010101081

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul “Pengaruh Dukungan Keluarga Terhadap Tingkat Depresi Pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) Stadium 5D yang Menjalani Hemodialisis di RSD dr. Soebandi Jember” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi manapun, dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 8 Maret 2016

Yang menyatakan,

Devita Luthfia Fitrianasari
NIM 122010101081

SKRIPSI

**PENGARUH DUKUNGAN KELUARGA TERHADAP TINGKAT DEPRESI
PASIEN *CHRONIC KIDNEY DISEASE* (CKD) STADIUM 5D
YANG MENJALANI HEMODIALISIS
DI RSD dr. SOEBANDI JEMBER**

Oleh

Devita Luthfia Fitrianasari
NIM 122010101081

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : dr. Justina Evy Tyaswati, Sp. KJ
Dosen Pembimbing Anggota : dr. Ida Srisurani Wiji Astuti, M. Kes

PENGESAHAN

Skripsi berjudul “Pengaruh Dukungan Keluarga Terhadap Tingkat Depresi Pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) Stadium 5D yang Menjalani Hemodialisis di RSD dr. Soebandi Jember” telah diuji dan disahkan pada:

hari, tanggal : Selasa, 8 Maret 2016

tempat : Fakultas Kedokteran Universitas Jember.

Dosen Penguji Utama,

Dosen Penguji Anggota,

dr. Alif Mardijana, Sp. KJ
NIP 195811051987022001

dr. Yuli Hermansyah, Sp. PD
NIP 196607111996011001

Dosen Pembimbing Utama,

Dosen Pembimbing Anggota,

dr. Justina Evy Tyaswati, Sp. KJ
NIP 196410111991032004

dr. Ida Srisurani Wiji Astuti, M. Kes
NIP 198209012008122001

Mengesahkan
Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Jember,

dr. Enny Suswati, M. Kes
NIP 197002141999032001

RINGKASAN

Pengaruh Dukungan Keluarga Terhadap Tingkat Depresi Pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) Stadium 5D yang Menjalani Hemodialisis di RSD dr. Soebandi Jember; Devita Luthfia Fitrianasari, 122010101081; 2016: 81 halaman; Program Studi Pendidikan Dokter; Fakultas Kedokteran Universitas Jember.

Chronic Kidney Disease (CKD) adalah penyakit ginjal yang progresif dan ireversibel dengan laju filtrasi glomerulus (LFG) ≤ 60 mL/menit, sehingga menimbulkan komplikasi sistemik pada penderitanya. Pasien CKD yang telah mencapai stadium 5D membutuhkan *renal replacement therapy* untuk menunjang kehidupannya, salah satunya adalah hemodialisis. Terapi hemodialisis akan dijalani oleh penderita seumur hidupnya dengan berbagai efek sampingnya. Keadaan ketergantungan pada mesin dialisis seumur hidup serta penyesuaian diri terhadap kondisi sakit mengakibatkan terjadinya perubahan dalam kehidupan penderita. Perubahan dalam kehidupan merupakan stresor yang dapat memicu terjadinya stres. Terjadinya stres karena stresor yang dirasakan dan dipersepsikan penderita, merupakan suatu ancaman yang dapat menimbulkan depresi.

Depresi merupakan masalah psikologis yang paling sering dihadapi oleh pasien CKD terutama pasien CKD stadium 5D yang harus menjalani hemodialisis. Depresi dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor, antara lain penurunan fungsi organ tubuh, kehilangan sumber nafkah, perubahan gaya hidup dan sebagainya. Untuk itu pendekatan keluarga sangat diperlukan dalam penatalaksanaan depresi yaitu dengan memberikan dukungan kepada pasien. Dukungan keluarga dapat diwujudkan dengan bersikap empati, memberikan perhatian, dorongan, saran, pengetahuan dan sebagainya. Melalui dukungan keluarga, pasien akan merasa masih ada yang memperhatikan sehingga pasien dapat menanggulangi stresnya. Berdasarkan uraian diatas, peneliti ingin mengetahui apakah terdapat pengaruh dukungan keluarga terhadap tingkat depresi pasien CKD stadium 5D yang menjalani hemodialisis.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh dukungan keluarga terhadap tingkat depresi pasien CKD stadium 5D yang menjalani hemodialisis. Hasil penelitian diharapkan dapat dimanfaatkan sebagai bahan pertimbangan individu, masyarakat ataupun institusi untuk memberikan pelayanan yang komprehensif, termasuk psikologi dan kesehatan mental pada pasien CKD stadium 5D yang menjalani hemodialisis.

Penelitian ini menggunakan objek manusia, sehingga dalam pelaksanaannya dilakukan uji kelayakan oleh komisi etik kedokteran. Setelah disetujui oleh komisi etik, tim peneliti melakukan pelatihan teknik wawancara dengan dibimbing oleh dokter spesialis kedokteran jiwa. Penelitian dilakukan menggunakan kuesioner yang sudah terstandarisasi dengan didampingi dokter spesialis Kedokteran Jiwa. Pengambilan data dilakukan dengan cara mewawancarai pasien serta keluarga pasien yang telah memenuhi kriteria penelitian ketika pasien sedang menjalani hemodialisis di RSD dr. Soebandi Jember selama bulan Januari 2016.

Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah formulir kuesioner *Hamilton Depression Rating Scale* (HDRS) yang digunakan untuk menilai tingkat depresi dan kuesioner Dukungan Keluarga yang digunakan untuk menilai tingkat dukungan keluarga. Pengisian lembar kuesioner dilakukan dengan teknik wawancara oleh tim peneliti kepada subjek setelah melalui *informed consent*. Kemudian, peneliti akan mengumpulkan seluruh lembar wawancara responden untuk dilakukan pengolahan dan analisis data.

Responden penelitian ini adalah pasien CKD stadium 5D beserta keluarga yang mendampingi terapi hemodialisis pasien. Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *purposive sampling*, dengan jumlah sampel yang didapat setelah dilakukan penjarangan berdasarkan kriteria inklusi sebanyak 30 sampel.

Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah rancangan penelitian deskriptif analitik korelasi dengan pendekatan *cross sectional*. Pada penelitian ini dinilai tingkat depresi dan dukungan keluarga yang diterima oleh pasien CKD stadium 5D yang menjalani hemodialisis di RSD dr. Soebandi Jember. Selanjutnya,

data hasil penilaian tingkat depresi dan dukungan keluarga dianalisis menggunakan uji korelasi Spearman untuk mengetahui pengaruh dukungan keluarga terhadap tingkat depresi pasien.

Hasil analisis data menunjukkan derajat kemaknaan (P) $<0,05$ yang berarti H_0 ditolak dan H_a diterima. Uji korelasi Spearman dipilih karena jenis data variabel yang diuji dalam penelitian ini adalah ordinal dan ordinal. Berdasarkan uji korelasi Spearman, didapat nilai P 0,010 dengan nilai koefisien korelasi (r) -0,462. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa terdapat pengaruh dukungan keluarga terhadap tingkat depresi pasien CKD stadium 5D yang menjalani hemodialisis di RSD dr. Soebandi Jember dengan kekuatan korelasi sedang dan arah korelasi negatif. Semakin tinggi atau semakin baik dukungan keluarga yang diberikan maka semakin rendah tingkat depresi pasien CKD stadium 5D yang menjalani hemodialisis di RSD dr. Soebandi Jember.

PRAKATA

Puji syukur ke hadirat Allah SWT. atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Pengaruh Dukungan Keluarga Terhadap Tingkat Depresi Pasien *Chronic Kidney Disease (CKD)* Stadium 5D yang Menjalani Hemodialisis di RSD dr. Soebandi Jember”. Skripsi ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan strata satu (S1) di Fakultas Kedokteran Universitas Jember.

Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. dr. Justina Evy Tyaswati, Sp. KJ selaku Dosen Pembimbing Utama dan dr. Ida Srisurani Wiji Astuti, M. Kes selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah membimbing pengerjaan dan penulisan skripsi ini mulai awal hingga akhir;
2. dr. Alif Mardijana, Sp. KJ selaku Dosen Penguji Utama dan dr. Yuli Hermansyah, Sp. PD selaku Dosen Penguji Anggota yang telah memberikan kritik dan saran bagi penulis demi menyempurnakan skripsi ini;
3. Ayahanda Satriyo Hery Purnomo, Ibunda Sri Astutik, dan Satria Nauval yang telah memberikan dorongan dan doanya demi terselesaikannya skripsi ini;
4. rekan kerjaku Nindhya Kharisma Putri, Novita Dwi Cahyani, dan Sarah Daniswara atas kerjasama dan bantuannya dalam penelitian ini;
5. Widya Ari Primadi yang telah memberikan doa, dorongan, dan motivasi;
6. sahabat-sahabatku Nadia, Udunk, Tia, Rena, Sovira, Radit, Dina, Rizka dan Hajar yang telah memberi dorongan semangat demi terselesaikannya skripsi ini;
7. semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu per satu.

Penulis juga menerima segala kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini. Akhirnya penulis berharap, semoga skripsi ini dapat bermanfaat.

Jember, Maret 2016

Penulis

DAFTAR ISI

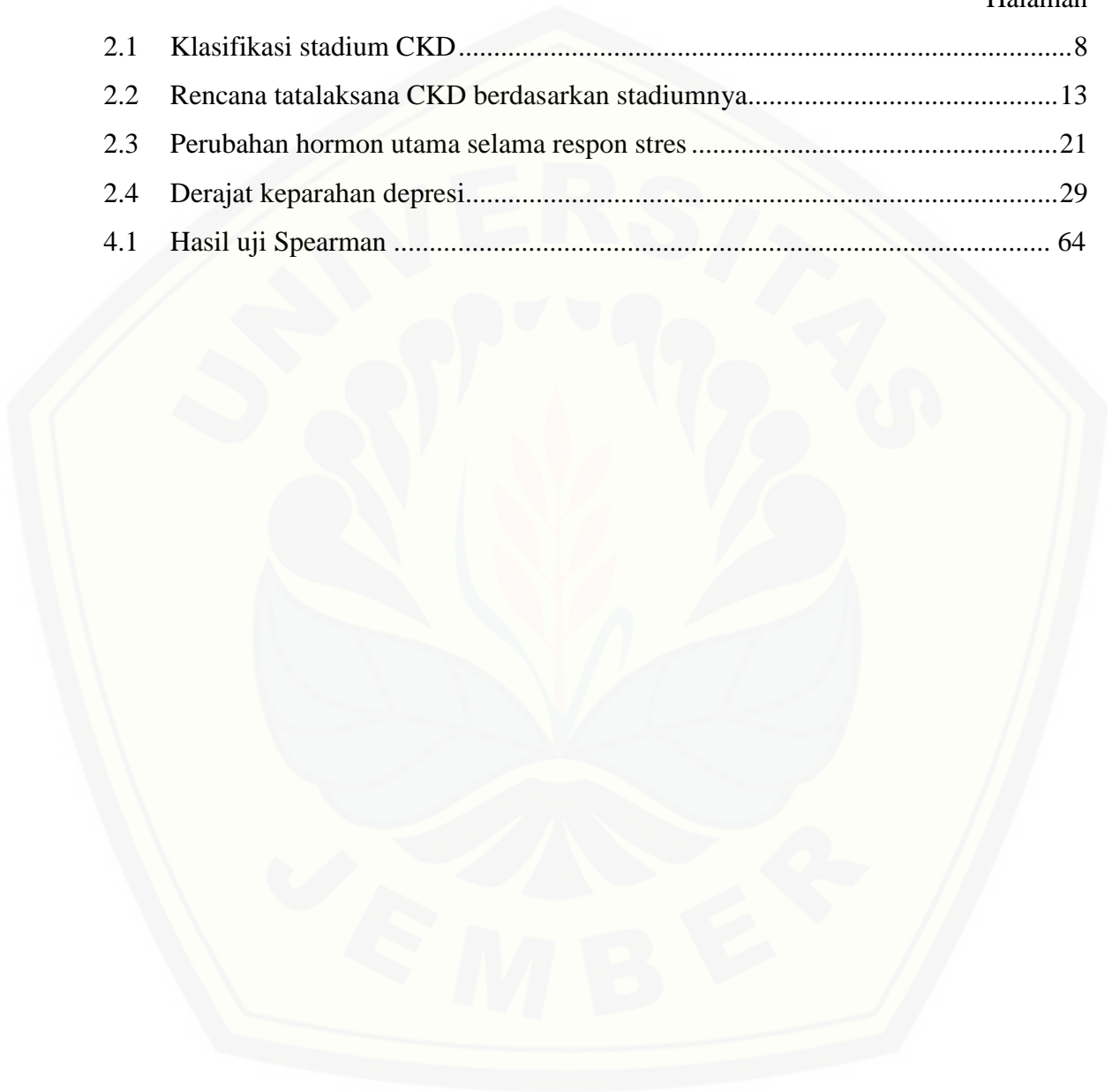
	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iii
HALAMAN MOTO	iv
HALAMAN PERNYATAAN	v
HALAMAN PEMBIMBINGAN	vi
HALAMAN PENGESAHAN	vii
RINGKASAN	viii
PRAKATA	xi
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR GAMBAR	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penelitian	3
1.4 Manfaat Penelitian	3
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	4
2.1 Ginjal	4
2.1.1 Anatomi Ginjal	4
2.1.2 Fisiologi Ginjal.....	5
2.2 <i>Chronic Kidney Disease (CKD)</i>	6
2.2.1 Epidemiologi	7
2.2.2 Etiologi	7
2.2.3 Klasifikasi.....	7

2.2.4 Patogenesis	8
2.2.5 Manifestasi Klinis.....	10
2.2.6 Diagnosis	11
2.2.7 Terapi.....	12
2.3 Hemodialisis	13
2.3.1 Proses Hemodialisis.....	13
2.3.2 Komplikasi Hemodialisis	15
2.4 Stres	15
2.4.1 Teori Stres	16
2.4.2 Respon Tubuh Terhadap Stres.....	17
2.4.3 Patofisiologi Perubahan Hormon Terhadap Stres	19
2.5 Depresi	21
2.5.1 Prevalensi	22
2.5.2 Etiologi dan Faktor Risiko.....	22
2.5.3 Klasifikasi.....	24
2.5.4 Gejala Klinis	25
2.5.5 Derajat Keparahan	28
2.5.6 Terapi.....	30
2.6 Keterkaitan Antara <i>Chronic Kidney Disease</i> dengan Depresi	31
2.7 Dukungan Keluarga.....	34
2.7.1 Jenis Dukungan Keluarga.....	35
2.7.2 Sumber Dukungan Keluarga	36
2.7.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga	37
2.7.4 Manfaat Dukungan Keluarga	39
2.8 Hubungan Dukungan Keluarga dan Depresi	39
2.9 Kerangka Konsep	40
2.10 Hipotesis	42
BAB 3. METODE PENELITIAN.....	43
3.1 Rancangan Penelitian.....	43

3.1	Tempat dan Waktu Penelitian	43
3.2	Populasi dan Sampel Penelitian	43
	3.2.1 Populasi Penelitian	43
	3.2.2 Kriteria Sampel Penelitian.....	44
	3.2.3 Teknik Pengambilan Sampel.....	45
	3.2.4 Jumlah Sampel.....	45
3.3	Variabel Penelitian	45
3.4	Definisi Operasional	45
	3.4.1 Chronic Kidney Disease (CKD).....	45
	3.4.2 Depresi.....	46
	3.4.3 Dukungan keluarga.....	46
3.5	Instrumen Penelitian	46
3.6	Prosedur Penelitian	47
	3.6.1 Prosedur Pengambilan Data	47
	3.6.2 Alur Penelitian.....	49
	3.6.3 Analisis Data	50
BAB 4.	HASIL DAN PEMBAHASAN	51
	4.1 Hasil Penelitian	51
	4.2 Analisis Data	63
	4.2.1 Uji Normalitas	63
	4.2.2 Uji Korelasi Spearman	63
	4.3 Pembahasan	64
BAB 5.	PENUTUP	73
	5.1 Kesimpulan	73
	5.2 Saran	73
	5.3 Keterbatasan Penelitian	74
	DAFTAR PUSTAKA	75
	LAMPIRAN	82

DAFTAR TABEL

	Halaman
2.1 Klasifikasi stadium CKD.....	8
2.2 Rencana tatalaksana CKD berdasarkan stadiumnya.....	13
2.3 Perubahan hormon utama selama respon stres	21
2.4 Derajat keparahan depresi.....	29
4.1 Hasil uji Spearman	64



DAFTAR GAMBAR

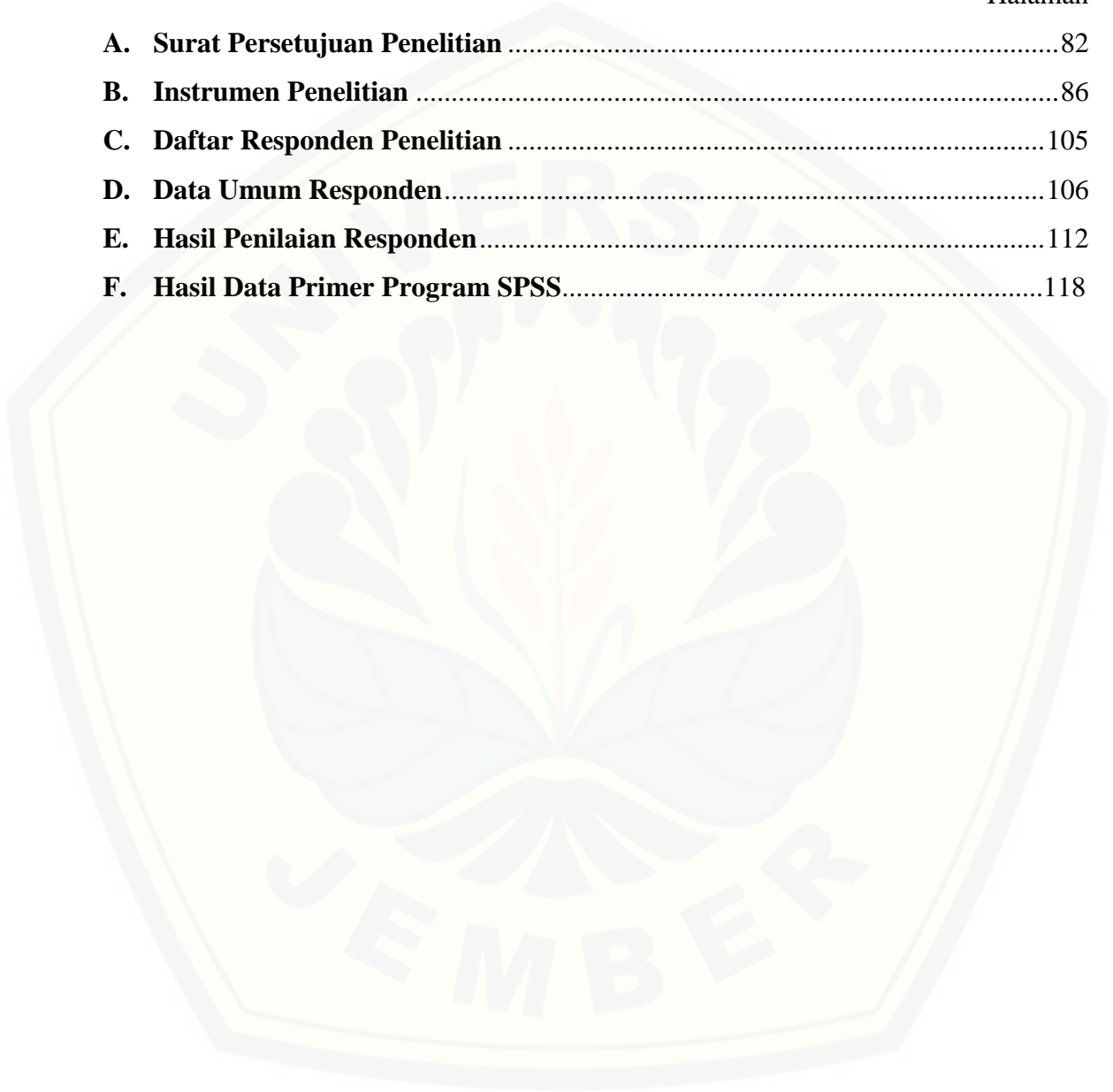
	Halaman
2.1 Anatomi ginjal	5
2.2 Proses hemodialisis.....	14
2.3 Integrasi respon stres oleh hipotalamus	20
2.4 Patofisiologi terjadinya sindrom depresi	24
2.5 Kerangka konsep	42
3.1 Skema alur penelitian	49
4.1 Grafik distribusi tingkat depresi pada pasien	51
4.2 Grafik distribusi tingkat depresi pasien berdasarkan jenis kelamin	52
4.3 Grafik distribusi tingkat depresi pasien berdasarkan usia	52
4.4 Grafik distribusi tingkat depresi pasien berdasarkan status pekerjaan	53
4.5 Grafik distribusi tingkat depresi pasien berdasarkan tingkat pendidikan.....	54
4.6 Grafik distribusi tingkat depresi pasien berdasarkan lama hemodialisis.....	54
4.7 Grafik distribusi dukungan keluarga yang diterima pasien.....	55
4.8 Grafik distribusi dukungan keluarga berdasarkan jenis kelamin.....	56
4.9 Grafik distribusi dukungan keluarga berdasarkan usia.....	56
4.10 Grafik distribusi dukungan keluarga berdasarkan status pekerjaan	57
4.11 Grafik distribusi dukungan keluarga berdasarkan tingkat pendidikan	58
4.12 Grafik distribusi dukungan keluarga berdasarkan lama merawat pasien	58
4.13 Grafik distribusi dukungan keluarga yang didapatkan berdasarkan jenis kelamin pasien	59
4.14 Grafik distribusi dukungan keluarga yang didapatkan berdasarkan usia pasien	60
4.15 Grafik distribusi dukungan keluarga yang didapatkan berdasarkan status pekerjaan pasien.....	60
4.16 Grafik distribusi dukungan keluarga yang didapatkan berdasarkan tingkat pendidikan pasien	61

4.17 Grafik distribusi dukungan keluarga yang didapatkan berdasarkan lama hemodialisis pasien.....	62
4.18 Grafik distribusi dukungan keluarga yang didapatkan berdasarkan tingkat depresi pasien	62



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
A. Surat Persetujuan Penelitian	82
B. Instrumen Penelitian	86
C. Daftar Responden Penelitian	105
D. Data Umum Responden.....	106
E. Hasil Penilaian Responden.....	112
F. Hasil Data Primer Program SPSS.....	118



BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Chronic Kidney Disease (CKD) atau disebut juga penyakit ginjal kronik kini telah menjadi persoalan kesehatan serius masyarakat di dunia. Secara global, lebih dari 500 juta orang menderita CKD. Berdasarkan data dari WHO tahun 2008, prevalensi penderita CKD yang membutuhkan *renal replacement therapy* (RRT) terus bertambah dan diperkirakan terdapat peningkatan lebih dari 1,4 juta penderita tiap tahunnya dengan insidensi 1,8%. Hal ini menempatkan CKD pada peringkat ke-12 penyebab kematian tertinggi dan peringkat ke-17 penyebab angka kecacatan tertinggi di dunia. Di Indonesia, prevalensi penderita gagal ginjal pada tahun 2005 berjumlah 4.977 pasien baru dan 1.885 pasien aktif. Sedangkan pada tahun 2011 meningkat menjadi 15.353 pasien baru dan 6.951 pasien aktif. Pasien tersebut hidupnya bergantung pada terapi hemodialisis (*Indonesian Renal Registry*, 2011).

Berdasarkan data poli hemodialisa RSUD dr. Soebandi Jember pada tahun 2015, rata-rata 750 kali tindakan hemodialisis dilakukan setiap bulannya dengan jumlah pasien sekitar 60 orang. Pasien yang rutin melakukan hemodialisis di RSUD dr. Soebandi Jember masing-masing mempunyai kebutuhan yang berbeda. Umumnya, pasien menjalani terapi hemodialisis satu hingga dua kali dalam seminggu.

Pasien CKD yang telah mencapai stadium 5D membutuhkan *renal replacement therapy* untuk menunjang kehidupannya. Salah satu bentuk *renal replacement therapy* adalah terapi hemodialisis. Pasien yang menjalani hemodialisis membutuhkan waktu 12-15 jam setiap minggunya, atau paling sedikit 3-4 jam per kali terapi. Kegiatan ini akan berlangsung terus-menerus sepanjang hidupnya (Bare & Smeltzer, 2002). Keadaan ketergantungan pada mesin dialisis seumur hidup serta penyesuaian diri terhadap kondisi sakit mengakibatkan terjadinya perubahan dalam kehidupan pasien. Perubahan dalam kehidupan merupakan salah satu pemicu

terjadinya stres. Perubahan tersebut dapat menjadi variabel yang diidentifikasi sebagai stresor (Rasmun, 2004). Terjadinya stres karena stresor yang dirasakan dan dipersepsikan individu, merupakan suatu ancaman yang dapat menimbulkan depresi.

Depresi merupakan masalah psikologis yang paling sering dihadapi oleh pasien CKD terutama pasien CKD stadium 5D yang harus menjalani hemodialisis. Sebuah penelitian dari Universitas Indonesia menemukan bahwa prevalensi depresi pada pasien CKD yang menjalani hemodialisis mencapai 31,1% dan sebagian besar komponen kualitas hidup mereka lebih rendah dibandingkan dengan yang tidak menderita depresi (Wijaya, 2005). Depresi dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor, antara lain penurunan fungsi dari organ tubuh, kehilangan sumber nafkah, perubahan gaya hidup dan sebagainya. Untuk itu pendekatan keluarga sangat diperlukan dalam penatalaksanaan depresi yaitu dengan memberikan dukungan kepada pasien (Saraha, 2013).

Dukungan keluarga sebagai bagian dari dukungan sosial dalam memberikan dukungan ataupun pertolongan dan bantuan pada anggota keluarga yang memerlukan terapi hemodialisis sangat diperlukan. Berdasarkan penelitian Saraha (2013), terdapat hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan depresi pada pasien CKD yang menjalani hemodialisis. Melalui dukungan keluarga, pasien akan merasa masih ada yang memperhatikan. Dukungan keluarga dapat diwujudkan dengan memberikan perhatian, bersikap empati, memberikan dorongan, memberikan saran, memberikan pengetahuan dan sebagainya (Saraha, 2013).

Berdasarkan uraian di atas, penderita CKD stadium 5D yang harus menjalani terapi hemodialisis akan mengalami perubahan dalam kehidupannya dan dapat jatuh ke dalam kondisi depresi, sehingga diperlukan dukungan keluarga untuk memperbaiki kualitas hidup dan kondisi kejiwaan pasien. Sampai saat ini, belum pernah diadakan penelitian mengenai hal tersebut di poli hemodialisis RSD dr. Soebandi Jember. Hal ini mendasari penulis untuk melakukan penelitian mengenai pengaruh dukungan keluarga terhadap tingkat depresi pasien CKD stadium 5D yang menjalani terapi hemodialisis.

1.2 Rumusan Masalah

Uraian ringkas dalam latar belakang masalah di atas memberi dasar bagi peneliti untuk merumuskan masalah penelitian sebagai berikut: bagaimana pengaruh dukungan keluarga terhadap tingkat depresi pasien CKD stadium 5D yang menjalani hemodialisis.

1.3 Tujuan Penelitian

Tujuan dari penelitian ini adalah:

- a. untuk mengetahui tingkat depresi pasien CKD stadium 5D yang menjalani hemodialisis
- b. untuk mengetahui dukungan keluarga terhadap pasien CKD stadium 5D yang menjalani hemodialisis
- c. untuk mengetahui pengaruh dukungan keluarga terhadap tingkat depresi pasien CKD stadium 5D yang menjalani hemodialisis.

1.4 Manfaat Penelitian

Manfaat dari penelitian ini adalah:

- a. Manfaat bagi institusi pendidikan

Manfaat bagi institusi pendidikan adalah menambah bahan kepustakaan sebagai bahan acuan untuk penelitian selanjutnya.

- b. Manfaat bagi pelayanan kesehatan

Manfaat bagi pelayanan kesehatan adalah sebagai informasi bagi pelayanan kesehatan agar dapat memberikan pelayanan yang komprehensif, termasuk psikologi dan kesehatan mental, pada pasien CKD stadium 5D yang menjalani hemodialisis.

- c. Manfaat bagi masyarakat

Manfaat bagi masyarakat adalah sebagai informasi dan pengetahuan untuk memberikan dukungan keluarga kepada pasien CKD stadium 5D yang menjalani hemodialisis.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Ginjal

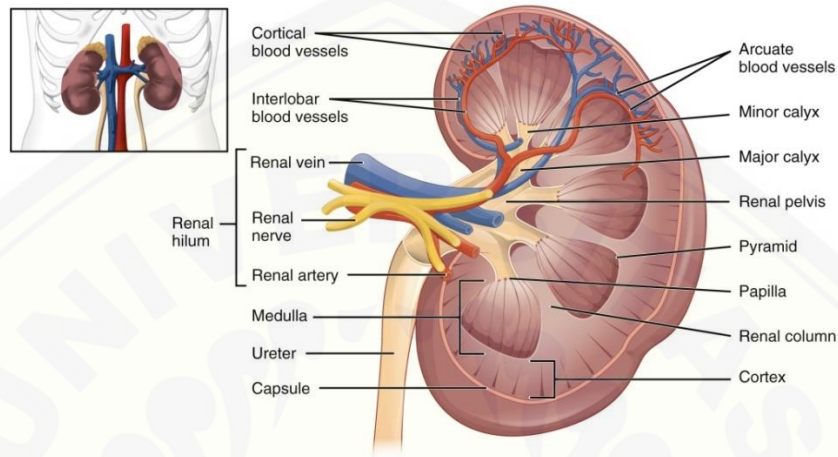
Ginjal merupakan organ berwarna coklat kemerahan dan berbentuk seperti kacang yang terletak di kedua sisi *columna vertebralis* setinggi vertebra T12 sampai dengan L3. Ginjal kanan sedikit lebih rendah dibandingkan ginjal kiri karena tertekan ke bawah oleh hepar (Snell, 2012). Ginjal terletak secara retroperitoneal pada dinding abdomen.

2.1.1 Anatomi Ginjal

Ginjal pada bagian luar dilapisi oleh selaput tipis keras yang disebut kapsul fibrosa (Gambar 2.1). Kapsul fibrosa berfungsi untuk melindungi struktur bagian dalam ginjal yang rapuh. Ginjal digambarkan memiliki dua daerah utama yaitu korteks di bagian luar yang berwarna coklat terang dan medula di bagian dalam yang berwarna coklat gelap. Korteks ginjal terdiri dari jutaan nefron yang berfungsi sebagai alat penyaring. Nefron merupakan satuan fungsional ginjal yang terdiri dari glomerulus, tubulus kontortus proksimal, ansa henle dan tubulus kontortus distal. Medula ginjal terdiri dari beberapa massa-massa triangular yang disebut piramida ginjal dengan basis menghadap korteks dan apeks yang menonjol ke medial. Piramida ginjal berfungsi untuk mengumpulkan hasil ekskresi yang kemudian disalurkan ke tubulus kolektivus menuju pelvis ginjal (Snell, 2012).

Ginjal diperdarahi oleh arteri renalis. Arteri renalis memasuki ginjal melalui hilum dan kemudian bercabang membentuk arteri interlobaris, arteri arkuata, arteri interlobularis dan arteriol aferen yang menuju ke kapiler glomerulus. Sistem vena pada ginjal berjalan paralel dengan sistem arteriol dan membentuk vena interlobularis, vena arkuata, vena interlobaris dan vena renalis. Persarafan ginjal

berasal dari pleksus renalis dari serabut simpatis dan parasimpatis (Guyton & Hall, 2008).



Gambar 2.1 Anatomi ginjal (Sumber: Betts *et al*, 2013)

2.1.2 Fisiologi Ginjal

Menurut Sherwood (2012), ginjal memiliki fungsi yaitu:

- Mempertahankan keseimbangan H_2O dalam tubuh.
- Memelihara volume plasma yang sesuai sehingga sangat berperan dalam pengaturan jangka panjang tekanan darah arteri.
- Membantu memelihara keseimbangan asam basa pada tubuh.
- Mengekskresikan produk-produk sisa metabolisme tubuh.
- Mengekskresikan senyawa asing seperti obat-obatan.

Ginjal mendapatkan darah yang harus disaring dari arteri. Ginjal kemudian akan mengambil zat-zat yang berbahaya dari darah. Zat-zat yang diambil dari darah pun diubah menjadi urin. Urin lalu akan dikumpulkan dan dialirkan ke ureter. Setelah ureter, urin akan ditampung terlebih dahulu di kandung kemih. Bila individu merasakan keinginan berkemih dan keadaan memungkinkan, maka urin yang ditampung dikandung kemih akan di keluarkan lewat uretra (Sherwood, 2012).

Tiga proses utama akan terjadi di nefron dalam pembentukan urin, yaitu filtrasi, reabsorpsi, dan ekresi. Pembentukan urin dimulai dengan filtrasi sejumlah besar cairan yang hampir bebas protein dari kapiler glomerulus ke kapsula Bowman. Kebanyakan zat dalam plasma, kecuali protein, di filtrasi secara bebas sehingga konsentrasinya pada filtrat glomerulus dalam kapsula Bowman hampir sama dengan plasma. Awalnya zat akan difiltrasi secara bebas oleh kapiler glomerulus tetapi tidak difiltrasi, kemudian di reabsorpsi parsial, reabsorpsi lengkap dan kemudian akan diekskresi (Sherwood, 2012).

2.2 Chronic Kidney Disease (CKD)

Chronic Kidney Disease (CKD) adalah penyakit ginjal yang progresif dan tidak dapat lagi pulih atau kembali sembuh secara total seperti sediakala (*irreversible*) dengan laju filtrasi glomerulus (LFG) < 60 mL/menit dalam waktu 3 bulan atau lebih, sehingga kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan elektrolit, yang menyebabkan uremia (Suwitra, 2009).

Batasan yang tercantum dalam *Clinical Practice Guidelines on CKD* dari *National Kidney Foundation* (2002) menyebutkan bahwa seseorang dikatakan menderita CKD apabila terdapat salah satu dari kriteria dibawah ini:

- a. Kerusakan ginjal ≥ 3 bulan, dimana terdapat abnormalitas struktur atau fungsi ginjal dengan atau tanpa penurunan LFG, yang bermanifestasi sebagai satu atau lebih gejala:
 - 1) abnormalitas komposisi urin
 - 2) abnormalitas pemeriksaan pencitraan
 - 3) abnormalitas biopsi ginjal.
- b. LFG < 60 mL/menit/ $1,73$ m² selama ≥ 3 bulan dengan atau tanpa tanda kerusakan ginjal lainnya yang telah disebutkan.

2.2.1 Epidemiologi

Secara global lebih dari 500 juta orang mengalami CKD. Di Amerika Serikat, data tahun 1995-1999 menyatakan insidensi CKD diperkirakan 100 kasus perjuta penduduk pertahun, dan angka ini meningkat sekitar 8% setiap tahunnya. Prevalensi penderita gagal ginjal di Indonesia pada tahun 2005 berjumlah 4.977 pasien baru dan 1.885 pasien aktif. Sedangkan pada tahun 2011 meningkat menjadi 15.353 pasien baru dan 6.951 pasien aktif. Jumlah penderita CKD yang melakukan dialisis dan transplantasi ginjal diproyeksikan meningkat dari 340.000 pada tahun 1999 menjadi 651.000 pada tahun 2010 (*Indonesian Renal Registry, 2011*).

2.2.2 Etiologi

Menurut Gregory D. Krol (2011), penderita hipertensi (prevalensi 74,5 juta orang) dan diabetes (prevalensi 23,6 juta orang) adalah kelompok yang beresiko sangat tinggi mengalami CKD. Kedua penyakit ini adalah penyebab terbanyak CKD (72%), penyebab lainnya adalah resistensi insulin, obesitas, dan sindrom metabolik lainnya.

Perhimpunan Nefrologi Indonesia (dalam Suwitra, 2009) mencatat penyebab CKD yang menjalani hemodialisis di Indonesia adalah glomerulonefritis (46,39%), diabetes Mellitus (18,65%), obstruksi dan infeksi (12,85%), hipertensi (8,46%), dan sebab lain (13,65%). Penyebab lainnya yang sering terjadi adalah infeksi, penyakit peradangan, penyakit vaskuler hipersensitif, gangguan jaringan penyambung, gangguan kongenital dan herediter, gangguan metabolisme, nefropati toksik, nefropati obstruksi, dan intoksikasi obat.

2.2.3 Klasifikasi

Menurut Suwitra (2011), stadium CKD dapat ditunjukkan dari *glomerulus filtration rate* (GFR), seperti dalam Tabel 2.1 berikut ini:

Tabel 2.1 Klasifikasi stadium CKD

Stadium	GFR (mL/menit/1,73 m ²)	Keterangan
1	>90	Kerusakan ginjal dengan GFR normal atau meningkat, disertai proteinuria.
2	60-89	Kerusakan ginjal dengan penurunan GFR ringan (berkaitan dengan usia), disertai proteinuria
3A	45-59	Kerusakan ginjal dengan penurunan GFR sedang, beresiko rendah mengalami gagal ginjal
3B	30-44	
4	15-29	Kerusakan ginjal dengan penurunan GFR berat, beresiko tinggi mengalami gagal ginjal
5D		Gagal ginjal yang memerlukan terapi hemodialisis
5T	<15	Gagal ginjal yang memerlukan transplantasi

(Sumber: Suwitra dalam Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam, 2009)

2.2.4 Patogenesis

Mekanisme patogenesis yang pasti dari penurunan progresif fungsi ginjal masih belum jelas, akan tetapi diduga banyak faktor yang berpengaruh, yaitu diantaranya jejas karena hiperfiltrasi, proteinuria yang menetap, hipertensi sistemik atau hipertensi intrarenal, deposisi kalsium-fosfor, dan hiperlipidemia. Jejas karena hiperfiltrasi ditenggarai sebagai cara yang umum dari kerusakan glomerular, tidak tergantung dari penyebab awal kerusakan ginjal. Nefron yang rusak akan mengakibatkan nefron normal lainnya menjadi hipertrofi secara struktural dan secara fungsional mempunyai keaktifan yang berlebihan, ditandai dengan peningkatan aliran darah glomerular (Rachmadi *et al*, 2010).

Mekanisme yang dapat menyebabkan CKD adalah glomerulosklerosis, parut tubulointerstisial, dan sklerosis vaskular (Rachmadi *et al*, 2010).

a. Glomerulosklerosis

Progresifitas menjadi CKD berhubungan dengan sklerosis progresif glomeruli yang dipengaruhi oleh sel intraglomerular dan sel ekstraglomerular. Kerusakan sel intraglomerular dapat terjadi pada sel glomerulus intrinsik (endotel, sel mesangium, sel epitel) dan ekstrinsik (trombosit, limfosit, monosit/makrofag). Sel endotel dapat mengalami kerusakan akibat gangguan hemodinamik, metabolik dan imunologis.

Kerusakan ini berhubungan dengan reduksi fungsi antiinflamasi dan antikoagulasi sehingga mengakibatkan aktivasi dan agregasi trombosit serta pembentukan mikrotrombus pada kapiler glomerulus serta munculnya mikroinflamasi. Akibat mikroinflamasi, monosit menstimulasi proliferasi sel mesangium sedangkan faktor pertumbuhan dapat mempengaruhi sel mesangium yang berproliferasi menjadi sel miofibroblas sehingga mengakibatkan sklerosis mesangium. Karena podosit tidak mampu bereplikasi terhadap jejas sehingga terjadi peregangan di sepanjang membrana basalis glomerulus dan menarik sel inflamasi yang berinteraksi dengan sel epitel parietal menyebabkan formasi adesi kapsular dan glomerulosklerosis, akibatnya terjadi akumulasi material amorf di celah paraglomerular dan kerusakan taut glomerulotubular sehingga pada akhirnya terjadi atrofi tubular dan fibrosis interstisial (Rachmadi *et al*, 2010).

b. Parut tubulointerstisial

Derajat keparahan *tubulointerstitial fibrosis* (TIF) lebih berkorelasi dengan fungsi ginjal dibandingkan dengan glomerulosklerosis. Proses ini termasuk inflamasi, proliferasi fibroblas interstisial dan deposisi ECM yang berlebih. Sel tubular yang mengalami kerusakan berperan sebagai *antigen presenting cell* yang mengekspresikan *cell adhesion molecules* dan melepaskan sel mediator inflamasi seperti sitokin, kemokin, dan *growth factor*, serta meningkatkan produksi ECM dan menginvasi ruang periglomerular dan peritubular. Resolusi deposisi ECM tergantung pada dua jalur yaitu aktivasi

matriks metaloproteinase dan aktivasi enzim proteolitik plasmin oleh aktivator plasminogen. Parut ginjal terjadi akibat gangguan kedua jalur kolagenolitik tersebut, sehingga terjadi gangguan keseimbangan produksi ECM dan pemecahan ECM yang mengakibatkan fibrosis yang *irreversible* (Rachmadi *et al*, 2010).

c. Sklerosis vaskular

Perubahan pada arteriol dan kerusakan kapiler peritubular oleh berbagai sebab (misalnya diabetes, hipertensi, glomerulonefritis kronis) akan menimbulkan terjadinya eksaserbasi iskemi interstisial dan fibrosis. Iskemi serta hipoksia akan menyebabkan sel tubulus dan fibroblas untuk memproduksi ECM dan mengurangi aktivitas kolagenolitik. Kapiler peritubular yang rusak akan menurunkan produksi *proangiogenic vascular endothelial growth factor* (VEGF) dan ginjal yang mengalami parut akan mengekspresikan *thrombospondin* yang bersifat *antiangiogenic* sehingga terjadi delesi mikrovaskular dan iskemik (Rachmadi *et al*, 2010).

2.2.5 Manifestasi Klinis

Pada CKD setiap sistem tubuh dipengaruhi oleh kondisi uremia, maka pasien akan menunjukkan sejumlah tanda dan gejala. Keparahan tanda dan gejala bergantung pada bagian dan tingkat kerusakan ginjal, dan kondisi lain yang mendasari. Manifestasi yang terjadi pada CKD antara lain terjadi pada sistem kardio vaskuler, dermatologi, gastro intestinal, neurologis, pulmoner, muskuloskeletal dan psikologi menurut Rachmadi (2010) diantaranya adalah:

a. Kardiovaskuler

- 1) hipertensi, yang diakibatkan oleh retensi cairan dan natrium dari aktivasi sistem renin angiotensin aldosteron
- 2) gagal jantung kongestif
- 3) edema pulmoner, akibat dari cairan yang berlebih.

b. Dermatologi seperti pruritis, yaitu penumpukan urea pada lapisan kulit.

- c. Gastrointestinal seperti anoreksia atau kehilangan nafsu makan, mual sampai dengan terjadinya muntah.
- d. Neuromuskuler seperti terjadinya perubahan tingkat kesadaran, tidak mampu berkonsentrasi, kedutan otot sampai kejang.
- e. Pulmoner seperti adanya seputum kental dan liat, pernapasan dangkal, kusmol, sampai terjadinya edema pulmonal.
- f. Muskuloskeletal seperti terjadinya fraktur karena kekurangan kalsium dan pengeroposan tulang sebagai akibat terganggunya hormon dihidroksi kolekalsiferon.
- g. Psikologi seperti terjadinya penurunan tingkat kepercayaan diri sampai pada harga diri rendah (HDR), ansietas pada penyakit, dan merasa ingin mati.

2.2.6 Diagnosis

Berdasarkan *clinical practice guidelines on CKD* dari *National Kidney Foundation* (2002), informasi untuk mendiagnosis CKD didapatkan dari pemeriksaan laboratorium dan *imaging* sebagai berikut.

a. Laboratorium

1) Urinalisis

Pemeriksaan analisis urin awal dengan menggunakan tes *dipstick* dapat mendeteksi dengan cepat adanya proteinuri, hematuri, dan piuri. Pemeriksaan mikroskopis urin dengan spesimen urin yang telah disentrifugasi untuk mencari adanya sel darah merah, sel darah putih, dan kast. Sebagian besar anak dengan CKD memiliki banyak *hyalin cast*. *Granular cast* yang berwarna keruh kecoklatan menunjukkan nekrosis tubular akut, sedangkan *red cell cast* menunjukkan adanya suatu glomerulonefritis.

2) Pemeriksaan kimiawi serum

Untuk diagnostik dan pengamatan pasien dengan CKD diperlukan pemeriksaan kimiawi serum, seperti pemeriksaan kadar ureum dan kreatinin serum merupakan tes yang paling penting, sedangkan pemeriksaan kadar

natrium, kalium, kalsium, fosfat, bikarbonat, alkalin fosfatase, hormon paratiroid (PTH), kolesterol, fraksi lipid penting untuk terapi dan pencegahan komplikasi CKD. Anemia merupakan temuan klinis penting pada CKD dan dapat menunjukkan perjalanan CKD sehingga pemeriksaan darah lengkap harus dilakukan.

b. Pemeriksaan GFR

Laju filtrasi glomerulus setara dengan penjumlahan laju filtrasi di semua nefron yang masih berfungsi sehingga perkiraan GFR dapat memberikan pengukuran kasar jumlah nefron yang masih berfungsi. Pemeriksaan GFR biasanya dengan menggunakan *creatinine clearance* dengan pengumpulan urin 24 jam.

c. *Imaging*

Pemeriksaan *imaging* seperti foto polos, USG dan MRI dapat membantu menegakkan diagnosis CKD dan memberikan petunjuk ke arah penyebab CKD.

2.2.7 Terapi

Penderita CKD perlu mendapatkan penatalaksanaan secara khusus sesuai dengan derajat penyakit CKD, bukan hanya penatalaksanaan secara umum. Menurut *National Kidney Foundation* (2002), penatalaksanaan penderita CKD yang sesuai dengan stadium CKD dapat dilihat dalam Tabel 2.2 berikut:

Tabel 2.2 Rencana tatalaksana CKD berdasarkan stadiumnya

Stadium	GFR (mL/menit/1,73m ²)	Rencana Tatalaksana
1	>90	Dilakukan terapi pada penyakit dasarnya, kondisi komorbid, evaluasi pemburukan (<i>progression</i>) fungsi ginjal, memperkecil risiko kardiovaskuler.
2	60-89	Menghambat pemburukan (<i>progression</i>) fungsi ginjal.
3	30-59	Mengevaluasi dan melakukan terapi pada komplikasi.
4	15-29	Persiapan untuk terapi pengganti ginjal
5	<15	Dialysis dan mempersiapkan terapi penggantian ginjal.

(Sumber: Suwitra dalam Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam, 2009)

2.3 Hemodialisis

Hemodialisis merupakan metode yang digunakan untuk mengoptimalkan fungsi ginjal yang mengalami kegagalan secara permanen. Pada hemodialisis terjadi proses difusi partikel terlarut (salut) dan air secara pasif melalui satu kompartemen cair yaitu darah menuju kompartemen cair lainnya yaitu cairan dialisat melewati membran semipermeabel dalam dialiser (Suwitra, 2014).

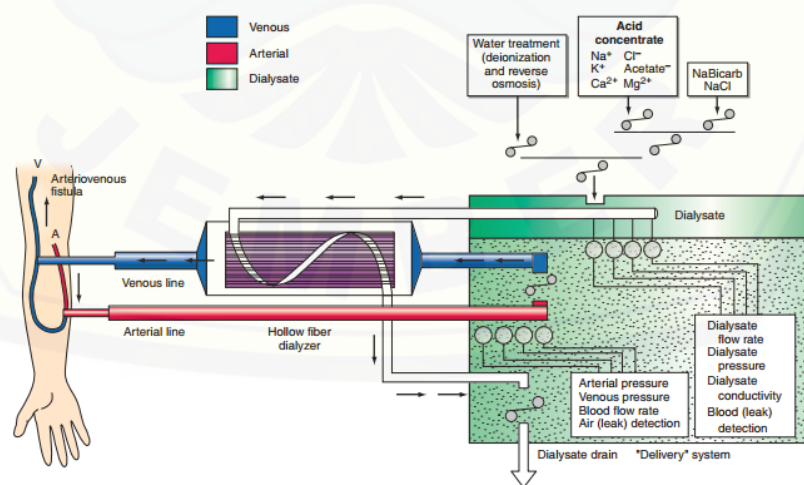
Tujuan utama hemodialisis adalah menghilangkan gejala yaitu mengendalikan uremia, kelebihan cairan, dan ketidakseimbangan elektrolit yang terjadi pada pasien CKD dengan *end stage renal disease* (ESRD). Hemodialisis efektif mengeluarkan cairan, elektrolit dan sisa metabolisme tubuh, sehingga dapat memperpanjang umur pasien (Suwitra, 2014).

2.3.1 Proses Hemodialisis

Hemodialisis dilakukan dengan mengalirkan darah ke dalam suatu tabung ginjal buatan (*dializer*) yang terdiri dari dua kompartemen (Lihat Gambar 2.2).

Kompartemen tersebut terdiri dari kompartemen darah dan kompartemen dialisat yang dibatasi oleh selaput semipermeabel buatan. Kompartemen dialisat dialiri oleh cairan dialisat yang berisi larutan dengan komposisi elektrolit mirip serum normal dan tidak mengandung sisa metabolisme nitrogen. Darah pasien dipompa dan dialirkan menuju kompartemen darah. Selanjutnya, akan terjadi perbedaan konsentrasi antara cairan dialisis dan darah karena adanya perpindahan zat terlarut dari konsentrasi tinggi ke konsentrasi rendah (Suwitra, 2014).

Pasien akan terpajan dengan cairan dialisat sebanyak 120-150 liter setiap dialisis. Zat dengan berat molekul ringan yang terdapat dalam cairan dialisat dapat berdifusi ke dalam darah. Untuk itu, diperlukan *reverse osmosis*. Air akan melewati pori-pori membran semipermeabel sehingga dapat menahan zat dengan berat molekul ringan. Terdapat dua jenis cairan dialisat, yaitu asetat dan bikarbonat. Cairan asetat bersifat asam dan dapat mengurangi kemampuan tubuh untuk vasokonstriksi yang diperlukan tubuh untuk memperbaiki gangguan hemodinamik yang terjadi setelah hemodialisis. Sementara cairan bikarbonat bersifat basa, sehingga dapat menetralkan asidosis yang biasa terdapat pada pasien CKD. Cairan bikarbonat juga tidak menyebabkan vasokonstriksi (Suwitra, 2014).



Gambar 2.2 Proses hemodialisis (Sumber: Jameson, 2010)

2.3.2 Komplikasi Hemodialisis

Berbagai komplikasi intradialisis dapat dialami oleh pasien saat menjalani hemodialisis. Komplikasi intradialisis merupakan kondisi abnormal yang terjadi pada saat pasien menjalani hemodialisis. Komplikasi yang umum terjadi saat pasien menjalani hemodialisis adalah hipotensi, kram, mual dan muntah, *headache*, nyeri dada, nyeri punggung, gatal, demam dan menggigil. Komplikasi intradialisis lainnya yang mungkin terjadi adalah hipertensi intradialisis dan *disequilibrium syndrome* yaitu kumpulan gejala disfungsi serebral terdiri dari sakit kepala, pusing, mual, muntah, kejang, disorientasi sampai koma. Komplikasi lebih lanjut intradialisis lain yang bisa dialami pasien hemodialisis kronik adalah aritmia, hemolisis, dan emboli udara (Rahardjo *et al*, 2014).

2.4 Stres

Lazarus dan Folkman (dalam Kandasamy, 2011) menyatakan stres psikologis adalah sebuah hubungan antara individu dengan lingkungan yang dinilai oleh individu tersebut sebagai hal yang membebani atau sangat melampaui kemampuan seseorang dan membahayakan kesejahteraannya.

Sedangkan menurut Robert S. Fieldman (dalam Kandasamy, 2011) stres adalah suatu proses yang menilai suatu peristiwa sebagai sesuatu yang mengancam, menantang, ataupun membahayakan dan individu merespon peristiwa itu pada level fisiologis, emosional, kognitif, dan perilaku.

Penjelasan dari WHO sendiri mengenai stres adalah reaksi atau respon psikososial (tekanan mental atau beban kehidupan). Dewasa ini, stres digunakan secara bergantian untuk menjelaskan berbagai stimulus dengan intensitas berlebihan yang tidak disukai berupa respons fisiologis, perilaku, dan subyektif terhadap stres. Konteks yang menjembatani pertemuan antara individu dengan stimulus yang membuat stres, semuanya sebagai sistem.

2.4.1 Teori Stres

George Engel menyatakan bahwa dalam keadaan stres, seluruh mekanisme neuroregulasi mengalami perubahan fungsi yang menekan mekanisme homeostatik tubuh sehingga tubuh menjadi rentan terhadap infeksi dan penyakit lain. Jalur neurofisiologi yang dianggap memediasi reaksi stres meliputi korteks serebral, sistem limbik, hipotalamus, medula adrenal, dan saraf simpatis serta parasimpatis. Neuromessenger yang berperan adalah hormon kortisol dan tiroksin.

Hans Seyle (1907-1982) mengembangkan model stres yang disebut sebagai *general adaptation syndrome (GAS)*. Stres yang dimaksud dapat berupa kondisi yang menyenangkan ataupun tidak menyenangkan. Diperlukan proses adaptasi untuk dapat menerima kedua tipe stres tersebut. Respon GAS ini dibagi dalam tiga fase, yaitu:

a. Reaksi waspada (*alarm reaction stage*)

Merupakan persepsi terhadap stressor yang muncul secara tiba-tiba akan munculnya reaksi waspada. Reaksi ini menggerakkan tubuh untuk mempertahankan diri. Diawali oleh otak dan diatur oleh sistem endokrin dan cabang simpatis dari sistem saraf autonom. Pada alarm stage terjadi peningkatan sekresi pada glandula adrenal dan mempersiapkan tubuh melaksanakan respon *fight or flight*. Efek tersebut menyebabkan orang tersebut dapat melaksanakan aktivitas fisik yang jauh lebih besar daripada bila tidak ada efek diatas.

b. Reaksi resistensi (*resistance stage*)

Fase ini terjadi setelah *alarm stage*. Selama fase ini tubuh berusaha untuk bertahan menghadapi stres yang berkepanjangan dan menjaga sumber-sumber kekuatan (membentuk tenaga baru dan memperbaiki kerusakan) akibat sekresi adrenokortikal yang menurun. Fase ini merupakan tahap adaptasi dimana sistem endokrin dan sistem simpatis tetap mengeluarkan hormon-hormon stres tetapi tidak setinggi pada saat reaksi waspada.

c. Reaksi kelelahan (*exhaustion stage*)

Pada fase ini terjadi penurunan resistensi, meningkatnya aktivitas parasimpatis dan kemungkinan deteorisasi fisik apabila stresor tetap berlanjut

atau terjadi stresor baru yang dapat memperburuk keadaan. Fase kelelahan ditandai dengan dominasi cabang parasimpatis dari sistem saraf otonom. Akibatnya, detak jantung dan kecepatan nafas menurun. Apabila sumber stres menetap, kita dapat mengalami “penyakit adaptasi” (*disease of adaptation*), penyakit yang rentangnya panjang, yaitu mulai dari reaksi alergi sampai penyakit jantung, bahkan sampai kematian. Fase ini sudah mempengaruhi sistem organ, atau salah satu organ menjadi tidak berfungsi yang menyebabkan terjadinya stres yang kronis. Stres kronis ini dapat mengganggu fungsi otak, saraf otonom, sistem endokrin, dan sistem imun yang kita sebut sebagai penyakit psikosomatis (Sherwood, 2012).

2.4.2 Respon Tubuh Terhadap Stres

Menurut Kaplan dan Saddock (2010) respon tubuh terhadap stres meliputi:

a. Respon neurotransmitter

Stresor mengaktifkan sistem noradrenergik di otak (paling jelas di *locus ceruleus*) dan menyebabkan pelepasan katekolamin dari sistem saraf otonom. Stresor juga mengaktifkan sistem serotonergik di otak, seperti yang dibuktikan dengan meningkatnya pergantian serotonin. Stres juga meningkatkan neurotransmisi dopaminergik pada jaras mesofrontal. Neurotransmitter asam amino dan peptidergik juga terlibat di dalam respon stres. Sejumlah studi menunjukkan bahwa *corticotrophin-releasing factor* (CRF) (sebagai neurotransmitter, bukan sebagai pengatur hormonal fungsi aksis hipotalamus-hipofisis-adrenal), glutamat (melalui reseptor N-metil-D-aspartat [NMDA]) dan *gama aminobutiric acid* (GABA) semuanya memainkan peranan penting di dalam menimbulkan respon stres atau mengatur sistem yang berespon terhadap stres lainnya seperti sirkuit otak dopaminergik dan noradrenergik.

b. Respon endokrin

Sebagai respon terhadap stres, CRF disekresikan dari hipotalamus ke sistem hipofisial-hipofisis-portal. CRF bekerja di hipofisis anterior untuk

memicu pelepasan hormon adrenokortotropin (ACTH). Setelah dilepaskan, ACTH bekerja di korteks adrenal untuk merangsang sintesis dan pelepasan glukokortikoid. Glukokortikoid sendiri memiliki jutaan efek di dalam tubuh, tetapi kerjanya dapat dirangkum dalam istilah singkat untuk meningkatkan penggunaan energi, meningkatkan aktivitas kardiovaskuler (di dalam respon *fight or flight*), dan menghambat fungsi seperti pertumbuhan, reproduksi, dan imunitas.

Aksis hipotalamus-hipofisis-adrenal merupakan pelaku pengendali umpan balik negatif yang ketat melalui produk akhirnya sendiri (ACTH dan kortisol) di berbagai tingkat, termasuk hipofisis anterior, hipotalamus, dan region otak suprahipotalamik seperti hipokampus. Di samping CRF, berbagai *secretagogue* (zat yang merangsang pelepasan ACTH) dikeluarkan dan dapat memintas pelepasan CRF serta bekerja langsung untuk memulai kaskade glukokortikoid. Contoh *secretagogue* termasuk katekolamin, vasopressin, dan oksitosin. Stresor yang berbeda (stres dingin lawan hipotensi) memicu pola pelepasan *secretagogue* yang berbeda, juga menunjukkan bahwa gagasan respons stres yang sama terhadap stresor umum adalah terlalu disederhanakan.

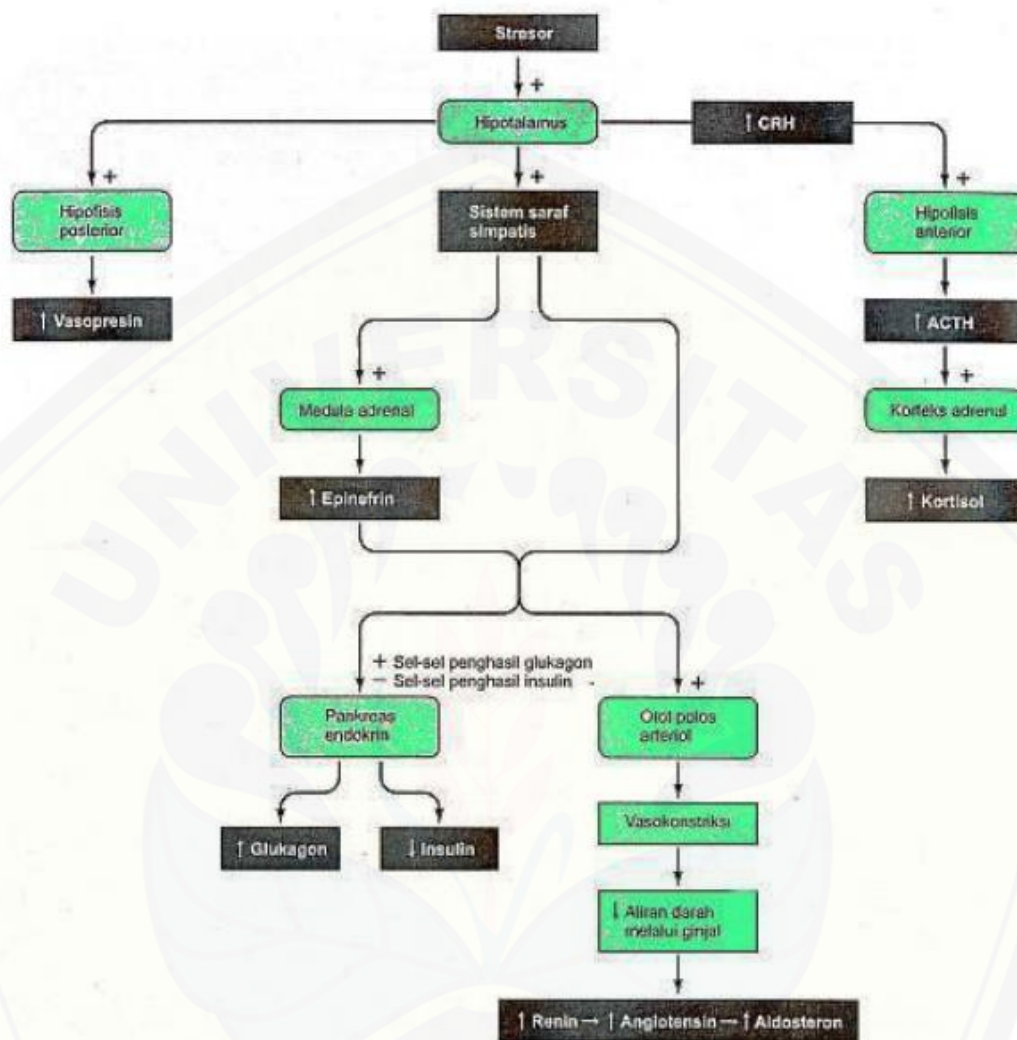
c. Respon imun

Bagian dari respon stres terdiri atas inhibisi fungsi imun oleh glukokortikoid. Inhibisi dapat mencerminkan kerja kompensasi aksis hipotalamus-hipofisis-adrenal untuk mengurangi efek fisiologis stres lainnya. Sebaliknya stres juga dapat menyebabkan aktivasi imun melalui berbagai jalur. CRF sendiri dapat merangsang pelepasan norepinefrin melalui reseptor CRF yang terletak di *locus cereleus* yang mengaktifkan sistem saraf simpatis, baik sentral maupun perifer, serta meningkatkan pelepasan epinefrin dari medula adrenal. Di samping itu, terdapat hubungan langsung neuron norepinefrin yang bersinaps pada sel target imun. Dengan demikian, di dalam menghadapi stresor, juga terdapat aktivasi imun yang dalam termasuk pelepasan faktor imun humoral (sitokin) seperti IL-1 dan IL-6. Sitokin dapat menyebabkan pelepasan CRF lebih

lanjut yang di dalam teori berfungsi untuk meningkatkan efek glukokortikoid sehingga membatasi sendiri aktivasi imun.

2.4.3 Patofisiologi Perubahan Hormon Terhadap Stres

Respon umum atau disebut juga *general adaptation syndrome* (GAS) dikendalikan oleh hipotalamus. Hipotalamus menerima masukan mengenai stresor fisik dan psikologis dari hampir semua daerah di otak dan dari banyak reseptor di seluruh tubuh. Sebagai respon hipotalamus secara langsung mengaktifkan sistem saraf simpatis dan mengeluarkan CRF untuk merangsang sekresi ACTH dan kortisol, dan memicu pengeluaran vasopresin (Gambar 2.3). Stimulasi simpatis pada gilirannya menyebabkan sekresi epinefrin, dimana keduanya memiliki efek sekresi terhadap insulin dan glukagon oleh pankreas. Selain itu, vasokonstriksi arteriol di ginjal oleh katekolamin secara tidak langsung memicu sekresi renin dengan menurunkan aliran darah ke ginjal. Renin kemudian mengaktifkan mekanisme renin-angiotensin-aldosteron. Dengan cara ini, selama stres, hipotalamus mengintegrasikan berbagai respon baik dari sistem saraf simpatis maupun sistem endokrin (Sherwood, 2012).



Gambar 2.3 Integrasi respon stres oleh hipotalamus (Sumber: Sherwood, 2012)

Akibat dari integrasi hipotalamus, terjadi respon dari sistem endokrin yaitu dengan adanya perubahan hormonal pada tubuh. Perubahan yang terjadi dijelaskan pada Tabel 2.3 berikut:

Tabel 2.3 Perubahan hormon utama selama respon stres

Hormon	Perubahan	Tujuan
Epinefrin	Meningkat	Memperkuat sistem saraf simpatis untuk mempersiapkan tubuh “ <i>fight or flight</i> ” Memobilisasi simpanan karbohidrat dan lemak Meningkatkan kadar glukosa dan asam lemak darah
CRH, ACTH, dan Kortisol	Meningkat	Memobilisasi simpanan energi untuk digunakan jika diperlukan Meningkatkan glukosa, asam amino, dan asam lemak darah ACTH mempermudah proses belajar dan perilaku
Glukagon dan Insulin	Meningkat Menurun	Bekerja bersama untuk meningkatkan glukosa darah
Aldosteron	Meningkat	Menahan Na dan H ₂ O untuk meningkatkan volume plasma Membantu mempertahankan tekanan darah jika terjadi pengeluaran akut plasma
ADH	Meningkat	Vasopresin dan Angiotensin II menyebabkan vasokonstriksi arterioli untuk meningkatkan tekanan darah Vasopresin membantu proses belajar
Oksitosin	Meningkat	Stres menyebabkan takikardi sehingga menghambat respon takikardia pada stres akut

(Sumber: Sherwood, 2012)

2.5 Depresi

Depresi merupakan satu masa terganggunya fungsi manusia yang berkaitan dengan alam perasaan yang sedih dan gejala penyertanya, termasuk perubahan pada pola tidur dan nafsu makan, psikomotor, konsentrasi, anhedonia, kelelahan,

rasa putus asa dan tidak berdaya, serta rasa ingin bunuh diri. Depresi merupakan salah satu gangguan *mood* yang ditandai oleh hilangnya perasaan kendali dan pengalaman subjektif adanya penderitaan berat. *Mood* adalah keadaan emosional internal yang meresap dari seseorang, dan bukan afek, yaitu ekspresi dari isi emosional saat itu (Kaplan, 2010).

Dalam pedoman penggolongan dan diagnosa gangguan jiwa di Indonesia III (PPDGJ III) (2013) disebutkan bahwa gangguan utama depresi adalah adanya gangguan suasana perasaan, kehilangan minat, menurunnya kegiatan, pesimisme menghadapi masa yang akan datang. Pada kasus patologi, depresi merupakan ketidakmampuan ekstrim untuk bereaksi terhadap rangsang, disertai menurunnya nilai dari delusi, tidak mampu dan putus asa.

2.5.1 Prevalensi

Dari suatu observasi universal, tanpa melihat negara atau kebudayaan menurut Schimeilpfering (dalam Hidayat, 2010) prevalensi gangguan depresif dua kali lebih besar pada perempuan daripada laki-laki. Mengingat bahwa puncak onset gangguan depresi pada perempuan bertepatan dengan masa reproduksi aktif perempuan (antara usia 25 sampai 44 tahun), faktor risiko hormon mungkin ikut memainkan peran.

Gangguan depresi rata-rata dialami pada usia sekitar 40 tahun, dengan 50% pasien memiliki awitan antara usia 20 sampai 50 tahun. Gangguan depresif paling sering terjadi pada orang tanpa hubungan antarpersonal yang dekat atau pada orang yang mengalami perceraian atau perpisahan (Kaplan, 2010).

2.5.2 Etiologi dan Faktor Risiko

Kaplan (2010) menyatakan bahwa faktor penyebab depresi dibagi menjadi faktor genetik, faktor neurobiologi serta faktor psikososial dan lingkungan.

a. Faktor genetik

Penelitian menunjukkan bahwa risiko depresi pada anggota keluarga tingkat pertama dari individu yang menderita depresi berat (unipolar) diperkirakan sebesar 2-3 kali dibandingkan dengan populasi umum. Angka keselarasan sekitar 11% pada kembar dizigot dan 40% pada kembar monozigot (Kaplan, 2010).

b. Faktor neurobiologi

Neurotransmitter yang terkait dengan patologi depresi adalah serotonin dan epinefrin. Penurunan serotonin dapat mencetuskan depresi dan pada pasien bunuh diri didapatkan beberapa pasien memiliki serotonin yang rendah. Selain itu, aktivitas dopamin pada depresi umumnya menurun (Kaplan, 2010).

c. Faktor psikososial dan lingkungan

Menurut Freud dalam teori psikodinamiknya, penyebab depresi adalah kehilangan objek yang dicintai. Faktor lain yang mempengaruhi depresi meliputi peristiwa kehidupan dan *stressor* lingkungan; kepribadian yang dependen, anankastik, histrionik; kegagalan yang berulang, teori kognitif yang menyebabkan pemikirannya keliru; dan dukungan sosial yang kurang (Kaplan, 2010).

Menurut Kaplan dan Saddock (2010), faktor resiko dari depresi dipengaruhi oleh:

a. Usia

Rata-rata usia onset untuk depresi berat adalah 40 tahun dan 50% dari pasien depresi mempunyai onset antara usia 20 sampai 50 tahun. Gangguan depresif berat juga dapat memiliki onset selama masa anak-anak atau pada lanjut usia. Namun, hal tersebut jarang terjadi.

b. Jenis kelamin

Gangguan depresi berat dua kali lebih banyak dialami pada wanita dibandingkan laki-laki. Hal tersebut diperkirakan karena adanya perbedaan hormonal dan perbedaan *stressor* psikososial bagi perempuan dan laki-laki.

c. Status perkawinan

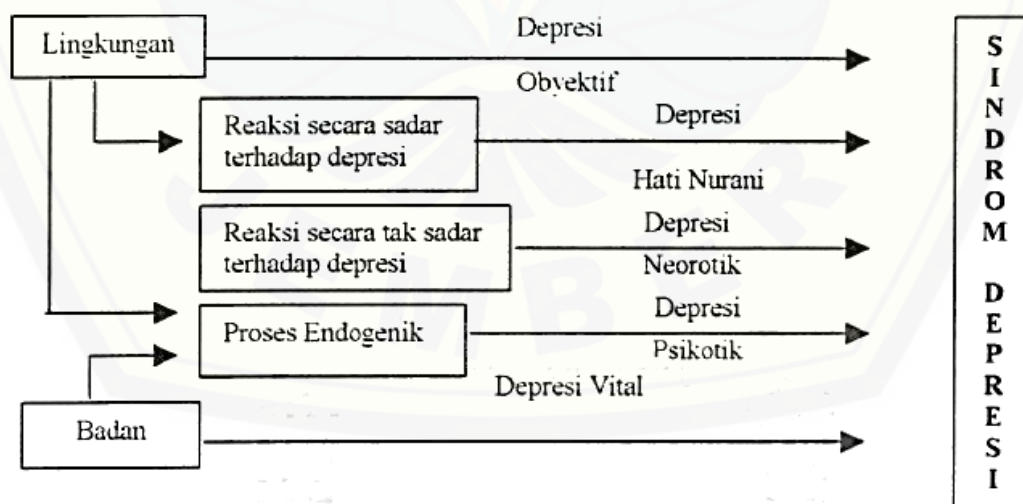
Pada umumnya, gangguan depresif berat paling sering terjadi pada orang-orang yang tidak memiliki hubungan interpersonal yang erat atau karena perceraian atau perpisahan dengan pasangan.

d. Status fungsional baru

Adanya perubahan seperti pindah ke lingkungan baru, pekerjaan baru, hilangnya hubungan yang akrab dan kondisi sakit adalah sebagian dari beberapa kejadian yang dapat menyebabkan seseorang menjadi depresi.

2.5.3 Klasifikasi

Purnomo *et al* (2010) mengklasifikasikan depresi berdasarkan etiologi yaitu depresi endogen dan depresi reaktif. Depresi endogen sangat ditentukan oleh faktor biologis yang sama sekali tidak ada hubungan dengan faktor lingkungan. Sebaliknya, depresi reaktif muncul karena adanya *psychosocially Trigger* (pencetus dari luar). Pembahasan mengenai patofisiologi sindrom depresi dapat dilihat pada Gambar 2.4 berikut:



Gambar 2.4 Patofisiologi terjadinya sindrom depresi (Sumber: Purnomo *et al*, 2010)

Depresi juga diklasifikasikan berdasarkan riwayat ada tidaknya penyakit sebelumnya, yaitu terbagi atas depresi primer dan depresi sekunder (Purnomo *et al*, 2010).

a. Depresi primer

Depresi primer merupakan depresi yang tidak didahului dengan adanya penyakit fisik atau gangguan mental sebelumnya.

b. Depresi sekunder

Depresi sekunder didahului penyakit fisik atau gangguan mental sebelumnya. Depresi sekunder ini lebih banyak terjadi tetapi sering tidak terdeteksi karena dianggap sebagai reaksi normal terhadap penyakit yang dideritanya. Depresi sekunder ini lebih sulit ditangani, namun depresi yang tidak diterapi akan memperburuk morbiditas penyakit fisiknya dan meningkatkan mortalitas. Beberapa penyakit yang sering disertai depresi adalah stroke, penyakit Parkinson, *multiple sclerosis*, epilepsi, kanker, penyakit jantung, diabetes mellitus, HIV/AIDS, dan CKD. Dalam skala yang lebih kecil, penyakit yang kerap disertai depresi adalah *irritable bowel syndrome*, *tinnitus*, *sleep apnea*, dan penyakit kelenjar tiroid.

2.5.4 Gejala Klinis

Gejala klinis yang tampak pada penderita depresi antara lain:

a. Suasana perasaan/afek yang menurun

Meskipun pasien depresi mengeluhkan penurunan suasana perasaan, tetapi kesedihan yang terjadi pada pasien depresi berbeda dari rasa sedih pada umumnya. Pasien depresi mengalami perubahan suasa perasaan tersebut selama lebih dari 2 minggu. Pasien mungkin dapat menangis tersedu-sedu, merasa ingin menangis, atau bahkan ia sama sekali kehilangan respons emosional.

b. Berkurangnya minat dan kegembiraan (Anhedonia)

Pasien depresi kehilangan minat dan kegembiraannya dalam aktivitas ataupun interaksi sosial yang sebelumnya menarik dan menyenangkan baginya.

Anhedonia ini juga bisa muncul sebagai perasaan tawar hati ataupun rasa bosan. Perasaan tersebut tetap dapat muncul, walaupun pasien tidak mengaku kehilangan minat dan kegembiraan. Berkurangnya ketertarikan seksual ataupun fungsi sehari-hari juga dapat ditemukan pada pasien depresi. Hal tersebut dapat mengakibatkan kesulitan dalam hubungan akrab dan konflik pernikahan.

c. Gangguan pola tidur

Sebagian besar pasien depresi mengalami kesulitan tidur. Manifestasi klasiknya adalah bahwa pasien terbangun ketika hari masih sangat pagi dan tidak bisa tidur lagi (*insomnia terminal*). Akan tetapi, tidur yang tidak nyenyak dan sering terbangun pada malam hari (*middle insomnia*) juga sering ditemukan.

Kesulitan tidur pada permulaan malam (*early insomnia*) biasanya dapat ditemukan apabila depresi tersebut disertai dengan gejala cemas. Begitu pula sebaliknya, tidur yang terlalu lama (*hipersomnia*) juga merupakan bagian dari gejala depresi.

d. Berkurangnya energi

Berkurangnya energi atau kelelahan adalah hal yang seringkali dikeluhkan oleh pasien depresi. Pasien merasa sulit untuk memulai mengerjakan suatu tugas. Kelelahan ini dapat dirasakan baik secara fisik ataupun mental, serta dapat menyertai gangguan pola tidur dan gangguan pola makan. Dalam kasus yang berat, aktivitas rutin seperti *hygiene* sehari-hari, mengganti pakaian, dan aktivitas makan mungkin terganggu.

e. Perasaan bersalah

Perasaan bersalah dapat dirasakan oleh seseorang yang sedang berada dalam episode depresi. Pasien depresi merasa bahwa hal-hal atau kesulitan kecil yang terjadi dalam kehidupannya sehari-hari merupakan hasil dari kesalahannya. Ia merasa bertanggung jawab atas segala hal buruk yang terjadi di luar kendalinya. Kecemasan dan kekhawatiran yang luar biasa dapat menyertai eksaserbasi perasaan bersalah.

f. Berkurangnya konsentrasi dan perhatian

Kesulitan memusatkan perhatian bisa terjadi pada episode depresi. Gangguan memori juga seringkali dikeluhkan sebagai akibat dari berkurangnya perhatian dan adanya distraktibilitas. Pada pasien berusia lanjut, keluhan kognitif tersebut dapat disalahtafsirkan sebagai awal dari demensia. Masalah memori dan konsentrasi ini dapat sangat mempengaruhi kapasitas kerja, terutama pada para karyawan.

g. Perubahan berat badan

Berkurangnya nafsu makan, selera, dan kenikmatan makan dapat menyebabkan penurunan berat badan yang signifikan. Beberapa pasien bahkan harus memaksa diri mereka untuk makan. Bagaimana pun, pasien yang lain mungkin justru menambah asupan karbohidratnya secara berlebihan. Mereka berusaha untuk mendapatkan perasaan nyaman dengan makan terus menerus.

Aktivitas makan yang berlebihan dan berkurangnya aktivitas fisik dapat menyebabkan peningkatan berat badan dan sindrom metabolik. Perubahan berat badan juga dapat memengaruhi citra diri dan kepercayaan diri.

h. Perubahan aktivitas psikomotor

Perubahan psikomotor dirasakan secara subjektif. Retardasi psikomotor dapat tampak sebagai perlambatan gerakan tubuh, berkurangnya ekspresi wajah, dan lamanya respons terhadap pembicaraan. Apabila gejala-gejala ini berat, maka akan tampak sebagai mutisme dan manifestasi katatonik.

Selain retardasi psikomotor, pasien juga mungkin mengalami agitasi psikomotor. Cemas merupakan salah satu bentuknya. Kecemasan tersebut dapat berupa cara berbicara yang cepat, berlomba-lomba, kegelisahan, dan tidak dapat duduk diam. Pikiran yang berlomba-lomba mungkin merupakan gejala mania, tetapi dapat juga mengindikasikan kecemasan.

i. Keinginan untuk bunuh diri

Ide bunuh diri dapat muncul sebagai pikiran-pikiran melayang dan rencana untuk mengakhiri segala sesuatu melalui bunuh diri. Hal ini terjadi pada dua dari

tiga orang dengan depresi. Walaupun ide-ide bunuh diri ini serius, pasien depresi biasanya tidak memiliki cukup energi dan motivasi untuk bunuh diri.

j. Gejala lainnya

Meskipun bukan merupakan indikasi formal sebagai kriteria diagnosis, beberapa gejala dan tanda lainnya dapat menyertai depresi. Gejala tersebut antara lain kecemasan, iritabilitas, disfungsi kognitif, dan rasa nyeri.

2.5.5 Derajat Keparahan

DSM-IV-TR dan ICD-10, keduanya mengkategorikan tingkat keparahan gangguan depresi mayor menjadi tiga, yaitu ringan, sedang, dan berat (Tabel 2.4). DSM-IV-TR membagi tingkat keparahannya berdasarkan pengaruh depresi dalam hal sosial atau pekerjaan dan tanggung jawab individu dan ada atau tidaknya gejala psikotik. Gejala depresi yang tercantum dalam DSM-IV-TR antara lain perubahan nafsu makan dan berat badan, perubahan tidur dan aktifitas, pengurangan energi, perasaan bersalah, masalah dalam berpikir dan dalam membuat keputusan, serta pikiran yang berulang tentang kematian atau bunuh diri. Sebaliknya, ICD-10 membedakan tingkat keparahan depresi berdasarkan jumlah dan jenis gejala yang diperlihatkan saat seseorang menderita depresi. Gejala-gejala depresi yang tercantum di ICD-10 adalah sebagai berikut:

- a. gejala utama, meliputi:
 - 1) perasaan depresif
 - 2) hilangnya minat dan semangat
 - 3) mudah lelah dan kehilangan tenaga
- b. gejala lain, meliputi:
 - 1) konsentrasi dan perhatian menurun
 - 2) harga diri dan kepercayaan diri menurun
 - 3) perasaan bersalah dan tidak berguna
 - 4) pesimis terhadap masa depan
 - 5) gagasan membahayakan diri atau bunuh diri

- 6) gangguan tidur
- 7) gangguan nafsu makan
- 8) menurunnya libido.

Tabel 2.4 Derajat keparahan depresi

Derajat Keparahannya Depresi	Kriteria DSM-IV-TR	Kriteria ICD-10
Ringan	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Mood</i> depresi atau kehilangan minat + 4 gejala depresi lainnya 2. Gangguan minor sosial/pekerjaan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2 gejala utama 2. 2 gejala lainnya
Sedang	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Mood</i> depresi atau kehilangan minat + 4 atau lebih gejala depresi lainnya 2. Gangguan sosial/pekerjaan yang bervariasi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2 gejala utama 2. 3 atau lebih gejala lainnya
Berat	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Mood</i> depresi atau kehilangan minat + 4 atau lebih gejala depresi lainnya 2. Gangguan sosial atau pekerjaan yang berat atau ada gambaran psikotik 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 3 gejala utama 2. 4 atau lebih gejala lainnya 3. Dapat terjadi dengan/ tanpa gejala psikotik

(Sumber: DSM-IV-TR, 2000 dan ICD-10, 2005)

Penggunaan skala depresi sangat dianjurkan untuk menentukan derajat keparahan. Keparahannya depresi menentukan pemilihan terapi yang diberikan. Sebagai contoh, psikoterapi adalah terapi yang sama efektifnya dengan farmakoterapi untuk depresi ringan dan sedang, tetapi depresi berat memperlihatkan respons yang baik terhadap terapi kombinasi. Bukti terbaru menyatakan bahwa antidepresan akan lebih efektif dibandingkan yang lainnya untuk depresi berat.

2.5.6 Terapi

Sebagian besar klinisi dan peneliti percaya bahwa kombinasi farmakoterapi dan psikoterapi adalah pengobatan yang paling efektif untuk gangguan depresi.

a. Pengobatan secara farmakoterapi

1. *Tricyclic Antidepressants*

Obat ini membantu mengurangi gejala-gejala depresi dengan mekanisme mencegah *reuptake* dari norepinefrin dan serotonin di sinaps atau dengan cara megubah reseptor-reseptor dari *neurotransmitter* norepinefrin dan serotonin. *Tricyclic antidepressants* yang sering digunakan adalah imipramine, amitriptylene, dan desipramine (Reus V.I. dalam Tasmil, 2012).

2. *Monoamine Oxidase Inhibitors*

Obat lini kedua dalam mengobati gangguan depresi mayor adalah *Monoamine Oxidase Inhibitors*. *MAO Inhibitors* meningkatkan ketersediaan *neurotransmitter* dengan cara menghambat aksi dari *Monoamine Oxidase*. Obat ini lebih berbahaya efek sampingnya daripada *tricyclic antidepressants* (Greene dalam Tasmil, 2012).

3. *Selective Serotonine Reuptake Inhibitors and Related Drugs*

Obat ini mempunyai efek langsung dalam mempengaruhi kadar serotonin, sehingga SSRI lebih cepat mengobati gangguan depresi mayor dibandingkan dengan obat lainnya. SSRI juga mempunyai efek samping yang lebih sedikit dibandingkan dengan obat-obatan lainnya. Obat ini tidak bersifat fatal apabila overdosis dan lebih aman digunakan dibandingkan dengan obat-obatan lainnya. SSRI juga efektif dalam pengobatan gangguan depresi mayor yang disertai dengan gangguan lainnya seperti: gangguan panik, *binge eating*, gejala-gejala pramenstrual (Reus, V.I. dalam Tasmil, 2012).

b. Pengobatan secara psikoterapi

1. Terapi Kognitif

Terapi kognitif merupakan terapi aktif, langsung, dan *time limited* yang berfokus pada penanganan struktur mental seorang pasien. Struktur mental

tersebut terdiri; *cognitive triad*, *cognitive schemas*, dan *cognitive errors* (C. Daley dalam Tasmil, 2012).

2. Terapi Perilaku

Terapi perilaku adalah terapi yang digunakan pada pasien dengan gangguan depresi dengan cara membantu pasien untuk mengubah cara pikir dalam berinteraksi dengan lingkungan sekitar dan orang-orang sekitar. Terapi perilaku dilakukan dalam jangka waktu yang singkat, sekitar 12 minggu (Reus, V.I. dalam Tasmil, 2012).

3. Terapi Interpersonal

Terapi ini didasari oleh hal-hal yang mempengaruhi hubungan interpersonal seorang individu, yang dapat memicu terjadinya gangguan *mood*. Terapi ini berfungsi untuk mengetahui *stressor* pada pasien yang mengalami gangguan (Barnett & Gotlib dalam Tasmil, 2012).

2.6 Keterkaitan Antara *Chronic Kidney Disease* dengan Depresi

Depresi adalah kondisi gangguan kejiwaan yang paling banyak ditemukan pada pasien CKD. Prevalensi depresi berat pada pasien hemodialisis sekitar 20%-30% bahkan bisa mencapai 47%. Hubungan depresi dan mortalitas yang tinggi juga terdapat pasien-pasien yang menjalani hemodialisis jangka panjang.

Faktor yang menyebabkan depresi pada pasien CKD yaitu faktor psikososial dan faktor biologi.

a. Faktor Psikososial

Pendekatan psikodinamik pada gangguan depresi adalah suatu kondisi yang berhubungan dengan hilangnya sesuatu di dalam diri manusia tersebut. Kondisi ini biasa terjadi pada pasien dengan gangguan medis kronik termasuk pasien CKD. Persepsi diri akan kehilangan yang besar dalam kehidupan pasien melebihi kenyataan kondisi sebenarnya yang mungkin tidak sebesar persepsi pasien. Walaupun pada beberapa kondisi berat, kondisi ginjal pasien yang

sebenarnya memang sesuai dengan persepsi pasien akan sakitnya yang kronik (Andri, 2013).

Kondisi pasien CKD yang biasanya dibarengi dengan hemodialisis sebanyak 12-15 jam tiap minggu adalah kondisi yang sangat tidak nyaman. Andri (2013) menyatakan bahwa pasien CKD yang tidak bisa lepas dari hemodialisis sepanjang hidupnya menimbulkan dampak psikologis yang tidak sedikit. Faktor kehilangan sesuatu yang sebelumnya ada seperti kebebasan, pekerjaan dan kemandirian adalah hal-hal yang sangat dirasakan oleh para pasien CKD yang menjalani hemodialisis. Hal ini bisa menimbulkan permasalahan psikologis, salah satunya akan tampak gejala depresi yang nyata sampai dengan tindakan bunuh diri. Selain tindakan nyata melakukan tindakan bunuh diri, sebenarnya penolakan terhadap kegiatan hemodialisis yang terjadwal dan ketidakpatuhan terhadap diet rendah potasium adalah salah satu hal yang bisa dianggap sebagai upaya “halus” untuk bunuh diri.

Pada penelitian Dewi (dalam Alfiyanti *et al*, 2014) di RSUD Wangaya Denpasar yang menjelaskan bahwa pasien CKD yang menjalani hemodialisis yang lama akan mengalami ketergantungan terhadap mesin dialisis, tenaga kesehatan dan terapi pengobatan. Ketiga hal tersebut merupakan hal yang tidak diinginkan pasien CKD yang menjalani hemodialisis, karena dapat mengakibatkan rasa marah yang tidak diungkapkan yang nantinya diproyeksikan kedalam diri sendiri dan menimbulkan rasa putus asa sehingga mengakibatkan depresi. Ketidakpatuhan akan diet yang disarankan adalah suatu gejala putus asa yang merupakan salah satu ciri gejala depresi. Lebih jauh adanya ide-ide kematian sering dialami oleh pasien dengan kondisi depresi berat. Walaupun tidak ada perilaku membunuh diri yang nyata, ketidakpatuhan pasien terhadap aturan dokter dan malahan berkesan melawan aturan tersebut adalah suatu sikap pasif agresif yang ditunjukkan pasien (Andri, 2013).

b. Faktor Biologi

Menurut Bramastyo (dalam Alfiyanti *et al*, 2014), pasien CKD yang menjalani hemodialisis bisa mengalami depresi karena ketidakseimbangan hormon di dalam tubuh. Aktivitas stres menyebabkan hipotalamus mensekresi *corticotropin releasing factor* yang menyebabkan pengeluaran *adenocorticotropin* dan merangsang korteks adrenal untuk mensekresi hormon glukokortikoid seperti kortisol. Kortisol mempengaruhi pemecahan karbohidrat, protein, dan lemak melalui proses glukoneogenesis yang menghasilkan glukosa sebagai sumber energi untuk dipakai jika dibutuhkan. Peningkatan kortisol di dalam tubuh pada saat stres ini sebenarnya adalah mekanisme reaksi stres (reaksi alarm atau *fight or flight*) untuk membantu tubuh beradaptasi terhadap stres.

Meskipun mekanisme pasti yang menyebabkan depresi belum diketahui, beberapa penelitian sebelumnya menduga bahwa peningkatan kortisol yang berlangsung kronis dapat menginduksi terjadinya depresi dengan cara mempengaruhi neurotransmisi sentral dari sistem serotonergik. Sistem serotonergik adalah sistem yang menghasilkan serotonin. Serotonin ini adalah hormon yang memiliki implikasi dalam mekanisme tidur, nafsu makan, konsentrasi, ingatan, perilaku seksual, pencegahan depresi, dan fungsi manusia lainnya. Akan tetapi, peningkatan kadar kortisol mengakibatkan penurunan fungsi serotonin yang memicu terjadinya depresi (Armaly *et al*, 2012).

Tidak hanya hormon kortisol yang meningkat pada saat stres, tetapi hormon glukokortikoid yang lain juga kadarnya meningkat dalam tubuh. Peningkatan hormon glukokortikoid secara abnormal dalam jangka waktu lama justru akan mengganggu keseimbangan metabolisme tubuh pada tingkat seluler, serta akan terjadi kerusakan sel yang mengakibatkan gangguan fisik dan psikologis lainnya. Oleh karena itu, kondisi fisik pasien akan semakin buruk dan tingkat depresi pasien akan semakin tinggi (Armaly *et al*, 2012).

2.7 Dukungan Keluarga

Keluarga merupakan tempat pertumbuhan dan perkembangan individu. Kebutuhan fisik dan psikologi seseorang mula-mula terpenuhi dari lingkungan keluarga. Individu akan menjadikan keluarga sebagai tumpuan harapan, tempat bercerita, dan tempat mengeluarkan keluhan-keluhan bila individu mengalami persoalan (Irwanto, 2002). Anggota keluarga adalah orang-orang yang berada di lingkungan paling dekat dengan diri individu yang sangat besar kemungkinannya untuk saling memberikan dukungan (Levit *et al*, 1993).

Dukungan keluarga adalah keikutsertaan keluarga untuk memberikan bantuan kepada salah satu anggota keluarga yang membutuhkan pertolongan baik dalam hal pemecahan masalah, pemberian keamanan dan peningkatan harga diri (Saraha, 2013). Dukungan keluarga merupakan bentuk fungsional dari dukungan sosial. Dukungan keluarga merupakan bentuk hubungan interpersonal yang bertujuan untuk meningkatkan adaptasi individu dalam menghadapi permasalahannya melalui penyediaan fungsi suportif dengan cara mendampingi individu baik secara langsung maupun tidak langsung (Wills, 1996). Menurut Argyle (dalam Veiel & Baumann, 1992) bila individu dihadapkan pada suatu stresor, maka hubungan intim yang muncul karena adanya sistem keluarga dapat menghambat, mengurangi, bahkan mencegah timbulnya efek negatif stresor karena ikatan dalam keluarga dapat menimbulkan efek *buffering* terhadap dampak stresor. Munculnya efek ini dimungkinkan karena keluarga selalu siap dan bersedia untuk membantu individu ketika dibutuhkan serta hubungan antara anggota keluarga memunculkan perasaan dicintai dan mencintai.

Dukungan keluarga berpengaruh penting dalam pelaksanaan pengobatan berbagai jenis penyakit kronis dan dukungan keluarga sangat berpengaruh terhadap kesehatan mental anggota keluarganya. Dukungan yang dimiliki oleh seseorang dapat mencegah berkembangnya masalah akibat tekanan yang dihadapi. Seseorang dengan dukungan keluarga yang tinggi akan lebih berhasil menghadapi dan mengatasi

masalahnya dibanding dengan yang tidak memiliki dukungan keluarga (Saraha, 2013).

2.7.1 Jenis Dukungan Keluarga

Terdapat empat aspek dukungan keluarga, yaitu:

a. Dukungan emosional

Individu membutuhkan empati, cinta, dan kepercayaan dari orang lain. Dukungan emosional didapat ketika terdapat anggota keluarga yang dapat menjadi tempat diskusi masalah, tempat berbagi perasaan dan mencurahkan kekhawatiran ketika seseorang membutuhkannya (Wills, 1996). Dukungan emosional melibatkan ekspresi cinta, kepercayaan, dan perhatian kepada orang lain, serta mendengar dan didengar saat mengungkapkan perasaan (Saraha, 2013).

Anggota keluarga yang dapat memberikan dukungan emosional yang baik terhadap individu merupakan anggota keluarga yang dapat mendengarkan segala curahan hati individu dengan efektif, yang benar-benar peduli terhadap individu tersebut serta anggota keluarga yang dapat memahami permasalahan individu tanpa mengkritik atau menyalahkan individu tersebut (Wills, 1996).

b. Dukungan instrumental

Dukungan instrumental didapat ketika terdapat anggota keluarga yang dapat berperan menyediakan bantuan dan sarana terhadap hal-hal krusial dalam hidup individu (Wills, 1996). Penyediaan sarana bertujuan untuk mempermudah seseorang dalam menolong individu yang menghadapi masalah. Penyediaan bantuan dan sarana dapat berupa finansial, fasilitas yang menunjang kehidupan individu, jasa, maupun kesempatan dan waktu.

Pada pasien, dukungan instrumental merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan konkrit. Bentuk dukungan instrumental pada pasien diantaranya keteraturan menjalani terapi, kesehatan penderita dalam hal kebutuhan makanan dan minum, istirahat dan terhindarnya penderita dari kelelahan (Saraha, 2013).

c. Dukungan informasional

Dukungan informasional merupakan dukungan berupa informasi yang diberikan untuk menambah pengetahuan seseorang dalam mencari jalan keluar atau pemecahan masalah (Wills, 1996). Dukungan informasional yang diberikan anggota keluarga dapat berupa nasehat, pengarahan, saran, maupun *feedback* mengenai bagaimana seseorang bertindak dalam menghadapi permasalahannya (Saraha, 2013).

d. Dukungan penghargaan

Dukungan penghargaan merupakan dukungan yang muncul melalui ekspresi penghargaan positif terhadap orang lain, memberikan semangat atau memberikan persetujuan mengenai ide-ide ataupun perasaan individu (Saraha, 2013). Dukungan penghargaan dapat berupa pemberian penghargaan ataupun memberi penilaian atas usaha yang telah dilakukan, memberikan *feedback* mengenai hasil atau prestasinya serta memperkuat dan meninggikan perasaan harga diri dan kepercayaan akan kemampuan individu tersebut. Dukungan penghargaan terjadi lewat ungkapan hormat, penghargaan positif, dorongan untuk maju, ataupun persetujuan gagasan.

2.7.2 Sumber Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga mengacu kepada dukungan sosial yang dipandang oleh individu sebagai sesuatu yang dapat diakses atau diadakan untuk keluarga. Dukungan keluarga dapat berupa dukungan keluarga internal dan dukungan keluarga eksternal. Dukungan keluarga internal berupa dukungan dari keluarga inti seperti suami, istri ayah, ibu, atau anak. Dukungan keluarga eksternal dapat berupa dukungan dari saudara (Friedman, 1998).

Menurut Root dan Dooley (1985) dalam Kuncoro (2002) terdapat dua sumber dukungan keluarga, yaitu dukungan keluarga natural dan dukungan keluarga artifisial. Dukungan keluarga yang natural diterima seseorang melalui interaksi sosial dalam kehidupannya secara spontan dengan orang-orang yang berada disekitarnya, misalnya

anak, suami/istri, ayah/ibu, dan kerabat. Dukungan keluarga ini bersifat non formal. Dukungan keluarga artifisial merupakan dukungan yang dirancang kedalam kebutuhan primer seseorang, misalnya dukungan keluarga akibat bencana alam melalui berbagai sumbangan.

2.7.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga

Menurut Punawan dalam Setiadi (2008), faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga adalah sebagai berikut:

a. Faktor internal

1) Tahap perkembangan

Dukungan keluarga ditentukan oleh faktor usia, dalam hal ini berkaitan dengan pertumbuhan dan perkembangan individu. Setiap rentang usia, baik mulai bayi hingga lansia, memiliki pemahaman dan respon terhadap perubahan yang berbeda-beda.

2) Pendidikan atau tingkat pengetahuan

Keyakinan seseorang terhadap adanya dukungan keluarga terbentuk oleh variabel intelektual yang terdiri dari pengetahuan, latar belakang pendidikan dan pengalaman masa lalu. Kemampuan kognitif akan membentuk cara berfikir seseorang, termasuk kemampuan untuk memahami faktor-faktor yang berhubungan dengan penyakit dan menggunakan pengetahuan tentang kesehatan untuk menjaga kesehatan dirinya.

3) Faktor emosi

Faktor emosional juga mempengaruhi keyakinan terhadap adanya dukungan keluarga dan cara melaksanakannya. Seseorang yang mengalami respon stres dalam setiap perubahan hidupnya cenderung berespon terhadap berbagai tanda sakit, mungkin dilakukan dengan cara mengkhawatirkan bahwa penyakit tersebut dapat mengancam kehidupannya. Individu yang tidak mampu melakukan koping secara emosional terhadap ancaman penyakit mungkin akan

menyangkal adanya gejala penyakit pada dirinya dan tidak mau menjalani pengobatan.

4) Spiritual

Aspek spiritual dapat terlihat dari bagaimana seseorang menjalani kehidupannya, mencakup nilai dan keyakinan yang dilaksanakan, hubungan dengan keluarga atau teman dan kemampuan mencari harapan dan arti dalam hidup.

b. Faktor eksternal

1) Praktik di keluarga

Cara bagaimana keluarga memberikan dukungan biasanya mempengaruhi seseorang untuk melaksanakan hal serupa di masa depan.

2) Faktor sosioekonomi

Faktor psikososial dapat meningkatkan risiko terjadinya penyakit dan mempengaruhi cara seseorang mendefinisikan dan bereaksi terhadap permasalahannya. Variabel psikososial mencakup stabilitas perkawinan, gaya hidup dan lingkungan kerja.

Seseorang biasanya akan mencari dukungan dan persetujuan dari kelompok sosialnya. Hal ini akan mempengaruhi keyakinan seseorang dalam menghadapi permasalahannya, termasuk permasalahan kesehatan. Semakin tinggi tingkat ekonomi seseorang biasanya ia akan lebih cepat tanggap terhadap gejala penyakit yang dirasakan. Sehingga, ia akan segera mencari pertolongan ketika merasa ada gangguan pada kesehatannya.

3) Latar belakang budaya

Latar belakang budaya mempengaruhi keyakinan, nilai dan kebiasaan individu dalam memberikan dukungan keluarga, termasuk cara pelaksanaan kesehatan pribadi.

2.7.4 Manfaat Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga adalah sebuah proses yang terjadi sepanjang masa kehidupan. Sifat dan jenis dukungan keluarga berbeda-beda dalam berbagai tahap siklus kehidupan. Namun demikian, dalam semua tahap siklus kehidupan, dukungan keluarga membuat individu mampu berfungsi dengan berbagai kepandaian dan akal. Sebagai akibatnya, hal ini meningkatkan kesehatan dan adaptasi keluarga (Friedman, 1998).

Menurut Johnson & Johnson (1991), manfaat dukungan sosial antara lain meningkatkan produktivitas, meningkatkan kesejahteraan psikologis dan penyesuaian diri dengan memberikan rasa memiliki, memperjelas identitas diri, menambah harga diri, mengurangi stres, menurunkan tingkat depresi, meningkatkan dan memelihara kesehatan fisik, serta memperbaiki pengelolaan terhadap stres dan tekanan.

Wills (1985) dalam Friedman (1998) menyimpulkan bahwa baik efek-efek penyangga (dukungan sosial menahan efek-efek negatif dari stres) dan efek-efek utama (dukungan sosial secara langsung mempengaruhi akibat-akibat dari kesehatan) pun ditemukan. Sesungguhnya efek-efek penyangga dan utama dari dukungan sosial terhadap kesehatan dan kesejahteraan boleh jadi berfungsi secara bersamaan. Secara lebih spesifik, keberadaan dukungan sosial yang adekuat terbukti berhubungan dengan menurunnya mortalitas, lebih mudah sembuh dari sakit dan di kalangan kaum tua, fungsi kognitif, fisik dan kesehatan emosi.

2.8 Hubungan Dukungan Keluarga dan Depresi

Pasien CKD stadium 5D lebih memilih menjalani terapi hemodialisis sebagai terapi pengganti ginjal untuk menunjang kehidupannya. Namun, tidak jarang pasien CKD stadium 5D yang mengalami permasalahan fisik akibat efek samping dari hemodialisis (Theofilou, 2011). Pasien CKD stadium 5D yang menjalani hemodialisis juga seringkali mengalami komplikasi psikologis yaitu depresi (Vasilios & Vasilios, 2012). Hal ini sejalan dengan penelitian Rustina (2012) mengenai tingkat depresi pada pasien CKD yang menyatakan bahwa 19 pasien (28%)

mengalami depresi ringan, 3 pasien (4,5%) mengalami depresi sedang, dan 2 pasien (3%) mengalami depresi berat. Permasalahan fisik maupun psikologis pada pasien yang didiagnosis CKD meruakan stresor penyebab depresi (Santos, 2011).

Salah satu manajemen dalam penanganan depresi pada pasien CKD stadium 5D adalah dengan melibatkan dukungan sosial dalam terapinya. Rubin dalam Isworo (2010) menyebutkan bahwa interaksi sosial berperan dalam adaptasi pasien dengan penyakit kronis. Salah satu bentuk dukungan sosial yang dapat diperoleh pasien adalah dukungan keluarga. Griffin *et al* dalam Isworo (2010) melakukan studi longitudinal untuk menyelidiki peran pemberian dukungan keluarga pada adaptasi psikologikal dan status penyakit. Dari penelitian tersebut didapatkan korelasi yang kuat antara afek negatif pasien dan keluarga yang tidak mendukung pasien, seperti dengan cara pemberian hukuman. Peneliti juga menemukan interaksi sosial yang negatif antara pasien dan pemberi dukungan adalah prediktor yang signifikan terhadap afek negatif pasien dan status penyakit.

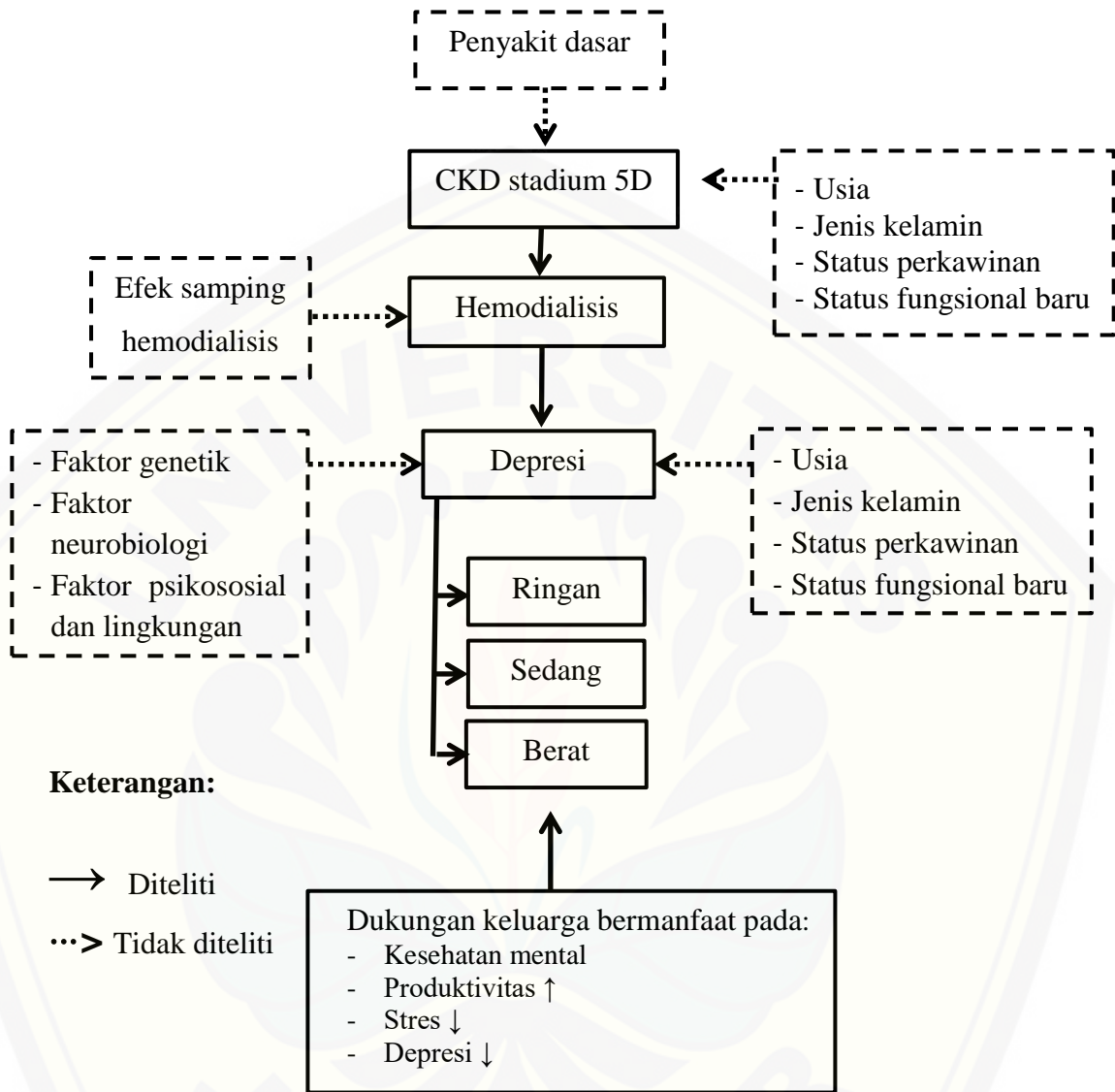
Suprajitno dalam Saraha (2013) mengatakan bahwa dukungan yang diperoleh individu dari keluarga berupa penilaian positif dan dorongan untuk maju. Hal ini membuat individu dapat berusaha menyelesaikan masalahnya dan mencoba mencari jalan keluar untuk memecahkan masalahnya. Sehingga, dukungan ini dapat menekan munculnya stresor pada individu yang menerima dukungan dan membangun rasa penghargaan terhadap dirinya, percaya diri, dan merasa bernilai.

2.9 Kerangka Konsep

Chronic Kidney Disease (CKD) adalah penyakit sekunder yang disebabkan oleh penyakit sebelumnya, seperti diabetes mellitus, hipertensi, glomerulonephritis, ataupun lainnya. Oleh karena CKD merupakan penyakit yang progresif, maka penderita CKD stadium 5D tidak bisa kembali pulih meskipun telah dilakukan terapi hemodialisis untuk menunjang fungsi ginjalnya. Progresivitas CKD ini diduga penyebabnya multifaktorial, seperti faktor usia, jenis kelamin, status perkawinan, ataupun status fungsional baru (Suwitra, 2014). Adapun efek samping dari

hemodialisis itu sendiri juga dapat mempengaruhi keadaan pasien CKD menjadi lebih buruk seperti menyebabkan kram, *headache*, demam hingga *disequilibrium syndrome* (Rahardjo *et al*, 2014).

Komplikasi psikologis yang paling sering terjadi pada pasien CKD stadium 5D yang menjalani hemodialisis adalah depresi (Vasilios & Vasilios, 2012). Depresi sendiri dapat disebabkan karena faktor genetik, faktor neurobiologi, maupun faktor psikososial dan lingkungan. Pasien CKD yang menjalani hemodialisis dapat mengalami depresi ringan, depresi sedang, maupun depresi berat. Depresi pada pasien CKD stadium 5D juga dapat dipengaruhi oleh usia, jenis kelamin, status perkawinan, dan status fungsional baru. Oleh karena itu, dibutuhkan dukungan sosial yang bermanfaat untuk meningkatkan produktivitas, meningkatkan kesejahteraan psikologis dan penyesuaian diri dengan memberikan rasa memiliki, memperjelas identitas diri, menambah harga diri, mengurangi stres, menurunkan tingkat depresi, meningkatkan dan memelihara kesehatan fisik, serta memperbaiki pengelolaan terhadap stres dan tekanan (Johnson & Johnson, 1991). Dari uraian diatas, dapat dibuat kerangka konsep seperti pada Gambar 2.5 di bawah ini.



Gambar 2.5 Kerangka konsep

2.10 Hipotesis

Berdasarkan pendahuluan serta tinjauan pustaka yang telah diuraikan diatas, hipotesis yang diajukan dalam penelitian ini adalah terdapat pengaruh dukungan keluarga terhadap tingkat depresi pasien CKD stadium 5D yang menjalani hemodialisis.

BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Rancangan Penelitian

Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah rancangan penelitian deskriptif analitik korelasi dengan pendekatan *cross sectional*, yaitu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan mencari hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat dimana pengukuran variabel hanya dilakukan satu kali pada waktu tersebut.

3.1 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di Poli Hemodialisis RSD dr. Soebandi Kabupaten Jember pada bulan Januari 2016.

3.2 Populasi dan Sampel Penelitian

Populasi merupakan satuan objek atau subjek yang memiliki kualitas serta karakteristik tertentu untuk dipelajari oleh peneliti kemudian ditarik kesimpulan. Sedangkan sampel adalah bagian dari kualitas dan karakteristik yang dimiliki populasi. Sampel yang diambil harus representatif karena kesimpulan yang diambil dari sampel tersebut akan diberlakukan untuk populasi (Sugiyono, 2011).

3.2.1 Populasi Penelitian

Populasi penelitian ini adalah pasien CKD yang menjalani terapi hemodialisis di RSD dr. Soebandi Kabupaten Jember beserta keluarga yang mendampingi pasien selama menjalani terapi hemodialisis. Jumlah keseluruhan pasien hemodialisis pada bulan Januari tahun 2016 adalah 64 pasien.

3.2.2 Kriteria Sampel Penelitian

Sampel penelitian yang pertama adalah pasien CKD stadium 5D yang sedang menjalani terapi hemodialisis di RSD dr. Soebandi Jember yang memenuhi kriteria sebagai berikut:

a. Kriteria inklusi

- 1) Pasien CKD stadium 5D yang menjalani terapi hemodialisis kurang dari dua tahun berturut-turut di RSD dr. Soebandi Jember
- 2) Pasien CKD stadium 5D yang berusia lebih dari dua puluh tahun
- 3) Pasien CKD stadium 5D yang dapat mengerti dan mampu berbicara Bahasa Indonesia dengan baik
- 4) Pasien CKD stadium 5D yang tidak mempunyai riwayat gangguan psikiatri sebelumnya
- 5) Pasien CKD stadium 5D yang belum pernah menjadi responden penelitian serupa
- 6) Pasien CKD stadium 5D yang bersedia untuk diwawancarai dan menandatangani *informed consent* yang telah disediakan sebagai tanda persetujuan sampel penelitian

b. Kriteria eksklusi

- 1) Pasien CKD stadium 5D yang tidak kooperatif sehingga tidak dapat mengisi kuesioner penelitian sesuai prosedur.

Sampel penelitian yang kedua adalah keluarga Pasien CKD stadium 5D yang sedang menjalani terapi hemodialisis di RSD dr. Soebandi Jember yang memenuhi kriteria sebagai berikut:

a. Kriteria inklusi

- 1) Keluarga dari pasien yang memenuhi kriteria inklusi
- 2) Keluarga yang mendampingi terapi hemodialisis pasien
- 3) Keluarga pasien yang turut menemani dan merawat pasien dalam kehidupan sehari-hari
- 4) Keluarga pasien yang berusia lebih dari dua puluh tahun
- 5) Keluarga pasien yang bersedia diwawancarai

b. Kriteria eksklusi

- 1) Keluarga atau sahabat pasien yang hanya menemui pasien kurang dari tiga kali dalam seminggu

3.2.3 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *purposive sampling*, yaitu sampel yang memenuhi kriteria penelitian dimasukkan dalam penelitian sampai kurun waktu tertentu sehingga jumlah sampel yang diperlukan terpenuhi. Pada bulan Januari didapatkan jumlah total pasien CKD yang menjalani hemodialisis sebanyak 64 orang. Setelah dilakukan penjarangan berdasarkan kriteria inklusi, didapatkan hanya 30 orang yang memenuhi sebagai sampel penelitian.

3.2.4 Jumlah Sampel

Berdasarkan teori Roscoe, besar sampel yang layak dalam penelitian adalah antara tiga puluh sampai lima ratus orang (Sugiyono, 2011). Pada penelitian ini, besar sampel adalah 30 orang.

3.3 Variabel Penelitian

Variabel penelitian merupakan suatu atribut, nilai atau sifat dari objek, individu atau kegiatan yang mempunyai banyak variasi tertentu antara satu dan lainnya yang telah ditentukan oleh peneliti untuk dipelajari dan dicari informasinya serta ditarik kesimpulannya. Variabel bebas pada penelitian ini adalah dukungan keluarga sedangkan variabel terikat pada penelitian ini adalah tingkat depresi.

3.4 Definisi Operasional

3.4.1 Chronic Kidney Disease (CKD)

CKD adalah penyakit ginjal yang progresif dan tidak dapat lagi pulih atau kembali sembuh secara total seperti sediakala (*irreversible*) dengan laju filtrasi

glomerulus (LFG) < 60 mL/menit dalam waktu 3 bulan atau lebih. Pasien CKD yang memenuhi kriteria penelitian ini adalah pasien CKD stadium 5D dikarenakan LFG pasien < 15 mL/menit sehingga memerlukan terapi hemodialisis.

3.4.2 Depresi

Depresi adalah gangguan afektif yang ditandai dengan suasana perasaan yang murung, hilangnya minat dan kegembiraan, serta berkurangnya energi untuk aktivitas sehari-hari. Kondisi tersebut dapat memengaruhi pikiran, tingkah laku, dan keadaan fisik seseorang. Individu dinyatakan mempunyai depresi setelah diukur menggunakan HDRS (*Hamilton Depression Rating Scale*). Tingkat depresi dinilai dengan menggunakan skala ordinal. Interpretasi penilaian tingkat depresi menggunakan HDRS adalah skor < 7 dinyatakan normal, skor 8-13 dinyatakan depresi ringan, skor 14-18 dinyatakan depresi sedang, skor 19-22 dinyatakan depresi berat, dan skor ≥ 23 dinyatakan depresi sangat berat.

3.4.3 Dukungan keluarga

Dukungan keluarga adalah keikutsertaan keluarga untuk memberikan bantuan kepada salah satu anggota keluarga yang membutuhkan pertolongan baik dalam hal pemecahan masalah, pemberian keamanan dan peningkatan harga diri (Saraha, 2013). Dukungan keluarga dalam penelitian ini didapatkan dari keluarga yang menemani terapi hemodialisis pasien. Tingkat dukungan keluarga diukur menggunakan kuesioner dukungan keluarga. Dukungan keluarga dinilai dengan menggunakan skala ordinal. Interpretasi penilaian dukungan keluarga menggunakan kuesioner dukungan keluarga adalah skor 33-92 dinyatakan dukungan sosial buruk dan skor 93-132 dinyatakan dukungan sosial baik.

3.5 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

a. Kuesioner HDRS (*Hamilton Depression Rating Scale*)

Kuesioner HDRS merupakan salah satu dari berbagai instrumen untuk skrining depresi dengan reliabilitas cukup tinggi. Kuesioner HDRS yang digunakan terdiri dari 24 poin pertanyaan yang berisi gejala yang tampak pada individu yang mengalami depresi. Setiap gejala yang diobservasi diberi lima tingkatan skor (skala *likert*) antara nol sampai dengan empat. Kuesioner HDRS yang digunakan dalam penelitian ini dapat dilihat lebih jelas pada Lampiran B.3.

b. Kuesioner dukungan keluarga

Kuesioner dukungan keluarga yang digunakan adalah kuesioner yang telah dibuat sendiri oleh peneliti dan telah diuji validitas dan reliabilitasnya. Kuesioner dukungan keluarga ini terdiri dari 33 poin pernyataan mengenai tingkat pengetahuan keluarga terhadap penyakit pasien dan terapinya serta sikap keluarga terhadap penyakit dan terapi pasien. Setiap pernyataan diberi empat tingkatan skor (skala *likert*) antara satu sampai dengan empat. Kuesioner dukungan keluarga yang digunakan dalam penelitian ini dapat dilihat lebih jelas pada Lampiran B.4.

3.6 Prosedur Penelitian

Prosedur penelitian adalah serangkaian kegiatan yang dilaksanakan oleh seorang peneliti secara teratur dan sistematis untuk mencapai tujuan-tujuan penelitian. Untuk mencapai tujuan dari penelitian maka dilakukan pengambilan data sesuai prosedur, menentukan alur penelitian yang jelas, dan selanjutnya dapat dilakukan analisis data (Sugiyono, 2011).

3.6.1 Prosedur Pengambilan Data

Penelitian ini menggunakan objek manusia, sehingga dalam pelaksanaannya dilakukan uji kelayakan oleh komisi etik kedokteran. Surat persetujuan penelitian dari komisi etik dapat dilihat pada Lampiran A.1. Setelah disetujui oleh komisi etik, peneliti mendapatkan persetujuan penelitian dari Badan Kesatuan Bangsa dan Politik

(BAKESBANGPOL) dan RSD dr. Soebandi Jember. Surat persetujuan penelitian tersebut dapat dilihat pada Lampiran A.2 dan A.3.

Sebelum melaksanakan penelitian, peneliti mendapatkan pelatihan teknik wawancara dan pembuatan lembar panduan wawancara berdasarkan kuesioner *Hamilton Depression Rating Scale* (HDRS) dan kuesioner dukungan keluarga dengan dibimbing oleh dokter spesialis Kedokteran Jiwa. Hal ini dilakukan untuk dilakukan untuk memudahkan *interviewer* dalam melakukan pengambilan data.

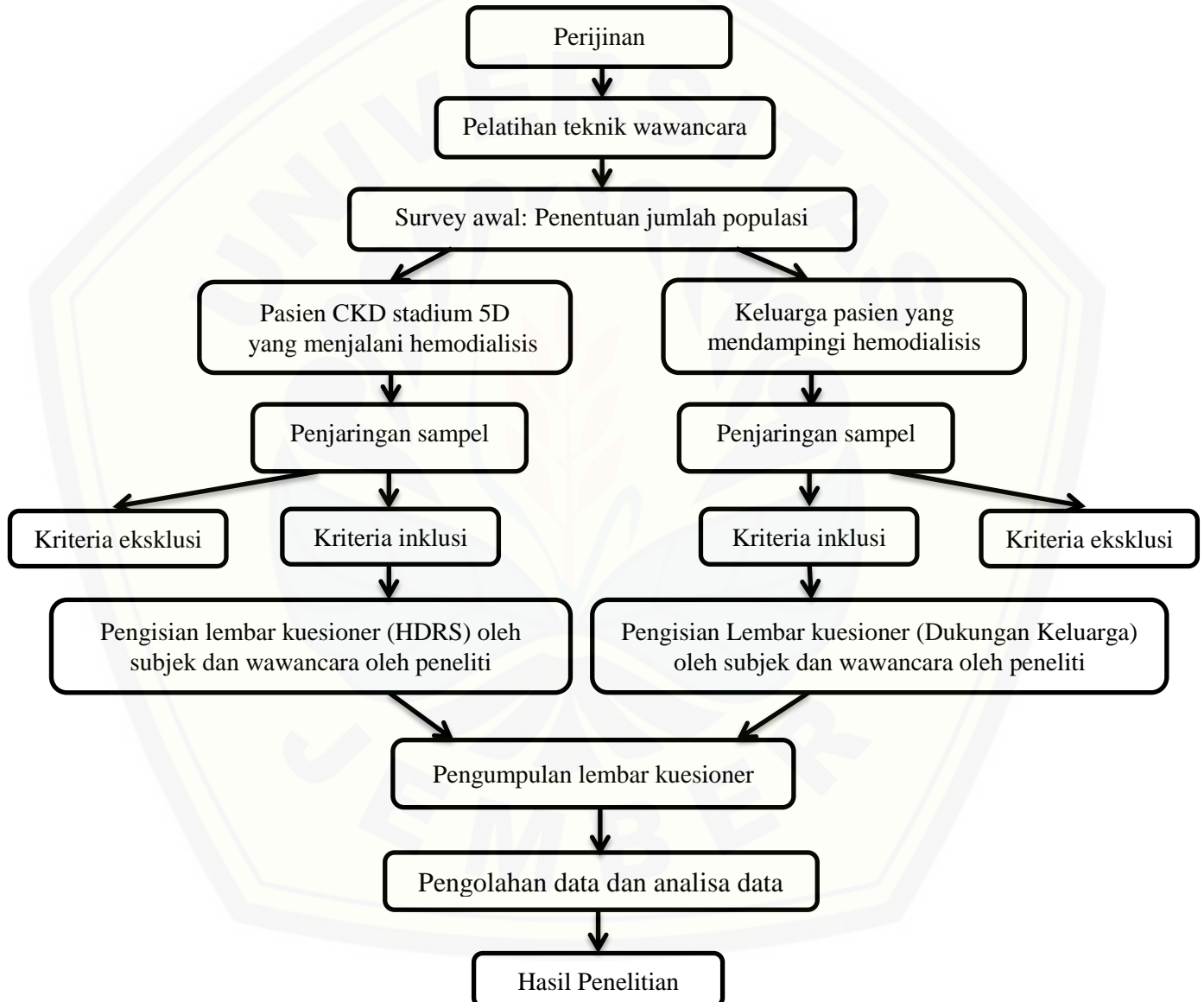
Setelah itu, peneliti melakukan survey awal untuk menentukan jumlah populasi di Poli Hemodialisis RSD dr. Soebandi jember. Selanjutnya, peneliti menjanging sampel penelitian dengan menggunakan lembar riwayat hemodialisis pasien dan jadwal hemodialisis pasien. Hal ini dilakukan untuk memudahkan peneliti menemui pasien yang sesuai dengan kriteria inklusi untuk dijadikan sampel penelitian.

Sebelum dilakukan pengambilan data, responden harus mengisi *informed consent*. *Informed consent* adalah suatu formulir pernyataan tentang kesediaan sampel untuk menjadi subbjek penelitian, *Informed consent* ini dilengkapi dengan lembar penjelasan kepada calon subjek. Pada formulir ini juga akan dijelaskan bahwa pada saat pengambilan data sampel, tidak ada unsur paksaan yang akan dialami oleh sampel selama perlakuan dan apabila ada yang kurang jelas dapat ditanyakan pada peneliti.

Selanjutnya tim peneliti melakukan pengambilan data dengan teknik wawancara oleh *interviewer* menggunakan lembar wawancara dan *voice recorder* dengan didampingi tenaga ahli (dokter spesilis Kedokteran Jiwa) kepada subjek. Setelah itu, tim peneliti mengisi kuesioner HDRS dan kuesioner dukungan keluarga sesuai dengan hasil wawancara. Kemudian, peneliti akan mengumpulkan seluruh lembar wawancara responden untuk dilakukan pengolahan dan analisis data.

3.6.2 Alur Penelitian

Sebelum melakukan penelitian, peneliti menentukan alur penelitian yang jelas (Gambar 3.1) agar penelitian dapat dilakukan secara runtut dan sesuai dengan peraturannya.



Gambar 3.1 Skema alur penelitian

3.6.3 Analisis Data

Data yang didapat diolah dan disajikan dalam bentuk grafik. Kemudian masing-masing variabel dideskripsikan. Dalam hal ini, untuk mengetahui hubungan antara dua variabel, yaitu variabel bebas dan variabel terikat digunakan *Uji Korelasi Spearman* yang diolah dengan program *Statistical Package for the Sosial Science* (SPSS) seri 20.



BAB 5. PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

- a. Pada pasien CKD stadium 5D yang menjalani hemodialisis didapatkan mayoritas (50%) responden dengan tingkat depresi ringan.
- b. Pada pasien CKD stadium 5D yang menjalani terapi hemodialisis didapatkan mayoritas (50,0%) pasien mendapatkan dukungan keluarga baik.
- c. Berdasarkan hasil analisis data dan pembahasan dapat disimpulkan bahwa terdapat pengaruh dukungan keluarga terhadap tingkat depresi pasien CKD stadium 5D yang menjalani hemodialisis di RSD dr. Soebandi Jember. Analisis hubungan antara kedua variabel tersebut menunjukkan nilai korelasi negatif dengan kekuatan korelasi sedang, sehingga dapat diartikan bahwa semakin tinggi dukungan keluarga yang didapatkan pasien maka semakin rendah tingkat depresi pasien tersebut.

5.2 Saran

Saran yang dapat diberikan dari hasil penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. Perlu diadakan edukasi secara menyeluruh kepada pasien CKD yang menjalani terapi hemodialisis, terutama pada fase-fase awal terapi karena fase tersebut merupakan fase dengan stresor terbesar bagi pasien yang dapat berkembang menjadi depresi.
- b. Perlu diadakan edukasi kepada keluarga pasien tentang pentingnya dukungan keluarga kepada pasien CKD baik secara fisik maupun psikologis sehingga mampu menurunkan resiko kecenderungan depresi dengan memberikan dukungan keluarga yang baik.

- c. Perlunya petugas medis menyampaikan pengetahuan mengenai CKD dan manfaat serta efek samping dari terapi hemodialisis.
- d. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut dengan populasi yang lebih besar, serta meneliti lebih lanjut faktor-faktor yang menyebabkan depresi dan buruknya dukungan keluarga yang dialami pasien CKD yang menjalani terapi hemodialisis.

5.3 Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan penelitian yang dihadapi oleh peneliti adalah sebagai berikut:

- a. Peneliti menggunakan metode wawancara dan kuesioner. Pelatihan teknik wawancara dan pengisian kuesioner yang dilakukan oleh dokter spesialis Kedokteran Jiwa pada peneliti dan interviewer dilakukan dalam waktu singkat sehingga kurang efektif dan efisien.
- b. Akibat keterbatasan waktu, jumlah sampel penelitian yang dipakai adalah jumlah minimal sampel yang diperbolehkan dalam penelitian sehingga sampel kurang homogen dan hasil yang didapatkan kurang representatif.
- c. Beberapa pertanyaan wawancara yang digunakan mungkin kurang dipahami oleh responden dan keluarga karena sebagian besar responden berpendidikan rendah.
- d. Pada kuesioner dukungan keluarga, hanya terdapat dua macam kategori (baik dan buruk), sehingga *range* data terlalu luas menyebabkan tingkat bias pada intepretasi data menjadi tinggi.
- e. Adanya faktor lain seperti faktor biologik, genetik, lingkungan, dan psikosial sebagai penyebab depresi yang tidak dieksklusi selama penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

- Alfiyanti, N. E., Setyawan, D., dan Kusuma, M. A. B. 2014. Pengaruh Relaksasi Otot Progresif Terhadap Tingkat Depresi pada Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis di Unit Hemodialisa RS Telogorejo Semarang. *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan: 1-14*.
- Amalia, F., Nadjmir, dan Azmi, S. 2015. Gambaran Tingkat Depresi pada Pasien Penyakit Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis di RSUP dr. M. Djamil Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas 4(1):115-121*.
- American Psychiatric Association. 2000. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th edition. Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Amir, Nurmiati. 2012. Luaran (*Outcome*) Terapi pada Gangguan Depresi Mayor. *Jurnal Psikiatri Kalbemed 39(2): 92-96*
- Andri. 2013. Gangguan Psikiatrik pada Pasien Penyakit Ginjal Kronik. *Jurnal Psikiatri Kalbemed 40(4): 257-259*.
- Armaly, Farah, Jabbour, Bisharat, Qader, Saba, Zaher, El-haj, Hamzi, Bowirrat. 2012. Major Depressive Disorders in Chronic Hemodialysis Patients in Nazareth: Identification and Assessment. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. Zefat: Galilee Medical School Bar ilan University of Israel.
- Betts, Desaix, Johnson, Korol, Kruse, Poe, Wise, Womble, Young. 2012. The Urinary System: Gross Anatomy of The Kidney. *Anatomy & Physiology*. <http://philschatz.com/anatomy-book> [25 Februari 2015].
- Brunner dan Suddarth. 2009. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Volume 2. Edisi 8. Editor: Suzanne C. Smeltzer, Brenda G. Bare. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Daugirdas, John T. 2011. *Handbook of Chronic Kidney Disease Management*. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins.

Duckworth, Ken. 2012. *Depression*. USA: National Alliance on Mental Illness.

Frances, Allen *et al.* 2000. *Diagnostic and Statistical Manual on Mental Disorders: DSM-IV*. Fourth edition. Text revision. Washington DC: R. R. Donnelley & Sons Company.

Friedman, M. Marilyn. 1998. *Keperawatan Keluarga: Teori dan Praktik*. Jakarta: EGC.

Guyton & Hall. 2008. *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*. Terjemahan dr. Irawati, dkk. (Edisi Sebelas). Jakarta: EGC.

Hamilton, Max. 1960. A Rating Scale for Depression. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry* 23: 56– 62.

Hogg, Ronald J., *et al.* 2003. National Kidney Foundation's Kidney Disease Outcomes Quality Initiative Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease in Children and Adolescents: Evaluation, Classification, and Stratification. *Pediatrics: Official Journal of the American Academy of Pediatrics*, 111(6): 1416-1421.

Ismail, R. I., & Siste, K. 2013. *Buku Ajar Psikiatri: Gangguan Depresi*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

Isworo, Atyanti. & Saryono. 2010. Hubungan Depresi dan Dukungan Keluarga Terhadap Kadar Gula Darah pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 di RSUD Sragen. *Jurnal Keperawatan Soedirman* 5(1): 37-46.

Jameson, J. Larry & Loscalzo, Joseph. 2010. *Harrison: Nefrologi dan Gangguan Asam Basa*. Jakarta: EGC.

- Johnson, D.W. & Johnson, F.P. 1991. *Joining Together Group Theory and Group Skills*. 4th edition. New Jersey: Prentice Hall.
- Junqueira L.C., Carneiro J., Kelley R.O. 2007. *Histologi dasar*. Terjemahan Jan Tambayong. Edisi 8. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Kaplan, H. & Sadock, B. 2010. *Sinopsis Psikiatri Ilmu Pengetahuan Psikiatri Klinis*. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Katona, C., Copper, C., dan Robertson, M. 2012. *At Glance Psikiatri Edisi Keempat*. Jakarta: Erlangga Medical Series.
- Kuncoro. 2002. *Dukungan Sosial Keluarga Bagi Ibu Hamil*. Bandung: Rajawali Press.
- Lubis, Arliza J. 2006. "Dukungan sosial pada pasien gagal ginjal terminal yang melakukan terapi hemodialisis". Makalah tidak diterbitkan. Tesis. Medan: Program Studi Psikologi USU.
- Major, R., Cooper, M.L., Zubek, J.M., Cozzareli, C., & Richards, C. 1997. Mixed messages: Implication of Social Conflict and Social Support within Close Relationship for Adjustment to a Stressfull Life Event. *Journal of Personality and Social Psychology* 72(6): 1349-1363.
- Maramis, Willy F. & Maramis, Albert. A. 2009. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Edisi 2. Surabaya: Airlangga Universitas Press.
- Mardjono, M., & Sidharta, P. 2010. *Neurologi Klinis Dasar*. Jakarta: Dian Rakyat.
- Maslim, Rusdi. 2001. *Buku Saku Diagnosis Gangguan Jiwa Rujukan Ringkas Dari PPDGJ – III*. Jakarta: PT Nuh Jaya.

- National Kidney Foundation. 2002. *Clinical Practice Guidelines For Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification*. New York: National Kidney Foundation, Inc.
- Nugraha, Dwi Adhi. 2012. “Hubungan Dukungan Sosial Dengan Derajat Depresi Pasien Penyakit Ginjal Kronis yang Menjalani Hemodialisis di RSUD dr. Moewardi”. Tidak diterbitkan. Skripsi. Surakarta: Universitas Sebelas Maret.
- Pangastiti, Nuuferula K. 2011. “Analisis Pengaruh Dukungan Sosial Keluarga Terhadap *Burnout* pada Perawat Kesehatan di Rumah Sakit Jiwa: Studi pada RSJ Prof. dr. Soerojo Magelang”. Tidak diterbitkan. Skripsi. Semarang: Fakultas Ekonomi Universitas Diponegoro.
- PERNEFRI. 2012. *4th Report of Indonesian Renal Registry 2011*. P 18-19.
- Purnomo, B., Astuti, Y. D. 2010. “Hubungan Harga Diri dengan Tingkat Depresi Pada Remaja Santri Pondok Pesantren”. Tidak Diterbitkan. Tugas Akhir. Jogjakarta: Fakultas Psikologi Universitas Islam Indonesia.
- Price, A.P., Wilson, L.M. 2006. *Patofisiologi*. Edisi Keenam. Terjemahan dr. Brahm U.P., dkk. Jakarta: EGC.
- Rachmadi, Dedi. 2010. *Chronic Kidney Disease*. Bandung: IDAI.
- Rahardjo, J. Pudji. 2014. *Hemodialisis*. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Jilid II. (Edisi Kelima). Jakarta: Internal Publishing.
- Rasmun. 2004. *Stres, Koping dan adaptasi: Teori dan Pohon Masalah keperawatan*. Jakarta: Sagung Seto.
- Roesli, Rully M.A. 2006. *Terapi Pengganti Ginjal Berkesinambungan (CRRT)*. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Jilid I. (Edisi Keempat). Jakarta: Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

- Saeed, Zeb., et al. 2012. Depression in Patients on Hemodialysis and Their Caregiver. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation: an Official Publication of Saudi Center for Organ Transplantation* 23(5): 946-952.
- Saraha, Suryaningsih M., Kanine, Esrom., Wowiling, Ferdinand. 2013. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Depresi pada Pasien Penyakit Ginjal Kronik di Ruang Hemodialisa BLU RSUP Prof. Dr. RD Kandou Manado. *Ejournal Keperawatan*, 1(1): 1-6.
- Saiti, Anin. 2014. "Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Depresi pada Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis di RSUD Panembahan Senopati Bantul". Tidak diterbitkan. Skripsi. Yogyakarta: Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.
- Setiadi. 2008. *Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga*. Surabaya: Graha Ilmu.
- Sherwood, Laurale. 2012. *Fisiologi Manusia Dari Sel ke Sistem*. Terjemahan dr. Brahm U.P., dkk. Jakarta: EGC.
- Sholichah, Diah Rustiani. 2009. "Hubungan Antara Dukungan Sosial Dengan Derajat Depresi pada Penderita Diabetes Melitus Dengan Komplikasi". Tidak diterbitkan. Skripsi. Surakarta: Universitas Sebelas Maret.
- Siregar, B.Y. 2013. "Karakteristik dan Penatalaksanaan Penyakit Ginjal Kronik di RSUP Haji Adam Malik Medan Tahun 2011". Tidak Diterbitkan. Skripsi. Medan: Universitas Sumatra Utara.
- Snell, Richard.S. 2012. *Anatomi Klinik untuk Mahasiswa Kedokteran*. Edisi 6. Jakarta: EGC.
- Sugiyono. 2009. *Statistika untuk Penelitian*. (Edisi Keempat). Bandung: CV Alfabeta.

- Suwitra, Ketut. 2009. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jilid II. Edisi Kelima. Jakarta: Internal Publishing.
- Tasmil, Adina M. 2012. "Gambaran Tingkat Sindrom Depresi Pada Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara Semester Ganjil Tahun Akademik 2012/2013". Tidak Diterbitkan. Tugas Akhir. Medan: Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara.
- Theofilou, Paraskevi. 2011. Depression and Anxiety in Patients with Chronic Renal Failure: The Effect of Sociodemographic Characteristics. *International Journal of Nephrology* 2011: 1-6.
- Vasilios, Kiosses & Vasilios, Karathanos. 2012. Depression in Patients with CKD: A Person Centered Approach. *Journal Psychol Psychother* S3(002): 1-5.
- Veiel, H.D.F & Bauman, F. 1992. *The Meaning and Measurement of Social Support*. New York : Hemisphere Publish Co.
- White, Sarah L., Chadban, Steven J., Jan, Stephen., et al. 2008. How Can We Achieve Global Equity in Provision of Renal Replacement Therapy. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(3): 229-237.
- Wijaya, A. 2005. "Kualitas Hidup Pasien Penyakit Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis dan Mengalami Depresi". Tidak diterbitkan. Skripsi. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Wijaya, Adi. 2010. "Kualitas Hidup Pasien Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis dan Mengalami Depresi". Tidak Diterbitkan. Tesis. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Wills, Thomas Ashby., Blechman, Elain A., McNamara, Grace. 1996. Family Support, Coping, and Competence. *Stress, Coping, and Resiliency in Children and Families*. New York: Psychology Press.

World Health Organization. 2005. *International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems (The) ICD-10*. Second Edition. Geneva: World Health Organization.

Yuliana. 2015. “Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Pembatasan Cairan pada Pasien Gagal Ginjal Kronik dengan Terapi Hemodialisis di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta”. Tidak diterbitkan. Naskah publikasi. Yogyakarta: Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan ‘Aisyiyah.

Zwastica, Meytrisna A. 2014. “Hubungan Lamanya Anak Menyandang Tuberkulosis (TB) Terhadap Kecenderungan Depresi Orangtua Pasien TB Anak di Kabupaten Jember Bulan Mei–September Tahun 2014”. Tidak Diterbitkan. Tugas Akhir. Jember: Fakultas Kedokteran Universitas Jember.

LAMPIRAN A. SURAT PERSETUJUAN PENELITIAN

A.1 Surat Persetujuan Penelitian dari Komisi Etik



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS JEMBER
KOMISI ETIK PENELITIAN**
Jl. Kalimantan 37 Kampus Bumi Tegal Boto Telp/Fax (0331) 337877
Jember 68121 Email : fk_unej@telkom.net

KETERANGAN PERSETUJUAN ETIK
ETHICAL APPROVA

Nomor : 734/H25.1.11/KE/2015

Komisi Etik, Fakultas Kedokteran Universitas Jember dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kedokteran, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

The Ethics Committee of the Faculty of Medicine, Jember University, With regards of the protection of human rights and welfare in medical research, has carefully reviewed the proposal entitled :

**PENGARUH DUKUNGAN SOSIAL TERHADAP TINGKAT DEPRESI PASIEN
CHRONIC KIDNEY DISEASE (CKD) YANG MENJALANI TERAPI HEMODIALISIS
DI RSD dr. SOEBANDI JEMBER**

Nama Peneliti Utama : Devita Luthfiah F. (Nim : 122010101081)
Name of the principal investigator

Nama Institusi : Fakultas Kedokteran Universitas Jember
Name of institution

Dan telah menyetujui protokol tersebut diatas.
And approved the above mentioned proposal.

Jember, 29/12

2015



Tanggapan Anggota Komisi Etik

(Diisi oleh Anggota Komisi Etik, berisi tanggapan sesuai dengan butir-butir isian diatas dan telaah terhadap Protokol maupun dokumen kelengkapan lainnya)

- Subjek penelitian menandatangani informed consent.
- Penelitian mendapat ijin dari pimpinan institusi tempat penelitian. (atau mendapat ijin dari SMF)
- jalannya penelitian tidak mengganggu pelayanan.
- Saram - adanya kompensasi bagi subjek penelitian.
- Penawaran sgu HDRs seharusnya sudah lupiter atau
 - dengan pelatihan sebelum wawancara
 - pendampingan oleh seseorang yg lupiter
 - menggunakan daftar tittle pertanyaan

Jember, 24/12/2015



Nama: dr. Rini Riyanti, Sp.PK

A.2 Surat Persetujuan Penelitian dari BAKESBANGPOL



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 Jalan Letjen S Parman No. 89 ■ 337853 Jember

Kepada
 Yth. Sdr. Direktur RSD. dr. Soebandi Jember
 di -
 J E M B E R

SURAT REKOMENDASI
 Nomor : 072/1784/314/2015

Tentang
PENGAMBILAN DATA

Dasar : 1. Peraturan Daerah Kabupaten Jember No. 6 Tahun 2012 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Jember
 2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penertiban Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember.

Memperhatikan : Surat Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Jember tanggal 19 November 2015 Nomor : 2265/UN25.1.11/LT/2015 perihal Ijin Penelitian/Pengambilan Data.

MEREKOMENDASIKAN

Nama / NIM. : Devita Luthfia Fitrianasari 122010101081
 Instansi : Fakultas Kedokteran Universitas Jember
 Alamat : Jl. Kalimantan 37 Kampus Bumi Tegal Boto Jember
 Keperluan : Mengadakan Pengambilan Data untuk penyusunan Skripsi dengan judul : "Pengaruh Dukungan Sosial Terhadap Tingkat Depresi Pasien Chronic Kidney Disease (CKD) Yang Menjalani Terapi Hemodialisis di RSD. dr. Soebandi Jember".
 Lokasi : RSD. dr. Soebandi Kabupaten Jember
 Tanggal : 23-11-2015 s/d 23-12-2015

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

Pelaksanaan Rekomendasi ini diberikan dengan ketentuan :

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember
 Tanggal : 23-11-2015

An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK
 KABUPATEN JEMBER
 Kabid Kajian Strategis & Politis


 Drs. SLAMET WIJOKO, M.Si.
 Pembina
 NIP. 19631212 198606 1004



Tembusan :
 Yth. Sdr. : 1. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Jember
 2. Ybs.

A.3 Surat Persetujuan Penelitian dari RSD dr. Soebandi Jember

	<p>PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER RUMAH SAKIT DAERAH dr. SOEBANDI JEMBER Jl. Dr. Soebandi 124 Telp. (0331) 48744 – 422404 Fax. (0331) 487564 JEMBER</p>	
Jember, 23 Desember 2015		
<p>Nomor : 423.4/ <i>7188</i> /610/2015 Sifat : Penting Perihal : Permohonan Ijin Penelitian</p>		
<p>Kepada Yth. Dekan FK Universitas Jember Jln. Kalimantan No. 37 Di- <u>JEMBER</u></p>		
<p>Menindak lanjuti surat permohonan saudara Nomor : 2265/UN25.1.11/LT/2015 Tanggal 19 Nopember 2015 perihal tersebut pada pokok surat dengan ini kami sampaikan, bahwa pada prinsipnya kami menyetujui permohonan saudara untuk Ijin Pengambilan Data di RSD dr. Soebandi Jember, kepada :</p>		
<p>Nama : Devita Luthfia Fitrianasari Fakultas : FK - UNEJ N I M : 122010101081 Judul Penelitian : Pengaruh Dukungan Sosial Terhadap Tingkat Depresi- Pasien Chronic Kidney Disease (CKD) yang Menjalani Terapi Hemodialisis di RSD dr. Soebandi Jember.</p>		
<p>Sebelum melaksanakan kegiatan tersebut harap berkoordinasi dengan Bidang Diklat. Demikian untuk diketahui, atas perhatiannya kami sampaikan terima kasih.</p>		
<p>Plt. Direktur  dr. Budi Rahardjo, Sp.RM NIP.195706151985031020</p>		
<p>Tembusan Yth:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kabid. Yanmed 2. Ka.Inst.Rekam Medik 3. Ka. Inst. HD 4. Ka. Ruang HD 5. Arsip 		

LAMPIRAN B. INSTRUMEN PENELITIAN

B.1 Lembar Penjelasan Kepada Calon Subjek

Saya, Devita Luthfia Fitrianasari, mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Jember Semester 7 akan melakukan penelitian yang berjudul “**Pengaruh Dukungan Keluarga Terhadap Tingkat Depresi Pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) Stadium 5D yang Menjalani Hemodialisis di RSD dr. Soebandi Jember.**”. Penelitian ini tidak mendapat sponsor dari pihak manapun, sehingga dana yang dibutuhkan dalam penelitian ini berasal dari dana pribadi.

Tujuan dari penelitian ini adalah mengetahui tingkat depresi, dukungan keluarga, dan hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat depresi pasien *chronic kidney disease* (CKD) stadium 5D yang menjalani hemodialisis di RSD dr. Soebandi jember. Hasil penelitian dapat dimanfaatkan sebagai bahan pertimbangan bagi individu, institusi, serta masyarakat untuk merawat pasien CKD yang menjalani terapi hemodialisis agar mendapat dukungan keluarga yang baik.

Tim peneliti mengajak Saudara untuk ikut serta dalam penelitian ini. Penelitian ini membutuhkan 30 (tiga puluh) subjek penelitian, dengan jangka waktu keikutsertaan masing-masing subjek sekitar 2 (dua) jam.

1. Kesukarelaan untuk ikut penelitian

Anda bebas memilih keikutsertaan dalam penelitian ini tanpa ada paksaan. Bila Anda sudah memutuskan untuk ikut, Anda juga bebas untuk mengundurkan diri atau berubah pikiran setiap saat tanpa dikenai denda atau sanksi apapun.

2. Prosedur Penelitian

Apabila Anda bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini, Anda diminta menandatangani lembar persetujuan rangkap dua. Satu untuk Anda simpan, dan satu untuk peneliti. Prosedur selanjutnya adalah pengisian kuesioner dengan teknik wawancara yang dilakukan oleh peneliti dengan didampingi dokter spesialis Kedokteran Jiwa. Pada saat wawancara, peneliti menggunakan alat perekam suara

untuk merekam jawaban Anda. Diharapkan Anda menjawab pertanyaan dengan jujur dan sesuai dengan apa yang Anda rasakan sekarang

3. Kewajiban Subjek Penelitian

Sebagai subjek penelitian, Saudara berkewajiban mengikuti aturan atau petunjuk penelitian seperti yang tertulis di atas. Bila ada yang belum jelas, Saudara bisa bertanya lebih lanjut kepada peneliti. Selama penelitian tidak boleh melakukan aktivitas lain di luar penelitian tanpa izin dari peneliti.

4. Manfaat

Keuntungan langsung yang Anda dapatkan adalah dapat mengetahui keadaan psikologis dan kualitas hidup Anda, serta mendapatkan insentif berupa konsumsi.

5. Kerahasiaan

Semua informasi yang berkaitan dengan identitas subjek penelitian akan dirahasiakan dan hanya akan diketahui oleh peneliti dan staf penelitian. Hasil penelitian akan dipublikasikan tanpa identitas subjek penelitian.

6. Kompensasi

Saudara akan mendapatkan konsumsi (berupa makanan dan minuman) setelah penelitian ini berlangsung.

7. Informasi Tambahan

Saudara diberi kesempatan untuk menanyakan semua hal yang belum jelas sehubungan dengan penelitian ini kepada peneliti. Bila Anda terbukti membutuhkan terapi psikologis, dapat memeriksakan diri di SMF Psikiatri RSD dr. Soebandi Jember.

B.2 Informed Consent**FORMULIR PERNYATAAN PERSETUJUAN
IKUT SERTA DALAM PENELITIAN**

Yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : _____

Umur : _____

Alamat : _____

Setelah mendapatkan penjelasan tentang maksud, tujuan, dan manfaat penelitian dengan judul:

**“PENGARUH DUKUNGAN KELUARGA TERHADAP TINGKAT DEPRESI
PASIEN *CHRONIC KIDNEY DISEASE* (CKD) STADIUM 5D YANG
MENJALANI HEMODIALISIS DI RSD dr. SOEBANDI JEMBER”**

Menyatakan bersedia ikut serta sebagai sukarelawan dalam penelitian dan mengikuti prosedur penelitian seperti yang telah disampaikan di atas.

Jember,

Saksi

Sukarelawan

B.3 Kuesioner *Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)*

Tanggal pemeriksaan :
Pemeriksa :
Nama pasien :
Umur :
Jenis kelamin :
Pekerjaan :
Pendidikan terakhir :
Status perkawinan :
Agama :

Untuk setiap nomor di bawah ini, pilihlah keadaan yang paling tepat menggambarkan tentang pasien.

1. Suasana perasaan depresi (perasaan sedih, putus asa, tak berdaya, tak berharga)

- 0 = tidak ada
- 1 = perasaan ini dinyatakan hanya bila ditanya
- 2 = perasaan ini dinyatakan spontan secara verbal
- 3 = perasaan ini dinyatakan secara nonverbal, misalnya ekspresi wajah, postur, suara dan kecenderungan menangis.
- 4 = perasaan ini dinyatakan spontan secara verbal dan nonverbal

2. Perasaan bersalah

- 0 = tidak ada
- 1 = menyalahkan diri sendiri, merasa telah mengecewakan orang lain
- 2 = ide-ide bersalah atau renungan tentang perbuatan salah atau berdosa pada masa lalu
- 3 = sakit ini merupakan suatu hukuman, waham bersalah

- 4 = mendengar suara-suara tuduhan atau kutukan dan/atau mengalami halusinasi penglihatan yang mengancam

3. Bunuh diri

- 0 = tidak ada
1 = merasa hidup tidak berharga
2 = mengharapkan kematian atau segala pikiran tentang kemungkinan tersebut
3 = ide-ide atau gerak-gerak isyarat tentang bunuh diri
4 = percobaan bunuh diri (segala percobaan yang serius diberi nilai 4)

4. Initial insomnia

- 0 = tidak ada kesulitan jatuh tidur
1 = kadang-kadang mengeluh sulit jatuh tidur, misalnya lebih dari 15 menit
2 = mengeluh sulit jatuh tidur setiap malam

5. Middle insomnia

- 0 = tidak ada kesulitan mempertahankan tidur
1 = mengeluh gelisah dan terganggu sepanjang malam
2 = terjaga sepanjang malam (segala keadaan bangkit dari tempat tidur diberi nilai 2 kecuali untuk buang air kecil)

6. Late insomnia

- 0 = tidak ada kesulitan
1 = bangun terlalu pagi tetapi dapat tidur kembali
2 = bila telah bangun/bangkit dari tempat tidur, tidak dapat tidur kembali

7. Kerja dan kegiatan

- 0 = tidak ada kesulitan
1 = pikiran dan perasaan tentang ketidakmampuan, keletihan atau kelemahan sehubungan dengan kegiatan, kerja atau hobi

- 2 = hilangnya minat dalam melakukan kegiatan, hobi atau pekerjaan, baik dilaporkan secara langsung oleh pasien atau secara tidak langsung melalui kelesuan/tidak bergairah, keragu-raguan dan kebimbangan (merasa harus mendorong diri untuk bekerja atau melakukan kegiatan)
- 3 = berkurangnya waktu aktual yang dihabiskan dalam melakukan kegiatan atau menurunnya produktivitas. Di rumah sakit, beri nilai 3 bila pasien tidak menghabiskan waktu paling sedikit 3 jam sehari dalam melakukan kegiatan (tugas rumah sakit atau hobi) diluar tugas-tugas bangsal
- 4 = berhenti bekerja karena sakitnya sekarang. Di rumah sakit, beri nilai 4 bila pasien tidak melakukan kegiatan apapun kecuali tugas-tugas bangsal, atau bila pasien gagal melaksanakan tugas-tugas bangsal tanpa dibantu

8. Retardasi (lambat dalam berpikir dan berbicara, kemampuan berkonsentrasi, penurunan aktivitas motorik)

- 0 = normal dalam berbicara dan berpikir
- 1 = sedikit lamban dalam wawancara
- 2 = jelas lamban dalam wawancara
- 3 = sulit diwawancarai
- 4 = stupor lengkap

9. Agitasi

- 0 = tidak ada
- 1 = memainkan tangan, rambut dan lain-lain
- 2 = meremas tangan, menggigit kuku, menarik rambut, menggigit bibir

10. Ansietas psikis

- 0 = tidak ada kesulitan
- 1 = ketegangan dan mudah tersinggung yang bersifat subyektif
- 2 = menguatirkan hal-hal kecil
- 3 = sikap kuatir yang tercermin di wajah atau pembicaraan

4 = katakutan diekspresi tanpa ditanya

11. Ansietas somatik

0 = tidak ada

1 = ringan

2 = sedang

3 = berat

4 = inkapasitas

Keadaan fisiologis yang mengiringi ansietas seperti :

- a. Gastrointestinal : mulut, sulit mencerna, diare, kram, sendawa
- b. Kardiovaskular : palpitasi, nyeri kepala
- c. Pernapasan : hiperventilasi, menghela nafas panjang
- d. Sering-sering buang air kecil, berkeringat

12. Gejala somatik (gastrointestinal)

0 = tidak ada

1 = tidak ada nafsu makan tetapi dapat makan tanpa dorongan orang lain.
perut terasa penuh

2 = Sulit makan tanpa dorongan orang lain, meminta atau membutuhkan
pencahar atau obat-obatan untuk buang air besar atau obat-obatan untuk
simtom gastrointestinal

13. Gejala somatik (umum)

0 = tidak ada

1 = anggota gerak, punggung atau kepala terasa berat.

Nyeri punggung, nyeri kepala, nyeri otot. Hilang tenaga dan kelelahan

2 = segala simtom di atas yang jelas diberi nilai 2

14. Gejala genital (misalnya : hilangnya libido, gangguan menstruasi)

- 0 = tidak ada
 1 = ringan
 2 = berat

15. Hipokondriasis

- 0 = tidak ada
 1 = dihayati sendiri
 2 = preokupasi tentang kesehatan diri
 3 = sering mengeluh, meminta pertolongan, dan lain-lain
 4 = waham hipokondriasis

16. Kehilangan berat badan

- 0 = tidak ada kehilangan berat badan
 1 = kemungkinan berat badan berkurang sehubungan dengan sakit sekarang
 2 = berat badan jelas berkurang (menurut pasien)

17. Tilikan

- 0 = mengetahui dirinya depresi dan sakit
 1 = mengetahui dirinya sakit tetapi disebabkan oleh makanan yang buruk, iklim, kerja berlebihan, virus, perlu istirahat, dan lain-lain.
 2 = menyangkal sepenuhnya bahwa dirinya sakit

18. Variasi diurnal

Pagi (AM)	Sore (PM)	Interpretasi
0	0	tidak ada
1	1	ringan
2	2	berat

Dicatat apakah simtom lebih berat pada pagi atau sore hari dan dinilai keparahan variasi tersebut.

19. Depersonalisasi dan derealisasi (misalnya : merasa tidak nyata, ide nihilistik)

- 0 = tidak ada
- 1 = ringan
- 2 = sedang
- 3 = berat
- 4 = inkapasitas

20. Gejala paranoid

- 0 = tidak ada
- 1 = kecurigaan ringan
- 2 = kecurigaan sedang
- 3 = ide referensi
- 4 = waham referensi dan waham kejar

21. Gejala obsesif dan kompulsif

- 0 = tidak ada
- 1 = ringan
- 2 = berat

22. Ketidakberdayaan

- 0 = tidak ada
- 1 = perasaan subyektif yang diperoleh hanya bila ditanya
- 2 = perasaan tidak berdaya dinyatakan langsung oleh pasien
- 3 = memerlukan dorongan, bimbingan dan penentraman hati untuk menyelesaikan tugas bangsal atau higiene diri.
- 4 = memerlukan bantuan fisik untuk berpakaian, makan, *bedside tasks* atau higiene diri.

23. Keputusan

- 0 = tidak ada

- 1 = sering-sering merasa ragu bahwa 'keadaan akan membaik' tetapi masih dapat ditentramkan
- 2 = merasa putus asa secara konsisten tetapi masih menerima penentraman
- 3 = mengekspresikan perasaan putus asa, hilang harapan, pesimis tentang masa depan, yang tidak dapat dihilangkan.
- 4 = keteguhan spontan dan tidak sesuai bahwa 'saya tidak akan pernah sembuh atau padanannya.

24. Perasaan tidak berharga (terentang dari hilangnya harga diri, perasaan rendah diri, mencela diri yang ringan sampai waham tentang ketidakberhargaan)

- 0 = tidak ada
- 1 = menunjukkan perasaan tidak berharga (kehilangan harga diri) hanya bila ditanya.
- 2 = menunjukkan perasaan tidak berharga (kehilangan harga diri) secara spontan
- 3 = berbeda dengan nilai 2 di atas berdasarkan derajat. Pasien secara sukarela menyatakan bahwa dia 'tidak baik', 'rendah'.
- 4 = waham tentang ketidakberhargaan, misalnya 'Saya adalah tumpukan sampah atau padanannya.

Interpretasi (rentang nilai 0 - 50)

Nilai keseluruhan	≤ 17	: normal
Nilai keseluruhan	18 – 24	: depresi ringan
Nilai keseluruhan	25 – 34	: depresi sedang
Nilai keseluruhan	35 – 51	: depresi berat
Nilai keseluruhan	52 – 68	: depresi sangat berat.

B.4 Kuesioner Dukungan Keluarga**KUESIONER PENELITIAN****PENGARUH DUKUNGAN KELUARGA TERHADAP TINGKAT DEPRESI
PASIEN *CHRONIC KIDNEY DISEASE* (CKD) STADIUM 5D YANG
MENJALANI HEMODIALISIS DI RSD dr. SOEBANDI JEMBER****Identitas responden**

Nama :
Umur :
Jenis kelamin :
Alamat :
Pendidikan terakhir :
Pekerjaan :
Status perkawinan :
Agama :

A. KARAKTERISTIK PEMBERI DUKUNGAN KELUARGA

Petunjuk: Jawablah pertanyaan ini dengan memberikan tanda centang (v) pada kotak yang saudara anggap benar atau sesuai.

- a. Apa hubungan anda dengan pasien?
- Suami/Istri
 - Anak laki-laki / menantu laki-laki
 - Anak perempuan / menantu perempuan
 - Saudara laki-laki
 - Saudara perempuan
 - Ayah
 - Ibu
 - Lainnya _____

- b. Apakah anda dan pasien anda tinggal di tempat yang sama?
- Ya, kami satu keluarga tinggal bersama
 - Tidak, kami tinggal terpisah
- c. Siapa saja yang tinggal bersama anda?
- Nama: _____ Hubungan dengan anda: _____
- d. Siapa saja yang tinggal bersama pasien?
- Nama: _____ Hubungan dengan pasien: _____
- e. Apakah anda bekerja?
- Full-time (≥ 35 jam/minggu)
 - Part-time (≤ 35 jam/minggu)
 - Sedang dalam masa cuti
 - Tidak bekerja
 - Pensiun
- f. Apakah pekerjaan anda harus berubah karena memberikan perawatan pada pasien?
- Tidak berubah
 - Harus merubah pekerjaan
 - Mengambil cuti
 - Jam kerja meningkat
 - Jam kerja menurun
 - Mengambil pensiun dini
 - Baru mulai bekerja
 - Keluar dari pekerjaan sebelumnya
 - Lainnya _____

g. Berapa penghasilan anda per bulan?

- > Rp 10 juta
- Rp 5 juta – Rp 10 juta
- Rp 2 juta – Rp 5 juta
- < Rp 2 juta

h. Apakah ada seseorang yang bertanggung jawab atas harta dari pasien?

- Ya
- Tidak

Jika iya, apa hubungan orang tersebut dengan pasien? _____

i. Berapa lama anda telah merawat pasien?

- ≤ 6 bulan
- 6 – 11 bulan
- 1 – 3 tahun
- 3 – 5 tahun
- ≥ 5 tahun
- Tidak tahu

j. Berapa jam per-minggu anda memberikan perawatan pada pasien?

k. Pada tahun berapa anda mulai memberikan perawatan? _____

B. PENGETAHUAN PEMBERI DUKUNGAN KELUARGA TERHADAP PASIEN CKD STADIUM 5D YANG MENJALANI HEMODIALISIS

Petunjuk: berilah tanda centang (√) pada keadaan yang menurut anda paling sesuai.

Keterangan:

SL : Selalu

SR : Sering

KK : Kadang-kadang

JR : Jarang

No.	Pernyataan	SL	SR	KK	JR
1.	Saya mengetahui tentang penyakit CKD				
2.	Saya mengerti kondisi seseorang yang mengalami CKD				
3.	Saya selalu berusaha mencari informasi yang berhubungan dengan penyakit CKD				
4.	Saya mengetahui makanan apa saja yang boleh dan tidak boleh dikonsumsi pasien CKD				
5.	Saya mengetahui obat apa saja yang harus dikonsumsi pasien CKD				
6.	Saya mengetahui pentingnya mengkonsumsi makanan yang tepat dan mengkonsumsi obat secara teratur untuk pasien CKD				
7.	Saya mengetahui pentingnya berolahraga untuk pasien CKD				
8.	Saya mengetahui tentang terapi hemodialisis				
9.	Saya mengetahui efek samping dari terapi hemodialisis				

10.	Saya selalu ikut menemani pasien saat melakukan terapi hemodialisis				
11.	Saya selalu mengikuti hasil perkembangan dari terapi hemodialisis yang dijalani pasien				
12.	Saya selalu menemani pasien saat kontrol ke dokter maupun ke rumah sakit				
13.	Saya mengetahui kondisi psikis pasien				
14.	Saya selalu berusaha mencari tahu hal apa saja yang membuat pasien stress/cemas				
15.	Saya selalu memberikan kesempatan kepada pasien untuk menceritakan pengalaman dan keluhan kesehariannya sehari-hari				

C. SIKAP PEMBERI DUKUNGAN KELUARGA TERHADAP PASIEN CKD STADIUM 5D YANG MENJALANI HEMODIALISIS

Petunjuk: berilah tanda centang (√) pada keadaan yang menurut anda paling sesuai.

Keterangan:

- SL : Selalu
 SR : Sering
 KK : Kadang-kadang
 JR : Jarang

No.	Pernyataan	SL	SR	KK	JR
1.	Saya selalu mendorong dan mengingatkan pasien untuk mengkonsumsi obat dan makanan yang tepat pada waktunya				
2.	Saya selalu membeli sendiri obat atau makanan yang pasien butuhkan				
3.	Saya selalu menanyakan bila ada makanan yang tidak pasien sukai				
4.	Saya terkadang memberikan makanan spesial untuk pasien				
5.	Saya selalu memuji pasien apabila pasien mematuhi aturan minum obat dan makan				
6.	Saya selalu mendorong pasien untuk berolahraga sesuai kemampuannya				
7.	Saya selalu mengingatkan pasien untuk menjalani terapi hemodialisis sesuai dengan jadwalnya				
8.	Saya selalu menyiapkan segala sesuatu keperluan pasien untuk menjalani terapi hemodialisis				

9.	Saya selalu memuji pasien setiap kali pasien selesai melakukan terapi hemodialisis sesuai jadwalnya				
10.	Saya selalu mendengarkan keluhan kesah pasien CKD				
11.	Saya selalu memberikan respon/tanggapan terhadap keluhan kesah pasien				
12.	Saya selalu memeluk pasien apabila pasien sedih/stres/cemas untuk menenangkannya				
13.	Saya selalu mendorong pasien untuk rajin beribadah				
14.	Saya selalu memberi kesempatan dan memfasilitasi pasien untuk berkumpul dan bersosialisasi dengan keluarga maupun teman dekat pasien				
15.	Saya selalu mengabaikan pasien apabila pasien tidak mematuhi aturan				
16.	Saya selalu marah apabila pasien tidak mematuhi aturan				
17.	Saya akan tetap merawat pasien terlepas dari keadaan terburuk pasien				
18.	Pasien selalu puas dengan perawatan yang saya berikan				

Intepretasi	Rentang Nilai
Dukungan Keluarga Buruk	33-92
Dukungan Keluarga Baik	93-132

B.5 Lembar Panduan Wawancara Kepada Calon Subjek Menurut Kuesioner *Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)*

Lembar ini berisi daftar pertanyaan yang akan peneliti gunakan untuk mewawancarai pasien *Chronic Kidney Disease (CKD)* guna mendeteksi depresi. Aspek penilaian dalam lembar wawancara ini berdasarkan kuesioner *Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)* yang telah distandarisasi. Peneliti diharapkan dapat membangun rasa empati dan mengamati ekspresi pasien selama proses wawancara. Berikut pertanyaan yang akan peneliti ajukan untuk wawancara beserta aspek yang akan dinilai.

No.	Pertanyaan	Aspek penilaian
1.	<p>Bagaimana perasaan atau pemikiran anda tentang penyakit anda? Adakah rasa tidak nyaman yang anda rasakan? Pernahkan anda merasa terpuruk? Jika Ya, berapa kali dalam seminggu?</p>	Suasana perasaan depresi
2.	<p>Anda cenderung merasa sedih ataukah khawatir? Jika lebih cenderung merasa khawatir, apa yang anda khawatirkan?</p>	Anxietas psikis
3.	<p>Bagaimana aktivitas keseharian anda? Apakah aktivitas anda menurun? Apakah anda memerlukan bantuan orang lain dalam melakukan aktivitas sehari-hari ? Apakah anda masih bekerja setelah sakit? Pekerjaan seperti apa yang anda kerjakan? Apakah tugas anda didelegasikan pada orang lain? Apakah anda merasa tidak berguna? Adakah yang memprovokatori perasaan itu? (misalkan mendengar suara tuduhan atau melihat seseorang mengancam anda) Menurut anda, apakah sebab penyakit anda?</p>	Tilikan Ketidakberdayaan Retardasi Perasaan tidak berharga dan Perasaan bersalah
4.	<p>Sudah berapa lama anda sakit? Berapa penurunan berat badan anda?</p>	Penurunan berat badan

	Apa harapan atau keinginan anda?	Bunuh diri dan putus asa
5.	Apakah anda kesulitan untuk tidur? Jika ya, bagaimana kesulitan tidur anda? Apakah anda sulit memulai untuk tidur? Apakah anda sering terbangun karena mimpi buruk pada tengah malam? Apakah anda sering terbangun pada tengah malam kemudian tidak bias tidur kembali? Apa penyebab anda terbangun?	<i>Initial insomnia</i> <i>Middle insomnia</i> <i>Late insomnia</i> Variasi diurnal
6.	Apa keluhan badan yang anda sering rasakan saat ini? Apakah anda seing merasa berdebar, sesak nafas, atau pusing? Apakah anda mengalami penurunan nafsu makan atau masalah buang air besar? Apakah anda merasa berat untuk bergerak atau merasa nyeri pada again tertentu? Apakah anda masih bisa melakukan hubungan suami istri? Biasanya anda mengeluhkan gejala tersebut kepada siapa?	Anxietas somatik Gejala somatik gastrointestinal Gejala somatik umum Gejala genital <i>Hipokondriasis</i>
7.	Apakah anda merasa ada perubahan pada diri anda? Apakah perubahan itu mengganggu aktivitas anda?	<i>Depersonalisasi</i> dan <i>derealisasi</i>
8.	Bagaimana tanggapan keluarga dan teman-teman anda tentang anda? Apakah anda mempunyai musuh?	Gejala paranoid
9.	Adakah hal khusus yang anda lakukan sehari-hari selama anda sakit?	Gejala obsesif kompulsif

Mengetahui,

Dosen pembimbing

dr. Justina Evy T., Sp. KJ

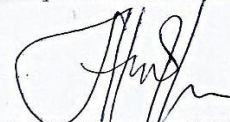
LAMPIRAN C. DAFTAR RESPONDEN PENELITIAN

C.1 Daftar Responden Pasien Hemodialisis

DAFTAR RESPONDEN

No.	Nama	Usia	Jenis kelamin	Tanggal Awal Terapi HD
1.	A BDW	62 tahun	Laki-laki	10 November 2013
2.	A HDY	38 tahun	Perempuan	23 April 2014
3.	SFN	42 tahun	Laki-laki	9 April 2015
4.	WSH	49 tahun	Perempuan	30 November 2013
5.	A WF	51 tahun	Laki-laki	19 September 2014
6.	PTN	38 tahun	Perempuan	16 Juni 2015
7.	SBD	40 tahun	Perempuan	7 Januari 2014
8.	SS	55 tahun	Perempuan	6 Juli 2014
9.	MSR	46 tahun	Perempuan	23 Juni 2015
10.	HRS	56 tahun	Perempuan	9 Agustus 2014
11.	RFT	27 tahun	Perempuan	11 Agustus 2015
12.	LLS	33 tahun	Perempuan	3 April 2015
13.	YLN	40 tahun	Perempuan	2 September 2015
14.	KLF	47 tahun	Perempuan	16 Oktober 2015
15.	STYN	50 tahun	Perempuan	27 Januari 2014
16.	IDYN	33 tahun	Perempuan	5 Desember 2013
17.	S AMN	50 tahun	Perempuan	26 Februari 2015
18.	YNN	53 tahun	Perempuan	21 Agustus 2015
19.	SMK	58 tahun	Perempuan	18 Juni 2015
20.	SPD	60 tahun	Laki-laki	24 Juni 2015
21.	NVN	30 tahun	Laki-laki	11 Juni 2015
22.	SLK	40 tahun	Laki-laki	14 Agustus 2015
23.	SLM	60 tahun	Laki-laki	18 Juni 2015
24.	MRT	64 tahun	Perempuan	3 Oktober 2014
25.	PNS	38 tahun	Perempuan	11 Juli 2014
26.	MDWM	55 tahun	Perempuan	28 Oktober 2015
27.	S MSR	38 tahun	Perempuan	23 Maret 2015
28.	NNK	53 tahun	Perempuan	4 Oktober 2015
29.	S NRM	35 tahun	Perempuan	13 Desember 2013
30.	WNN	50 tahun	Laki-laki	24 September 2015
31.	SYT	50 tahun	Perempuan	2 Oktober 2015
32.	JML	53 tahun	Laki-laki	10 Oktober 2015
33.	MTN	50 tahun	Laki-laki	26 Maret 2015
34.	RYT	50 tahun	Perempuan	5 Oktober 2015

Mengetahui,
Kepala Instalasi Hemodialisis



Moh. Toha, Amd. Kep.
NIP. 196709021993021001

LAMPIRAN D. DATA UMUM RESPONDEN**D.1 Data Umum Responden Pasien Hemodialisis**

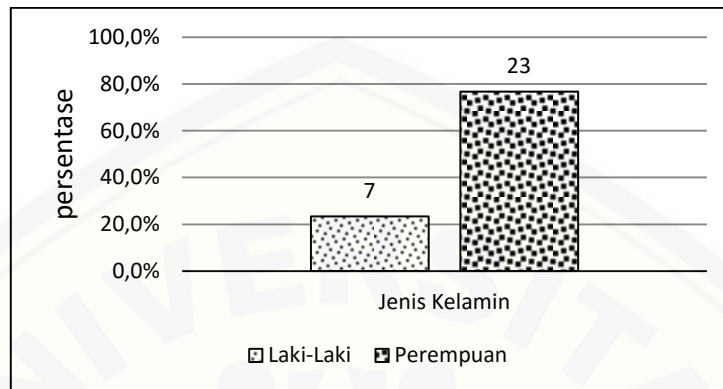
Kode	Nama	Usia	Jenis Kelamin	Pendidikan Terakhir	Pekerjaan	Lama HD
1	A BDW	62 Th	Laki-Laki	SMP	Tidak Bekerja	24 Bulan
2	A HDY	38 Th	Perempuan	SMP	IRT	7 Bulan
3	SFN	42 Th	Laki-Laki	SMP	Tidak Bekerja	7 Bulan
4	WSH	49 Th	Perempuan	SMA	IRT	24 Bulan
5	A WF	51 Th	Laki-Laki	PT	Guru	14 Bulan
6	PTN	38 Th	Perempuan	SD	Petani	5 Bulan
7	SBD	40 Th	Perempuan	SD	Tidak Bekerja	22 Bulan
8	SS	55 Th	Perempuan	SMA	IRT	16 Bulan
9	MSR	46 Th	Perempuan	SMP	Tidak Bekerja	5 Bulan
10	HRS	56 Th	Perempuan	PT	IRT	15 Bulan
11	RFT	27 Th	Perempuan	SMP	IRT	3 Bulan
12	LLS	33 Th	Perempuan	SMP	IRT	7 Bulan
13	YLN	40 Th	Perempuan	SMP	IRT	2 Bulan
14	KLF	47 Th	Perempuan	PT	Guru	1 Bulan
15	STYN	50 Th	Perempuan	SMP	IRT	22 Bulan
16	IDYN	33 Th	Perempuan	SD	Tidak Bekerja	23 Bulan
17	S AMN	50 Th	Perempuan	SMP	Tidak Bekerja	9 Bulan
18	YNN	53 Th	Perempuan	SD	Tidak Bekerja	3 Bulan
19	SMK	58 Th	Perempuan	Tidak Sekolah	Tidak Bekerja	5 Bulan
20	SPD	60 Th	Laki-Laki	SMA	Wiraswasta	5 Bulan
21	MRT	64 Th	Perempuan	SMA	Wiraswasta	13 Bulan
22	PNS	38 Th	Perempuan	SMA	Pedagang	16 Bulan
23	MDWM	55 Th	Perempuan	SMP	Tidak Bekerja	1 Bulan
24	S MSR	38 Th	Perempuan	SMA	Tidak Bekerja	9 Bulan
25	S NRM	35 Th	Perempuan	SMA	IRT	23 Bulan
26	WNN	50 Th	Laki-Laki	PT	Tidak Bekerja	2 Bulan
27	SYT	50 Th	Perempuan	PT	Guru	1 Bulan
28	JML	53 Th	Laki-Laki	SMP	Tidak Bekerja	1 Bulan
29	MTN	50 Th	Laki-Laki	SD	Petani	9 Bulan
30	RYT	50 Th	Perempuan	SD	Tidak Bekerja	1 Bulan

D.2 Data Umum Responden Keluarga Pasien Hemodialisis

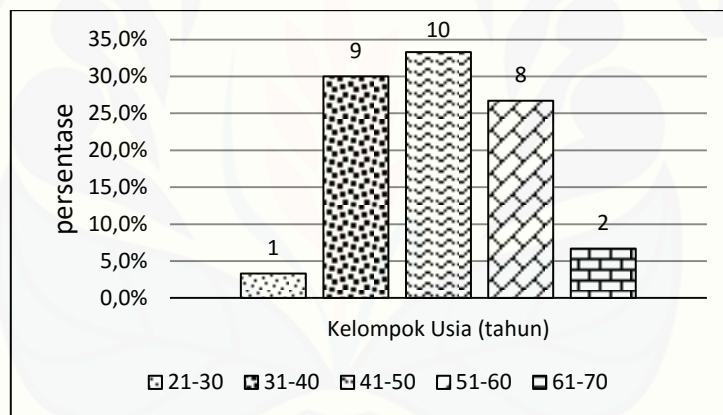
Kode	Nama	Usia (tahun)	Jenis Kelamin	Pendidikan Terakhir	Pekerjaan	Lama Merawat Pasien
1	STJ	51	Perempuan	SMP	Tidak Bekerja	1-3 Tahun
2	SPY	58	Perempuan	SD	Bekerja	1-3 Tahun
3	OKV	37	Perempuan	SMA	Bekerja	1-3 Tahun
4	FJR	24	Laki-Laki	SMA	Tidak Bekerja	3-5 Tahun
5	LGS	46	Perempuan	PT	Tidak Bekerja	1-3 Tahun
6	TKD	43	Laki-Laki	SMP	Bekerja	<6 Bulan
7	SPT	40	Laki-Laki	SD	Bekerja	1-3 Tahun
8	ITH	32	Perempuan	PT	Bekerja	1-3 Tahun
9	MBL	24	Laki-Laki	PT	Bekerja	6-11 Bulan
10	MYN	56	Perempuan	PT	Bekerja	1-3 Tahun
11	HRL	29	Laki-Laki	SMP	Bekerja	<6 Bulan
12	MTK	41	Laki-Laki	SD	Bekerja	<6 Bulan
13	LSP	22	Perempuan	SMA	Bekerja	3-5 Tahun
14	FRA	32	Perempuan	SMA	Tidak Bekerja	1-3 Tahun
15	SPN	56	Laki-Laki	SMP	Tidak Bekerja	1-3 Tahun
16	ADK	36	Laki-Laki	SD	Bekerja	>5 Tahun
17	IFN	27	Perempuan	SMA	Tidak Bekerja	1-3 Tahun
18	SYN	59	Laki-Laki	SMA	Bekerja	<6 Bulan
19	SRP	22	Perempuan	SMA	Tidak Bekerja	6-11 Bulan
20	IYR	57	Perempuan	SMP	Bekerja	1-3 Tahun
21	NVS	40	Perempuan	SMA	Bekerja	1-3 Tahun
22	DRA	21	Perempuan	SMA	Bekerja	1-3 Tahun
23	ASY	60	Laki-Laki	SMP	Bekerja	1-3 Tahun
24	ST	55	Perempuan	SD	Tidak Bekerja	6-11 Bulan
25	EDK	38	Laki-Laki	SMA	Bekerja	1-3 Tahun
26	WRN	42	Perempuan	SMA	Bekerja	6-11 Bulan
27	SMW	51	Laki-Laki	PT	Bekerja	<6 Bulan
28	FQS	50	Perempuan	SMP	Tidak Bekerja	>5 Tahun
29	WGT	45	Laki-Laki	SD	Bekerja	1-3 Tahun
30	HMD	52	Laki-Laki	SD	Bekerja	<6 Bulan

D.3 Grafik Distribusi Data Umum Responden Pasien Hemodialisis

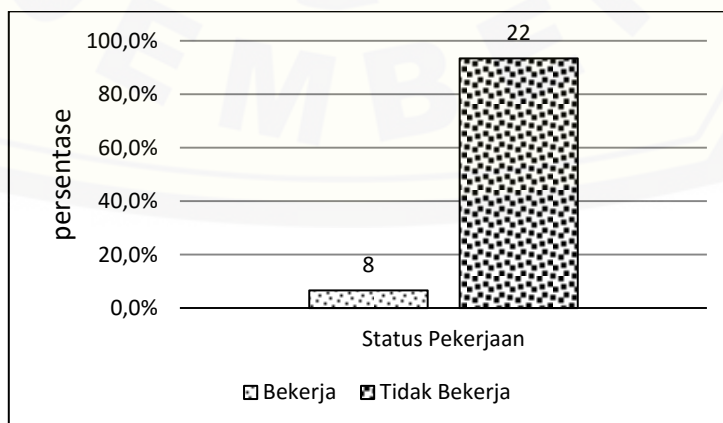
a. Distribusi pasien berdasarkan jenis kelamin



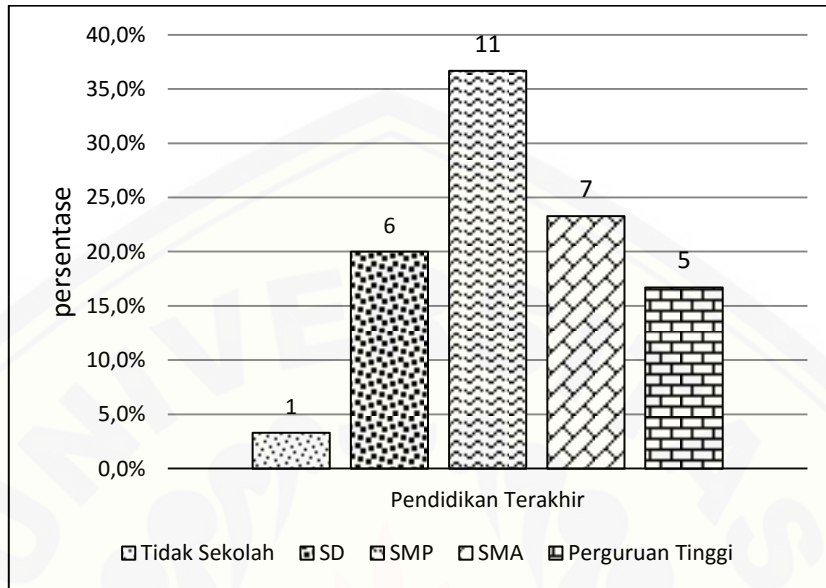
b. Distribusi pasien berdasarkan usia



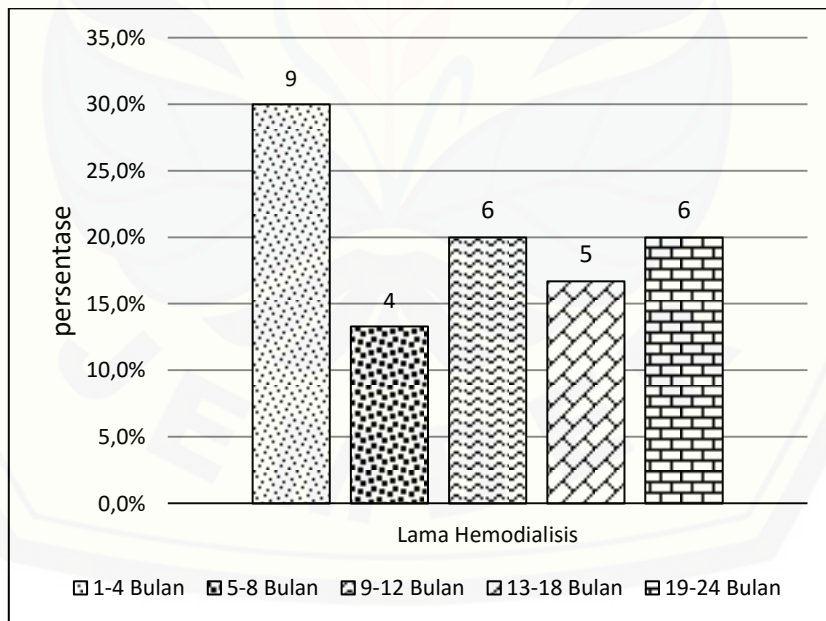
c. Distribusi pasien berdasarkan status pekerjaan



d. Distribusi pasien berdasarkan tingkat pendidikan

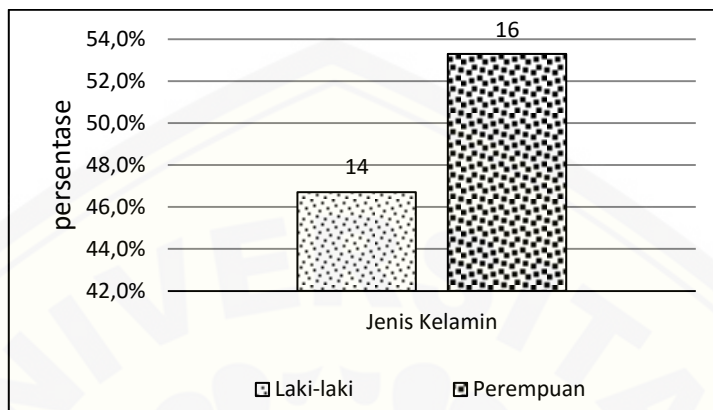


e. Distribusi pasien berdasarkan lama terapi hemodialisis

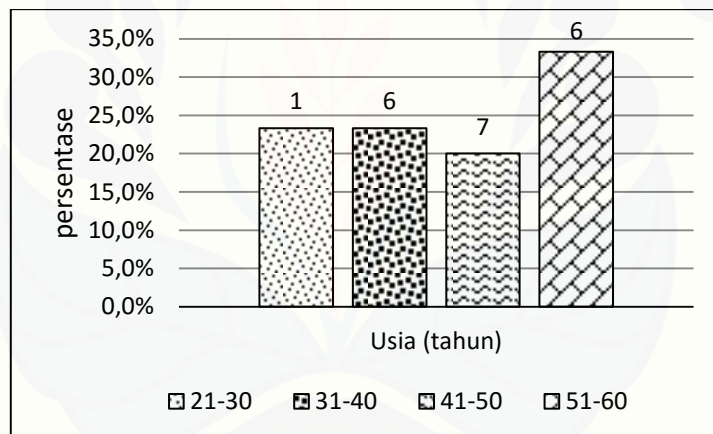


D4. Grafik Distribusi Data Umum Responden Keluarga Pasien Hemodialisis

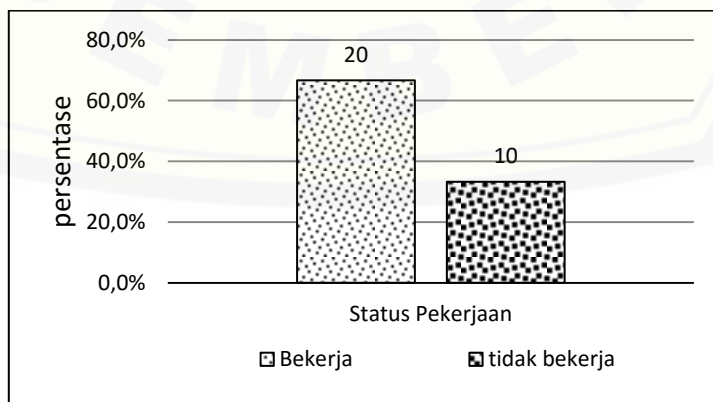
a. Distribusi keluarga berdasarkan jenis kelamin



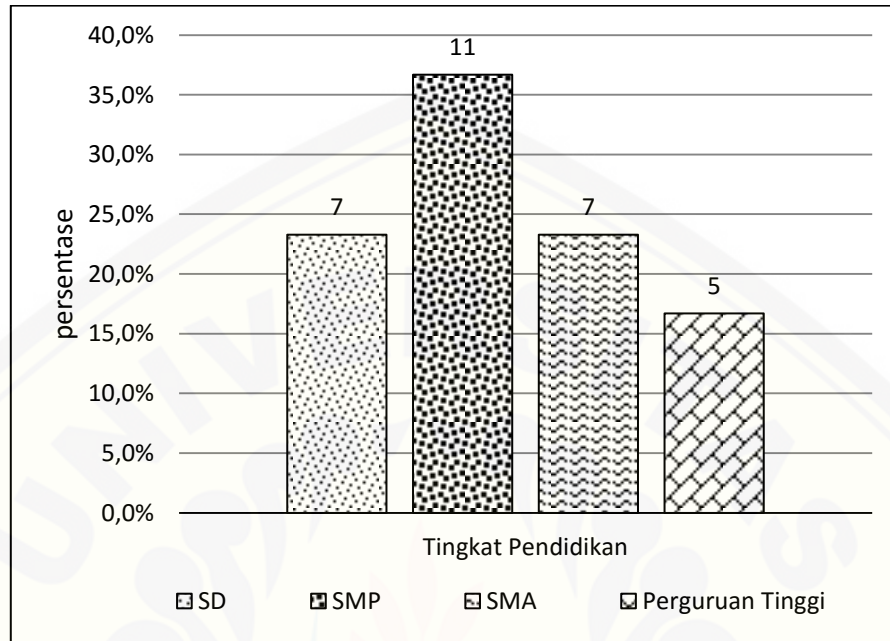
b. Distribusi keluarga berdasarkan usia



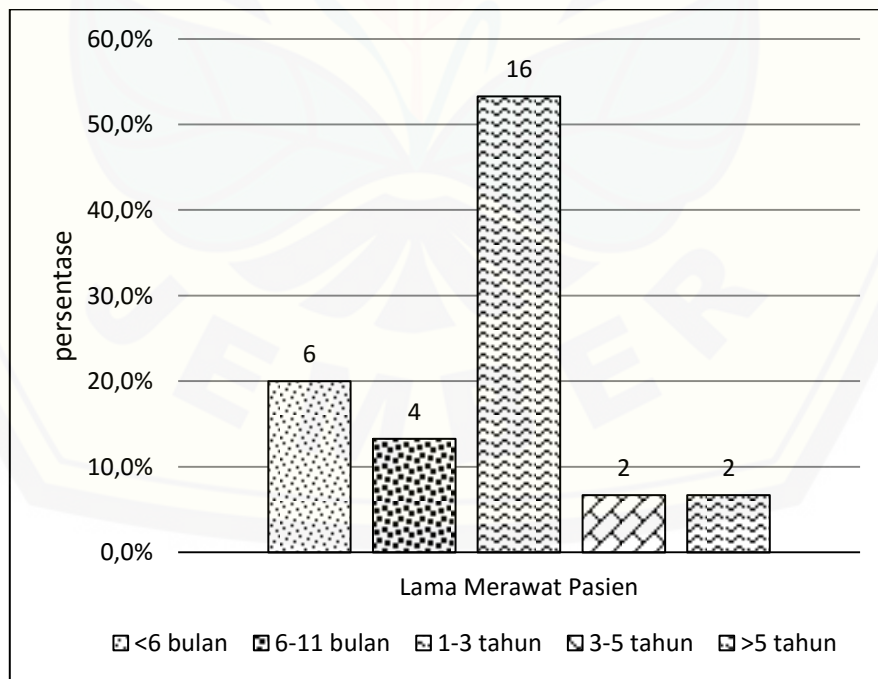
c. Distribusi keluarga berdasarkan status pekerjaan



d. Distribusi keluarga berdasarkan tingkat pendidikan



e. Distribusi keluarga berdasarkan lama merawat pasien



LAMPIRAN E. HASIL PENILAIAN RESPONDEN

E.1 Hasil Penilaian Tingkat Depresi Responden Dengan Kuesioner HDRS

Kode	Nama	Skor Pertanyaan HDRS																								Total Skor	Interpretasi
		D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12	D13	D14	D15	D16	D17	D18	D19	D20	D21	D22	D23	D24		
1	A BDW	4	3	0	2	1	1	2	0	0	0	3	1	2	2	3	2	1	1	1	0	0	2	4	3	38	Depresi Berat
2	A HDY	4	1	0	1	1	2	1	0	0	2	1	1	1	2	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	23	Depresi Ringan
3	SFN	3	1	1	0	0	0	2	0	0	0	2	0	1	0	1	2	1	4	0	0	0	2	2	0	22	Depresi Ringan
4	WSH	2	2	0	1	1	0	2	0	0	0	0	0	1	0	2	3	0	1	0	0	0	0	2	1	18	Depresi Ringan
5	A WF	3	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	2	0	2	2	1	1	3	0	1	0	0	0	19	Depresi Ringan
6	PTN	2	0	0	1	1	0	1	0	0	3	3	1	2	2	2	2	1	1	2	0	0	0	2	1	27	Depresi Sedang
7	SBD	2	0	0	2	2	2	2	1	2	3	4	2	2	2	1	1	1	2	0	0	0	0	2	2	35	Depresi Berat
8	SS	2	0	0	2	1	0	0	0	0	3	2	1	2	2	2	1	4	0	0	0	0	0	3	0	27	Depresi Sedang
9	MSR	3	1	1	2	2	1	4	1	1	2	1	0	2	2	3	2	1	1	1	0	0	4	1	1	37	Depresi Berat
10	HRS	4	1	1	1	0	0	1	0	1	3	1	0	2	2	3	1	1	1	1	0	0	1	3	1	29	Depresi Sedang
11	RFT	1	1	0	0	1	2	2	0	1	2	1	0	1	1	3	2	1	1	1	0	0	1	2	1	25	Depresi Sedang
12	LLS	2	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	3	2	1	1	1	0	0	1	1	1	24	Depresi Ringan
13	YLN	4	4	1	1	1	1	1	1	1	3	1	0	1	1	3	1	1	1	1	1	0	2	3	1	35	Depresi Berat
14	KLF	2	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	3	2	1	1	1	0	0	1	1	1	18	Depresi Ringan
15	STYN	4	1	0	2	1	2	2	1	1	2	2	1	1	2	3	2	1	2	0	0	0	2	1	1	34	Depresi Sedang
16	IDYN	2	0	0	0	1	1	2	1	1	3	1	0	0	2	3	2	1	0	0	0	0	2	1	1	24	Depresi Ringan
17	S AMN	2	0	0	2	2	2	0	0	0	3	1	0	1	1	0	2	1	1	0	0	0	1	0	1	20	Depresi Ringan
18	YNN	4	3	1	2	2	2	4	1	0	3	2	2	1	2	3	2	1	4	1	2	0	4	3	2	51	Depresi Berat
19	SMK	4	4	1	2	1	2	4	1	0	2	3	1	2	2	3	2	1	4	0	0	0	4	3	3	49	Depresi Berat

Kode	Nama	Skor Pertanyaan HDRS																								Total Skor	Interpretasi
		D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12	D13	D14	D15	D16	D17	D18	D19	D20	D21	D22	D23	D24		
20	SPD	0	1	0	0	0	0	1	1	0	3	3	2	2	0	3	1	1	1	0	0	0	2	0	1	22	Depresi Ringan
21	MRT	4	3	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	2	2	1	2	1	1	0	0	0	0	0	19	Depresi Ringan	
22	PNS	2	1	0	1	1	1	0	0	0	3	1	0	0	1	1	2	1	1	0	0	0	0	1	18	Depresi Ringan	
23	MDWM	3	0	0	1	1	1	3	2	1	3	2	2	2	3	2	1	1	0	0	0	2	1	0	33	Depresi Sedang	
24	S MSR	2	3	1	1	1	1	3	1	0	2	2	1	1	2	3	2	1	2	1	1	0	3	2	37	Depresi Berat	
25	S NRM	2	0	0	1	1	1	1	1	0	2	1	1	1	2	3	2	1	2	1	0	0	1	1	26	Depresi Sedang	
26	WNN	1	3	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	3	2	1	1	1	1	0	1	1	23	Depresi Ringan	
27	SYT	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	2	0	2	1	2	2	1	2	1	0	0	0	1	18	Depresi Ringan	
28	JML	4	1	1	2	2	2	3	2	2	3	2	1	1	2	3	2	1	4	1	0	0	4	3	48	Depresi Berat	
29	MTN	3	0	0	1	0	0	1	2	0	2	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	18	Depresi Ringan	
30	RYT	4	1	0	1	1	2	4	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	2	1	23	Depresi Ringan	

E.2 Hasil Penilaian Dukungan Keluarga Responden Dengan Kuesioner Dukungan Keluarga

A. Pengetahuan Pemberi Dukungan Keluarga

Kode	Nama	Skor Pertanyaan Dukungan Keluarga															Total Skor
		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Q15	
1	STJ	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	4	2	2	3	45
2	SPY	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	3	4	2	2	2	35
3	OKV	3	3	4	3	3	3	2	3	3	4	4	4	2	2	3	46
4	FJR	3	3	4	3	3	3	2	3	3	3	3	2	2	2	3	42
5	LGS	3	3	4	4	3	4	3	4	3	4	4	4	3	3	4	53
6	TKD	3	3	4	3	3	3	2	3	2	3	4	3	3	3	3	45
7	SPT	3	3	3	3	2	2	2	2	2	3	3	3	2	2	2	37
8	ITH	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	44
9	MBL	4	2	3	4	2	4	4	4	3	3	4	4	3	4	3	51
10	MYN	4	3	3	3	3	3	4	3	2	3	3	3	3	3	3	46
11	HRL	3	3	4	3	4	3	2	2	2	4	4	4	3	3	3	47
12	MTK	3	3	4	3	3	4	4	3	2	3	3	4	3	3	3	48
13	LSP	4	3	4	4	4	3	2	4	4	4	4	4	3	3	4	54
14	FRA	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	32
15	SPN	4	4	4	4	3	4	3	4	3	4	4	4	3	3	3	54
16	ADK	2	3	4	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	51
17	IFN	3	3	3	3	3	3	2	3	3	4	3	4	3	3	3	46
18	SYN	3	3	3	3	3	3	2	3	2	4	4	4	4	4	2	47
19	SRP	3	3	4	3	3	4	2	3	3	4	4	4	4	4	4	52
20	IYR	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	2	56
21	NVS	2	2	3	3	2	2	2	2	2	4	3	3	3	3	2	38
22	DRA	3	4	4	4	4	4	2	2	4	3	3	3	3	3	3	49

Kode	Nama	Skor Pertanyaan Dukungan Keluarga															Total Skor
		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Q15	
23	ASY	2	2	4	3	2	3	2	2	3	4	4	4	2	2	4	43
24	ST	3	3	3	3	3	3	2	2	2	4	4	4	4	4	4	48
25	EDK	4	3	2	3	4	4	1	3	3	3	4	4	3	4	3	48
26	WRN	2	2	2	3	3	3	2	2	3	4	4	4	2	2	3	41
27	SMW	2	3	3	3	2	3	3	2	2	4	4	4	3	3	3	44
28	FQS	4	4	4	4	4	4	1	4	4	2	4	4	4	4	4	55
29	WGT	4	2	3	4	1	4	2	3	2	4	3	4	4	4	4	48
30	HMD	2	3	3	3	2	3	2	2	3	4	4	4	2	2	2	41

B. Sikap Pemberi Dukungan Keluarga

Kode	Nama	Skor Pertanyaan Dukungan Keluarga																		Total Skor	Intepretasi Dukungan Keluarga
		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Q15	Q16	Q17	Q18		
1	STJ	2	2	2	2	2	2	3	4	2	2	2	2	3	4	2	2	4	3	45	Buruk
2	SPY	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	51	Buruk
3	OKV	4	4	4	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	69	Baik
4	FJR	4	2	2	3	3	3	4	3	3	4	4	2	3	2	2	2	4	2	52	Baik
5	LGS	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	4	4	53	Baik
6	TKD	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	2	3	3	47	Buruk
7	SPT	3	3	2	2	2	3	2	2	2	3	2	2	3	3	3	2	4	3	46	Buruk
8	ITH	4	2	3	2	2	2	3	2	2	2	3	3	3	3	3	2	3	3	47	Buruk
9	MBL	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	3	2	38	Buruk
10	MYN	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	51	Baik
11	HRL	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	4	3	53	Baik
12	MTK	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	51	Baik
13	LSP	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	4	4	3	3	3	2	3	3	53	Baik
14	FRA	3	3	3	3	4	3	4	3	3	4	4	4	4	3	3	3	4	3	61	Baik
15	SPN	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	53	Baik
16	ADK	3	4	4	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	4	3	57	Baik
17	IFN	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	2	3	3	53	Baik
18	SYN	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	52	Baik
19	SRP	4	4	2	2	4	3	4	3	4	4	4	4	4	4	2	2	4	4	62	Baik
20	IYR	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	3	2	3	4	3	4	4	4	65	Baik
21	NVS	3	3	3	3	3	2	3	4	3	3	3	4	4	3	4	2	3	2	55	Baik
22	DRA	4	2	4	3	3	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	2	64	Baik

Kode	Nama	Skor Pertanyaan Dukungan Keluarga																		Total Skor	Intepretasi Dukungan Keluarga
		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Q15	Q16	Q17	Q18		
23	ASY	3	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	1	3	3	3	2	3	3	42	Buruk
24	ST	2	3	3	3	2	1	2	3	2	2	3	2	3	3	3	2	4	1	44	Buruk
25	EDK	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	2	3	3	2	4	3	44	Buruk	
26	WRN	4	3	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	68	Baik
27	SMW	2	2	2	2	2	2	3	4	3	3	3	3	2	4	3	2	4	3	49	Baik
28	FQS	3	4	2	3	3	4	4	4	1	4	4	3	4	3	4	4	4	3	61	Baik
29	WGT	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	70	Baik
30	HMD	3	2	3	3	3	3	4	4	2	2	2	4	3	3	2	2	4	3	52	Baik

LAMPIRAN F. HASIL DATA PRIMER PROGRAM SPSS

F.1 Hasil Uji Normalitas Data

		Tests Of Normality					
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
Dukungan Keluarga		Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Tingkat Baik		.407	21	.000	.646	21	.000
Depresi Buruk		.272	9	.054	.805	9	.024

Lilliefors Significance Correction

F.2 Hasil Uji Spearman

		Correlations	
		Tingkat Depresi	Kualitas Hidup
Spearman's Rho	Correlation Coefficient	1.000	-.462*
	Tingkat Depresi Sig. (2-Tailed)	.	.010
	N	30	30
Dukungan Keluarga	Correlation Coefficient	-.462*	1.000
	Sig. (2-Tailed)	.010	.
	N	30	30

Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).