

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan disajikan tentang teori yang menunjang penelitian, meliputi : (1) Konsep Dasar Depresi, (2) Konsep dukungan keluarga, (3) Konsep Dasar Gagal Ginjal Kronis, (4) Konsep hemodialisa (5) Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Depresi Pasien Gagal Ginjal Kronis yang Menjalani Hemodialisa (6) Kerangka Teori, (7) Kerangka Konsep, dan (8) Hipotesis Penelitian.

2.1 Konsep Depresi

2.1.1 Definisi Depresi

Depresi merupakan kondisi emosional yang biasanya ditandai dengan kesedihan yang amat sangat, perasaan tidak berarti dan bersalah, menarik diri dari orang lain, dan tidak dapat tidur, kehilangan selera makan, hasrat seksual, dan minat serta kesenangan dalam aktivitas yang biasa dilakukan (Davison, 2006:372)

Rathus (Lubis, 2009:13) menyatakan orang yang mengalami depresi umumnya mengalami gangguan yang meliputi emosi, motivasi, fungsional, dan gerakan tingkah laku serta kognisis.

Depresi adalah gangguan perasaan (afek) yang ditandai dengan afek disforik (kehilangan kegembiraan/gairah) disertai dengan gejala-gejala lain, seperti gangguan tidur dan menurunnya selera makan. Depresi biasanya terjadi saat stress yang dialami seseorang tidak kunjung reda, dan depresi yang dialami berkorelasi dengan kejadian dramatis yang baru saja terjadi atau menimpa seseorang (Lubis, 2009).

2.1.2 Penyebab Depresi

Pada umumnya, depresi disebabkan oleh peristiwa hidup tertentu meskipun dengan kenyataan peristiwa hidup itu tidak selalu menyebabkan depresi. Sangat jarang jika depresi diakibatkan oleh satu faktor saja, tetapi bersifat multifaktor sehingga dapat menciptakan suatu kondisi yang berpengaruh terhadap tinggi atau rendahnya frekuensi depresi (Pieter, 2011). Faktor penyebab depresi :

1. Faktor internal

1) Stres

Stress adalah kondisi atau peristiwa yang memiliki persamaan dengan pengalaman traumatik seseorang pada masa lalu. Pengalaman traumatik masa lalu dianggap sangat bertanggung jawab terhadap kuat sikap-sikap negatif.

2) Faktor usia

Berdasarkan laporan penelitian menunjukkan bahwa kelompok orang-orang muda, yakni remaja dan orang dewasa (18-44 tahun) cenderung lebih mudah terkena depresi.

3) Jenis kelamin

Perempuan pada umumnya lebih banyak memiliki resiko terkena depresi daripada laki-laki. data dari World Bank mengatakan bahwa sekitar 30% perempuan mengalami depresi dan 12,6% pria mengalami depresi (Desjariasis, 1995). Tingkat perbedaan terserang depresi antara pria dan wanita ditentukan oleh : faktor biologis, seperti perubahan hormonal dan reproduksi dan faktor

lingkungan seperti perubahan peran sosial yang menimbulkan konflik dan kondisi yang menimbulkan stres (Klerman dan Weismsman, 1998).

4) Kepribadian

Kepribadian merupakan ciri khas atau karakteristik yang unik dari diri seseorang. Aspek-aspek kepribadian sangat berperan dalam penentuan tinggi rendahnya dan kerentanan pada depresi seseorang. Bagi individu yang rentan terkena depresi adalah individu yang memiliki konsep diri dan pola pikir yang negatif, pesimis dan kepribadian introvert (McFatter, dkk., 1989, Culberson, 1997).

Sementara Beck (1985) menambahkan bahwa penyebab depresi adalah cara berpikir seseorang yang suka menyalahkan diri sendiri, mengevaluasi diri secara negatif dan menginterpretasikan hal-hal yang terjadi pada dirinya secara negatif.

5) Faktor biologis

Selama orang mengalami depresi, maka dia memiliki ketidakseimbangan dalam perasaan *neurotransmitter serotin mayor, nonepinefrin, dopamin, asetilkolin, dan asam gama aminobutrik*. Selama tahap depresi seseorang akan mengalami defisiensi dalam *neurotransmitter* dasar yang mempengaruhi enzim yang mengatur dan memproduksi bahan-bahan kimia ini.

Selain itu, juga aksis hipotalamus hipofisis adrenal yang mengatur pelepasan kortisol tidak berfungsi dengan baik.

6) Faktor psikologis

Menurut Linda C. Copel (2000) penyebab depresi adalah ;

- (1) Perasaan bersalah dan duka cita yang mendalam, berkepanjangan, mengingkari, hubungan ambivalen, perasaan tidak aman
- (2) Perasaan negatif atas diri sendiri, perasaan tidak mampu memikul tanggungjawab
- (3) Hubungan pribadi yang sangat terbatas, kesulitan bergaul, kondisi emosional yang labil, dan
- (4) Merasa tidak berdaya (putus asa).

2. Faktor eksternal

Faktor-faktor eksternal yang menyebabkan depresi antara lain :

- 1) Faktor keluarga, meliputi kedekatan, interaksi, dan komunikasi antar anggota keluarga
- 2) Dukungan emosional dari pasangan, dan suasana rumah tangga.
- 3) Faktor lingkungan meliputi relasi, peran sosial, dukungan sosial, status sosialekonomi, dan
- 4) Latar belakang pendidikan.

Ada beberapa aspek yang menjadi faktor penyebab depresi, yaitu(Zaini, 2019) :

1. Faktor biologis

1) Faktor genetik

Transmisi gangguan alam perasaan diteruskan melalui garis keturunan. Frekuensi gangguan alam perasaan meningkat pada kembar monozigot dibanding dizigot walaupun diasuh secara terpisah

2) Neurotransmitter

Katekolamin : penurunan dari katekolamin otak atau aktivitas sistem katekolamin menyebabkan timbulnya depresi

Asetilkolin : peningkatan asetilkolin dapat menjadi faktor penyebab depresi

Serotonin : defisit serotonin dapat merupakan faktor penyebab dari depresi. Serotonin bertanggung jawab untuk kontrol regulasi afek, agresi, tidur dan nafsu makan. Pada beberapa penelitian ditemukan jumlah serotonin yang berkurang di celah sinaps dikatakan bertanggung jawab untuk terjadinya depresi.

Norepinefrin : penurunan regulasi reseptor beta adrenergik dan respon klinik anti depresan mungkin merupakan peran langsung sistem noradrenergik dalam depresi. Bukti lain yang juga melibatkan reseptor β_2 -presinaptik pada depresi, telah mengaktifkan reseptor yang mengakibatkan pengurangan jumlah pelepasan norepinefrin. Reseptor β_2 -presinaptik juga terletak pada neuron serotonergik dan mengatur jumlah pelepasan serotonin.

Dopamine : aktivitas dopamin mungkin berkurang pada depresi. Penemuan subtype baru reseptor dopamin dan meningkatnya pengertian fungsi regulasi presinaptik dan pascasinaptik dopamin memperkaya hubungan antara dopamin dan gangguan mood. Dua teori terbaru tentang dopamin dan depresi adalah jalur dopamin mesolimbik mungkin mengalami disfungsi pada depresi dan reseptor dopamin D₂, mungkin pada depresi (Sharf, 2012)

3) Endokrin

Depresi berhubungan dengan gangguan hormon seperti pada hipotiroidisme dan hipertiroidisme, terapi estrogen eksogen, dan post partum.

2. Faktor lingkungan

Lingkungan memberikan pengaruh terhadap terjadinya depresi. Faktor lingkungan tersebut meliputi kehilangan orang yang dicintai, rasa permusuhan, kemarahan, kekecewaan yang ditujukan pada suatu objek atau pada diri sendiri, sumber coping yang tidak adekuat, individu dengan kepribadian dependen, obsesif-kompulsif, dan histeris, adanya masalah atau kesulitan hidup, belajar perilaku dari lingkungan yang tidak berdaya dan tergantung, pengalaman negatif masa lalu (Ketis, Zalika, Kersnik, Janko, 2009).

2.1.3 Gejala depresi

Gejala depresi adalah kumpulan dari perilaku dan perasaan yang secara spesifik dapat dikelompokkan sebagai depresi. Namun yang perlu diingat, setiap orang mempunyai perbedaan yang mendasar, yang memungkinkan suatu peristiwa atau perilaku dihadapi secara berbeda dan memunculkan reaksi yang berbeda antara satu orang dengan orang lain. Gejala – gejala depresi ini bisa kita lihat dari tiga segi yaitu segi fisik, psikis, dan sosial. Secara lebih jelasnya, kita lihat uraian berikut (Lubis, 2009):

1. Gejala fisik

Menurut para ahli, gejala depresi yang kelihatan ini mempunyai rentangan dan variasi yang luas sesuai dengan berat ringannya depresi yang dialami. Namun secara garis besar ada beberapa gejala fisik umum yang relatif mudah dideteksi, seperti :

- 1) Ganggua pola tidur. Misalnya sulit tidur, terlalu banyak atau terlalu sedikit tidur
- 2) Menurunnya tingkat aktivitas. Pada umumnya, orang yang mengalami depresi menunjukkan perilaku yang pasif, menyukai kegiatan yang tidak melibatkan orang lain seperti menonton TV, makan, tidur.
- 3) Menurunnya efisiensi kerja. Penyebabnya jelas, orang yang terkena depresi akan sulit memfokuskan perhatian atau pikiran pada suatu hal, atau pekerjaan. Sehingga, mereka juga akan sulit memfokuskan energi pada hal – hal prioritas. Kebanyakan hal – hal yang dilakukan justru tidak efisien dan tidak berguna, seperti

misalnya ngemil, melamun, merokok terus menerus, sering nelpon yang nggak perlu. Yang jelas orang yang depresi akan terlihat dari metode kerjanya yang menjadi kurang terstruktur, sistematis kerjanya jadi kacau atau kerjanya jadi lamban.

- 4) Menurunnya produktivitas kerja. Orang yang terkena depresi akan kehilangan sebagian atau seluruh motivasi kerjanya. Sebabnya, ia tidak lagi bisa menikmati dan merasakan kepuasan atas apa yang dilakukannya. Ia sudah kehilangan minat dan motivasi untuk melakukan kegiatannya seperti semula. Oleh karena itu, keharusan untuk tetap beraktivitas membuatnya semakin kehilangan energi karena energi yang ada sudah banyak terpakai untuk mempertahankan diri agar dapat berfungsi seperti biasanya. Mereka mudah sekali lelah, capai padahal belum melakukan aktivitas yang berarti.
- 5) Mudah merasa letih dan skait. Jelas saja, depresi itu sendiri adalah perasaan negatif, maka jelas akan membuat letih karena membebani pikiran dan perasaan dan ia harus memikulkannya dimana saja dan kapan saja suka tidak suka.

2. Gejala psikis

Perhatikan baik – baik gejala psikis dibawah ini :

- 1) Kehilangan rasa percaya diri. Penyebabnya, orang yang mengalami depresi cenderung memandang segala sesuatu dari segi negatif, termasuk menilai diri sendiri. Pasti mereka senang

sekali membandingkan dirinya sendiri dengan orang lain. Orang lain dinilai lebih sukses, pandai, beruntung, kaya, lebih berpendidikan, lebih berpengalaman, lebih diperhatikan oleh atasan, dan pikiran negatif lainnya.

- 2) Sensitif. Orang yang mengalami depresi senang sekali mengaitkan segala sesuatu dengan dirinya. Perasaannya sensitif sekali, sehingga sering peristiwa yang netral jadi dipandang dari sudut pandang yang berbeda oleh mereka, bahkan di salah artikan. Akibatnya mereka mudah tersinggung, mudah marah, perasa, curiga akan maksud orang lain (yang sebenarnya tidak ada apa – apa, mudah sedih, murung dan lebih suka menyendiri.
- 3) Merasa tidak berguna. Perasaan tidak berguna ini muncul karena mereka merasa menjadi orang yang gagal terutama dibidang atau lingkungan yang seharusnya mereka kuasai.
- 4) Perasaan bersalah. Perasaan bersalah terkadang timbul dalam pemikiran orang yang mengalami depresi. Mereka memandang suatu kejadian yang menimpa dirinya sebagai suatu hukuman atau akibat dari kegagalan mereka melaksanakan tanggung jawab yang seharusnya mereka kerjakan. Banyak pula yang merasa dirinya menjadi beban bagi orang lain dan menyalahkan diri mereka atas situasi tersebut.

5) Perasaan terbebani, banyak orang yang menyalahkan orang lain atas kesusahan yang dialaminya. Persepsi merasa terbebani berat karena merasa terlalu dibebani tanggung jawab yang berat

3. Gejala sosial

Jangan heran jika masalah depresi yang berawal dari diri sendiri pada akhirnya mempengaruhi lingkungan dan pekerjaan (atau aktivitas rutin lainnya). Bagaimana tidak, lingkungan tentu bereaksi terhadap perilaku orang yang depresi tersebut yang pada umumnya negatif (mudah marah, tersinggung, menyendiri, sensitif, mudah letih, mudah sakit). Problem sosial yang terjadi biasanya berkisar pada masalah interaksi dengan rekan kerja, atasan atau bawahan. Masalah ini tidak hanya berbentuk fisik, namun masalah lainnya juga seperti perasaan minder, malu, cemas jika berada di antara kelompok dan merasa tidak nyaman untuk berkomunikasi secara normal. Mereka merasa tidak mampu untuk bersikap terbuka dan secara aktif menjalin hubungan dengan lingkungan sekalipun ada kesempatan.

Depresi yang berat ditandai dengan “Trias Depresi”, yakni hipoaktivitas, afek sedih (disforik), dan bicara “remming” sampai “bloking”. Depresi berat bisa disertai gejala psikotik, seperti waham dan halusinasi pendengaran dengan tema bersalah, berdosa, rendah diri, nihilistik, atau ancaman. (Wicaksana, 2008).

Secara psikodinamik, depresi merupakan agresivitas yang dibalik dihantamkan pada diri sendiri. Rasa sesal dan kemarahan

karena “kehilangan” itu dibalik pada diri sendiri. Jadi, penderita depresi cenderung merusak diri sendiri dengan menolak makan, menolak obat, melakukan tindakan berbahaya, sampai mencoba bunuh diri. Penderita depresi juga “mencintai” keadaan depresinya sebagai satu “*defence mechanism*” yang dibutuhkannya karena itu sering menolak pertolongan, bantuan, atau upaya pengobatan dari siapapun. (Wicaksana, 2008).

2.1.4 Alat ukur depresi

Beck Depression Inventory dibuat oleh dr. Aaron T. Beck, BDI merupakan salah satu instrumen yang paling sering digunakan untuk mengukur derajat keparahan depresi. BDI II memperbarui BDI dengan memperluas kerangka waktu untuk mendukung item untuk memungkinkan laporan tidur berlebihan dan makan berlebihan serta insomnia dan kehilangan nafsu makan (AT Beck Steer, Ball & Raineri, 1996; AT Beck, Steer, Steer, & Brown, 1996).

Penilaian dilakukan dengan menggunakan kuesioner para responden akan mengisi 21 pertanyaan, setiap pertanyaan memiliki skor 0 s/d 3, setelah responden menjawab semua pertanyaan kita dapat menjumlahkan skor tersebut, skor tertinggi adalah 63 jika responden mengisi 3 poin keseluruhan pertanyaan. Skor terendah adalah 0 jika responden mengisi poin 0 pada keseluruhan pertanyaan. 21 *item* tersebut menggambarkan kesedihan, pesimistik, perasaan gagal, ketidakpuasan, rasa bersalah, perasaan akan hukuman, kekecewaan terhadap diri sendiri, menyalahkan diri sendiri, keinginan bunuh diri, menangis, iritabilitas, hubungan sosial, pengambilan keputusan, ketidakberhargaan diri, kehilangan

tenaga, insomnia, perasaan marah, anoreksia, kesulitan berkonsentrasi, kelelahan, dan penurunan libido. Setiap gejala dirangking dalam skala intensitas 4 poin dan nilainya ditambahkan untuk memberi total nilai dari 0-63, nilai yang lebih tinggi mewakili tingkat depresi yang lebih berat. Berikut ini kuisioner BDI-II

This depression inventory can be self-scored. The scoring scale is at the end of the questionnaire.

1. *0 I do not feel sad
1 I feel sad
2 I am sad all the time and I can't snap out of it.
3 I am so sad and unhappy that I can't stand it.*
2. *0 I am not particularly discouraged about the future.
1 I feel discouraged about the future.
2 I feel I have nothing to look forward to.
3 I feel the future is hopeless and that things cannot improve*
3. *0 I do not feel like a failure.
1 I feel I have failed more than the average person.
2 As I look back on my life, all I can see is a lot of failures.
3 I feel I am a complete failure as a person.*
4. *0 I get as much satisfaction out of things as I used to.
1 I don't enjoy things the way I used to.
2 I don't get real satisfaction out of anything anymore.
3 I am dissatisfied or bored with everything.*
5. *0 I don't feel particularly guilty
1 I feel guilty a good part of the time.
2 I feel quite guilty most of the time.
3 I feel guilty all of the time.*
6. *0 I don't feel I am being punished.
1 I feel I may be punished.
2 I expect to be punished.
3 I feel I am being punished.*
7. *0 I don't feel disappointed in myself.
1 I am disappointed in myself.
2 I am disgusted with myself.
3 I hate myself.*
8. *0 I don't feel I am any worse than anybody else.
1 I am critical of myself for my weaknesses or mistakes.
2 I blame myself all the time for my faults.
3 I blame myself for everything bad that happens.*
9. *0 I don't have any thoughts of killing myself.
1 I have thoughts of killing myself, but I would not carry them out.
2 I would like to kill myself.
3 I would kill myself if I had the chance.*

10. 0 *I don't cry any more than usual.*
 - 1 *I cry more now than I used to.*
 - 2 *I cry all the time now.*
 - 3 *I used to be able to cry, but now I can't cry even though I want to.*
11. 0 *I am no more irritated by things than I ever was.*
 - 1 *I am slightly more irritated now than usual.*
 - 2 *I am quite annoyed or irritated a good deal of the time.*
 - 3 *I feel irritated all the time.*
12. 0 *I have not lost interest in other people.*
 - 1 *I am less interested in other people than I used to be.*
 - 2 *I have lost most of my interest in other people.*
 - 3 *I have lost all of my interest in other people.*
13. 0 *I make decisions about as well as I ever could.*
 - 1 *I put off making decisions more than I used to.*
 - 2 *I have greater difficulty in making decisions more than I used to.*
 - 3 *I can't make decisions at all anymore.*
14. 0 *I don't feel that I look any worse than I used to.*
 - 1 *I am worried that I am looking old or unattractive.*
 - 2 *I feel there are permanent changes in my appearance that make me look unattractive*
 - 3 *I believe that I look ugly.*
15. 0 *I can work about as well as before.*
 - 1 *It takes an extra effort to get started at doing something.*
 - 2 *I have to push myself very hard to do anything.*
 - 3 *I can't do any work at all.*
16. 0 *I can sleep as well as usual.*
 - 1 *I don't sleep as well as I used to.*
 - 2 *I wake up 1-2 hours earlier than usual and find it hard to get back to sleep.*
 - 3 *I wake up several hours earlier than I used to and cannot get back to sleep.*
17. 0 *I don't get more tired than usual.*
 - 1 *I get tired more easily than I used to.*
 - 2 *I get tired from doing almost anything.*
 - 3 *I am too tired to do anything*
18. 0 *My appetite is no worse than usual.*
 - 1 *My appetite is not as good as it used to be.*
 - 2 *My appetite is much worse now.*
 - 3 *I have no appetite at all anymore.*
19. 0 *I haven't lost much weight, if any, lately.*
 - 1 *I have lost more than five pounds.*
 - 2 *I have lost more than ten pounds.*
 - 3 *I have lost more than fifteen pounds.*
20. 0 *I am no more worried about my health than usual.*
 - 1 *I am worried about physical problems like aches, pains, upset stomach, or constipation.*

- | |
|---|
| <p>2 <i>I am very worried about physical problems and it's hard to think of much else.</i></p> <p>3 <i>I am so worried about my physical problems that I cannot think of anything else.</i></p> <p>21. 0 <i>I have not noticed any recent change in my interest in sex.</i></p> <p>1 <i>I am less interested in sex than I used to be.</i></p> <p>2 <i>I have almost no interest in sex.</i></p> <p>3 <i>I have lost interest in sex completely</i></p> |
|---|

Tabel 2.1 Kuisisioner Beck Depression Inventory

1. Skor 0-13 : tidak depresi
2. Skor 14-19 : depresi ringan
3. Skor 20-28 : depresi sedang
4. Skor 29-63 : depresi berat (Beck dalam Hammen, 2008)

2.2 Konsep Dukungan Keluarga

2.2.1 Definisi Keluarga

Menurut WHO 1969 keluarga merupakan anggota rumah tangga yang saling berhubungan melalui pertalian darah, adopsi, atau perkawinan (Hernilawati, 2013).

Dukungan keluarga adalah sebagai suatu proses hubungan antara keluarga dnegan lingkungan sosial. Dalam semua tahap, dukungan keluarga mampu berfungsi dengan berbagai kepandaian dan akal, sehingga akan meningkatkan kesehatan dan adaptasi mereka dalam kehidupan (Friedman, 1998 dalam (Hernilawati, 2013)

Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan penerimaan keluarga terhadap anggota keluarganya, berupa dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan instrumental dan dukungan emosional (Friedman, 2010).

2.2.2 Fungsi keluarga

Fungsi keluarga menurut Friedman, 1998:

1. Fungsi afektif

Yaitu perindungan psikologis, rasa aman, interaksi, mendewasakan dan mengenal identitas diri individu.

2. Fungsi sosialisasi peran

Adalah fungsi dan peran di masyarakat, serta sasaran untuk kontak sosial didalam/diluar rumah.

3. Fungsi reproduksi

Adalah menjamin kelangsungan generasi dan kelangsungan hidup masyarakat.

4. Fungsi memenuhi kebutuhan fisik dan perawatan

Merupakan pemenuhan sandang, pangan, dan papan serta perawatan kesehatan.

5. Fungsi ekonomi

Adalah fungsi untuk pengadaan sumber dana, pengalokasian dana serta pengaturan keseimbangan

6. Fungsi pengontrol/pengatur

Adalah memberikan pendidikan dan norma-norma

2.2.3 Tipe keluarga

Dukungan keluarga terhadap seseorang dapat dipengaruhi oleh tipe keluarga. Secara tradisional tipe keluarga dapat dibagi menjadi dua yaitu :

1. Keluarga inti (*nuclear family*) adalah keluarga yang terdiri dari ayah, ibu, anak yang diperoleh dari keturunannya atau adopsi atau keduanya.

2. Keluarga besar (*extended family*) adalah keluarga inti ditambah anggota keluarga lain yang masih memiliki hubungan darah (kakek, nenek, paman, bibi).

Menurut (Friedman, 2010), individu yang tinggal dalam keluarga besar (*extended family*) akan mendapatkan dukungan keluarga yang lebih besar dibandingkan dengan individu yang tinggal dalam keluarga inti (*nuclear family*).

2.2.4 Tugas Keluarga Dalam Bidang Kesehatan

Sesuai dengan fungsi pemeliharaan kesehatan, keluarga mempunyai tugas dibidang kesehatan yang perlu dipahamkan dilakukan. Setiadi (2008) 5 tugas keluarga dalam bidang kesehatan yang harus dilakukan, yaitu :

1. Mengenal masalah kesehatan setiap anggotanya
2. Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat bagi keluarga
3. Memberikan keperawatan anggotanya yang sakit atau yang tidak dapat membantu dirinya sendiri karena cacat atau usianya terlalu muda
4. Mempertahankan suasana dirumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga
5. Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga kesehatan (pemanfaatan fasilitas kesehatan yang baik)

2.2.5 Bentuk Dukungan Keluarga

Keluarga memiliki beberapa bentuk dukungan (Friedman, 2010) yaitu :

1. Dukungan penilaian

Dukungan ini meliputi pertolongan pada individu untuk memahami kejadian depresi dengan baik dan juga sumber depresi dan strategi koping yang dapat digunakan dalam menghadapi stressor. Dukungan keluarga dapat membantu meningkatkan strategi koping individu dengan strategi-strategi alternatif berdasarkan pengalaman yang berfokus pada aspek-aspek positif.

2. Dukungan instrumental

Dukungan ini meliputi penyediaan dukungan jasmaniah seperti pelayanan, bantuan finansial, dan material berupa bantuan nyata (Instrumental support material support).

3. Dukungan emosional

Selain depresi berlangsung individu sering menderita secara emosional, sedih, cemas, dan kehilangan harga diri. Jika depresi mengurangi perasaan seseorang akan hal yang dimiliki dan dicintai maka mekanisme koping yang digunakan adalah maladaptif. Dukungan emosional memberikan individu rasa nyaman, merasa dicintai saat mengalami depresi, bantuan dalam bentuk semangat, empati, rasa percaya, perhatian sehingga individu yang menerimanya merasa berharga sehingga dapat memecahkan masalah yang dihadapinya. Pada dukungan emosional ini keluarga menyediakan tempat istirahat dan memberikan semangat sehingga mekanisme koping individu bersifat positif.

4. Dukungan informasional

Jenis dukungan ini meliputi jaringan komunikasi dan tanggung jawab bersama termasuk didalamnya memberikan solusi dari masalah, memberikan nasihat, pengarahan, saran, atau umpan balik tentang apa yang dilakukan seseorang. Dukungan informasional dapat meningkatkan strategi koping individu. Keluarga dapat menyediakan informasi dengan menyarankan tentang dokter, terapi, yang baik bagi dirinya dan tindakan spesifik bagi individu untuk melawan stressor, individu yang mengalami depresi dapat keluar dari masalahnya dan memecahkan masalahnya dengan dukungan dari keluarga dengan menyediakan *feed back*. Pada dukungan keluarga informasi ini keluarga sebagai penghimpun informasi dan pemberi informasi sehingga koping individu bersifat positif.

2.2.6 Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga

1. Pendidikan dan pengetahuan juga mempengaruhi seseorang untuk bertindak dalam menjalankan perannya sesuai dengan sejauh mana pemahaman dan pengetahuannya.
2. Lingkungan dan interaksi sosial yaitu setiap klien selalu berinteraksi dengan lingkungan dan interaksi sosial dimana mereka tinggal. Peran yang mereka peroleh secara tidak langsung tercipta dimana mereka berada.
3. Kelas sosial yaitu fungsi dari dukungan keluarga tentu dipengaruhi oleh tuntutan kepentingan dan kebutuhan yang ada dalam keluarga.

4. Bentuk keluarga yaitu keluarga dengan orang tua tunggal jelas berbeda dengan orang yang masih lengkap, demikian juga antara keluarga inti dengan keluarga besar yang beragam dalam pengambilan keputusan dan kepentingan yang rawan dengan konflik peran (Friedman, 2010).

2.2.7 Manfaat Dukungan Keluarga

Manfaat dari dukungan keluarga terhadap kesehatan dan kesejahteraan berfungsi bersamaan. Secara lebih spesifik, keberadaan dukungan yang adekuat terbukti berhubungan dengan menurunnya mortalitas, lebih mudah sembuh dari sakit, fungsi kognitif, fisik, dan kesehatan emosional. Disamping itu, pengaruh positif dari dukungan keluarga adalah penyesuaian terhadap kejadian dalam kehidupan yang penuh dengan stress (Setiadi, 2008).

Ada semacam hubungan yang kuat antara dukungan keluarga dan status kesehatan anggotanya, bahwa peran dari keluarga sangat penting bagi setiap aspek perawatan kesehatan anggota keluarga secara individu, mulai dari strategi-strategi hingga fase rehabilitasi. Keluarga memainkan suatu peran bersifat mendukung selama masa penyembuhan dan pemulihan klien. Apabila dukungan semacam ini tidak ada, maka keberhasilan penyembuhan atau pemulihan (rehabilitasi) sangat berkurang (Friedman, 2010).

2.2.8 Cara Mengukur Skor Dukungan Keluarga

Skor dukungan keluarga sebagai berikut :

Pernyataan positif :

Selalu = 4

Sering = 3

Kadang-kadang = 2

Tidak pernah = 1

Pernyataan negatif :

Selalu = 1

Sering = 2

Kadang-kadang = 3

Tidak pernah = 4

Untuk menghitung kriteria dukungan keluarga menggunakan rumus sebagai berikut :

$$p = \frac{fx}{n} 100\%$$

Keterangan :

p : nilai yang didapat

f : score yang didapat

n : Score tertinggi

Kriteria :

1. Dukungan keluarga baik = 76-100%
2. Dukungan keluarga cukup = 56-75%
3. Dukungan keluarga kurang = <55% (Susanti, 2017)

No.	Dukungan	selalu	sering	Kadang-kadang	Tidak pernah
	Dukungan Emosional				
1.	Keluarga selalu memberikan dorongan kepada saya untuk tetap menjaga kesehatan				
2.	Jika saya minum dan makan tidak sesuai				

	dengan anjuran, keluarga menasehati saya				
3.	Keluarga tidak mau membantu memenuhi kebutuhan saya dengan penuh kesabaran				
4.	Keluarga membiarkan saya untuk makan dan minum apa yang saya sukai walaupun itu melanggar aturan				
	Dukungan Penghargaan				
5.	Keluarga memberikan pujian atas usaha yang dilakukan saya untuk menaati aturan makan dan minum yang telah ditetapkan.				
6.	Keluarga tidak marah ketika saya tidak mau menaati aturan makan dan minum yang telah ditetapkan.				
	Dukungan Informasi				
7.	Keluarga tidak pernah mengingatkan saya untuk selalu mematuhi aturan makan dan minum yang dijalani.				
8.	Keluarga memberitahu makanan dan minuman apa saja yang harus dihindari.				
9.	Keluarga memberitahu tentang semua informasi yang didapatkan dari dokter perawat atau tim kesehatan yang lain kepada saya				
10.	Keluarga tidak pernah				

	mengingatkan saya tentang pentingnya menjaga dan mengontrol asupan cairan				
	Dukungan penilaian				
11.	Keluarga mengantar atau mendampingi saya untuk berobat ke pelayanan kesehatan				
12.	Keluarga tidak pernah meluangkan waktu untuk mendengarkan cerita atau pun keluhan keluhan yang ingin disampaikan oleh saya				

Tabel 2.2 Kuisisioner Dukungan Keluarga

2.3 Konsep Gagal Ginjal Kronis

2.3.1 Definisi

Gagal ginjal kronik (GGK) adalah kemunduran fungsi ginjal yang progresif dan irreversibel dimana terjadi kegagalan kemampuan tubuh untuk mempertahankan keseimbangan metabolik, cairan dan elektrolit yang mengakibatkan uremia atau azotemia (Smeltzer, 2013).

2.3.2 Etiologi

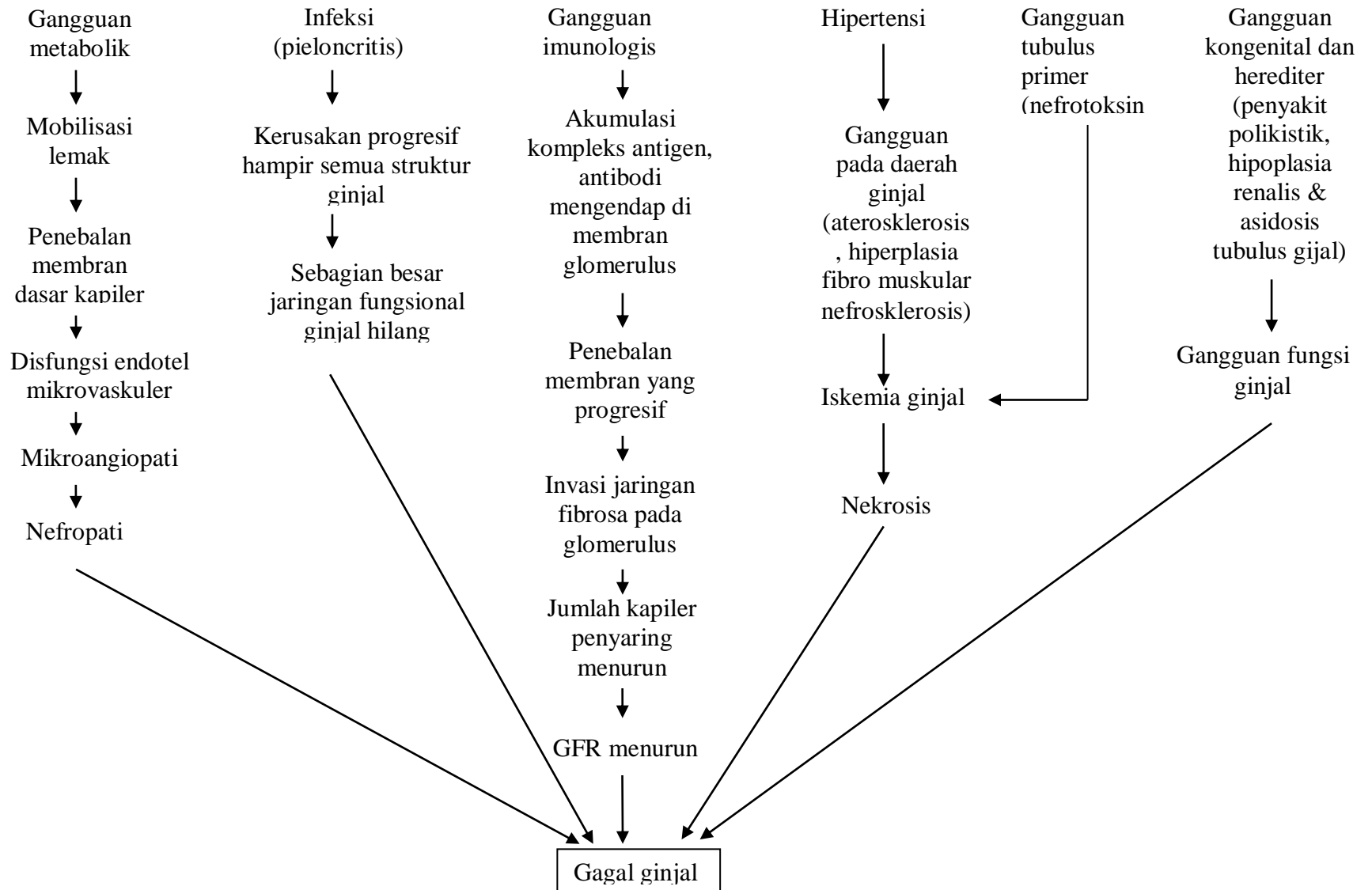
1. Gangguan pembuluh darah ginjal : berbagai jenis lesi vaskuler dapat menyebabkan iskemik ginjal dan kematian jaringan ginjal. Lesi yang paling sering adalah aterosklerosis pada arteri renalis yang besar, dengan konstiksi progresif pada pembuluh darah. Hiperplasia fibromuskular pada satu atau lebih arteri besar yang juga menimbulkan sumbatan pembuluh darah. Nefrosklerosis yaitu suatu kondisi yang disebabkan oleh hipertensi lama yang tidak diobati, dikarakteristikan

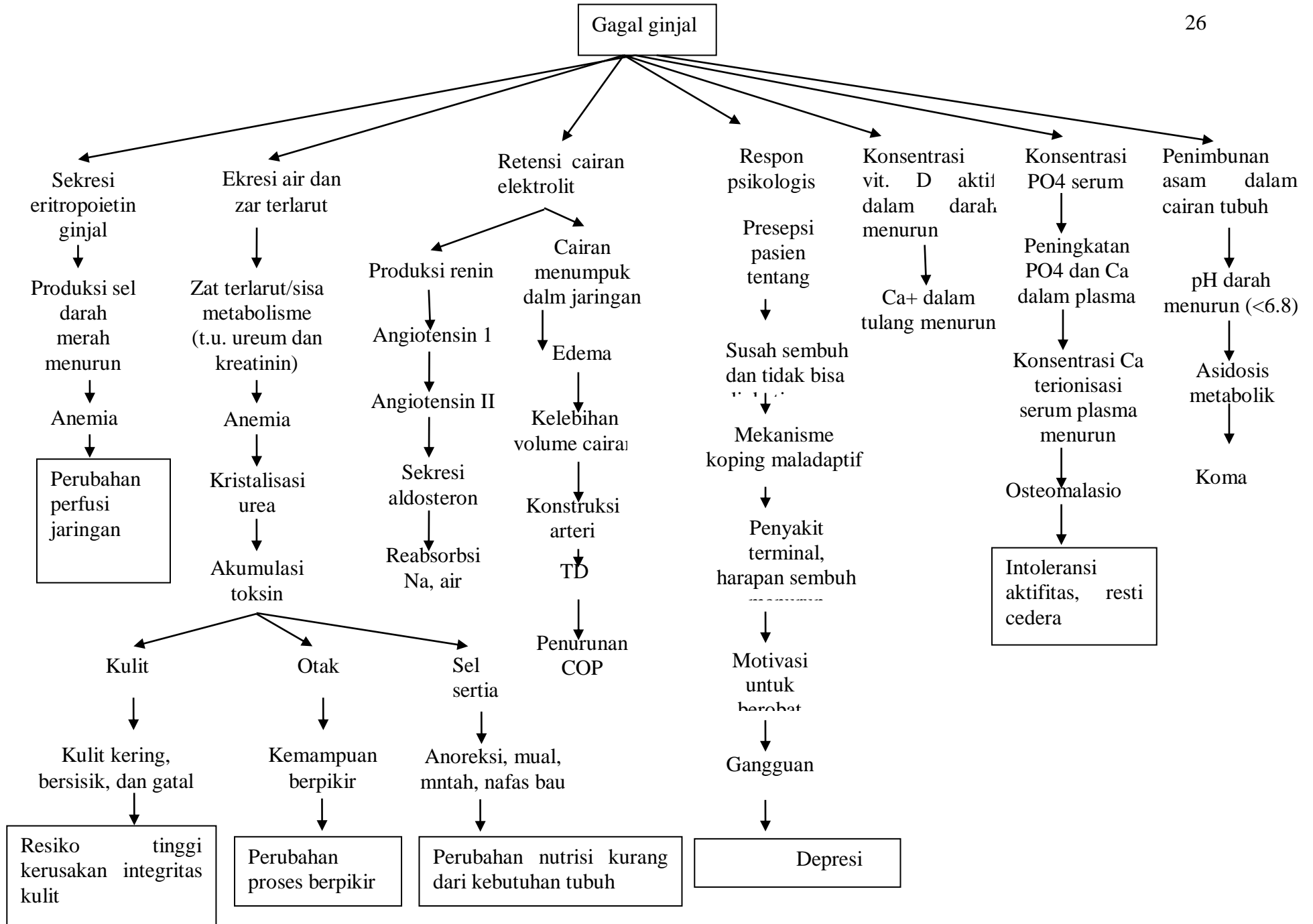
oleh penebalan, hilangnya elastisitas sistem, perubahan darah ginjal mengakibatkan penurunan aliran darah dan akhirnya gagal ginjal.

2. Gangguan imunologis seperti glomerulonefritis dan SLE
3. Infeksi : dapat disebabkan oleh beberapa jenis bakteri terutama E. Coli yang berasal dari kontaminasi tinja pada traktus urinarius bakteri. Bakteri ini mencapai ginjal melalui aliran darah atau yang lebih sering secara asxenden dari traktus urinarius bagian bawah lewat ureter ke ginjal sehingga dapat menimbulkan kerusakan irreversibel ginjal yang disebut plenlonefritis.
4. Gangguan metabolik : seperti DM yang menyebabkan mobilisasi lemak meningkat sehingga terjadi penebalan membran kapiler dan di ginjal dan berlanjut dengan disfungsi endotel sehingga terjadi nefropati amiloidosis yang disebabkan oleh endapan zat-zat proteinemia abnormal pada dinding pembuluh darah secara serius merusak membran glomerulus.
5. Gangguan tubulus primer : terjadinya nefrotoksis akibat analgesik atau logam berat.
6. Obstruksi traktus urinarius : oleh batu ginjal, hipertrofi prostat, dan konstriksi uretra
7. Kelainan kongenital dan herediter : penyalit polikistik yaitu kondisi keturunan yang dikarakteristik oleh terjadinya kista/kantong berisi cairan didalam ginjal dan organ lain, serta tidak adanya jar. Ginjal yang

bersifat kongenital (hipoplasia renalis) serta adanya asidosis(Smeltzer, 2013).

2.3.3 Pathway (Smeltzer, 2013)





2.3.4 Klasifikasi

K/DOQI merekomendasikan pembagian CKD berdasarkan stadium dari tingkat penurunan LFG :

1. Stadium 1 : keadaan ginjal yang ditandai dengan albuminaria persisten dan LFG yang masih normal (<90ml/menit/1,7 m²)
2. Stadium 2 : kelainan ginjal dengan albuminaria persisten dan LFG antara 60-89mL/menit/1,73 m²
3. Stadium 3 : kelainan ginjal dengan LFG antara 30-59 mL/menit/1,73 m².
4. Stadium 4 : kelainan ginjal dengan LFG antara 15-29mL/menit/1,73m²
5. Stadium 5 : kelainan ginjal dengan LFG < 15mL/menit/1,72m² atau gagal ginjal terminal.

Untuk menilai GFR (Glomerular Filtration Rate)/CCT(Clearance Creatinin Test) dapat digunakan dengan rumus :

$$\text{Clearance creatinin (ml/menit)} = \frac{(140-\text{umur}) \times \text{berat badan (kg)}}{72 \times \text{Creatinin serum}}$$

Pada wanita hasil tersebut dikalikan 0,85

2.3.5 Manifestasi Klinik

1. Manifestasi klinik antara lain (Long, 1996 : 369):
 - 1) Gejala dini : lethargi, sakit kepala, kelelahan fisik dan mental, berat badan berkurang, mudah tersinggung, depresi

- 2) Gejala yang lebih lanjut : anoreksia, mual disertai muntah, nafas dangkal atau sesak nafas baik waktu ada kegiatan atau tidak, udem yang disertai dengan lekukan pruritis, mungkin tidak ada tapi mungkin juga sangat parah
2. Manifestasi klinik menurut (Smeltzer, 2001 : 1449) antara lain : hipertensi (akibat retensi cairan dan natrium dari aktivitas sistem renin-angiotensin-aldosteron), gagal jantung kongestif dan udem pulmoner (akibat cairan berlebihan) dan perikarditis (akibat iritasi pada lapisan perikardial oleh toksik, pruritis, anoreksia, mual, muntah, dan cegukan, kedutan otot, kejang, perubahan tingkat kesadaran, tidak mampu berkontraksi).
 3. Manifestasi klinik menurut SUYONO (2001) adalah sebagai berikut :
 - 1) Gangguan kardiovaskular
Hipertensi, nyeri dada, sesak nafas akibat perikarditis, efusi perikardiac dan gagal jantung akibat penimbunan cairan, gangguan irama jantung, dan edema.
 - 2) Gangguan pulmoner
Nafas dangkal, kussmaul, batuk dengan sputum kental dan riak, suara krekels
 - 3) Gangguan gastrointestinal
Anoreksia, nausea, dan formitus yang berhubungan dengan metabolisme protein dalam usus, perdarahan pada saluran gastrointestinal, ulseral, dan mulut, nafas bau amonia

- 4) Gangguan muskuloskeletal
Resiles leg sindrom (prgal pada kaki sehingga selalu digerakkan),
burning feet syndrome (rasa kesemutan dan terbakar, terutama
ditelapak kaki), tremor, miopati (kelemahan dan hipertropi otot-
otot ekstermitas)
- 5) Gangguan integumen
Kulit berwarna pucat akibat anemia dan kekuning-kuningan
akibat penimbunan urokrom, gatal-gatal akibat toksik, kuku tipis
dan rapuh
- 6) Gangguan endokrin
Gangguan seksual : libido fertilitas dan ereksi menurun, gangguan
emenstruasi dan aminore. Gangguan metabolic glukosa, gangguan
metabolic lemak dan vitamin D
- 7) Gangguan cairan dan elektrolit dan keseimbangan asam dan basa.
Biasanya retensi garam dan air tetapi dapat juga terjadi
kehilangan natrium dan dehidrasi, asidosis, hiperkalemia,
hipomagnesemia, hipokalsemia.
- 8) Sistem hematologi
Anemia yang disebabkan karena kurangnya produksi
eritropoietin, sehingga rangsangan eritropoesis pada sum-sum
tulang berkurang, hemolisis akibat berkurangnya masa hidup
eritrosit dalam suasana uremia toksik, dapat juga terjadi gangguan
fungsi trombosis dan trombositopeni.

2.3.6 Pemeriksaan penunjang

1. Urine :
 - 1) Volume < 400ml/24 jam (oliguria atau anuria)
 - 2) Warna : keruh
 - 3) Berat jenis < 1,015
 - 4) Osmolalitas < 350m osm/kg
 - 5) Klirens kreatinin : turun
 - 6) Natrium >40 mEq/l
 - 7) Protein : proteinuria (3 – 4 +)
2. Darah :
 - 1) BUN/kreatinin meningkat
 - 2) Hitung darah lengkap : Ht menurun, Hb < 7-8 gr%
 - 3) Eritrosit : waktu hidup menurun
 - 4) GDA, pH menurun : asidosis metabolik
 - 5) N⁺⁺ serum menurun
 - 6) K⁺⁺ meningkat
 - 7) Mg⁺/fosfat meningkat
 - 8) Protein (khusus albumin) meningkat
3. Osmolalitas serum >285m osm/kg
4. KUB foto : ukuran ginjal/ureter/KK dan obstruksi (batas)
5. Pielogram retrpgrad : identifikasi ekstrasvaskular, massa
6. Sistouretrogram berkemih : ukuran KK, refluks kedalam ureter, retensi
7. Ultrasono ginjal : sel. Jaringan untuk diagnosis histologist

8. Endoskopi ginjal, nefroskopi : batu, hematuria, tumor
9. EKG : ketidakseimbangan elektrolit dan asam basa
10. Foto kaki, tengkorak, kolumna spinal dan tangan : demineralisasi

2.3.7 Penatalaksanaan

1. Pengaturan minum => pemberian cairan
2. Pengendalian hipertensi =< intake garam
3. Pengendalian K⁺ darah
4. Penanggulangan anemia => transfusi
5. Penanggulangan asidosis
6. Pengobatan dan pencegahan infeksi
7. Pengaturan protein dalam makan
8. Pengobatan neuropati
9. Dialisis
10. Transplantasi

2.4 Konsep Hemodialisa

2.4.1 Definisi Hemodialisa

Hemodialisis adalah proses pembuangan zat-zat sisa metabolisme, zat toksik lainnya melalui membran semi permeabel sebagai pemisah antara darah dan cairan dialisat yang sengaja dibuat dalam dializer (Hudak dan Gallo 1996).

Hemodialisa merupakan suatu tindakan yang digunakan pada klien gagal ginjal untuk menghilangkan sisa toksik, kelebihan cairan dan untuk memperbaiki ketidakseimbangan elektrolit dengan prinsip osmosis dan difusi dengan menggunakan sistem dialisa eksternal dan internal (Tucher, 1998).

2.4.2 Tujuan

1. Membuang produk metabolisme protein seperti urea, kreatinin, dan asam urat
2. Membuang kelebihan air dengan mempengaruhi tekanan banding antara darah dan bagian cairan, biasanya terdiri atas tekanan positif dalam arus darah dan tekanan negatif (penghisap) dalam kompartemen dialisis (proses ultrafiltrasi)
3. Mempertahankan dan mengembalikan sistem buffer tubuh
4. Mempertahankan atau mengembalikan kadar elektrolit tubuh

2.4.3 Indikasi

Indikasi dilakukan hemodialisa adalah :

1. Pasien yang memerlukan hemodialisa adalah pasien GGK dan GGA untuk sementara sampai fungsi ginjalnya putih (laju filtrasi glomerulus < 5ml)
2. Pasien-pasien tersebut dinyatakan memerlukan hemodialisa apabila terdapat indikasi :
 - 1) Hiperkalemia)K⁺ darah > 6 meq/l)
 - 2) Asidosis
 - 3) Kegagalan terapi konservatif
 - 4) Kadar ureum/kreatinin tinggi dalam darah (Ureum > 200mg%, Kreatinin serum > 6mEq/l
 - 5) Kelebihan cairan
 - 6) Mual dan muntah hebat

3. Intoksikasi obat dan zat kimia
4. Ketidakseimbangan cairan dan elektrolit berat
5. Sindrom hepatorenal dengan kriteria :
 - 1) K+ pH darah < 7,10 => asidosis
 - 2) Oliguria/anuria > 5 hari
 - 3) GFR < 5 ml/i pada GGK
 - 4) Ureum darah > 200 mg

2.4.4 Kontra indikasi

1. Hipertensi berat (TD > 200/100 mmHg)
2. Hipotensi (TD < 100 mmHg)
3. Adanya perdarahan hebat
4. Demam tinggi

2.4.5 Komplikasi

1. Ketidakseimbangan cairan

Parameter : Td, Nadi, BB, Intake, Output, turgor, tekanan arteri pulmonal

- 1) Hipervolemia

(1) TD meningkat, nadi dan nafas meningkat, CVP meningkat, dispnea, reles basah, batuk, edema, peingkatan berat badan >> sejak dyalisis terakhir, intake natrium, catat intake dan output.

(2) Ro thorax : ukuran ditolerir ½ kg/24 jam diantara waktu dialisis, batasi intake natrium, catat intake dan output.

Ultraviltrasi

(1) TD meningkat, mual, muntah, berkeringat dan pingsan

(2) 4-5 kg air dibuang selama 2-6 jam

2) Hipovolemia

(1) Peningkatan TD, peningkatan nadi, nafas meningkat, turgor menurun, mulut kering, CVP menurun, urine menurun

(2) Keringat >> muntah, diare, berat badan menurun

(3) Monitor berat badan, flebotomi, + NaCl 100-200 ml. Pantau tekanan darah, plasma ekspander (albumin)

(4) Tidak boleh ultrafiltrasi

3) Hipotensi

(1) Oleh karena hipovolemia, ultrafiltrasi ber >>, kehilangan darah kedalam dializer, inkompabilitas membran, pendialisa terapi anti hipertensi

(2) Pantau BB, posisi horizontal, menurunkan ultrafiltrasi, cairan NaCl/plasma ekspander, penurunan Na (135-145 meq/l).

(3) Cek TTV 4-6 jam, antihipertensi, sedatif/trangulizer dihindari

4) Hipertensi

(1) Karena kelebihan cairan, sindroma disogulibrium, respon renin terhadap ultrafiltrasi, ansietas.

(2) TD diastolik > 120mmHg -> terapi hidralazin 10mg

5) Sindrom disequilibrium pialisis

1. Gelisah, kacau mental, kedutan, mual, muntah, sakit kepala

2. Ketidakseimbangan elektrolit

1) Na⁺

(1) Intake Na⁺ berlebihan -> rasa haus -> hipertensi dan kelebihan cairan

(2) Kram otot (perpindahan Na⁺, H₂O) -> NaCl hipertonic (NaCl 32), dextra 50%, peningkatan berat badan 1 kg/hari

2) K⁺

K⁺ menurun -> hipokalemia, efek digitalis, disritmia fatal

3) Bicarbonat (C = 25 – 30meq/l)

(1) Uremia -> Bicnat menurun untuk buffer asidosis

(2) Tambahan asetat/bicarbonat pada dialisat

(3) Intoleransi asetat -> kontraksi miokard menurun, mual, muntah, sakit kepala

3. Infeksi

1) Hindari kateter indwelling

2) Teknik aseptik -> perubahan suhu tubuh

3) Oral hygiene -> cegah bakteri -> pneumonia

2.5 Hubungan Jenis Kelamin dan Dukungan Keluarga Terhadap Depresi Pasien Gagal Ginjal Kronis yang Menjalani Hemodialisa

Gagal ginjal kronik (GGK) adalah kemunduran fungsi ginjal yang progresif dan irreversibel dimana terjadi kegagalan kemampuan tubuh untuk mempertahankan keseimbangan metabolik, cairan dan elektrolit yang mengakibatkan uremia atau azotemia (Smeltzer, 2013). Penanganan pasien gagal

ginjal kronis salah satunya adalah hemodialisa, dimana hemodialisa merupakan suatu tindakan yang digunakan pada klien gagal ginjal untuk menghilangkan sisa toksik, kelebihan cairan dan untuk memperbaiki ketidakseimbangan elektrolit dengan prinsip osmosis dan difusi dengan menggunakan sistem dialisa eksternal dan internal (Tucher, 1998). Pasien harus dialisis sepanjang hidupnya atau sampai mendapat ginjal baru melalui operasi pencangkokan tentunya memunculkan berbagai respon psikologis diantaranya menyangkal, marah, tawar-menawar, depresi, dan menerima (Fadilah, Roifah, & Sudarsih, 2018).

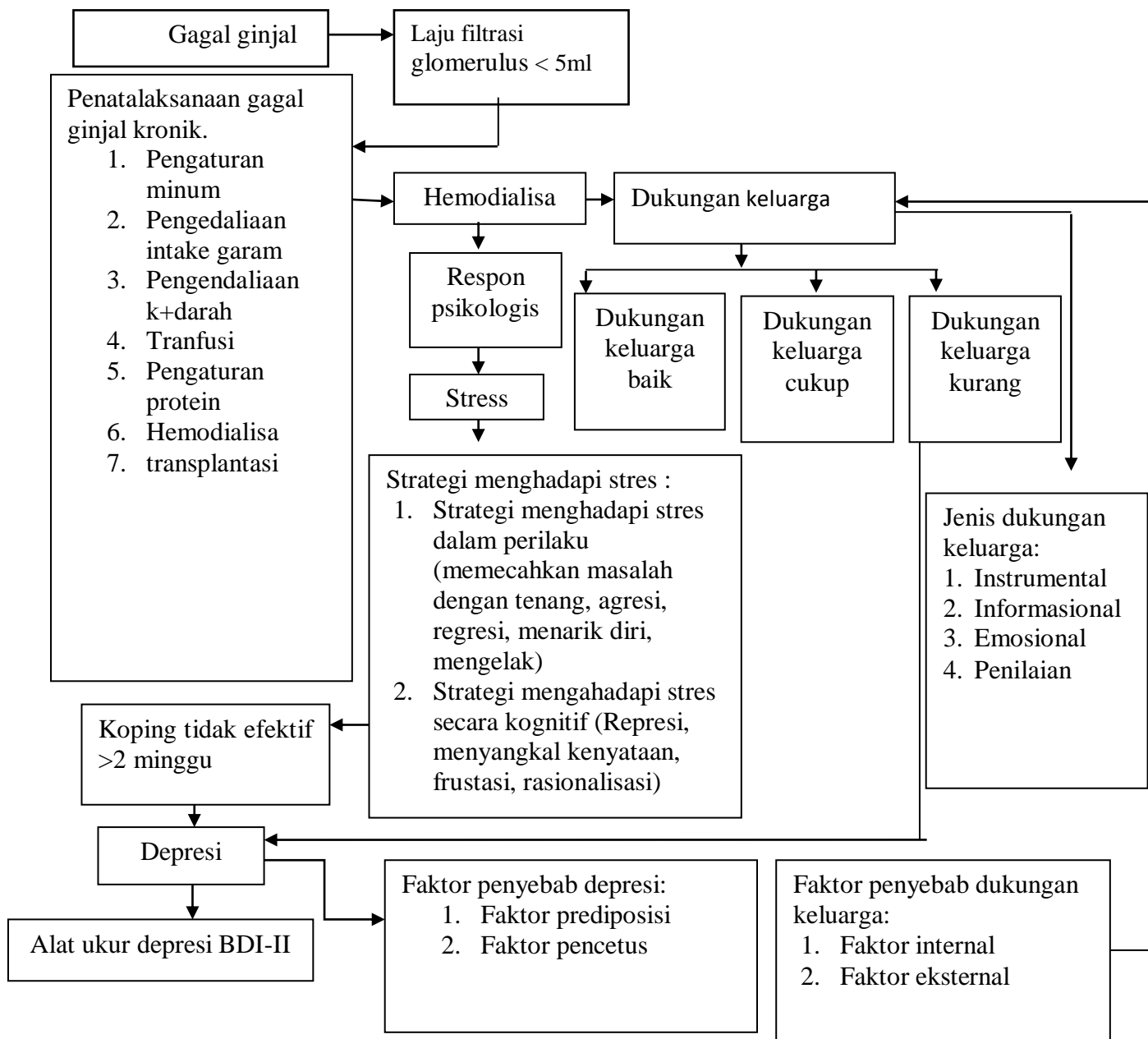
Depresi dapat muncul pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa karena beberapa faktor seperti kondisi kesehatan, trauma, dan tekanan hidup, emosi, harga diri, dan lainnya. Kondisi kesehatan seperti penyakit gagal ginjal kronik ini membuat pasien merasa tertekan, kehilangan semangat dalam menjalankan aktivitas, kehilangan pekerjaan, dan memiliki pikiran-pikiran negatif tentang kehidupan yang akan dijalani kedepannya.

Faktor dari luar dapat bersumber dari keluarga, dimana dukungan keluarga merupakan faktor yang penting yang mempengaruhi depresi (Maryam et al., 2008). Sistem pendukung seperti keluarga, teman, dan rekan kerja yang akan mendengarkan dan memberikan nasihat dan dukungan emosional akan bermanfaat bagi seseorang yang mengalami depresi. Sistem pendukung dapat mengurangi reaksi depresi dan meningkatkan kesejahteraan fisik dan mental. Individu dengan dukungan sosial tinggi pada pasien penyakit ginjal akan mengurangi tingkat depresi, dan juga dengan melakukan coping yang lebih baik, selain itu dukungan sosial dari keluarga juga memiliki hubungan dengan penyesuaian yang baik untuk

proses pemulihan yang lebih cepat dari penyakit ginjal kronik. Individu yang berada pada suatu kondisi yang tidak berdaya sangat membutuhkan dukungan dari orang-orang yang berada didekatkannya. Dukungan sosial keluarga juga mempunyai hubungan positif yang dapat mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan atau dapat meningkatkan kreativitas individu dalam kemampuan penyesuaian yang adaptif terhadap depresi dan rasa sakit yang dialami (Mutiara, Hidayati, & Asyrofi, 2018).

2.6 Kerangka teori

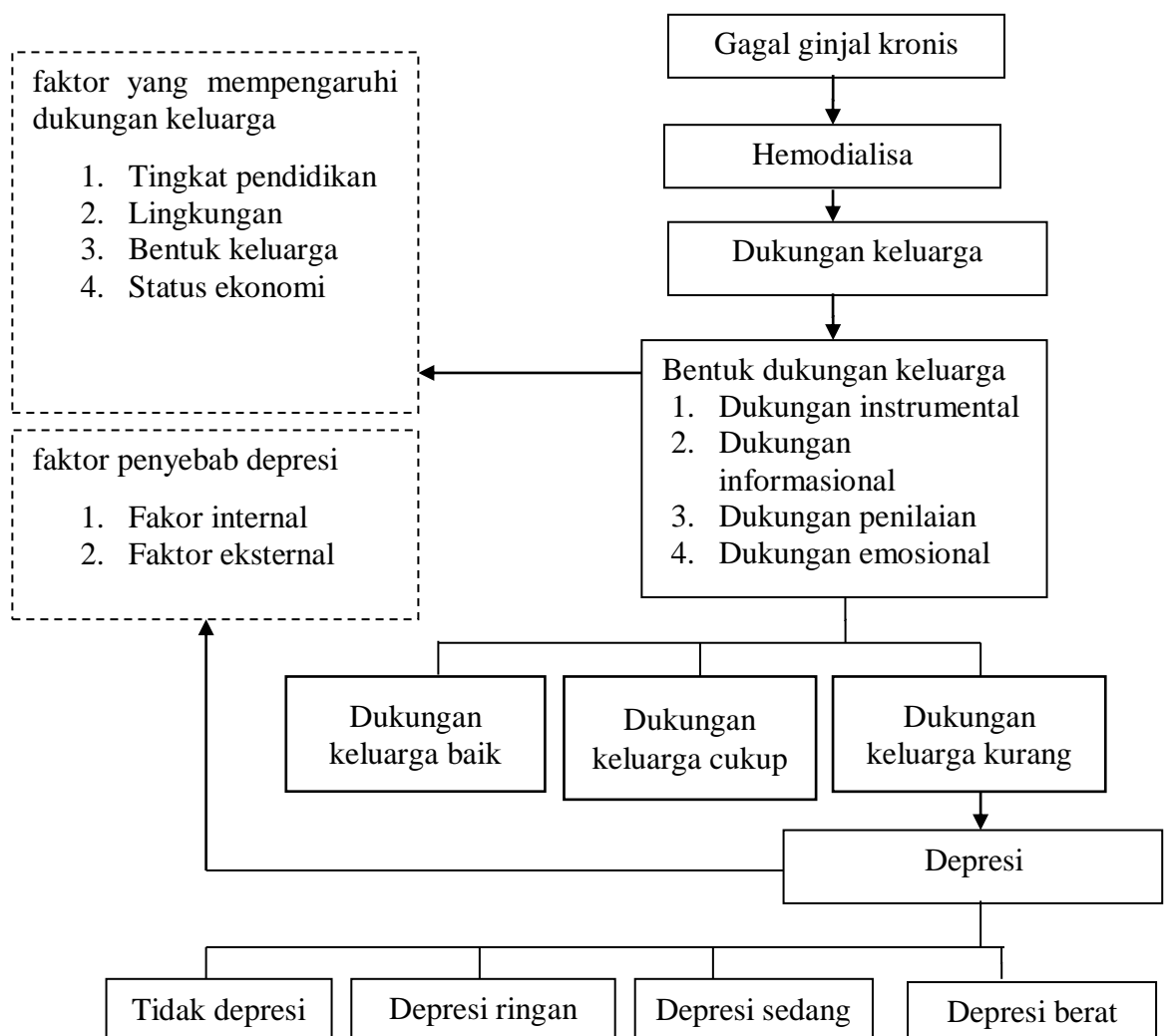
Kerangka teori merupakan hasil resum dalam bentuk skema terhadap teori yang dipelajari yang mendasari masalah riset yang akan dilaksanakan



Gambar 2.4 Kerangka Teori Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Depresi Pasien Gagal Ginjal Kronis yang Menjalani Hemodialisa di RSI Sakinah Mojokerto

2.7 Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah kerangka yang dipakai sebagai landasan berfikir dalam kegiatan ilmu yang didapatkan dari konsep ilmu dan teori. Disusun dalam bentuk bagan, beri keterangan mana yang diteliti dan yang tidak diteliti dan yang tidak pada bagian bawah kerangka konseptual



Bagan 2.5 Kerangka konseptual hubungan dukungan keluarga dengan tingkat depresi pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisa di RSI Sakinah Mojokerto

Keterangan :

: diteliti

: tidak diteliti

2.10 Hipotesis

Hipotesis adalah jawaban sementara dari rumusan masalah atau pertanyaan penelitian (Nursalam, 2016). Dalam penelitian ini dapat dirumuskan hipotesis sebagai berikut :

H0 : Tidak ada hubungan dukungan keluarga terhadap depresi

H1 : Ada hubungan dukungan keluarga terhadap depresi

