

SKRIPSI

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN TINGKAT DEPRESI
PASIEN GAGAL GINJAL KRONIS DI RUANG HEMODIALISA
RSUD DR.SAYIDIMAN MAGETAN**



**Oleh :
ISTRI MAKRUFAH
NIM : 201302031**

**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN
STIKES BHAKTI HUSADA MULIA MADIUN
2019**

SKRIPSI

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN TINGKAT DEPRESI
PASIEN GAGAL GINJAL KRONIS DI RUANG HEMODIALISA RSUD
DR.SAYIDIMAN MAGETAN**

Diajukan untuk memenuhi
Salah satu persyaratan dalam mencapai gelas
Sarjana Keperawatan (S.Kep)



Oleh :
ISTRI MAKRUFAH
NIM : 201302031

**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN
STIKES BHAKTI HUSADA MULIA MADIUN
2019**

LEMBAR PERSETUJUAN

Skripsi ini telah disetujui oleh pembimbing dan telah dinyatakan layak mengikuti Ujian Sidang.

**SKRIPSI
HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN TINGKAT DEPRESI
PASIEN GAGAL GINJAL KRONIS DI RUANG HEMODIALISA RSUD
DR. SAYIDIMAN MAGETAN**

Menyetujui,

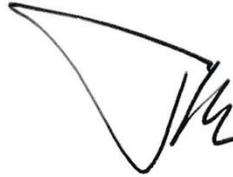
Pembimbing II



Retno Widiarini, SKM.,M.Kes
NIS.20120082

Menyetujui,

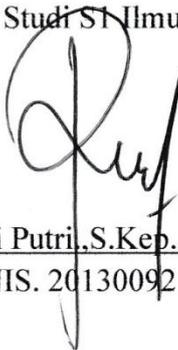
Pembimbing I



Muncul Wiyana, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP.197101241997031004

Mengetahui,

Ketua Program Studi S1 Ilmu Keperawatan



Mega Arianti Putri, S.Kep., Ns., M.Kep
NIS. 20130092

LEMBAR PENGESAHAN

Telah Dipertahankan Di Depan Dewan Penguji Tugas Akhir (Skripsi) Dan
Dinyatakan Telah Memenuhi Sebagian Syarat Untuk Memperoleh Gelar (S.Kep)

Pada Tanggal : 31 Agustus 2019

Dewan Penguji :

1. Ketua Dewan Penguji

Aris Hartono, S.kep.,Ns.,M.kes

NIS. 20150216

:

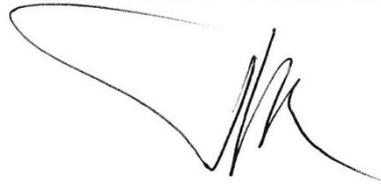


2. Penguji 1

Muncul W, S.kep.,Ns.,M.Kep

NIP. 197101241997031004

:



3. Penguji 2

Retno Widiarini, SKM., M.Kes

NIS. 20120082

:



Mengesahkan

STIKES Bhakti Husada Mulia Madiun

Ketua,



Zaenal Abidin, SKM., M.Kes (Epid)

NIS. 20160130

HALAMAN PERNYATAAN

Yangbertanda tangan dibawah ini :

Nama : Istri Makrufah

NIM : 201302031

Prodi : S1 Keperawatan

Dengan ini menyatakan bahwa SKRIPSI ini adalah hasil pekerjaan saya sendiri dan didalamnya tidak terdapat karya yang pernah diajukan dalam memperoleh gelar Sarjana di suatu perguruan tinggi dan lembaga pendidikan lainnya. Pengetahuan yang diperoleh dari hasil penerbitan baik yang sudah maupun belum/tidak dipublikasikan, sumbernya dijelaskan dalam tulisan dan daftar pustaka.

Madiun, 31 Agustus 2019



Istri Makrufah
NIM. 201302031

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Istri Makrufah

Jenis Kelamin : Perempuan

Agama : Islam

Tempat dan Tanggal Lahir : Madiun, 18 Agustus 1994

No Hp : 081336809817

Email : Istri92@gmail.com

Riwayat Pendidikan :

1. 2001 – 2007 : 1. SDN Bibrik 01
2. 2007 – 2010 : 2. MTsN Bibrik
3. 2010 – 2013 : 3. SMKN 5 Madiun
4. 2013 – Sekarang : 4. STIKES Bhakti Husada Mulia
Madiun

Riwayat Pekerjaan : Belum pernah bekerja

ABSTRAK

HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN TINGKAT DEPRESI PADA PASIEN GAGAL GINJAL KRONIS DI RUANG HEMODIALISA RSUD DR. SAYIDIMAN MAGETAN

Istri Makrufah

Penyakit gagal ginjal kronis adalah penyakit dimana ginjal tidak mampu mempertahankan metabolisme serta keseimbangan cairan dan elektrolit karena adanya kerusakan. Sehingga, pasien gagal ginjal kronis harus mendapatkan penanganan khusus yaitu hemodialisa yang pada umumnya bisa dilakukan 3 kali seminggu selama 3 sampai 4 jam. Proses hemodialisa ini secara tidak langsung dapat menimbulkan depresi terhadap pasien. Oleh karena itu pasien hemodialisa memerlukan dukungan keluarga yang kuat sehingga dapat menimbulkan pengaruh positif bagi psikis yaitu menurunkan tingkat depresi pasien. Penelitian ini bertujuan menganalisa hubungan dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada pasien gagal ginjal kronis di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Sayidiman Magetan.

Jenis penelitian yang digunakan adalah korelasional yang mengkaji hubungan antar variabel dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Pengumpulan data dilakukan melalui observasi sekaligus pada suatu saat (*point time approach*). Pada penelitian ini cara pengambilan sampel menggunakan *non probability sampling* dengan teknik *Random Sampling*, yaitu memilih sampel diantara populasi sesuai kehendak peneliti, sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi.

Dari hasil penelitian diperoleh harga koefisien korelasi sebesar -0,636 dengan nilai signifikansi sebesar 0,000. Karena nilai signifikansi $< 0,05$, maka hipotesis menunjukkan adanya hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada pasien gagal ginjal kronis di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Sayidiman Magetan.

Kata Kunci : Gagal Ginjal Kronis, Hemodialisa, Depresi, Dukungan Keluarga

ABSTRACT

THE CORRELATION BETWEEN FAMILY SUPPORT AND DEPRESSION LEVEL OF CHRONIC KIDNEY DISEASE PATIENT IN HEMODIALYSIS ROOM IN DR. SAYIDIMAN GENERAL HOSPITAL MAGETAN

Istri Makrufah

Chronic kidney disease is a disease which is kidney not able to maintain its metabolism and its liquid and electrolyte balance because of its defect. So that, this patient needs to get special treatment, hemodialysis, which generally can be done for three times a week in 3 – 4 hours. This hemodialysis process indirectly can cause depression to its patient. Because of it, hemodialysis patient needs support vigorously from its family in order to create positive effect for its psyches, decreasing patient depression level. This research is aimed to analyze the correlation between family support and depression level of chronic kidney disease patient in Hemodialysis room in Dr. Sayidiman General Hospital, Magetan.

The research that used is co relational to analyze the correlation between variables uses *cross sectional* approach. Data collection is done through observation and on that time (*point time approach*). In this research, samples are taken by using *non probability sampling* with *Random Sampling* technique, choosing samples among populations based on the researcher itself, so the samples can represent the population characteristics.

From the result of the research is gotten correlation coefficient value - 0,636 with significant value 0,000. Because of the significant value < 0.05 , so the hypothesis shows that there is correlation between family support and depression level of chronic kidney disease patient in Hemodialysis room in Dr. Sayidiman General Hospital, Magetan.

Key Words : Chronic Kidney Disease, Hemodialysis, Depression Level, Family Support

DAFTAR ISI

| | |
|---|------|
| Sampul Dalam..... | i |
| Lembar Persetujuan | ii |
| Lembar Pengesahan | iii |
| Halaman Pernyataan | iv |
| Daftar Riwayat Hidup..... | v |
| Abstrak | vi |
| Daftar Isi | viii |
| Daftar Tabel | x |
| Daftar Gambar | xi |
| Daftar Lampiran..... | xii |
| Daftar Istilah | xii |
| Daftar Singkatan | xiv |
| Kata Pengantar | xv |
| BAB 1. PENDAHULUAN | |
| 1.1 Latar Belakang | 1 |
| 1.2 Rumusan Masalah..... | 5 |
| 1.3 Tujuan Penelitian | 5 |
| 1.4 Manfaat Penelitian | 6 |
| BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA | |
| 2.1 Konsep Dukungan Keluarga | 8 |
| 2.2 Konsep Depresi | 13 |
| 2.3 Konsep Gagal Ginjal..... | 25 |
| 2.4 Konsep Hemodialisa | 34 |
| BAB 3. KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESA PENELITIAN | |
| 3.1. Kerangka Konseptual..... | 42 |
| 3.2. Hipotesa Penelitian | 43 |
| BAB 4. METODE PENELITIAN | |
| 4.1. Desain Penelitian | 44 |
| 4.2. Populasi dan Sampel | 45 |
| 4.3 Teknik Sampling | 47 |

| | |
|--|-----------|
| 4.4 Kerangka Kerja | 48 |
| 4.5 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional Variabel | 49 |
| 4.6 Instrumen Penelitian | 50 |
| 4.7 Lokasi dan Waktu Penelitian | 51 |
| 4.8 Prosedur Pengumpulan Data | 51 |
| 4.9 Teknik Analisa Data | 53 |
| 4.10 Etika Penelitian | 56 |
| BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN..... | 57 |
| 5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian | 57 |
| 5.2 Karakteristik Responden | 57 |
| 5.3 Pembahasan..... | 62 |
| 5.3.1 Dukungan Keluarga Pada Pasien Gagal Ginjal Kronis Di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Sayudiman Magetan..... | 63 |
| 5.3.2 Tingkat Depresi Pada Pasien Gagal Ginjal Kronis Di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Sayidiman Magetan. | 66 |
| 5.3.3 Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan tingkat Depresi Pada Pasien Gagal Ginjal Kronis Di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Sayidiman Magetan. | 68 |
| 5.4 KETERBATASAN PENELITIAN | 71 |
| BAB 6 PENUTUP | 72 |
| 6.1 Kesimpulan | 72 |
| 6.2 Saran | 72 |
| DAFTAR PUSTAKA | 74 |
| LAMPIRAN | |

DAFTAR TABEL

| | |
|--------------------------------------|----|
| Tabel 4.2 Definisi Operasional | 50 |
|--------------------------------------|----|

DAFTAR GAMBAR

| | |
|--|----|
| Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian..... | 42 |
| Gambar 4.4 Kerangka Kerja Penelitian | 48 |

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Lembar Pengesahan Judul
- Lampiran 2 Lembar Surat Ijin Pengambilan Data Awal di Rsud Dr.Sayidiman
Magetan
- Lampiran 3 Surat Keterangan Selesai Penelitian
- Lampiran 4 Lembar Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 5 Lembar Informed Consent
- Lampiran 6 Lembar Kisi-Kisi Kuesioner
- Lampiran 7 Lembar Kuesioner
- Lampiran 8 Uji Validitas Dan Rehabilitas Variabel Dukungan Keluarga
- Lampiran 9 Uji Validitas Dan Rehabilitas Variabel Depresi
- Lampiran 10 Analisis Destribusi Frekuensi
- Lampiran 11 Analisis Korelasi
- Lampiran 12 DataMentah Variabel Dukungan Keluarga
- Lampiran 13 Kartu Bimbingan

DAFTAR ISTILAH

| | |
|---------------------------------|---|
| <i>Emosional Support</i> | : Dukungan Emosional |
| <i>Appraisal Assistance</i> | : Dukungan Penghargaan |
| <i>Tangible Assistance</i> | : Dukungan Materi |
| <i>Informasi Support</i> | : Dukungan Informasi |
| <i>Mood</i> | : Perasaan |
| <i>Reality Testing Ability</i> | : Tidak Mengalami Gangguan Dalam Realitas |
| <i>Splinting Of Personality</i> | : Kepribadian Tetap Utuh Atau Tidak Mengalami Keretakan Kepribadian |
| <i>Anxiety</i> | : Perubahan Dalam Skala |
| <i>End Stage Renal Disease</i> | : Penyakit Ginjal Stadium Akhir |
| <i>Insensible Water Loss</i> | : Hilangnya Cairan |
| <i>Cross Sectional</i> | : Penelitian Yang Dilakukan Pada Satu Waktu |
| <i>Point Time Approach</i> | : Langsung Pada Suatu Saat |
| <i>Probability Sampling</i> | : Teknik Pengambilan Sample Dimana Semua Terpilih Menjadi Sample |
| <i>Purposive Sampling</i> | : Pengumpulan Data |
| <i>Out Come</i> | : Efek Jangka Panjang |
| <i>Informed Consent</i> | : Lembar Persetujuan |
| <i>Anomity</i> | : Tanpa Nama |
| <i>Confidentiality</i> | : Kerahasiaan |
| <i>Scoring</i> | : Skor Skala |
| <i>Somer D</i> | : Salah Satu Dari Uji Asosiatif Non Parametris |

DAFTAR SINGKATAN

| | |
|-----------|--|
| SS | : Sangat Setuju |
| S | : Setuju |
| TS | : Tidak Setuju |
| STS | : Sangat Tidak Setuju |
| PPDGJ 111 | : Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa |
| PHK | : Pemutusan Hubungan Kerja |
| SLE | : Systemic Lupus Erythematosus |
| GFR | : Glomerular Filtration Rate |

KATA PENGANTAR

Puji syukur Alhamdulillah kehadiran Allah SWT, yang telah melimpahkan rahmat dan karunianya, sehingga peneliti dapat menyelesaikan proposal dengan judul “Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Depresi Pasien Gagal Ginjal Kronis Di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Sayidiman Magetan ”. Proposal ini disusun sebagai salah satu persyaratan dalam mencapai gelar Sarjana Keperawatan di Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bhakti Husada Mulia Madiun.

Peneliti menyadari dengan sepenuh hati bahwa dalam rangka kegiatan penyusunan proposal ini tidak akan terlaksana sebagaimana yang diharapkan tanpa adanya bantuan dari berbagai pihak yang telah memberikan banyak bimbingan, arahan, dan motivasi kepada peneliti. Untuk itu, dalam kesempatan ini peneliti ingin menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Zaenal Abidin, S.KM, M.Kes (Epid) selaku Ketua STIKES Bhakti Husada Mulia Madiun
2. Mega Arianti Putri, S.Kep.Ns.,M.Kep selaku Ketua Prodi S1 Keperawatan STIKES Bhakti Husada Mulia Madiun
3. Muncul Wiyana, S.Kep,Ns.,M.Kep selaku pembimbing I yang telah merelakan waktunya member bimbingan, saran dan motivasi dengan sabar kepada peneliti dalam menyelesaikan proposal ini
4. Retno Widiarini, SKM.,M.Kes selaku pembimbing II yang telah merelakan waktunya member bimbingan, saran dan motivasi dengan sabar kepada peneliti dalam menyelesaikan proposal ini

5. Dr. Yunus Mahatma , Sp. PD selaku direktur rumah sakit umum daerah dr. Sayidiman Magetan yang telah memberikan izin penelitian
6. Responden yang telah bersedia dan membantu proses pengambilan data
7. Bapak dan ibu dosen yang telah memberikan ilmu, bimbingan, dan doa
8. Bapak dan ibu serta seluruh keluarga yang telah memberikan semangat, doa, dan dorongan baik moral maupun material selama ini
9. Teman-teman dan semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu-persatu yang telah banyak membantu peneliti mengikuti pendidikan dan melakukan penelitian.

Peneliti menyadari dalam menyelesaikan proposal ini masih jauh dari kesempurnaan sehingga diharapkan adanya kritik dan saran yang sifatnya membangun. Peneliti berharap semoga proposal ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan kita semua.

Madiun, April 2017

Istri Makrufah
NIM. 201302031

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 LatarBelakang

Gagal ginjal kronis adalah kegagalan fungsi ginjal untuk mempertahankan metabolisme serta keseimbangan cairan dan elektrolit akibat destruksi struktur ginjal yang progresif dengan manifestasi penumpukan sisa metabolit (toksikuremik) di dalam darah. Salah satu penatalaksanaan dari gagal ginjal kronis adalah dengan melakukan hemodialisa (Muttaqin, 2012). Sangat penting untuk diperhatikan bahwa penderita gagal ginjal kronik adalah penyakit kronik dengan efek yang serius pada kualitas hidup pasien, pengaruh negatif terhadap aspek sosial, financial dan psikologikal. Beberapa penelitian menyebutkan akibat dari gagal ginjal kronis terhadap kejadian depresi, kecemasan, bunuh diri dan delirium. Depresi merupakan penyakit jiwa yang paling sering ditemukan pada penderita gagal ginjal kronik namun prevalensinya sangat bervariasi dari masing-masing penelitian (Widodo DKK, 2013).

Menurut *Third National Health and Examination Survey (NHANES III)* diperkirakan bahwa prevalensi penyakit ginjal kronis di Amerika Serikat pada usia dewasa adalah 11% atau 19,2 juta dari penduduk di Amerika Serikat: 3,3% (5,9 juta) pada stadium I 3% (5,3 juta) pada stadium II 4,3 % (7,6 juta) pada stadium III 0,2% (400,000) pada stadium IV 0,2% (300,000) (Erik, 2015). Tunggul dalam suatu acara *talkshow* memperingati hari ginjal sedunia mengatakan 400 dari sejuta penduduk Indonesia harus menjalani terapi dengan

ginjal pengganti sebagai akibat ginjalnya tidak lagi dapat berfungsi (Dirgantoro, 2014). Di Jawa Timur, 1-3 dari 10.000 penduduknya mengalami gagal ginjal kronis (Dinkes Jatim, 2010 dikutip Indrarnatna, 2015).

Berdasarkan Rekam Medik Dr.Sayidiman Magetan penderita gagal ginjal kronik pada bulan agustus 2014 – mei 2015 sebanyak 34 pasien perbulan, pada bulan juni –april 2016 sebanyak± 50 pasien perbulan dan bulan mei – maret 2017 sebanyak 65 pasien perbulan. Setiap tahun pasien yang menjalani hemodialisa± 450 sampai 500 pasien.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Desi Agustini Pratiwi (2014) yang dilakukan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta, Menunjukkan dukungan keluarga yang diterima pasien gagal kronik dengan hemodiasisis di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta bahwaP :83,3% yang mendapatkan dukungan keluarga. Tingkat gagal ginjal kronik dengan hemodiasisis di RS Muhammadiyah Yogyakarta menunjukkan bahwa sebanyakP : 50% mengalami depresi sedang dan semakin baik dukungan keluarga yang diberikan maka semakin ringan tingkat depresi pasien gagal ginjal kronikdengan hemodialisis di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Tahun 2014. Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif desain korelasi dengan pendekatan waktu cros sectional. Metode sampel menggunakan teknik purposive dengan jumlah sampel 30 responden instrumen menggunakan kuesioner. Analisa data dengan Kendall Tau. Penelitian ini menggunakan jenis penelitian kuantitatif non ekperimen dengan metode survai analitik yang bertujuan untuk melakukan analisis dinamika korelasi antara dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada pasien gagal ginjal kronik

dengan hemodialisa RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Pendekatan waktu yang digunakan adalah cross sectional.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Darsini, S. Kep., Ns., M.Kes (2016) yang dilakukan Di Rumah Sakit Gatoel Mojokerto, Menunjukkan dukungan keluarga yang diterima pasien gagal ginjal kronik dengan hemodialisa di RS Gatoel Mojokerto bahwa pasien yang menjalani hemodialisa di RS Gatoel sebanyak 16 responden memperoleh dukungan keluarga dan pasien yang menjalani hemodialisa di RS Gatoel hampir separuh responden mengalami depresi ringan dan sedang. Pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik non probability sampling, yaitu consecutive sampling.

Pasien yang menjalani hemodialisa akan mengalami perubahan fisik, psikis dan masalah ekonomi. Permasalahan yang berupa perubahan fisik, psikis dan masalah ekonomi yang sedang dihadapi pasien gagal ginjal kronis akan meningkatkan stresor (Istiqomah DKK, 2013). Stresor yang meningkat jika tidak diimbangi mekanisme coping yang baik akan menyebabkan seseorang mengalami stres atau depresi. Tingkat depresi ada bermacam-macam mulai dari normal, ringan, sedang, parah dan sangat parah (Damanik, 2015). Dukungan sosial seperti kehadiran keluarga sangat diperlukan dalam meringankan permasalahan yang sedang dihadapi pasien gagal ginjal kronis (Safarino, 2006). Berdasarkan studi pendahuluan pada Tanggal 28 maret 2017 sampai tanggal 01 april 2017 terdapat 6 pasien gagal ginjal kronis di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Sayidiman Magetan didapatkan data 3 pasien yang mampu mengontrol emosinya, bertindak secara konstruktif seperti melakukan ibadah dan menerima dukungan

yang diberikan oleh keluarga atau orang lain. Selain itu juga terdapat 3 pasien yang menutup diri, tidak menjalankan ibadah dan sering emosional. Dari sisi keluarga didapatkan 6 keluarga telah memberikan dukungan dengan baik seperti membiayai keperluan pasien dan menemani pasien gagal ginjal kronis setiap saat.

Faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat depresi seseorang antara lain terdiri dari faktor internal berupa herediter, konstitusi tubuh, kondusifitas, neurofisiologik, neurohormonal, perkembangan kepribadian, pengalaman, faktoreksternal, ancaman fisik, sosiokultural, dukungan teman, dukungan lingkungan dan dukungan keluarga (Perry dan Potter, 2008). Hemodialisis mempengaruhi kondisi sosial ekonomi penderita karena biaya yang mencapai 60-80 juta setahun (Kemenkes RI dalam Istiqomah DKK, 2013). Selain berdampak terhadap kehidupan sosial dan ekonomi, pasien juga mengalami perubahan kondisi psikologis. Kebanyakan pasien hemodialisis harus menghadapi suatu penyakit yang berlangsung seumur hidup dan melemahkan secara kronik (Caplandan Sadock dalam Istiqomah DKK, 2013).

Terapi hemodialisis yang dilakukanselama 3-4 jam tiap kali tindakan akan menimbulkan kejenuhan sehingga dibutuhkan pendampingan untuk member dukungan selama menjalani terapi hemodialisis. Dukungan keluarga sangat berpengaruh terhadap kesehatan mental pasien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis. Hubungan dukungan keluarga yang kuat pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis akan menimbulkan pengaruh positif bagi kesejahteraan fisik maupun psikis. Seseorang yang

mendapatkan dukungan dari keluarga akan merasa disayangi, diperhatikan, merasa berharga, menimbulkan kepercayaan diri dan harapan agar dapat mengurangi stress dan berbagi beban (BondandalamParwati, 2015).

Upaya yang dapat dilakukan untuk mengatasi depresi adalah dengan pengaturan diet dan nutrisi, istirahat tidur, olahraga atau latihan teratur, tidak mengkonsumsi minuman keras, pengaturan waktu, terapi psikofarmaka, terapi somatik dan psikoterapi dan memberikan dukungan keluarga (Hidayat, 2008). Dukungan keluarga memberikan keuntungan emosional atau pengaruh pada tingkah laku penerimaannya. Dalam hal ini orang yang merasa memperoleh dukungan sosial, secara emosional merasa legadiperhatikan, mendapat saran atau kesan yang menyenangkan pada dirinya (Zainudin,2006). Berdasarkan uraian diatas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Dukungan Keluarga DenganTingkat Depresi Pasien Gagal Ginjal Kronis Di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Sayidiman Magetan”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang diatas rumusan masalah dalam penelitian ini adalah :

Apakah ada hubungan dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada pasien gagal ginjal kronis di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Sayidiman Magetan?.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Menganalisis hubungan dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada pasien gagal ginjal kronis di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Sayidiman Magetan.

1.3.2 Tujuan khusus

Tujuan khusus dalam penelitian ini adalah :

1. Mengidentifikasi dukungan keluarga pasien gagal ginjal kronis di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Sayidiman Magetan Tahun 2017.
2. Mengidentifikasi tingkat depresi pasien gagal ginjal kronis di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Sayidiman Magetan Tahun 2017.
3. Menganalisis hubungan dukungan keluarga dengan tingkat depresi pasien gagal ginjal kronis di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Sayidiman Magetan Tahun 2017.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi bagi pengembangan ilmu keperawatan. Khususnya keperawatan medikal bedah mengenai salah satu upaya penanganan pasien yang menjalani hemodialisa.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Lahan Penelitian

Sebagai masukan dan informasi bagi rumah sakit Dr. Sayidiman Magetan bahwa diperlukan dukungan dari semua pihak dalam menangani pasien hemodialisa terkait masalah sakit yang diderita maupun masalah psikis yang sedang dialami.

2. Bagi Pasien Hemodialisa

Memberikan pemahaman tentang masalah psikologis yang akan dihadapi sehingga pasien hemodialisa akan termotivasi untuk

menghindari permasalahan yang ada dan termotivasi untuk melakukan pengobatan.

3. Bagi Instansi Pendidikan STIKES Bhakti Husada Mulia Madiun

Hasil penelitian diharapkan akan memberikan tambahan referensi bagi STIKES Bhakti Husada Mulia Madiun sehingga pemahaman mahasiswa khususnya tentang hemodialisa dan masalah yang dihadapi akan pasien hemodialisa dapat meningkat.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dukungan Keluarga

2.1.1 Pengertian dukungan keluarga

Dukungan keluarga didefinisikan oleh Gottlieb dalam Zainudin (2006) yaitu informasi verbal, sasaran, bantuan yang nyata atau tingkah laku yang diberikan oleh orang-orang yang akrab dengan subjek didalam lingkungan sosialnya atau yang berupa kehadiran dan hal yang dapat memberikan keuntungan emosional atau pengaruh pada tingkah laku penerimaannya. Dalam hal ini orang yang merasa memperoleh dukungan sosial, secara emosional merasa lega diperhatikan, mendapat saran atau kesan yang menyenangkan pada dirinya. Menurut Sarason dalam Zainudin (2006).

2.1.2 Fungsi Pokok Keluarga

Fungsi keluarga biasanya didefinisikan sebagai hasil atau konsekuensi dari struktur keluarga. Adapun fungsi keluarga tersebut adalah (Friedman, 2007) :

- 1) Fungsi afektif (fungsi pemeliharaan kepribadian) : untuk pemenuhan kebutuhan psikososial, saling mengasuh dan memberikan cinta kasih, serta saling menerima dan mendukung.
- 2) Fungsi sosialisasi dan fungsi penempatan sosial : proses perkembangan dan perubahan individu keluarga, tempat anggota keluarga berinteraksi sosial dan belajar berperan di lingkungan.
- 3) Fungsi reproduktif : untuk meneruskan kelangsungan keturunan dan menambah sumber daya manusia.

- 4) Fungsi ekonomis : untuk memenuhi kebutuhan keluarga, seperti sandang, pangan, dan papan.
- 5) Fungsi perawatan kesehatan : untuk merawat anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan. Tugas Keluarga Dalam Bidang Kesehatan.

2.1.4 Tugas Keluarga

Sesuai dengan fungsi pemeliharaan kesehatan, keluarga mempunyai tugas dibidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan. Friedman (2007) membagi 5 tugas keluarga dalam bidang kesehatan yang harus dilakukan, yaitu:

- 1) Mengenal masalah kesehatan setiap anggotanya.
Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian dan tanggung jawab keluarga, maka apabila menyadari adanya perubahan perlu segera dicatat kapan terjadinya, perubahan apa yang terjadi dan seberapa besar perubahannya.
- 2) Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat bagi keluarga.
Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga maka segera melakukan tindakan yang tepat agar masalah kesehatan dapat dikurangi atau bahkan teratasi. Jika keluarga mempunyai keterbatasan seyoganya meminta bantuan orang lain dilingkungan sekitar keluarga.
- 3) Memberikan keperawatan anggotanya yang sakit atau yang tidak dapat membantu dirinya sendiri karena cacat atau usianya terlalu muda. Perawatan

ini dapat dilakukan dirumah apabila keluarga memiliki kemampuan melakukan tindakan untuk pertolongan pertama atau kepelayanan kesehatan untuk memperoleh tindakan lanjutan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi.

- 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 ada).

2.1.5 Bentuk Dukungan Keluarga

- 1) Dukungan Emosional (*Emosional Support*)

Keluarga sebagai sebuah tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi. Meliputi ungkapan empati, kepedulian dan perhatian terhadap anggota keluarga (misalnya: umpan balik, penegasan) (Marlyn, 2006).

- 2) Dukungan Penghargaan (*Apprasial Assistance*)

Keluarga bertindak sebagai sebuah bimbingan umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah dan sebagai sumber dan validator identitas anggota. Terjadi lewat ungkapan hormat (penghargaan) positif untuk penderita hipertensi, persetujuan dengan gagasan atau perasaan individu dan perbandingan positif penderita hipertensi dengan penderita lainnya seperti orang-orang yang kurang mampu atau lebih buruk keadaannya (menambah harga diri) (Marlyn, 2006).

3) Dukungan Materi (*Tangible Assistance*)

Keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan konkrit, mencakup bantuan langsung seperti dalam bentuk uang, peralatan, waktu, modifikasi lingkungan maupun menolong dengan pekerjaan waktu mengalami stress (Marlyn, 2006).

4) Dukungan Informasi (*informasi support*)

Keluarga berfungsi sebagai sebuah koletor dan disseminator (penyebar) informasi tentang dunia, mencakup memberri nasehat, petunjuk-petunjuk, saran atau umpan balik. Bentuk dukungan keluarga yang diberikan oleh keluarga adalah dorongan semangat, pemberian nasehat atau mengawasi tentang pola makan sehari-hari dan pengobatan. Dukungan keluarga juga merupakan perasaan individu yang mendapat perhatian, disenangi, dihargai dan termasuk bagian dari masyarakat (Marlyn, 2006).

2.1.6 Cara Mengukur Dukungan Keluarga

Untuk mengungkap variabel dukungan keluarga, peneliti akan menggunakan skala dukungan keluarga yang diadaptasi dan dikembangkan dari teori House. Menurut Nursalam (2008) Aspek-aspek yang digunakan untuk mengukur dukungan keluarga adalah dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan instrumental, serta dukungan informatif. Sampel diminta untuk menjawab pertanyaan yang ada dengan memilih salah satu jawaban dari beberapa alternatif jawaban yang tersedia. Skala ini menggunakan skala model likert yang terdiri dari pernyataan dengan 4 (empat) alternatif

jawaban yaitu Sangat Setuju (SS), Setujui (S), Tidak Setuju (TS), dan Sangat Tidak Setuju (STS)

2.1.7 Faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga

Menurut Purnawan dalam Rahayu (2008), pemberian dukungan oleh keluarga dipengaruhi oleh faktor internal dan faktor eksternal yang keduanya saling berhubungan. Faktor internal berasal dari individu itu sendiri meliputi faktor tahap perkembangan yaitu pemahaman dan respon terhadap perubahan kesehatan yang berbeda-beda pada setiap rentang usia (bayi–lansia). Selanjutnya adalah faktor pendidikan atau tingkat pengetahuan. Dalam hal ini kemampuan kognitif yang membentuk cara berfikir seseorang termasuk kemampuan untuk memahami faktor–faktor yang berhubungan dengan penyakit dalam upaya menjaga kesehatan dirinya. Kemudian, faktor emosi yang mempengaruhi keyakinan terhadap adanya dukungan dan cara melaksanakan sesuatu. Respon emosi yang baik akan memberikan antisipasi penanganan yang baik terhadap berbagai tanda sakit namun jika respon emosinya buruk kemungkinan besar akan terjadi penyangkalan terhadap gejala penyakit yang ada.

Selanjutnya adalah faktor eksternal berasal dari luar individu itu sendiri dan terdiri dari tiga hal. Pertama, praktik di keluarga yaitu cara keluarga memberikan dukungan yang mempengaruhi penderita dalam melaksanakan kesehatannya secara optimal. Tindakan dapat berupa pencegahan yang dicontohkan keluarga kepada anggota keluarganya. Kedua, yaitu faktor sosioekonomi. Variabel faktor sosial dapat meningkatkan resiko terjadinya penyakit, mempengaruhi cara seseorang mendefinisikan serta bereaksi terhadap

penyakitnya. Sementara itu faktor ekonomi menjelaskan bahwa semakin tinggi tingkat ekonomi seseorang biasanya ia akan lebih cepat tanggap terhadap gejala penyakit yang dirasakan sehingga ia akan segera mencari pertolongan ketika merasa adanya gangguan kesehatan. Terakhir, faktor latar belakang budaya akan mempengaruhi keyakinan, nilai, dan kebiasaan individu dalam memberikan dukungan termasuk cara pelaksanaan kesehatan pribadi.

2.2 Konsep Depresi

2.2.1 Pengertian

Depresi adalah gangguan alam perasaan (*mood*) yang ditandai dengan kemurungan dan kesedihan yang mendalam dan berkelanjutan sehingga hilangnya kegairahan hidup, tidak mengalami gangguan dalam menilai realitas (*Reality Testing Ability*, masih baik), kepribadian tetap utuh atau tidak mengalami keretakan kepribadian (*Splitting of personality*), perilaku dapat terganggu tetapi dalam batas-batas normal (Hawari, 2008).

Depresi merupakan gangguan suasana hati atau mood yang dalam edisi DMS (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) yang dikenal sebagai gangguan afektif (Kaplan & Sadock, 2010).

2.2.2 Gejala-Gejala Depresi

PPDGJ-III (Pedoman Penggolongan Diagnostik Gangguan Jiwa III) dalam penelitian Trisnapati (2011) yang menyebutkan depresi gejala menjadi utama dan lainnya seperti dibawah ini :

- 1) Gejala utama meliputi :

- a) Perasaan depresif atau perasaan tertekan
- b) Kehilangan minat dan semangat
- c) Berkurangnya energi yang menuju meningkatnya keadaan mudah lelah.

2) Gejala lain meliputi :

- a) Konsentrasi dan perhatian berkurang
- b) Perasaan bersalah dan tidak berguna
- c) Tidur terganggu
- d) Harga diri dan kepercayaan diri berkurang
- e) Perbuatan yang membahayakan diri atau bunuh diri
- f) Pesimistik
- g) Nafsu makan berkurang

2.2.3 Tingkat Depresi

Kriteria diagnostik untuk tingkat gangguan depresi mayor menurut DSM-IV dibagi dua yaitu gangguan depresi mayor dengan psikotik dan nonpsikotik serta gangguan mayor dalam remisi parsial dan gangguan parsial dalam revisipenuh. Gangguan depresi mayor meliputi gangguan depresi ringan, sedang dan berat tanpa ciri psikotik yang dapat diuraikan sebagai berikut :

- 1) Ringan, jika ada beberapa gejala yang melebihi dari yang diperlukan untuk membuat diagnosis dan gejala hanya menyebabkan gangguan ringan dalam fungsi pekerjaan atau dalam aktivitas yang biasa dilakukan.
- 2) Sedang, gangguan fungsional berada diantara ringan dan berat

- 3) Berat, tanpa ciri psikotik, beberapa gejala melampaui dari yang diperlukan untuk membuat diagnosis dan gejala dengan jelas mengganggu fungsi pekerjaan atau aktivitas sosial yang biasa dilakukan.

Berpedoman pada PPDGJ III dalam penelitian Trisnapati 2011 dijelaskan bahwa, depresi digolongkan ke dalam depresi berat, sedang dan ringan sesuai dengan banyak dan beratnya gejala serta dampaknya terhadap fungsi kehidupan seseorang. Gejala tersebut terdiri atas gejala utama dan gejala lainnya yaitu :

- 1) Ringan, sekurang-kurangnya harus ada dua dari tiga gejala depresi ditambah dua dari gejala di atas ditambah dua dari gejala lainnya namun tidak boleh ada gejala berat diantaranya. Lama periode depresi sekurang- kurangnya selama dua minggu. Hanya sedikit kesulitan kegiatan sosial yang umum dilakukan.
- 2) Sedang, sekurang-kurangnya harus ada dua dari tiga gejala utama depresi seperti pada episode depresi ringan ditambah tiga atau empat dari gejala lainnya. Lama episode depresi minimum dua minggu serta menghadaapi kesulitan nyata untuk meneruskan kegiatan sosial.
- 3) Berat, tanpa gejala psikotik yaitu semua tiga gejala utama harus ada ditambah sekurang-kurangnya empat dari gejala lainnya. Lama episode sekurang-kurangnya dua minggu akan tetapi apabila gejala sangat berat dan onset sangat cepat maka dibenarkan untuk menegakkan diagnosa dalam kurun waktu dalam dua minggu. Orang sangat tidak mungkin akan mampu meneruska kegiatan sosialnya.

2.2.4 Faktor Penyebab Depresi

Dalam Kaplan &Sadock(2010) penyebab terjadinya depresi adalah :

1) Faktor Biologis

Banyak penelitian melaporkan abnormalitas metabolit amin biogenic- seperti asam 5-hidroksiindolasetat (5-HIAA), asam homovanilat (HVA) dan 3 metoksi-4-hidroksifenilglukol (MHPG)- di dalam darah, urine dan cairan serebrospinalis pasien dengan gangguan mood. Laporan data ini paling konsisten dengan hipotesis bahwa gangguan mood disebabkan oleh disregulasi heterogen amin biogenik.

2) Faktor Neurokimia

Walaupun data belum meyakinkan, neurotransmitter asam amino dan peptide neuro aktif telah dilibatkan dalam patofisiologi gangguan mood. Sejumlah peneliti telah mengajukan bahwa system messengers kedua- seperti regulasi kalsium, adenilat siklase, dan fosfatidilinositol- dapat menjadi penyebab. Asam amino glutamate dan glisin tampaknya menjadi neurotransmitter eksitasi utama pada system saraf pusat. Glutamat dan glisin berikatan dengan reseptor N-Metil-D-Aspartat (NMDA), jika berlebihan dapat memiliki efek neurotoksik. Hipokampus memiliki konsentrasi reseptor NMDA yang tinggi sehingga mungkin jika glutamate bersama dengan hiperkortisolemia memerantarai efek neurokognitif pada stress kronis. Terdapat bukti yang baru muncul bahwa obat yang menjadi antagonis reseptor NMDA memiliki efek antidepresan.

3) Faktor Genetik

Data genetik dengan kuat menunjukkan bahwa faktor genetik yang signifikan terlibat dalam timbulnya gangguan mood tetapi pola pewarisan

genetik terjadi melalui mekanisme yang kompleks. Tidak hanya menyingkirkan pengaruh psikososial tetapi faktor nongenetik mungkin memiliki peranan kausatif didalam timbulnya gangguan mood pada beberapa orang. Komponen genetik memiliki peranan yang bermakna didalam gangguan bipolar I daripada gangguan depresi berat.

4) Faktor Psikososial

Peristiwa hidup dan penuh tekanan lebih sering timbul mendahului episode gangguan mood yang megikuti. Hubungan ini telah dilaporkan untuk pasien gangguan depresif berat dan gangguan depresif I. sebuah teori yang diajukan untuk menerangkan pengamatan ini adalah bahwa stress yang menyertai episode pertama mengakibatkan perubahan yang bertahan lama didalam biologi otak. perubahan yang bertahan lama ini dapat menghasilkan perubahan keadaan fungsional berbagai neurotransmitter dan system pemberian sinyal interaneuron, perubahan yang bahkan mencakup hilangnya neuron dan berkurangnya kontak sinaps yang berlebihan. Akibatnya seseorang memiliki resiko tinggi mengalami episode gangguan mood berikutnya, bahkan tanpa stressor eksternal.

Sejumlah klinis bahwa peristiwa hidup memegang peranan utama dalam depresi. Klinisi lain menunjukkan bahwa peristiwa hidup hanya memegang peranan terbatas dalam awitan dan waktu depresi. Data yang paling meyakinkan menunjukkan bahwa peristiwa hidup yang paling sering menyebabkan timbulnya depresi dikemudian hari pada seseorang adalah kehilangan orang tua sebelum usia 11 tahun. Stresor lingkungan

yang paling sering menyebabkan timbulnya awitan depresi adalah kematian pasangan. Faktor resiko lain adalah PHK- seseorang yang keluar dari pekerjaan sebanyak tiga kali lebih cenderung memberikan laporan gejala episode depresif berat daripada orang yang bekerja.

5) Faktor Kepribadian

Tidak ada satupun ciri bawaan atau jenis kepribadian yang secara khas merupakan predisposisi seseorang mengalami depresi dibawah situasi yang sesuai. Orang dengan gangguan kepribadian tertentu- objektif kompulsif, histrionic dan borderline- mungkin memiliki resiko yang lebih besar untuk mengalami depresi daripada orang dengan gangguan kepribadian antisocial atau paranoid. Gangguan kepribadian paranoid dapat menggunakan mekanisme defense proyeksi dan mekanisme eksternalisasi lainnya untuk melindungi diri mereka dari kemarahan didalam dirinya. Tidak ada bukti yang menunjukkan bahwa gangguan kepribadian tertentu terkait dengan timbulnya gangguan bipolar I dikemudian hari; meskipun demikian, orang dengan gangguan distemik dan siklotimik memiliki resiko gangguan depresi berat atau gangguan bipolar I kemudian hari.

6) Faktor Psikodinamik Depresi

Pemahaman psikodinamik depresi yang dijelaskan oleh Sigmund freud dan dikembangkan Karl Abraham dikenal dengan pandangan klasik mengenai depresi. Teori ini memiliki 4 poin penting : (1) gangguan hubungan ibu-bayi selama fase oral (10-18 bulan pertama kehidupan) menjadi

predisposisi kerentanan selanjutnya terhadap depresi; (2) depresi dapat terkait dengan kehilangan objek yang nyata atau khayalan; (3) introyeksi objek yang meninggal adalah mekanisme pertahanan yang dilakukan untuk menghadapi penderitaan akibat kehilangan objek; (4) kehilangan objek dianggap sebagai campuran cinta dan benci sehingga rasa marah diarahkan kedalam diri sendiri.

2.2.5 Manajemen Depresi

Apabila depresi tidak cepat ditanggulangi atau dikelola dengan baik, maka akan dapat berdampak lebih lanjut seperti mudah terjadi gangguan atau terkena penyakit (Hidayat, 2008). Tahap untuk mengatasi dan mencegah depresi dapat dilakukan dengan:

1) Pengaturan Diet dan Nutrisi

Pengaturan diet dan nutrisi merupakan cara yang efektif dalam mengurangi atau mengatasi depresi melalui makan dan minum yang halal dan tidak berlebihan, dengan mengatur jadwal makan secara teratur, menu bervariasi, hindari makanan dingin dan menonton karena dapat menurunkan kekebalan tubuh.

2) Istirahat dan Tidur

Istirahat dan tidur merupakan obat yang baik dalam mengatasi depresi karena dengan istirahat dan tidur yang cukup akan memulihkan kelelahan fisik dan akan memulihkan keadaan tubuh. Tidur yang cukup akan memberikan kegairahan dalam hidup dan memperbaiki sel-sel yang rusak.

3) Olahraga atau Latihan Teratur

Olahraga atau latihan teratur adalah salah satu cara untuk meningkatkan daya tahan dan kekebalan fisik maupun mental. Olahraga dapat dilakukan dengan cara jalan pagi, lari pagi.

4) Berhenti Merokok

Berhenti merokok adalah salah satu cara menanggulangi depresi karena dapat meningkatkan status kesehatan dan mempertahankan ketahanan dan kekebalan tubuh.

5) Tidak Mengonsumsi Minuman Keras

Dengan tidak mengonsumsi minuman keras, kekebalan dan ketahanan tubuh akan semakin baik, segala penyakit dapat dihindari karena minuman keras banyak mengandung alkohol.

6) Pengaturan Berat Badan

Peningkatan berat badan dapat menyebabkan depresi karena mudah menurunkan daya tahan tubuh terhadap depresi.

7) Pengaturan Waktu

Dengan pengaturan waktu segala pekerjaan yang dapat menimbulkan kelelahan fisik dapat dihindari. Pengaturan waktu dapat dilakukan dengan cara menggunakan waktu secara efektif dan efisien serta melihat aspek produktivitas waktu.

8) Terapi Psikofarmaka

Terapi ini menggunakan obat-obatan dalam mengatasi depresi yang dialami dengan cara memutuskan jaringan antara psiko neuro dan

imunologi sehingga stresor psikososial yang dialami tidak mempengaruhi fungsi kognitif afektif atau psikomotor yang dapat mengganggu organ tubuh yang lain.

9) Terapi Somatik

Terapi ini hanya dilakukan pada gejala yang ditimbulkan akibat depresi yang dialami sehingga diharapkan tidak dapat mengganggu sistem tubuh yang lain.

10) Psikoterapi

Terapi ini dapat meliputi psikoterapi suportif dan psikoterapi reedukatif dimana psikoterapi suportif memberikan motivasi atas dukungan agar pasien percaya diri, sedangkan psikoterapi reedukatif dilakukan dengan memberikan pendidikan secara berulang.

11) Terapi Psikoreligius

Terapi ini menggunakan pendekatan agama dalam mengatasi permasalahan psikologis menginga dalam mengatasi atau mempertahankan kehidupan seseorang harus sehat secara fisik, psikis, sosial dan sehat spiritual sehingga stres yang dialami dapat diatasi (Hidayat, 2008).

2.2.6 Cara Mengukur Depresi

Cara mengukur depresi menggunakan DASS (*Depression Anxiety Stress Scales*) dikembangkan oleh Fernando Gomez pada tahun 1995 yang merupakan pengembangan dari kuesioner depresi, kecemasan dan stres. Dengan demikian,

DASS memungkinkan tidak hanya cara untuk mengukur tingkat keparahan gejala pasien, tetapi sarana yang respon pasien terhadap pengobatan juga dapat diukur.

Meskipun DASS dapat berkontribusi pada diagnosis Kecemasan atau depresi, itu tidak dirancang sebagai alat diagnostik. Memang, sejumlah gejala khas Depresi seperti tidur, nafsu makan dan gangguan seksual, tidak tercakup oleh DASS dan akan perlu dinilai secara independen. DASS ini tidak dimaksudkan untuk menggantikan wawancara klinis yang komprehensif.

Bunuh diri tidak dinilai oleh DASS itu. Dengan demikian, dokter akan perlu untuk mengatasi secara langsung gejala penting dari Depresi dalam wawancara klinis mereka.

Meskipun DASS dapat memberikan perbandingan gejala dari minggu ke minggu, yang terbaik adalah diberikan pada presentasi pertama dan lagi setelah jangka waktu telah berakhir cukup lama untuk pengobatan yang dipilih untuk memiliki efek. Dalam kasus obat antidepresan, administrasi kedua harus antara periode 2-4 minggu setelah individu telah memulai minum obat. Periode ini cukup lama bagi kebanyakan antidepresan yang diharapkan untuk menunjukkan beberapa perubahan pada pasien.

Skor DASS tinggi yang tidak berubah, mungkin akan meminta dokter untuk mencari penjelasan dan mungkin meningkatkan dosis atau mengganti obat. Di sini sekali lagi, DASS harus ditafsirkan sepanjang sisi wawancara klinis.

Perubahan nilai dalam satu skala (EG: Depresi), dengan skor tinggi secara konsisten dan tidak berubah dalam skala yang lain (*Anxiety*) dapat mengingatkan dokter untuk memberi perhatian khusus terhadap keberadaan gangguan

kecemasan yang mungkin perlu pengobatan khusus dalam sendiri kanan. Demikian pula, penurunan nilai Depresi bersama skor Stres yang tidak berubah dapat mengingatkan dokter untuk kehadiran beberapa peristiwa hidup atau masalah, yang mungkin perlu ditangani secara langsung.

Cara mengukur stres menggunakan DASS (*Depression Anxiety Stress Scales*) yang terdiri dari 42 pertanyaan, setiap item pertanyaan diberikan skor :

0 : Tidak ada atau tidak pernah

1 : Sesuai dengan yang dialami sampai tingkat tertentu, atau kadang-kadang

2 : Sering

3 : Sangat sesuai dengan yang dialami, atau hampir setiap saat.

Hasil dijumlahkan kemudian diklasifikasikan menjadi :

1) Normal : 0 – 14

2) Ringan : 15 – 18

3) Sedang : 19 – 25

4) Parah : 26 – 33

5) Sangat parah : > 34

Pembuatan kuesioner tersebut memperhatikan gejala-gajala yang terjadi pada seseorang yang mengalami stres antara lain:

1) Frustrasi

Frustrasi adalah suatu harapan yang diinginkan dan kenyataan yang terjadi tidak sesuai dengan yang diharapkan. Misalnya putus pacar, perceraian, masalah kantor, masalah sekolah atau masalah yang tidak kunjung selesai.

2) Konflik

Konflik adalah adanya pertentangan yang timbul di dalam seseorang (masalah intern) maupun dengan orang lain (masalah ekstern) yang ada di sekitarnya.

3) Tekanan

Tekanan adalah situasi ketika perasaan seseorang sudah tidak mau atau tidak sanggup lagi menerima hal-hal buruk yang diberikan padanya dan hal ini sangat membuat jiwa seseorang terguncang

4) Perubahan peran

Perubahan peran menggambarkan seperangkat perilaku antar pribadi, sifat, kegiatan yang berhubungan dengan pribadi dalam posisi dan situasi tertentu. Peranan pribadi dalam keluarga didasari oleh harapan dan pola perilaku dari keluarga, kelompok dan masyarakat.

5) Perubahan Fisiologis

Perubahan fisiologis adalah perubahan yang berkaitan dengan faal (ciri-ciri tubuh), misalnya bibir, hidung, bentuk kepala, raut muka, tampang, rambut, warna kulit, aksesoris yang dipakai (kacamata, tas, sepatu, pakaian, topi), jenis kelamin, dan usia.

6) Perubahan Psikologis

Perubahan Psikologis berarti perubahan yang berkaitan dengan bagaimana pikiran bekerja dan berpikir dan merasa yang mempengaruhi perilaku.

7) Perubahan Perilaku

Perubahan perilaku adalah perubahan semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar (Damanik, 2015).

2.3. Konsep Gagal Ginjal Kronis

2.3.1 Pengertian

Gagal ginjal kronis adalah kegagalan fungsi ginjal untuk mempertahankan metabolisme serta keseimbangan cairan dan elektrolit akibat destruksi struktur ginjal yang progresif dengan manifestasi penumpukan sisa metabolit (toksik uremik) di dalam darah (Muttaqin, 2012).

2.3.2 Etiologi

Menurut Muttaqin (2012) kondisi klinis yang memungkinkan dapat mengakibatkan gagal ginjal kronis bisa disebabkan dari dalam ginjal ataupun luar ginjal.

- 1) Penyakit dari ginjal, yaitu:
 - a) Penyakit dari saringan (glomerulus) atau glomerulonefritis.
 - b) Infeksi kuman: pyelonefritis, ureteritis.
 - c) Batu ginjal: nefrolitiasis.
 - d) Kista di ginjal: polycystis kidney.
 - e) Trauma langsung pada ginjal.
 - f) Keganasan pada ginjal.
 - g) Sumbatan: batu, tumor, penyempitan.

- 2) Penyakit di luar ginjal, yaitu:
- a) Penyakit sistemik: diabetes melitus, hipertensi, kolesterol tinggi.
 - b) Dyslipidemia.
 - c) SLE.
 - d) Infeksi di badan: TBC paru, sifilis, malaria, hepatitis.
 - e) Preeklamsi.
 - f) Obat-obatan.
 - g) Kehilangan banyak cairan yang mendadak (luka bakar).

2.3.3 Stadium

Menurut Muttaqin (2012) gagal ginjal kronis selalu berkaitan dengan penurunan progresif Glumerulus filtrat rate. Stadium-stadium gagal ginjal kronis didasarkan pada tingkat Glumerulus filtrat rate yang tersisa dan meliputi hal-hal berikut :

- 1) Penurunan cadangan ginjal, yang terjadi apabila Glumerulus filtrat rate normal atau meningkat. Dengan nilai $GFR \geq 90$
- 2) Insufisiensi ginjal, yang terjadi apabila Glumerulus filtrat rate turun menjadi 60-89. Nefron-nefron yang tersisa sangat rentan mengalami kerusakan sendiri karena beratnya beban yang mereka terima.
- 3) Kerusakan ginjal dengan penurunan GFR sedang , yang terjadi apabila Glumerulus filtrat rate 30-59. Semakin banyak nefron yang mati.

- 4) Kerusakan ginjal dengan penurunan GFR berat, yang terjadi apabila Glumerulus filtrat rate menjadi 15-29. Hanya sedikit nefron fungsional yang tersisa. Pada seluruh ginjal ditemukan jaringan parut dan atrofi tubulus.
- 5) Gagal ginjal. Nilai GFR < 15

2.3.4 Patofisiologi

Secara ringkas patofisiologi gagal ginjal kronis diawali pada fase awal gangguan, keseimbangan cairan, penahanan garam, serta penimbunan zat-zat sisa masih bervariasi dan bergantung pada bagian ginjal yang sakit. Sampai fungsi ginjal turun dari 25 % dari normal, manifestasi klinis gagal ginjal kronis mungkin minimal karena nefron nefron sisa yang sehat mengambil alih fungsi nefron yang rusak. nefron yang tersisa meningkatkan kecepatan filtrasi, reabsorpsi dan sekresinya, serta mengalami hipertropi.

Seiring dengan makin banyaknya nefron yang mati maka nefron yang tersisa menghadapi tugas yang semakin berat sehingga nefron nefron tersebut akan rusak dan akhirnya mati. Sebagian dari siklus kematian ini tampaknya berkaitan dengan tuntutan pada nefron-nefron yang ada untuk meningkatkan reabsorpsi protein. Pada saat penyusutan progresif nefron- nefron terjadi pembentukan jaringan parut dan aliran darah ginjal akan berkurang. Pelepasan renin akan meningkat bersama kelebihan beban cairan sehingga dapat menyebabkan hipertensi. Hipertensi akan memperburuk gagal ginjal, dengan tujuan agar terjadi peningkatan filtrasi protein-protein plasma. Kondisi akan bertambah buruk dengan semakin banyak terbentuknya jaringan parut sebagai respon dari kerusakan nefron dan secara progresif fungsi ginjal menurun drastis

dengan manifestasi penumpukan metabolit-metabolit yang seharusnya dikeluarkan dari sirkulasi sehingga akan terjadi sindroma uremia berat yang banyak memberikan manifestasi pada setiap organ tubuh (Muttaqin,2012).

2.3.5 Manifestasi klinis dari gagal ginjal kronis, yaitu:

- 1) Gastrointestinal: ulserasi saluran pencernaan dan perdarahan.
- 2) Kardiovaskuler: hipertensi, perubahan elektro kardiografi (EKG), perikarditis, efusi perikardium, dan tamponade perikardium.
- 3) Respirasi: edema paru, efusi pleura, dan pleuritis.
- 4) Neuromuskular: lemah, gangguan tidur, sakit kepala, letargi, gangguan muskular, neuropati perifer, bingung, dan koma.
- 5) Metabolik/endokrin: inti glukosa, hiperlipidemia, gangguan hormon seks menyebabkan penurunan libido, impoten, dan amenorhoe (wanita).
- 6) Cairan-elektrolit: gangguan asam-basa menyebabkan kehilangan sodium sehingga terjadi dehidrasi, asidosis, hiperkalemia, hipermagneemia, dan hipokalsemia.
- 7) Dermatologi: pucat, hiperpigmentasi, pruritis, eksimosis, dan *uremia frost*.
- 8) Abnormal skeletal: osteodistrofi ginjal menyebabkan osteomalasia.
Hematologi: anemia, defek kualitas flatelat, dan perdarahan meningkat.(Padilla,2012).
- 9) Fungsi psikososial: perubahan kepribadian dan perilaku serta gangguan proses kognitif.
Respon pasien yang menghadapi Hemodialisa.

a) Depresi

Depresi adalah kondisi gangguan kejiwaan yang paling banyak ditemukan pada pasien gagal ginjal. Hubungan depresi dan mortalitas yang tinggi juga terdapat pasien-pasien yang menjalani hemodialisis jangka panjang. Kondisi afeksi yang negatif pada pasien gagal ginjal juga seringkali bertumpang tindih gejalanya dengan gejala-gejala pasien gagal ginjal yang mengalami uremia seperti iritabilitas, gangguan kognitif, ensefalopati, akibat pengobatan atau akibat hemodialisis yang kurang maksimal. Pendekatan psikodinamik pada gangguan depresi adalah suatu kondisi yang berhubungan dengan hilangnya sesuatu di dalam diri manusia tersebut. Hal ini disebut sebagai faktor eksogen sebagai penyebab depresinya. Kondisi gagal ginjal yang biasanya dibarengi dengan hemodialisis adalah kondisi yang sangat tidak nyaman. Kenyataan bahwa pasien gagal ginjal terutama gagal ginjal kronis 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 gagal ginjal yang menjalani hemodialisis. Hal ini bisa menimbulkan gejala-gejala depresi yang nyata pada pasien gagal ginjal sampai dengan tindakan bunuh diri.

b) Sindrom Disequilibrium

Kondisi sindrom disequilibrium cukup sering terjadi pada pasien yang menjalani hemodialisis. Hal ini biasanya terjadi selama atau segera setelah proses hemodialisis. Kondisi ini disebabkan oleh koreksi berlebihan dari

keadaan azotemia yang membuat ketidakseimbangan osmotik dan perubahan pH darah yang cepat. Kondisi ketidakseimbangan ini yang membuat adanya edema serebral yang menyebabkan timbulnya gejala-gejala klinik seperti sakit kepala, mual, kram otot, iritabilitas, agitasi, perasaan mengantuk dan kadang kejang. Gejala psikosis juga bisa terjadi. Sindrom disequilibrium biasa terjadi setelah 3 s.d. 4 jam setelah hemodialisis namun bisa juga terjadi 8-48 jam setelah prosedur itu dilakukan.

c) Demensia Dialisis

Demensia Dialisis juga dikenal dengan sebutan ensefalopati dialisis adalah sindroma yang fatal dan progresif. Pada prakteknya hal ini jarang terjadi dan biasanya terjadi pada pasien yang sudah menjalani dialisis paling sedikit satu tahun. Kondisi ini diawali dengan gangguan bicara, seperti gagap yang kemudian berlanjut menjadi disartria, disfasia dan akhirnya tidak bisa bicara sama sekali. Semakin lama kondisi ini semakin berat sampai berkembang menjadi mioklonus fokal maupun menyeluruh, kejang fokal atau umum, perubahan kepribadian, waham dan halusinasi. Demensia dialisis disebabkan karena keracunan aluminium yang berasal dari cairan dialisis dan garam aluminium yang digunakan untuk mengatur level fosfat serum. Pencegahannya dengan menggunakan bahan dialisis yang tidak mengandung aluminium. Pada awalnya kondisi ini dapat kembali baik namun jika dibiarkan dapat menjadi progresif sampai dengan periode 1-15 bulan ke depan setelah gejala awal. Kematian biasanya terjadi dalam rentang 6-12 bulan setelah permulaan gejala.

d) Stres

Stres yang dialami pasien gagal ginjal kronis akibat dari permasalahan yang terjadi jika tidak segera diatasi akan berdampak stres yang lebih tinggi yang berdampak pemilihan coping maladaptif seperti penolakan yang keras, ketidakpatuhan, agresif dan percobaan bunuh diri.

e) Emosi

Perasaan takut adalah ungkapan emosi pasien gagal ginjal yang paling sering diungkapkan. Pasien sering merasa takut akan masa depan yang akan dihadapi dan perasaan marah yang berhubungan dengan pertanyaan mengapa hal tersebut terjadi pada dirinya. Ketakutan dan perasaan berduka juga kerap datang karena harus tergantung seumur hidup dengan alat cuci ginjal. Perasaan ini tidak bisa dielakan dan seringkali afeksi emosional ini ditujukan kepada sekeliling seperti pasangan, karyawan dan staf di rumah sakit. Kondisi ini perlu dikenali oleh semua orang yang terlibat dengan pasien.

f) Harga Diri

Pasien dengan gagal ginjal sering kali merasa kehilangan kontrol akan dirinya. Mereka memerlukan waktu yang panjang untuk beradaptasi dan menyesuaikan diri dengan apa yang dialaminya. Perubahan peran adalah sesuatu yang tidak bisa dihindari. Sebagai contoh seorang pencari nafkah di keluarga harus berhenti bekerja karena sakitnya. Perasaan menjadi beban keluarga akan menjadi masalah buat individu ini. Selain itu juga pasien sering kali merasa dirinya “berubah”. Adanya kateter yang menempel misalnya pada

pasien dengan dialisis peritoneal, lesi di kulit, nafas berbau ureum dan perut yang membuncit membuat percaya diri dan citra diri pasien terpengaruh.

g) Gaya Hidup

Gaya hidup pasien akan berubah. Perubahan diet dan pembatasan air akan membuat pasien berupaya untuk melakukan perubahan pola makannya. Keharusan untuk kontrol atau melakukan dialisis di rumah sakit juga akan membuat keseharian pasien berubah. Terkadang karena adanya komplikasi pasien harus berhenti bekerja dan diam di rumah. Hal-hal ini yang perlu mendapatkan dorongan untuk pasien agar lebih mudah beradaptasi.

h) Fungsi Seksual

Fungsi seksual pada pasien yang mengalami gagal ginjal akan sering terpengaruh. Hal ini bisa disebabkan karena faktor organik (perubahan hormonal atau karena insufisiensi vaskuler pada kasus gagal ginjal dengan diabetes), psikososial (perubahan harga diri, citra diri dan perasaan tidak menarik lagi) atau masalah fisik (distensi perut, perasaan tidak nyaman dan keluhan-keluhan fisik akibat uremia). Masalah pengobatan yang mengganggu fungsi seksual juga bisa menjadi masalah. (Andri, 2015).

2.3.6 Penatalaksanaan

1) Dialisis/hemodialisa

Pasien yang memerlukan tindakan hemodialisa adalah pasien gagal ginjal kronis stadium 5. Pasien tersebut dinyatakan memerlukan hemodialisis apabila terdapat indikasi : hiperkalemia, asidosis, kegagalan terapi konservatif, kadar ureum/kreatinin tinggi

dalam darah, kelebihan cairan, perikarditis dan konfusi yang berat, hiperkalsemia dan hipertensi.

- 2) Obat-obatan anti hipertensi, suplemen besi, agen pengikat fosfat , suplemen kalsium, furosemide.
- 3) Diet

Intervensi diet sangat diperlukan pada gangguan fungsi ginjal. Protein akan dibatasi karena urea, asam urat, dan asam organik akan menumpuk secara cepat dalam darah jika terdapat gangguan pada klirens ginjal. Protein harus memiliki nilai biologis yang tinggi (produk susu, telur, daging). Cairan yang diperbolehkan adalah 500 sampai 600 ml untuk 24 jam. Kalori diperoleh oleh karbohidrat dan lemak untuk mencegah kelemahan. Pemberian vitamin juga penting karena diet rendah protein tidak cukup memberikan komplemen vitamin yang diperlukan.

Hiperfosfatemia dan hipokalemia ditangani dengan antasida mengandung aluminium yang mengikat fosfat makanan di saluran gastrointestinal. Dalam jangka panjang, aluminium diganti dengan natrium karbonat dosis tinggi. Kalsium karbonat dan antasida pengikat fosfat harus diberikan bersama dengan makanan agar lebih efektif. Antasida mengandung magnesium harus dihindari untuk mencegah keracunan magnesium.

Hipertensi ditangani dengan berbagai medikasi antihipertensif kontrol volume intravaskuler. Gagal jantung kongestif dan edema

pulmoner memerlukan penanganan pembatasan cairan, diet rendah natrium, diuretik, agens inotropik (digitalis dan dobutamin), dan dialisis.

Hiperkalemia dicegah dengan penanganan dialisis yang adekuat disertai pengambilan kalium dan pemantauan yang cermat terhadap pengambilan kalium. Pasien diharuskan diet rendah kalium.

Abnormalitas neurologi dapat terjadi dan memerlukan observasi dini terhadap tanda-tanda seperti kedutan, sakit kepala, delirium, atau aktivitas kejang. Pasien dilindungi dari cedera dengan menempatkan pembatas tempat tidur. Diazepam intravena (Valium) atau fenitoin (Dilantin) biasanya diberikan untuk mengendalikan kejang.

- 4) Anemia ditangani dengan Epogen (eritropoetin manusia rekombinan). Anemia pada pasien dengan hematokrit kurang dari 30% muncul tanpa gejala spesifik seperti malaise, keletihan umum, dan penurunan toleransi aktivitas. Terapi Epogen diberikan untuk memperoleh nilai hematokrit sebesar 33% sampai 38%, yang biasanya memulihkan gejala anemis. Epogen diberikan secara intravena atau subkutan tiga kali seminggu. (Suddarth, 2007).

2.4. Konsep Hemodialisa

2.4.1 Pengertian

Hemodialisa merupakan suatu proses yang digunakan pada pasien dalam keadaan sakit akut dan memerlukan terapi dialisis jangka pendek (beberapa hari hingga beberapa minggu) atau pasien dengan penyakit ginjal stadium akhir atau

end stage renal disease (ESRD) yang memerlukan terapi jangka panjang atau permanen. Tujuan hemodialisa adalah untuk mengeluarkan zat-zat nitrogen yang toksik dari dalam darah dan mengeluarkan air yang berlebihan (Suharyanto dan Madjid, 2009).

Menurut Nursalam (2006) hemodialisa adalah proses pembersihan darah oleh akumulasi sampah buangan. Hemodialisa digunakan bagi pasien dengan tahap akhir gagal ginjal atau pasien berpenyakit akut yang membutuhkan dialisis waktu singkat.

2.4.2 Prinsip yang Mendasari Kerja Hemodialis

Pada hemodialisis, aliran darah yang penuh dengan toksin dan limbah nitrogen dialihkan dari tubuh pasien ke dializer tempat darah tersebut dibersihkan dan kemudian dikembalikan lagi ke tubuh pasien. Sebagian besar dializer merupakan lempengan rata atau ginjal serat artificial berongga yang berisi ribuan tubulus selofan yang halus dan bekerja sebagai membran semipermeabel. Aliran darah akan melewati tubulus tersebut sementara cairan dialisat bersirkulasi di sekelilingnya. Pertukaran limbah dari darah ke dalam cairan dialisat akan terjadi melalui membrane semipermeabel tubulus (Brunner dan Suddarth, 2007).

Terdapat tiga prinsip yang mendasari kerja hemodialisa, yaitu difusi, osmosis, ultrafiltrasi. Toksin dan zat limbah di dalam darah dikeluarkan melalui proses difusi dengan cara bergerak dari darah yang memiliki konsentrasi tinggi, ke cairan dialisat dengan konsentrasi yang lebih rendah. Cairan dialisat tersusun dari semua elektrolit yang penting dengan konsentrasi ekstrasel yang ideal. Kelebihan cairan dikeluarkan dari dalam tubuh melalui proses osmosis. Pengeluaran air

dapat dikendalikan dengan menciptakan gradien tekanan, dimana air bergerak dari daerah dengan tekanan yang lebih tinggi (tubuh pasien) ke tekanan yang lebih rendah (cairan dialisis). Gradient ini dapat ditingkatkan melalui penambahan tekanan negative yang dikenal sebagai ultrafiltrasi pada mesin dialisis. Tekanan negative diterapkan pada alat ini sebagai kekuatan penghisap pada membran dan memfasilitasi pengeluaran air (Suharayanto dan Madjid, 2009).

2.4.3 Akses pada Sirkulasi Darah Pasien

Akses pada sirkulasi darah pasien terdiri atas kateter subklavikula dan femoralis, fistula, tandur (Suharayanto dan Madjid, 2009).

1) Kateter subklavikula dan femoralis

Akses segera ke dalam sirkulasi darah pasien pada hemodialisis darurat dicapai melalui kateterisasi subklavikula untuk pemakaian sementara. Kateter femoralis dapat dimasukkan ke dalam pembuluh darah femoralis untuk pemakaian segera dan sementara.

2) Fistula

Fistula yang lebih permanen dibuat melalui pembedahan (biasanya dilakukan pada lengan bawah) dengan cara menghubungkan atau menyambung (anastomosis) pembuluh arteri dengan vena secara side to side (dihubungkan antara ujung dan sisi pembuluh darah). Fistula tersebut membutuhkan waktu 4 sampai 6 minggu menjadi matang sebelum siap digunakan. Waktu ini diperlukan untuk memberikan kesempatan agar fistula pulih dan segmen vena fistula berdilatasi dengan baik sehingga dapat menerima jarum berlumen besar dengan ukuran 14-16. Jarum

ditusukkan ke dalam pembuluh darah agar cukup banyak aliran darah yang akan mengalir melalui dializer. Segmen vena fistula digunakan untuk memasukkan kembali (reinfus) darah yang sudah didialisis.

3) Tandur

Dalam menyediakan lumen sebagai tempat penusukan jarum dialisis, sebuah tandur dapat dibuat dengan cara menjahit sepotong pembuluh arteri atau vena dari sapi, material Gore-tex (heterograft) atau tandur vena safena dari pasien sendiri. Biasanya tandur tersebut

2.4.4 Sistem Kerja Dializer

Terdapat 2 (dua) tipe dasar dializer (Suharyanto dan Madjid, 2009), yaitu :

1) Pararel plate dialyzer

Pararel plate dializer, terdiri dari dua lapisan selotan yang dijepit oleh dua penyokong. Darah mengalir melalui lapisan-lapisan membran, dan cairan dialisa dapat mengalir dalam arah yang sama seperti darah, atau dengan daerah berlawanan.

2) Hollow Fiber atau capillary dialyzer

Darah mengalir melalui bagian tengah tabung-tabung kecil, dan cairan dialisa membasahi bagian luarnya. Aliran cairan dialisa berlawanan dengan arah aliran darah.

Suatu sistem dialisa terdiri dari dua sirkuit, satu untuk darah dan satu lagi untuk cairan dialisa. Bila sistem ini bekerja, darah mengalir dari penderita melalui tabung plastik (jalur arteri), melalui dializer hollow fiber dan kembali ke penderita melalui jalur vena.

Dialisat kemudian dimasukkan ke dalam dializer, dimana cairan akan mengalir di luar serabut berongga sebelum keluar melalui drainase. Keseimbangan antara darah dan dialisat terjadi di sepanjang membrane dialisis melalui proses difusi, osmosis dan ultrafiltrasi.

Komposisi cairan dialisis diatur sedemikian rupa sehingga mendekati komposisi ion darah normal, dan sedikit dimodifikasi agar memperbaiki gangguan cairan dan elektrolit yang sering menyertai gagal ginjal. Unsur-unsur yang umum terdiri dari Na^+ , K^+ , Ca^{++} , Mg^{++} , Cl^- , asetat dan glukosa. Urea, kreatinin, asam urat, dan fosfat dapat berdifusi dengan mudah dari darah ke dalam cairan dialisis karena unsur-unsur ini tidak terdapat dalam cairan dialisis. Natrium asetat yang lebih tinggi konsentrasinya dalam cairan dialisis, akan berdifusi ke dalam darah. Tujuan menambahkan asetat adalah untuk mengoreksi asidosis penderita uremia. Asetat dimetabolisme oleh tubuh penderita menjadi bikarbonat. Glikosa dalam konsentrasi yang rendah (200 mg/100 ml) ditambahkan ke dalam bak dialisis untuk mencegah difusi glukosa ke dalam bak dialisis yang dapat mengakibatkan kehilangan kalori.

Heparin secara terus menerus dimasukkan pada jalur arteri melalui infuse lambat untuk mencegah pembekuan. Bekuan darah dan gelembung udara dalam jalur vena akan menghalangi udara atau bekuan darah kembali ke aliran darah. Waktu yang dibutuhkan seseorang untuk melakukan hemodialisa adalah tiga kali seminggu, dengan setiap kali hemodialisa 3 sampai 5 jam.

2.4.5 Penatalaksanaan Pasien yang Menjalani Hemodialisa

Hemodilisa merupakan hal yang sangat membantu pasien sebagai upaya memperpanjang usia penderita. Hemodialisa tidak dapat menyembuhkan penyakit ginjal yang diderita pasien tetapi hemodialis dapat meningkatkan kesejahteraan kehidupan pasien yang gagal ginjal (Wijayakusuma, 2008 dalam Desita, 2010).

Pasien hemodialisa harus mendapat asupan makanan yang cukup agar tetap dalam gizi yang baik. Gizi kurang merupakan prediktor yang penting untuk terjadinya kematian pada pasien hemodialisa. Asupan protein diharapkan 1-1,2 gr/kgBB/hari dengan 50 % terdiri atas asupan protein dengan nilai biologis tinggi. Asupan kalium diberikan 40-70 meq/hari. Pembatasan kalium sangat diperlukan, karena itu makanan tinggi kalium seperti buah-buahan dan umbi-umbian tidak dianjurkan untuk dikonsumsi. Jumlah asupan cairan dibatasi sesuai dengan jumlah air kencing yang ada ditambah *insensible water loss*. Asupan natrium dibatasi 40-120 meq.hari guna mengendalikan tekanan darah dan edema. Asupan tinggi natrium akan menimbulkan rasa haus yang selanjutnya mendorong pasien untuk minum. Bila asupan cairan berlebihan maka selama periode di antara dialisis akan terjadi kenaikan berat badan yang besar (Perhimpunan Dokter Spesialis Penyakit Dalam Indonesia, 2006). Anjuran pemberian diet pada pasien hemodialisa 2 x/ minggu :

Protein : 1 – 1,2 gr/kgBB/hari

Kalori : 126 – 147 kj/ kgBB (30 – 35 kal/kgBB/hari)

Lemak : 30 % dari total kalori

Hidrat arang : sedikit gula (55 % total kalori)

| | |
|------|---|
| Besi | : 1,8 mmol/hari (100 mg) |
| Air | : 750 – 1000 ml/hari (500 + sejumlah urin/24 jam) |
| Ca | : 25 – 50 mmol/hari (1000 – 2000) |

Banyak obat yang diekskresikan seluruhnya atau sebagian melalui ginjal. Pasien yang memerlukan obat-obatan (preparat glikosida jantung, antibiotik, antiaritmia, antihipertensi) harus dipantau dengan ketat untuk memastikan agar kadar obat-obatan ini dalam darah dan jaringan dapat dipertahankan tanpa menimbulkan akumulasi toksik. Risiko timbulnya efek toksik akibat obat harus dipertimbangkan (Brunner dan Suddarth, 2007).

2.4.5 Indikasi dan Komplikasi Terapi Hemodialisa

Menurut Perhimpunan Dokter Spesialis Penyakit Dalam Indonesia (2006) umumnya indikasi dialisa pada GJK adalah bila laju filtrasi glomerulus (LFG sudah kurang dari 5 ml/menit) sehingga dialisis baru dianggap perlu dimulai bila dijumpai salah satu dari hal di bawah :

- 1) Keadaan umum buruk dan gejala klinis nyata
- 2) K serum > 6 mEq/L
- 3) Ureum darah > 200 mg/L
- 4) Ph darah < 7,1
- 5) Anuria berkepanjangan (> 5 hari)
- 6) Fluid overloaded.

Komplikasi terapi dialisis sendiri dapat mencakup hal-hal berikut (Brunner dan Suddarth, 2007) :

- 1) Hipotensi dapat terjadi selama terapi dialisis ketika cairan dikeluarkan.

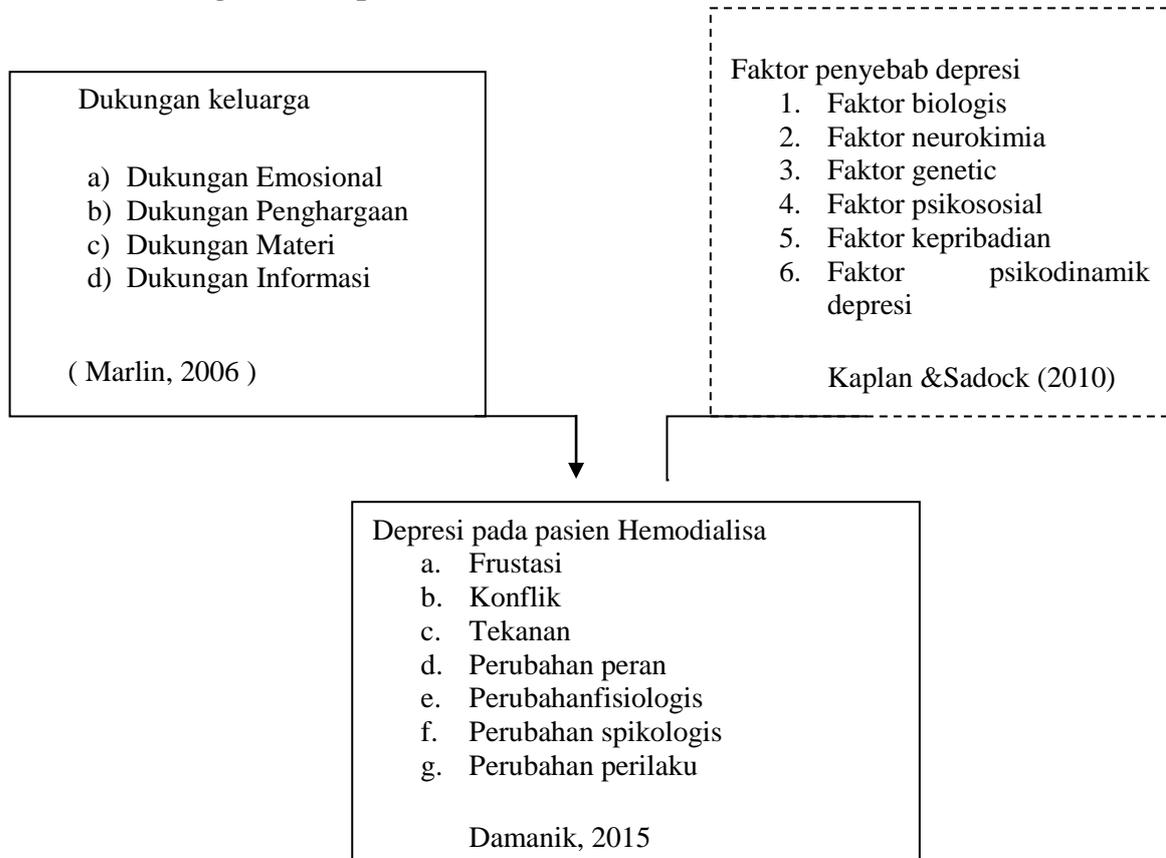
- 2) Emboli udara merupakan komplikasi yang jarang tetapi dapat saja terjadi jika udara memasuki sistem vaskuler pasien.
- 3) Nyeri dada dapat terjadi karena pCO₂ menurun bersamaan dengan terjadinya sirkulasi darah di luar tubuh.
- 4) Pruritus dapat terjadi selama terapi dialisis ketika produk akhir metabolisme meninggalkan kulit.
- 5) Gangguan keseimbangan dialisis terjadi karena perpindahan cairan serebral dan muncul sebagai serangan kejang. Komplikasi ini kemungkinan terjadinya lebih besar jika terdapat gejala uremia yang berat.
- 6) Kram otot yang nyeri terjadi ketika cairan dan elektrolit dengan cepat meninggalkan ruang ekstrasel.
- 7) Mual dan muntah merupakan peristiwa yang sering terjadi.

Menurut Perhimpunan Dokter Spesialis Penyakit Dalam Indonesia (2006) komplikasi yang jarang terjadi misalnya sindrom disequilibrium, reaksi dializer, aritmia, temponade jantung, perdarahan intrakranial, kejang, hemolisis, neutropenia, serta aktivasi komplemen akibat dialisis dan hipoksemia.

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESA PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual



Keterangan :

Diukur : 

Tidakdiukur : 

Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Depresi Pada Pasien Gagal Ginjal Kronis Di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Sayidiman Magetan Pada Tahun 2017.

Apabila seseorang menderita gagal ginjal kronik dan diharuskan hemodialisa maka seseorang tersebut akan mengalami perubahan emosional seperti mudah marah, harga diri rendah, perubahan fungsi seksual dan depresi. Depresi dipengaruhi oleh faktor interna dan eksternal. Dukungan keluarga yang merupakan dukungan eksternal akan membantu seseorang penderita gagal ginjal kronik dalam menghadapi depresi yang dihadapi.

3.2 Hipotesa Penelitian

Menurut Arifin (2009) hipotesis adalah kebenaran yang masih bersifat sementara dan harus diuji kebenarannya. Sedangkan hipotesis dari penelitian ini adalah :

Ha : ada hubungan dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada pasien gagal ginjal kronis di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Sayidiman Magetan Tahun 2017.

BAB 4

METODE PENELITIAN

Bab ini akan disajikan desain penelitian, kerangka kerja, populasi dan sampel, desain sampling, identifikasi variabel, definisi operasional, pengumpulan data, analisa data dan etika penelitian.

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian adalah keseluruhan dari perencanaan untuk menjawab pertanyaan penelitian dan mengantisipasi beberapa kesulitan yang mungkin timbul selama proses penelitian (Notoatmodjo, 2010).

Jenis penelitian yang digunakan korelasional yang mengkaji hubungan antar variabel dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Penelitian menjelaskan suatu hubungan, memperkirakan dan mengkaji berdasarkan teori yang ada. Tujuan dari penelitian korelasional adalah untuk mendeteksi sejauh mana variasi-variasi pada suatu faktor berkaitan dengan variasi-variasi pada satu atau lebih faktor lain berdasarkan pada koefisien korelasi (Notoatmodjo, 2010). Pendekatan *cross-sectional* adalah penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor-faktor resiko dengan efek, dengan cara pendekatan, observasi, atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (*point time approach*) (Notoatmodjo, 2010).

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Arifin (2009) mendefinisikan populasi adalah keseluruhan subjek yang diteliti dan menjadi sasaran generalisasi hasil-hasil penelitian, baik anggota sampel maupun di luar sampel. Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien gagal ginjal kronis di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Sayidiman Magetan rata – rata sebanyak 65 pasien perbulan.

4.2.2 Sampel

Menurut Arifin (2009) sampel penelitian adalah sebagian subjek yang diambil dari keseluruhan subjek dalam suatu penelitian. Sampel dalam penelitian ini adalah sebagian pasien gagal ginjal kronis di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Sayidiman Magetan dengan besar sampel dihitung berdasarkan rumus Slovin (Nursalam, 2008) . Besar sampel dalam penelitian ini adalah :

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

Keterangan :

n = Ukuran sampel

N = Ukuran populasi

e² = Tingkat kesalahan yang dapat ditolelir (dalam penelitian ini 10% = 0,1)

$$n = \frac{65}{1 + 65 (0,5)^2}$$

$$n = \frac{100}{1 + 65 (0,0025)}$$

$$n = \frac{65}{1+0,63}$$

$$n = \frac{65}{1,63}$$

$$n = 56 \text{ responden}$$

Sehingga dengan menggunakan rumus diatas maka besar sampel yang diperlukan adalah 56 responden.

4.2.3 Kriteria Sampel

Agar karakteristik sampel tidak menyimpang dari populasinya, maka sebelum dilakukan pengambilan sampel perlu ditentukan kriteria inklusi, maupun kriteria ekklusi. Kriteria inklusi adalah kriteria atau ciri-ciri yang perlu dipenuhi oleh setiap anggota populasi yang dapat diambil sebagai sampel. Sedangkan kriteria eksklusi adalah ciri-ciri anggota populasi yang tidak dapat di ambil sampel (Notoatmodjo, 2012).

Kriteria inklusi :

- 1) Pasien gagal ginjal kronis yang bersedia menjadi responden di ruang hemodialisa.
- 2) Pasien gagal ginjal kronis yang bisa membaca dan menulis.
- 3) Pasien gagal ginjal kronis yang dalam kondisi stabil (TTV dan GCS dalam batas normal)

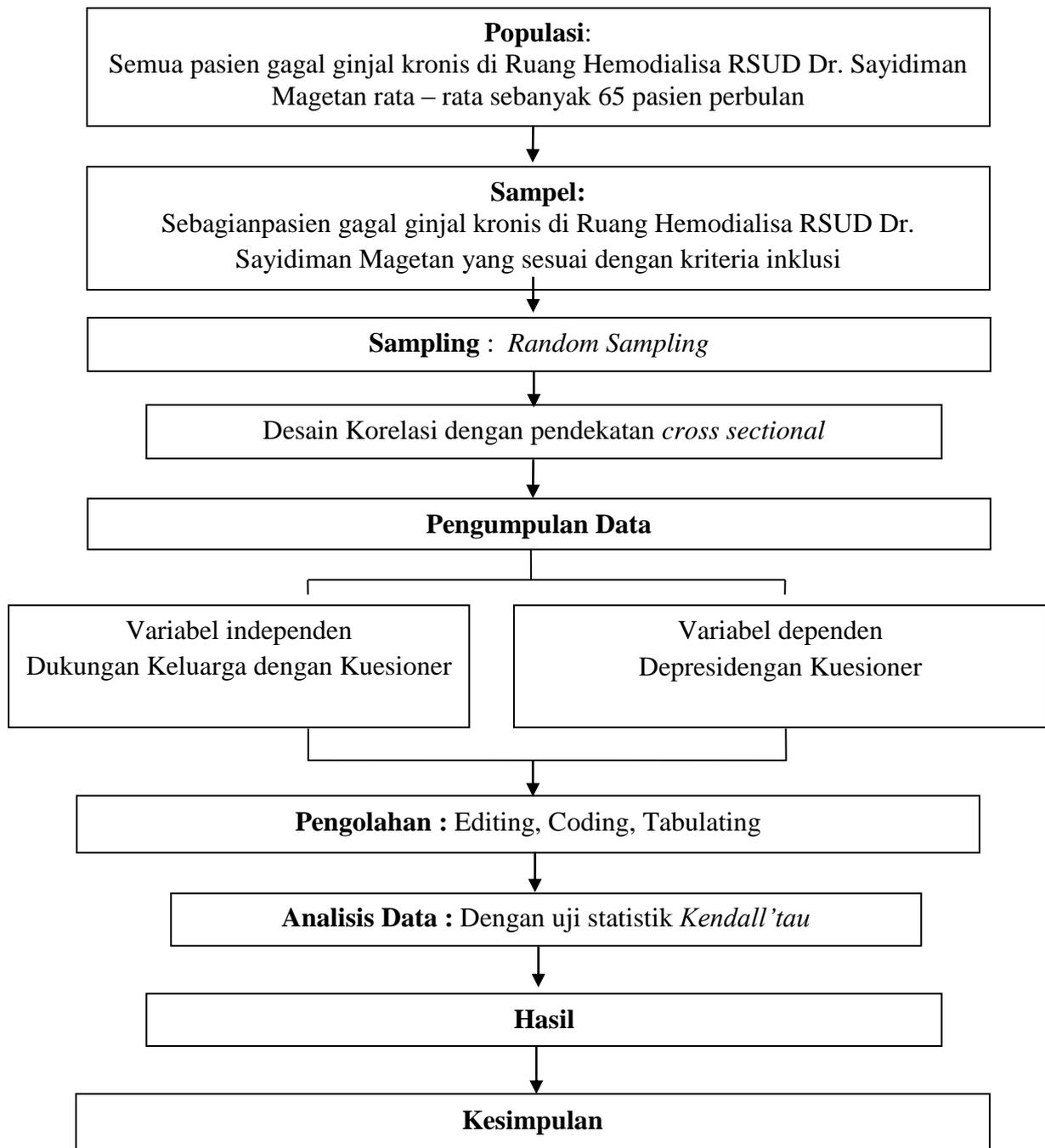
4.3 Teknik Sampling

Menurut Notoatmodjo (2012), teknik sampling adalah cara atau teknik-teknik tertentu dalam mengambil sampel penelitian sehingga sampel tersebut sedapat mungkin mewakili populasinya.

Pada penelitian ini cara pengambilan sampel adalah menggunakan *non probability sampling* dengan teknik *Random Sampling*. Menurut Nursalam(2008) *purposive sampling* yaitu memilih sampel diantara populasi sesuai kehendak peneliti, sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi.

4.4 Kerangka Kerja

Kerangka kerja merupakan langkah-langkah yang akan dilakukan dalam penelitian yang akan ditulis dalam bentuk kerangka atau alur penelitian (Hidayat, 2007).



Gambar 4.1 Kerangka Kerja Dukungan Keluarga Dengan Depresi Pada Pasien Gagal Ginjal Kronis Di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Sayidiman Magetan

4.5 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional Variabel

4.5.1 Identifikasi Variabel

Variabel adalah objek-objek atau gejala-gejala yang menjadi interest peneliti untuk menelitinya Arifin (2009). Dalam penelitian ini peneliti menggunakan 2 variabel yaitu :

1. Variabel Bebas (*independen*)

Variabel independen merupakan variabel yang menjadi sebab perubahan atau timbulnya variabel dependen (terikat). Variabel ini juga dikenal dengan nama variabel bebas artinya bebas dalam mempengaruhi variabel lain (Hidayat, 2007). Variabel independen pada penelitian ini adalah dukungan keluarga.

2. Variabel Terikat (*dependen*)

Variabel dependen merupakan variabel yang dipengaruhi atau menjadi akibat karena variabel bebas. Variabel ini juga disebut sebagai variabel efek, hasil, *outcome*, atau *event* (Hidayat, 2007). Variabel dependen pada penelitian ini adalah depresi pada pasien gagal ginjal kronis.

4.5.2 Definisi operasional

Definisi operasional adalah mendefinisikan variabel secara operasional berdasarkan karakteristik yang diamati, sehingga memungkinkan peneliti untuk melakukan atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena (Hidayat, 2007).

Tabel 4.2 Definisi Operasional Dukungan Keluarga Dengan Depresi Pada Pasien Gagal Ginjal Kronis Di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Sayidiman Magetan

| 1. Variabel | Definisi | Indikator | Alat Ukur | Skala | Skor |
|--|--|---|----------------|----------------|---|
| Independen: Dukungan keluarga | Bantuan yang nyata yang diberikan keluarga didalam lingkungan sosial | 1. Dukungan emosional 2. Dukungan penghargaan 3. Dukungan materi 4. Dukungan informasi / pengetahuan | Kuesioner | <i>Ordinal</i> | Sangat sering : 4 Sering : 3 Kadang - kadang : 2 Tidak Pernah : 1 Baik : $\geq 75\%$ Cukup : 56-74% Kurang : $\leq 55\%$. (Setiadi, 2008) |
| Dependen: Depresi pasien gagal ginjal | Gangguan alam perasaan (<i>mood</i>) yang ditandai dengan kemurungan dan kesedihan yang mendalam | 1. Frustrasi 2. Konflik 3. Tekanan 4. Perubahan peran 5. Perubahan Fisiologis 6. Perubahan Psikologis 7. Perubahan Perilaku | Kuesioner DASS | <i>Ordinal</i> | Jawaban Setiap Saat : 3 Sering : 2 Kadang - kadang : 1 Tidak Pernah : 0 Normal : 0 – 14 Ringan : 15 – 18 Sedang : 19 – 25 Parah : 26 – 33 Sangat parah : > 34 (Damanik, 2015) |

4.6 Instrumen Penelitian

Instrumen dalam penelitian ini untuk variabel independen (dukungan keluarga) adalah menggunakan kuesioner, untuk variabel dependen (depresi pada pasien gagal ginjal kronis) menggunakan juga menggunakan kuesioner.

Kuesioner adalah sejumlah pertanyaan tertulis yang digunakan untuk memperoleh informasi dari responden dalam arti laporan tentang hal-hal yang dia ketahui (Arikunto, 2010). Kuesioner yang digunakan adalah kuesioner

tertutup dimana sudah disediakan jawabannya sehingga responden tinggal memilih (Arikunto, 2010).

4.7 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian akan dilaksanakan di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Sayidiman Magetanbulan Mei - Juni 2017.

4.8 Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2008). Langkah-langkah dalam pengumpulan data dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

4.8.1 Mengurus Perijinan

1. Mengurus surat izin penelitian kepada Ketua STIKESBhakti Husada Mulia Madiun.
2. Mengurus surat izin penelitian kepada Bangkespolinmas Kota Magetan.
3. Mengurus surat izin penelitian pada Dr. Sayidiman Magetan.

4.8.2 Proses Penelitian

1. Memberi penjelasan tentang penelitian kepada calon responden dan bila bersedia menjadi responden dipersilakan untuk menandatangani lembar *informed consent*.
2. Responden mengisi kuesioner yang telah disediakan untuk variabel independen dan variabel dependen.
3. Setelah penelitian berakhir data dikumpulkan untuk dilakukan uji statistik.

4.8.3 Pengumpulan Data

Pengolahan data merupakan salah satu langkah yang paling penting. Hal ini disebabkan karena data yang diperoleh langsung dari penelitian masih mentah, belum memberikan informasi apa-apa dan belum siap untuk disajikan (Notoatmodjo, 2010). Proses pengumpulan data dilakukan melalui tahap-tahap sebagai berikut :

1. *Editing*

Editing adalah upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan. Editing dapat dilakukan pada tahap pengumpulan data atau setelah data terkumpulkan (Hidayat, 2007).

2. *Coding*

Coding adalah merupakan kegiatan memberikan kode numerik (angka) terhadap data yang terdiri atas beberapa katagori, coding atau mengode data bertujuan mengidentifikasi kualitatif atau membedakan aneka karekter (Hidayat, 2007). Pada penelitian ini hasil dari *scoring* diberikan kode antara lain :

a. Variabel independen dukungan keluarga

1) Baik $\geq 75\%$. = 3

2) Cukup 56-74%. = 2

3) Kurang $\leq 55\%$. = 1

(Budiman, 2013).

b. Variabel independen depresi pada pasien gagal ginjal kronik

- 1) Normal : 5
- 2) Ringan : 4
- 3) Sedang : 3
- 4) Parah : 3
- 5) Sangat parah : 1

(Damanik, 2015)

4.9 Teknik Analisa Data

a. Uji Validitas

Uji validitas dilakukan untuk memastikan seberapa baik suatu instrumen digunakan untuk mengukur konsep yang seharusnya diukur. Menurut Sugiono (2010) untuk menguji validitas konstruk dilakukan dengan cara mengkorelasikan antara skor butir pertanyaan dengan skor totalnya. Dapat dirumuskan korelasi atau product moment adapun $< 0,5$ maka item pertanyaan dinyatakan tidak valid. Atau didasarkan pada nilai r dimana pernyataan valid apabila r hitung $> r$ tabel pada signifikan 5% sehingga pernyataan dapat digunakan uji validitas.

b. Uji Reliabilitas

Reliabilitas menunjuk pada suatu pengertian bahwa sesuatu instrumen cukup dapat dipercaya untuk digunakan sebagai alat pengumpul data karena instrumen tersebut sudah baik. Arikunto (2010). Reliabilitas (keandalan) merupakan ukuran suatu kestabilan dan konsistensi responden dalam menjawab hal yang berkaitan dengan

kontruk – kontruk pertanyaan yang merupakan dimensi suatu variabel dan disusun dalam suatu bentuk kuesioner. Suatu instrumen dikatakan reliable jika memberikan nilai Alpha Cronbach $> 0,06$ (Sujarweni, 2014).

Pada penelitian ini uji kuesioner sudah dilakukan uji validitas dan reliabilitas sehingga peneliti tidak melakukan uji validitas dan reliabilitas sendiri.

c. Analisa univariat

Analisa univariat adalah analisis yang dilakukan terhadap karakteristik responden penelitian. Pada umumnya dalam analisis ini hanya menghasilkan distribusi dan persentase dari tiap variabel (Notoatmodjo, 2010). Selain itu di dalam analisa univariat juga terdapat tendensi sentral, standar deviasi dan estimasi. Tendensi sentral adalah pengukuran statistik untuk menentukan skor tunggal yang menetapkan pusat dari distribusi. Tujuan tendensi sentral adalah untuk menemukan skor single yang paling khusus atau paling representatif dalam kelompok (Gravetter & Wallnau, 2007). Standar deviasi adalah nilai statistik yang digunakan untuk menentukan bagaimana sebaran data dalam sampel, dan seberapa dekat titik data individu ke mean - atau rata-rata - nilai sampel. Estimasi adalah suatu metode dimana kita dapat memperkirakan nilai dari suatu populasi dengan menggunakan nilai dari sampel.

Dalam penelitian ini akan digambarkan tentang karakteristik usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan penghasilan. Setelah data

terkumpul kemudian data dihubungkan dan ditarik kesimpulan yang akan digambarkan dengan tabel dan diagram. Hasil pengisian kuesioner yang sudah diberi bobot di jumlahkan dan dibandingkan dengan jumlah tertinggi lalu dikalikan 100%.

d. Analisa bivariat

Untuk menguji hipotesis pada rancangan penelitian ini menggunakan uji *chi square* dengan nilai $\alpha = 0,05$ dibantu dengan SPSS versi 23. Korelasi *chi square* digunakan untuk mencari hubungan atau untuk menguji signifikansi hipotesis asosiatif bila masing-masing variabel yang dihubungkan berbentuk Ordinal (Suhartoumm, 2013).

Kesimpulan diambil dengan kriteria jika nilai $p \leq \alpha$ maka H_a diterima sehingga dapat diasumsikan bahwa ada hubungan dukungan keluarga dengan depresi pada pasien gagal ginjal kronis di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Sayidiman Magetan.

Interpretasi tinggi rendahnya korelasi dapat diketahui juga dan besar kecilnya angka dalam indeks korelasi. Makin besar angka dalam indeks koelasi, makin tinggi korelasi kedua variabel yang dikorelasikan. (Arikunto, 2010).

Tabel 3.2 Interprestasi Nilai r

| Besarnya r | Interprestasi |
|----------------------------------|---------------|
| Antara 0,800 sampai dengan 1,000 | Sangat Kuat |
| Antara 0,600 sampai dengan 0,800 | Kuat |
| Antara 0,400 sampai dengan 0,600 | Sedang |
| Antara 0,200 sampai dengan 0,400 | Rendah |
| Antara 0,00 sampai dengan 0,200 | Sangat Rendah |

4.10 Etika Penelitian

Dalam pelaksanaan penelitian, apalagi menggunakan manusia sebagai subjek, maka penelitian harus memahami hakdasar manusia. Dimana manusia memiliki kebebasan dalam menentukan dirinya, sehingga nantinya penelitian ini akan benar-benar menjunjung tinggi kebebasan manusia dengan cara memandang aspek prinsip manfaat, keadilan dan menghormati (Notoatmodjo, 2012).

4.10.1 Lembar persetujuan menjadi responden (*inform consent*)

Lembar persetujuan menjadi responden diberikan kepada subjek yang akan diteliti. Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan riset yang akan dilakukan. Jika bersedia diteliti harus menandatangani lembar persetujuan dan tetap menghormati hak-haknya.

4.10.2 Tanpa nama (*Anomity*)

Untuk menjaga kerahasiaan peneliti tidak mencantumkan nama pada lembar pengumpulan data, cukup dengan memberi nomor kode pada masing-masing lembar tersebut.

4.10.3 Kerahasiaan (*confidentiality*)

Kerahasiaan dijamin oleh peneliti, karena kelompok data tertentu saja yang akan disajikan atau dilaporkan sebagai hasil riset.

BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

5.1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Pada bab ini akan disajikan hasil dan pembahasan dari pengumpulan data dengan kuesioner yang telah diisi oleh responden mengenai Hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada pasien gagal ginjal kronis di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Sayidiman Magetan.

Pengumpulan data dilaksanakan di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Sayidiman Magetan bulan Mei - Juni 2018 dengan jumlah sebanyak 56 responden. Hasil penelitian akan dijabarkan mulai dari gambaran umum tempat penelitian, analisa univariat yang terdiri dari karakteristik responden, kualitas tidur dan tekanan darah, serta analisa bivariat yaitu hubungan dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada pasien gagal ginjal kronis di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Sayidiman Magetan.

5.2 Karakteristik Responden

5.2.1 Data Umum

1. Karakteristik responden berdasarkan umur

Karakteristik responden berdasarkan umur pasien gagal ginjal kronis pada Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Sayidiman Magetan dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 5.1 Distribusi frekuensi responden berdasarkan umur di RSUD dr. Sayidiman Magetan Tahun 2018

| No | Usia | Frekuensi (f) | Persentase (%) |
|----|-------------|---------------|----------------|
| 1. | 18-25 tahun | 1 | 1,8 |
| 2. | 26-35 tahun | 3 | 5,4 |
| 3. | 36-45 tahun | 8 | 14,3 |
| 4. | 45-55 tahun | 19 | 33,9 |
| 5. | > 55 tahun | 25 | 44,6 |
| | Jumlah | 56 | 100,0 |

Sumber: Data Primer 2018

Berdasarkan tabel 5.1 diatas dapat diinterpretasikan bahwa sebagian besar 25 responden (44,6%) berusia diatas >55 tahun dan yang paling sedikit 1 responden (1,8%) yang berusia 18-25 tahun.

2. Karakteristik responden berdasarkan Jenis Kelamin

Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin padapasien gagal ginjal kronis di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Sayidiman Magetan dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Responden Menurut Jenis Kelamin pada pasien gagal ginjal kronis di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Sayidiman Magetan Tahun 2018

| No | Jenis Kelamin | Frekuensi (f) | Persentase (%) |
|----|---------------|---------------|----------------|
| 1. | Laki-laki | 34 | 60,7 |
| 2. | Perempuan | 22 | 39,3 |
| | Jumlah | 56 | 100,0 |

Sumber: Data Primer 2018

Berdasarkan tabel 5.2 diatas dapat diinterpretasikan bahwa responden dalam penelitian ini berjenis kelamin laki-laki sebanyak 34 orang (60,7%) dan sebagian kecil berjenis kelamin perempuan sebanyak 22 orang (39,3%).

3. Karakteristik responden berdasarkan pendidikan

Tabel 5.3 Distribusi frekuensi responden berdasarkan karakteristik pendidikan pada pasien gagal ginjal kronis di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Sayidiman Magetan Tahun 2018

| No | Pendidikan | Frekuensi | Persentase (%) |
|----|---------------------------|-----------|----------------|
| 1. | Tamat Pendidikan Dasar | 1 | 1,8 |
| 2. | Tamat Pendidikan Menengah | 12 | 2,4 |
| 3. | Tamat Pendidikan Atas | 33 | 58,9 |
| 4. | Tamat Perguruan Tinggi | 10 | 17,9 |
| | Jumlah | 56 | 100,0 |

Sumber: Data Primer 2018

Berdasarkan tabel 5.3 dapat diketahui bahwa sebagian besar pasien gagal ginjal kronis di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Sayidiman Magetanyang menjadi responden dalam penelitian ini menamatkan jenjang pendidikan atas sebanyak 33 orang (58,9%) dan sebagian kecil yang tamat pendidikan dasar sebanyak 1 orang (1,8%).

4. Karakteristik responden berdasarkan pekerjaan

Tabel 5.4 Distribusi frekuensi responden berdasarkan pekerjaan pada pasien gagal ginjal kronis di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Sayidiman Magetan Tahun 2018

| No | Pekerjaan | Frekuensi | Persentase (%) |
|----|---------------|-----------|----------------|
| 1. | PNS/TNI/POLRI | 17 | 30,4 |
| 2. | Wiraswasta | 12 | 21,4 |
| 3. | Petani | 21 | 37,5 |
| 4. | Tidak bekerja | 6 | 10,7 |
| | Jumlah | 56 | 100,0 |

Sumber: Data Primer 2018

Berdasarkan tabel 5.4 dapat diketahui bahwa sebagian besar pasien gagal ginjal kronis di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Sayidiman Magetan yang menjadi responden dalam penelitian ini mempunyai pekerjaan sebagai

petani sebanyak 21 orang (37,5%) dan sebagian kecil yang tidak bekerja sebanyak 6 orang (10,7%).

5.2.2. Data Khusus

1. Dukungan Keluarga

Hasil analisis distribusi dukungankeluarga pada pasien gagal ginjal kronis di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Sayidiman Magetan terdapat pada tabel berikut ini.

Tabel 5.5. Frekuensi dukungankeluarga pada pasien gagal ginjal kronis di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Sayidiman Magetan Tahun 2018

| No. | Dukungan Keluarga | Frekuensi | Persentase (%) |
|-----|-------------------|-----------|----------------|
| 1. | Baik | 8 | 14,3 |
| 2. | Cukup | 44 | 78,6 |
| 3. | Kurang | 4 | 7,1 |
| | Jumlah | 56 | 100,0 |

Sumber: Data Primer 2018

Berdasarkan tabel 5.5 di atas dapat diketahui bahwa sebagian besar dukungankeluarga pada pasien gagal ginjal kronis di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Sayidiman Magetan yang menjadi responden dalam penelitian ini adalah cukup yaitu 44 orang atau 78,6%.

2. Tingkat Depresi

Hasil analisis distribusi tingkat depresi pada pasien gagal ginjal kronis di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Sayidiman Magetan terdapat pada tabel berikut ini.

Tabel 5.6. Frekuensi tingkat depresi pada pasien gagal ginjal kronis di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Sayidiman Magetan

| No. | Tingkat Depresi | Frekuensi (f) | Persentase (%) |
|-----|-----------------|---------------|----------------|
| 1. | Normal | 3 | 5,4 |
| 2. | Ringan | 0 | 0,0 |
| 3. | Sedang | 4 | 7,1 |
| 4. | Parah | 36 | 64,3 |
| 5. | Sangat Parah | 13 | 23,2 |
| | Jumlah | 56 | 100,0 |

Sumber data: diolah

Berdasarkan tabel 5.6 di atas dapat diketahui bahwa sebagian besar tingkat depresi pada pasien gagal ginjal kronis di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Sayidiman Magetan yang menjadi responden dalam penelitian ini adalah parah yaitu 36 orang atau 64,3%.

5.2.3 Hasil Analisis Bivariat

Hasil analisis bivariat tentang dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada pasien gagal ginjal kronis di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Sayidiman Magetan dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 5.7 Hasil analisis *chi square* dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada pasien gagal ginjal kronis di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Sayidiman Magetan

| | | Tingkat Depresi | | | | | Total | <i>P value</i> |
|----------|--------|-----------------|-----------|-----------|-------------|--------------|--------------|----------------|
| | | Normal | Ringan | Sedang | Parah | Sangat Parah | | |
| Dukungan | Kurang | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 4 (7%) | 0,000 |
| Keluarga | Cukup | 0 | 0 | 3 | 31 | 9 | 43 (77%) | |
| | Baik | 3 | 1 | 2 | 3 | 0 | 9 (16%) | |
| Total | | 3 (5%) | 1 (2%) | 5 (9%) | 34 (61%) | 13 (23%) | 56 (100%) | |

Berdasarkan tabel diatas, persentase responden tingkat depresi dengan dukungan keluargakurang (7%), dan dukungan keluarga tingkat depresi cukup (77%), dukungan keluarga baik (16%), dan tingkat depresi normal (5%), tingkat depresi ringan (2%), tingkat depresi sedang (9%), tingkat depresi parah (61%), . tingkat depresi sangat parah (23%). Berdasarkan analisis hasil uji *fisher exact* diperoleh nilai signifikan 0,000 yang berarti $p < 0,05$, sehingga dapat disimpulkan ada hubungan dukungan keluarga dengan dengan tingkat depresi pada pasien gagal ginjal kronis di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Sayidiman Magetan.

5.3. Pembahasan

Berdasarkan hasil pengumpulan data dengan kuesioner terhadap responden pada yang telah diolah, maka penulis akan membahas mengenai hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada pasien gagal ginjal kronis di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Sayidiman Magetan.

5.3.1 Dukungan keluarga pada pasien gagal ginjal kronis di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Sayidiman Magetan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar dukungan keluarga pada pasien gagal ginjal kronis di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Sayidiman Magetan yang menjadi responden dalam penelitian ini adalah cukup yaitu 43 orang atau 77%. Dukungan yang diberikan keluarga terhadap pasien dalam bentuk kenyamanan, perhatian, ataupun bantuan yang diterima individu dari orang yang berarti baik secara perorangan maupun kelompok.

Dukungan keluarga merupakan informasi verbal, sasaran, bantuan yang nyata atau tingkah laku yang diberikan oleh orang-orang yang akrab dengan subjek didalam lingkungan sosialnya atau yang berupa kehadiran dan hal yang dapat memberikan keuntungan emosional atau pengaruh pada tingkah laku penerimaannya. Dalam hal ini orang yang merasa memperoleh dukungan sosial, secara emosional merasa lega diperhatikan, mendapat saran atau kesan yang menyenangkan pada dirinya (Zainudin, 2006).

Dukungan keluarga dilaksanakan dalam bentuk dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan instrumental, serta dukungan informatif. Sampel diminta untuk menjawab pertanyaan yang ada dengan memilih salah satu jawaban dari beberapa alternatif jawaban yang tersedia. Dukungan keluarga yang dinilai pada komponen penilaian ini meliputi bantuan keluarga terhadap penderita dalam hal pengurangan kejadian depresi dan penggunaan mekanisme pertahanan diri atau coping yang konstruktif dalam menghadapi sumber stress, termasuk

dukungan keluarga dalam memberikan motivasi atau penyemangat dalam menjalani kehidupan.

Hal ini didukung oleh penelitian Darsini (2016) yang dilakukan Di Rumah Sakit Gatoel Mojokerto, menunjukkan dukungan keluarga yang diterima pasien gagal ginjal kronik dengan hemodialisa di RS Gatoel Mojokerto bahwa pasien yang menjalani hemodialisa di RS Gatoel sebanyak 16 responden memperoleh dukungan keluarga dan pasien yang menjalani hemodialisa di RS Gatoel hampir separuh responden mengalami depresi ringan dan sedang.

Dukungan keluarga yang baik dapat meningkatkan kemampuan melakukan aktivitas hidup sehari-hari secara mandiri dan menjadi lebih baik sebaliknya jika dukungan keluarga kurang dapat memicu timbulnya perasaan yang bersifat depresi yang dapat berkembang menjadi gangguan konsep diri (Kartini, 2013) Sehingga dapat dikatakan dukungan keluarga sangatlah penting untuk menjaga dan memaksimalkan penyembuhan dan pemulihan fisik dan kognitif pasien (Wurtiningsih, 2012).

Dukungan dari keluarga dan sahabat sangat diperlukan dalam penanganan penderita hipertensi. Dukungan dari keluarga merupakan faktor terpenting dalam membantu individu menyelesaikan masalah. Dukungan keluarga akan menambah rasa percaya diri dan motivasi untuk menghadapi masalah dan meningkatkan kepuasan hidup. Dalam hal ini keluarga harus dilibatkan dalam program pendidikan sehingga keluarga dapat memenuhi kebutuhan pasien, mengetahui kapan keluarga harus mencari pertolongan dan mendukung pasien gagal ginjal kronis.

Keluarga sebagai orang yang tinggal satu rumah dan dekat dengan klien selalu siap memberikan dukungan berupa informasi, penghargaan, instrumental dan emosional bagi klien. Dukungan emosional, mencakup ungkapan empati, kepedulian dan perhatian orang-orang yang bersangkutan kepada anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan, misalnya umpan balik dan penegasan dari anggota keluarga. Keluarga merupakan tempat yang aman untuk istirahat serta pemulihan penguasaan emosi. Keluarga sebagai tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi. Aspek-aspek dari dukungan emosional meliputi dukungan yang diwujudkan dalam bentuk afeksi, adanya kepercayaan, perhatian, mendengarkan dan didengarkan.

Keluarga juga merupakan penyebar informasi yang dapat diwujudkan dengan pemberian dukungan semangat, serta pengawasan terhadap pola kegiatan sehari-hari. Keluarga berfungsi sebagai sebuah kolektor dan diseminator (penyebar) informasi tentang dunia. Menjelaskan tentang pemberian saran, sugesti, informasi yang dapat digunakan mengungkapkan suatu masalah.

Dukungan keluarga merupakan sumber pertolongan yang praktis dan konkrit yang mencakup dukungan atau bantuan seperti uang, peralatan, waktu, serta modifikasi lingkungan. Keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan konkrit, diantaranya: kesehatan penderita dalam hal kebutuhan makan dan minum, istirahat, terhindarnya penderita dari kelelahan. Dukungan instrumental adalah dukungan berupa bantuan dalam bentuk nyata atau dukungan material. Dukungan ini mengacu pada penyediaan benda-benda dan layanan untuk

memecahkan masalah praktis misalnya alat-alat kerja, buku-buku, meminjamkan atau memberikan uang dan membantu menyelesaikan tugas-tugas praktis (Setiadi, 2008).

Dengan demikian maka dukungan keluarga mutlak diberikan kepada penderita gagal ginjal kronis. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dukungan keluarga yang diberikan kepada penderita gagal ginjal kronis adalah tinggi. Hubungan ini menunjukkan semakin baik dukungan keluarga yang dilakukan maka perilaku perawatan semakin baik, namun sebaliknya semakin buruk dukungan keluarga maka perilaku perawatan semakin buruk.

Dukungan penghargaan terjadi melalui ungkapan positif atau penghargaan positif pada individu, dorongan yang maju, atau persetujuan akan gagasan atau perasaan individu dan perbandingan yang positif individu dengan yang lain. Biasanya dukungan ini diberikan oleh atasan atau rekan kerjanya. Dukungan ini akan membangun perasaan berharga.

Dukungan materi yang diberikan seperti fasilitas yang dibutuhkan pasien sehingga membuat pasien tersebut merasakan kenyamanan. Dukungan informasi dapat berupa saran, nasehat dan petunjuk yang dapat dipergunakan oleh pasien untuk memecahkan suatu masalah.

5.3.2 Tingkat depresi pada pasien gagal ginjal kronis di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Sayidiman Magetan.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar tingkat depresi pada pasien gagal ginjal kronis di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Sayidiman

Magetan yang menjadi responden dalam penelitian ini adalah parah yaitu 34 orang atau 61%.

Faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat depresi seseorang antara lain terdiri dari faktor internal berupa hereditas, konstitusi tubuh, kondusifitas, neurofisiologik, neurohormonal, perkembangan kepribadian, pengalaman, faktoreksternal, ancaman fisik, sosiokultural, dukungan teman, dukungan lingkungan dan dukungan keluarga (Perry dan Potter, 2008).

Penyakit ginjal tahap akhir atau Gagal ginjal kronis (GGK) menimbulkan sejumlah permasalahan yang mempengaruhi kualitas hidup penderita. Banyak faktor yang akan mempengaruhi kualitas hidup tersebut terutama yang menjalani terapi hemodialisa, salah satu faktor yang sangat mempengaruhi adalah dukungan keluarga.

Penyakit ginjal tahap akhir atau Gagal ginjal kronis (GGK) adalah suatu kondisi fungsi ginjal hanya tinggal lima sampai sepuluh persen dari kapasitas normalnya, sehingga fungsi ginjal tersebut harus digantikan oleh mesin cuci darah atau dialisis. Hemodialisis dan transplantasi ginjal adalah tindakan yang efektif sebagai terapi untuk gagal ginjal kronis pada saat ini Menurut (Kimmel, 2006).Tindakan dialisis tersebut dilakukan dengan tujuan untuk mengatasi masalah komplikasi tersebut sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup penderita (Niven, 2000).

Penelitian oleh Sidiq (2014) menunjukkan terdapat hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup penderita penyakit ginjal tahap akhir yang menjalani terapi hemodialisa di Badan Layanan Umum daerah.Penderita yang

menjalani terapi hemodialisa akan banyak mengalami permasalahan, baik masalah biologis maupun masalah psikososial yang muncul dalam kehidupan penderita. Individu dengan hemodialisa jangka panjang sering merasa khawatir akan kondisi sakitnya yang tidak dapat diramalkan dan gangguan dalam kehidupannya. Mereka biasanya menghadapi masalah finansial, kesulitan mempertahankan pekerjaan, dorongan seksual yang menghilang dan impotensi, depresi akibat sakit yang kronis dan ketakutan dan terhadap kematian (Sajadi, 2010). Kemudian penderita yang berusia lebih muda khawatir terhadap perkawinan mereka, anak-anak yang dimilikinya dan beban yang ditimbulkan pada keluarga mereka (Smeltzer & Bare, 2002).

5.3.3 Hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada pasien gagal ginjal kronis di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Sayidiman Magetan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa nilai r hitung sebesar $-0,800$. Hal ini berarti terdapat hubungan yang negatif antara dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada pasien gagal ginjal kronis di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Sayidiman Magetan. Hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada pasien gagal ginjal kronis di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Sayidiman Magetan tergolong kuat.

Berdasarkan hasil penelitian ini diketahui bahwa sebagian besar pasien gagal ginjal kronis di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Sayidiman Magetan yang menjadi responden dalam penelitian ini berusia 55 tahun ke atas sebanyak 25 orang (44,6%) dan sebagian kecil berumur 18-25 tahun sebanyak 1 orang (1,8%).

Sebagian besar pasien gagal ginjal kronis di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Sayidiman Magetanyang menjadi responden dalam penelitian ini berjenis kelamin laki-laki sebanyak 34 orang (60,7%) dan sebagian kecil berjenis kelamin perempuan sebanyak 22 orang (39,3%). Sebagian besar pasien gagal ginjal kronis di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Sayidiman Magetanyang menjadi responden dalam penelitian ini menamatkan jenjang pendidikan SMA sebanyak 33 orang (58,9%) dan sebagian kecil yang tamat SD sebanyak 1 orang (1,8%). Sebagian besar pasien gagal ginjal kronis di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Sayidiman Magetan yang menjadi responden dalam penelitian ini mempunyai pekerjaan sebagai petani sebanyak 21 orang (37,5%) dan sebagian kecil yang tidak bekerja sebanyak 6 orang (10,7%).

Dukungan keluarga juga akan mempengaruhi kualitas hidup dengan stabilnya tekanan darah pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa. Hal ini diperkuat oleh pendapat Saskia (2004), menyatakan bahwa dari berbagai kasus yang dialami para penderita penyakit kronis, setelah mendapatkan dukungan penuh dari keluarga dan membantu dalam proses penyembuhan, kondisi pasien akan semakin baik dan semangat hidup semakin tinggi. Hal ini juga diperkuat oleh pendapat Yosep (2007) dalam Chandra (2009) mengemukakan bahwa adanya suatu penyakit serius dan kronis pada diri seorang anggota keluarga biasanya memiliki pengaruh yang mendalam dalam sistem keluarga, oleh karena itu keluarga merupakan sistem pendukung yang memberikan perawatan langsung terutama bantuan terhadap keterbatasan fisiknya pada setiap keadaan sehat sakit anggota keluarganya.

Keluarga berperan mengkaji dan memberikan perawatan kesehatan merupakan hal yang penting dalam membantu setiap anggota keluarga untuk mencapai suatu keadaan sehat hingga tingkat optimum. Dukungan sosial keluarga terutama dari keluarga secara langsung dapat menurunkan tingkat stress yang diakibatkan oleh suatu penyakit dan secara tidak langsung dapat meningkatkan derajat kesehatan individu atau keluarga. Dukungan keluarga mengacu kepada dukungan-dukungan sosial yang dipandang oleh pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa sebagai suatu yang dapat diperoleh baik dari keluarga, lingkungan sosial maupun dari tim kesehatan, dimana pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa memandang bahwa mereka yang memberikan dukungan keluarga siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan. Dukungan sosial yang berasal dari keluarga membuat pasien khusus pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa merasakan kenyamanan, perhatian, penghargaan dan bisa menerima kondisinya.

Penelitian Nurdiana, dkk (2007) dalam Kartika (2010) menyebutkan bahwa keluarga berperan penting dalam menentukan cara atau asuhan keperawatan yang diperlukan oleh pasien di rumah sehingga akan menurunkan angka kekambuhan. keluarga memiliki fungsi strategis dalam menurunkan angka kekambuhan, meningkatkan kemandirian dan taraf hidupnya serta pasien dapat beradaptasi kembali pada masyarakat dan kehidupan sosialnya. Dukungan yang dimiliki oleh seseorang dapat mencegah berkembangnya masalah akibat tekanan yang dihadapi. Seseorang dengan dukungan yang tinggi akan lebih berhasil menghadapi dan mengatasi masalahnya dibanding dengan yang tidak memiliki

dukungan.

Dukungan keluarga dapat memperkuat setiap individu, menciptakan kekuatan keluarga, memperbesar penghargaan terhadap diri sendiri, mempunyai potensi sebagai strategi pencegahan yang utama bagi seluruh keluarga dalam menghadapi tantangan kehidupan sehari-hari serta mempunyai relevansi dalam masyarakat yang berada dalam lingkungan yang penuh dengan tekanan. Tanpa dukungan keluarga pasien akan sulit sembuh, mengalami perburukan dan sulit untuk bersosialisasi.

5.4 Keterbatasan Penelitian

Dalam melaksanakan penelitian ini, peneliti mengakui adanya banyak kelemahan dan kekurangan sehingga memungkinkan hasil yang ada belum optimal atau bisa dikatakan belum sempurna keterbatasan dalam penelitian ini adalah :

1. Pengumpulan data dengan kuesioner berupa pertanyaan tertutup dimana responden tidak mengerti pertanyaan yang dimaksud sehingga hasilnya kurang mewakili secara kualitatif, hal tersebut juga dipengaruhi oleh emosi responden dan dalam penelitian ini peneliti tidak mendata beberapa kali pasien sudah pernah menjalani operasi atau tidaknya, serta peneliti tidak melakukan observasi langsung kepada perawat pelaksana dalam melakukan komunikasi kepada responden.
2. Tingkat penderita ginjal kronis pada responden membuat pertanyaan yang disampaikan tidak bisa dilakukan dalam waktu yang lama karena kondisi pasien yang sangat lemah.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian sebagaimana dituangkan dalam bab 5, dapat disampaikan kesimpulan sebagai berikut:

1. Sebagian besar dukungan keluarga pada pasien gagal ginjal kronis di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Sayidiman Magetan yang menjadi responden dalam penelitian ini adalah cukup yaitu 44 orang atau 78,6%.
2. Sebagian besar tingkat depresi pada pasien gagal ginjal kronis di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Sayidiman Magetan pada tingkat parah yaitu 34 orang atau 61%.
3. Ada hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada pasien gagal ginjal kronis di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Sayidiman Magetan tergolong kuat.

6.2 Saran

Berdasarkan analisis data hasil penelitian dapat disampaikan saran sebagai berikut:

1. Bagi rumah sakit

Penelitian ini diharapkan dapat dipergunakan sebagai informasi dalam menentukan kebijakan dukungan keluarga mengenai pasien gagal ginjal yang membutuhkan dukungan dari keluarganya.

2. Bagi peneliti selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat dijadikan bahan referensi bagi peneliti lain yang akan mengembangkan penelitian selanjutnya dan dapat dijadikan tolak ukur bagi peneliti yang akan meneliti variabel lain yang berhubungan dengan dukungan keluarga dan tingkat depresi pasien.

3. Bagi Keluarga Pasien

Keluarga pasien hendaknya memberikan dukungan maksimal kepada pasien. Hal ini dimaksudkan agar dapat menekan tingkat depresi pada pasien gagal ginjal kronis di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Sayidiman Magetan

4. Bagi masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan motivasi masyarakat untuk lebih aktif lagi membaca referensi tentang pentingnya dukungan keluarga dalam menekan tingkat depresi pasien khususnya pasien gagal ginjal kronis.

DAFTAR PUSTAKA

- Ahyarwahyudi, (2010). Konsep Diri dan Mekanisme Koping. [Internet].Bersumber dari : <<http://ahyarwahyudi.com/2010/02/11/konsep-diri-dan-mekanisme-koping-dalam-proses-keperawatan>> [Diakses tanggal 25April2016. Jam 19.00]
- Andri, (2015). Aspek Psikososial Pasien Gagal Ginjal. [Internet].Bersumber dari : <http://www.kompasiana.com/psikosomatik_andri/aspek-psikososial-pasien-gagal-ginjal> [Diakses tanggal 31September2016. Jam 19.00]
- Arifin, Z. (2009). *Metodelogi Penelitian Pendidikan filosofi Teori dan Aplikasi*. Surabaya : Lentera Cendikia
- Arikunto, S. (2010). *Prosedur Penelitian*. Edisi revisi. Jakarta : Rineka Cipta
- Azis, S. (2009). *Hidup Sehat dan Menyeluruh dan Alami Penyembuhan Penyakit Kolesterol, Hipertensi dan Jantung*. Jakarta: Indocamp.
- Azwar, S., (2011). *Sikap Manusia Teori dan Pengukuranya*, Edisi 2, Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Brunner dan Suddarth. (2007). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Edisi 6 Jakarta: EGC
- Dirgantoro, (2014). *Penderita gagal ginjal terus bertambah*. [Internet].Bersumber dari : <<http://www.antaraneews.com/berita/363754/penderita-gagal-ginjal-terus-bertambah>> [Diakses tanggal 25April2016. Jam 19.00]
- Erik,(2015). *Angka Kematian Pasien End Stage Renal Disease Di ICU DAN HCU RSUP DR. Kariadi*. [Internet].Bersumber dari : <http://www.google.com/2015/pdf/Angka_Kematian_Pasien_End_Stage_Renal> [Diakses tanggal 25April2016. Jam 19.00]
- Friedman. (2007). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga Riset, Teori, dan Praktek*. Edisi kelima, Jakarta : FKUI
- Hidayat, A.A.A (2007) .*Metodelogi Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisa Data*. Jakarta : Salemba Medika
- _____ (2008). *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia: Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan*Buku 2, Jakarta: Salemba Medika
- Indraratna,(2015).*Tingkat Pengetahuan Pasien Gagal Ginjal Kronik (GGK) Tentang Diet GGK*. [Internet]. Bersumber dari :

<[http://www.google.com/2012/pdf/.Tingkat Pengetahuan Pasien Gagal Ginjal](http://www.google.com/2012/pdf/.Tingkat%20Pengetahuan%20Pasien%20Gagal%20Ginjal)> [Diakses tanggal 25 April 2016. Jam 19.00]

- Istiqomah DKK, (2013). *Perbedaan Mekanisme Koping pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Laki-laki dan Perempuan dalam Menjalani Hemodialisis di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan*. Jurnal STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan Vol. 2.
- Keliat B., A. (2007), *Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Edisi 2. Jakarta : EGC
- Lubis. (2006). *Dukungan Sosial Pada Pasien Gagal Ginjal Terminal yang Melakukan Terapi Hemodialisa*, Naskah Publikasi USU
- Maramis, W. F. (2005). *Ilmu Kedokteran Jiwa*. Edisi 9. , Surabaya: Airlangga University Press.
- Marilyn, E., (2006). *Rencana Asuhan Keperawatan*. Edisi 3. Jakarta : EGC.
- Muttaqin, A. (2012). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Perkemihan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Nasir. (2011). *Metode Penelitian*. Jakarta : Ghalia Indonesia
- Nastiti. (2015). *Hubungan Tingkat Pendidikan Dan Pengetahuan Gizi Terhadap Asupan Kalium Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa Rawat Jalan Di RSUD Sukoharjo*. Naskah Publikasi UMS
- Notoatmodjo, S. (2011). *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Nursalam. (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Padila. (2012). *Buku Ajar : Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Parwati. (2015). *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien Hemodialisis di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II*. Naskah Publikasi UNISA YOGYA
- Potter, P.A, Perry, A.G. (2008). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktik*. Edisi 4. Volume 2. Alih Bahasa : Renata Komalasari, dkk. Jakarta : EGC.

- Rahayu (2008), *Faktor Yang Berkorelasi Terhadap Mekanisme Koping Pasien Ckd Yang Menjalani Hemodialisis Di Rsud Kota Semarang*. Jurnal Unimus Vol.3
- Rasmun. (2004). *Stress Koping dan Adaptasi*. Jakarta :CV.Sagung Seto
- Setiadi. (2008). *Konsep dan Praktik Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Suharyanto dan Madjid. 2009. *Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Gangguan Sistem Perkemihan*. Jakarta : Trans Info Media
- Widodo DKK. (2013). *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Mekanisme Koping Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Dalam Menjalani Hemodialisis Di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan*. Jurnal STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan Vol. 2
- Zainudin, (2006). *Sosiologi Hukum*. Jakarta: Sinar Grafika.

Lampiran 1 : Lembar Pengesahan Judul

LEMBAR PENGESAHAN JUDUL

NAMA : Istri Makrufah

NIM : 2018 020 31

JUDUL : Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat
Depresi Pasien Hemodialisa

.....

.....

.....

.....

.....

Pembimbing 1

(Muncul Wiyana S.kep..Ns..M.kep)

Mengetahui Pembimbing 2

(RETNO W)

Kaprodi S1 Keperawatan

Mega Arianti P.,M.Kep
NIS. 20130092

**Lampiran 2 : Lembar Surat Ijin Pencarian Data Awal Di Rsud dr.Sayidiman
Magetan**



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)

BHAKTI HUSADA MULIA MADIUN

SK.MENDIKNAS No.146/E/O/2011 - S-1 KEPERAWATAN, S-1 KESEHATAN MASYARAKAT dan D-III KEBIDANAN

SK.MENDIKBUD No. 531/E/O/2014 - PROFESI NERS

SK.MENRISTEKDIKT No. 64/KPT/2015 - D3 FARMASI dan D3 PEREKAM & INFORMASI KESEHATAN

SK.MENRISTEKDIKT No. 37/KPT/2016 - S1 FARMASI

Kampus : Jl. Taman Praja Kec. Taman Kota Madiun Telp./Fax. (0351) 491947

AKREDITASI BAN PT HO.383/SK/BAN-PT/Akred/PT/VI/2015

website : www.bhaktihusadamuliamadiun.ac.id

Nomor : 071/STIKES/BHM/U/III/2017
Lampiran : -
Perihal : *Pencarian Data Awal*

Kepada Yth :
Direktur RSUD dr.Sayidiman Kab. Magetan
di -

Tempat

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Dengan Hormat,

Dengan ini kami beritahukan bahwa untuk memenuhi syarat dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah / Skripsi mahasiswa Prodi S1 Keperawatan STIKES Bhakti Husada Mulia Madiun membuat proposal sebagai study pendahuluan. Sehubungan dengan itu, kami mohon kesediaan Bapak/Ibu memberikan ijin pengambilan data awal sebagai kelengkapan data penelitian mahasiswa kami yaitu :

Nama Mahasiswa : Istri Makrufah
NIM : 201302031
Semester : VIII (Delapan)
Data yg dibutuhkan : Data Pasien Hemodialisis
Judul : Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Depresi Pada Pasien Gagal Ginjal Kronis Di Ruang Hemodialisa Di Rumah Sakit

Demikian permohonan ini kami sampaikan, atas perhatiannya diucapkan terima kasih.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Madiun, 20 Maret 2017
Ketua

Zaenal Abidin, SKM., M.Kes (Epid)
NIS 2016 0130

Lampiran 3 : Surat Keterangan Selesai Penelitian

Jalan Pahlawan No. 2 M A G E T A N Kose Pos 63318
Telp. (0351) 895023 Fax. (0351) 895067
E-mail : rsud@magetan.go.id

SURAT KETERANGAN

NOMOR: 895/2257/403.300/2018

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : SARKAM, S.Sos
NIP : 19620314 198503 1 014
Pangkat/ Gol : Penata Tk.I/ III/D
Jabatan : Plh.Kepala Bagian Tata Usaha
Instansi : RSUD dr. Sayidiman Magetan

Menerangkan dengan sesungguhnya bahwa :

Nama : ISTRI MAKRUFAH
NIM : 201302031
Program Studi : S1 Keperawatan
Judul Karya Tulis : " Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Depresi Pasien gagal Ginjal Kronis Di Ruang Hemodialis RSUD dr.Sayidiman Magetan".

Telah melaksanakan penelitian guna penulisan Karya Tulis Ilmiah di Ruang Hemodialisa Rumah Sakit Umum Daerah dr.Sayidiman Kabupaten Magetan pada tanggal 05 September sd 08 September 2018.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Magetan, 10 September 2018

An.DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
dr. SAYIDIMAN M A G E T A N
Plh. KEPALA BAGIAN TATA USAHA



SARKAM, S.Sos
Penata Tk.I
NIP.19620314 198503 1 014

Tembusan disampaikan kepada Yth:

1. Direktur RSUD dr.Sayidiman Magetan (sebagai laporan).

Lampiran 4 : Lembar Permohonan Responden**LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Kapada Yth:
Calon responden penelitian
Di Tempat

Dengan hormat,

Yang bertandatangan dibawah ini Mahasiswa Stikes Bhakti Husada Mulia Madiun Program Studi S1 Keperawatan.

Nama :
Nim :
Alamat :

Bersama ini peneliti mengajukan permohonan untuk melakukan penelitian tentang “Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Depresi Pada Pasien Gagal Ginjal Kronis Di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Sayidiman Magetan”.

Saya mohon kesediaan bapak/ibu untuk bersedia menjadi responden dalam penelitian yang akan saya lakukan. Kerahasiaan data pribadi bapak Ibu akan sangat kami jaga dan informasi yang kami dapatkan akan saya gunakan untuk kepentingan penelitian, oleh karena itu penulis berharap responden memberikan jawaban sesuai dengan yang dikehendaki.

Atas perhatian dan kerjasama untuk menjadi responden, penulis mengucapkan terimakasih.

Hormat saya,
Peneliti

Istri Makrufah
NIM 201202031

Lampiran 5 : Lembar Informed Consent

PERYATAAN BERSEDIA MENJADI RESPONDEN

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Umur :

Pendidikan :

Pekerjaan :

Setelah mendapatkan penjelasan, saya menyatakan bersedia dengan sukarela menjadi responden dan bersedia membantu mahasiswa :

Nama :

Pendidikan : Mahasiswa semester VIII program studi S1 Keperawatan di
Stikes Bhakti Husada Mulia Madiun

Judul Penelitian : Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Depresi Pada Pasien
Gagal Ginjal Kronis Di Ruang Hemodialisa RSUD Dr.
Sayidiman Magetan.

Demikian surat pernyataan ini saya setuju tanpa adanya paksaan dari pihak manapun.

Madiun, 2017

Peneliti

Responden

Istri Makrufah
NIM 201202031

(Responden)

Lembar 7 : Lembar Kuesioner

No. Responden :

INSTRUMEN PENELITIAN**DUKUNGAN KELUARGA DENGAN TINGKAT DEPRESI PADA PASIEN
GAGAL GINJAL KRONIS DI RUANG HEMODIALISA RSUD
DR. SAYIDIMAN MAGETAN****A. Petunjuk Pengisian Angket :**

1. Berilah tanda (\surd) pada jawaban yang sesuai data diri anda pada poin B (data demografi).

B. Data Demografi

1. Jenis kelamin

 laki- laki perempuan

2. Usia

 18 – 25 tahun 26 – 35 tahun 36 - 45 tahun 46 - 55 tahun > 55 tahun

3. Pendidikan

 Tidak sekolah Tamat SD Tamat SMP Tamat SMA Tamat Perguruan Tinggi

4. Pekerjaan

 PNS/TNI/POLRI Wiraswasta Tidak Bekerja Petani

C. INSTRUMEN VARIABEL INDEPENDEN DUKUNGAN KELUARGA

Berilah tanda (√) pada kolom jawaban yang sesuai dengan keadaan anda saat ini.

| No | Dukungan | Sela lu (4) | Sering (3) | Kadang- kadang (2) | Tidak pernah (1) |
|---|---|-------------------|---------------|--------------------------|------------------------|
| DUKUNGAN EMOSIONAL | | | | | |
| 1 | Keluarga selalu mendampingi saya saat perawatan | | | | |
| 2 | Keluarga selalu memberi pujian dan perhatian terhadap saya | | | | |
| DUKUNGAN PENGHARGAAN | | | | | |
| 3 | Keluarga tetap mencintai dan memperhatikan keadaan saya selama saya sakit | | | | |
| 4 | Keluarga dan tetangga memaklumi bahwa penyakit yang saya alami sebagai suatu musibah | | | | |
| DUKUNGAN FASILITAS | | | | | |
| 5 | Keluarga selalu menyediakan waktu dan fasilitas jika saya memerlukan untuk keperluan pengobatan | | | | |
| 6 | Keluarga sangat berperan aktif dalam setiap pengobatan dan perawatan sakit saya | | | | |
| 7 | Keluarga bersedia membiayai biaya pengobatan dan perawatan | | | | |
| 8 | Keluarga selalu berusaha untuk mencari kekurangan sarana dan perawatan dan peralatan yang saya perlukan | | | | |
| DUKUNGAN INFORMASI / PENGETAHUAN | | | | | |
| 9 | Keluarga selalu memberi tahu tentang hasil pemeriksaan dan pengobatan dari dokter yang merawat, kepada saya | | | | |
| 10 | Keluarga selalu mengingatkan saya untuk kontrol, minum obat, latihan dan makan | | | | |
| 11 | Keluarga selalu mengingatkan saya tentang perilaku-prilaku yang memperburuk penyakit saya | | | | |
| 12 | Keluarga selalu menjelaskan kepada saya setiap saya bertanya hal-hal yang tidak jelas tentang penyakit saya | | | | |

D. INSTRUMEN VARIABEL DEPENDEN DEPRESI (DASS)

Berilah tanda (√) pada kolom jawaban yang sesuai dengan keadaan anda saat ini.

| No. | Aspek Penilaian | Tidak pernah | Kadang-kadang | Sering | Setiap saat |
|-----|--|--------------|---------------|--------|-------------|
| | | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 1. | Saya sama sekali tidak dapat merasakan perasaan positif. | | | | |
| 2. | Saya sepertinya tidak kuat lagi untuk melakukan suatu kegiatan | | | | |
| 3. | Saya merasa tidak ada hal yang dapat diharapkan di masa depan | | | | |
| 4. | Saya merasa sedih dan tertekan. | | | | |
| 5. | Saya merasa saya kehilangan minat akan segala hal. | | | | |
| 6. | Saya merasa bahwa saya tidak berharga sebagai seorang manusia. | | | | |
| 7. | Saya merasa bahwa hidup tidak bermanfaat. | | | | |
| 8. | Saya tidak dapat merasakan kenikmatan dari berbagai hal yang saya lakukan. | | | | |
| 9. | Saya merasa putus asa dan sedih. | | | | |
| 10. | Saya tidak merasa antusias dalam hal apapun. | | | | |
| 11. | Saya merasa bahwa saya tidak berharga. | | | | |
| 12. | Saya melihat tidak ada harapan untuk masa depan. | | | | |
| 13. | Saya merasa bahwa hidup tidak berarti. | | | | |
| 14. | Saya merasa sulit untuk meningkatkan inisiatif dalam melakukan sesuatu. | | | | |

Lampiran 8. Uji Validitas dan Reliabilitas Variabel Dukungan Keluarga

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

| | | N | % |
|-------|-----------------------|----|-------|
| Cases | Valid | 56 | 100.0 |
| | Excluded ^a | 0 | .0 |
| | Total | 56 | 100.0 |

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

| Cronbach's Alpha | N of Items |
|------------------|------------|
| .731 | 13 |

Item Statistics

| | Mean | Std. Deviation | N |
|-------------------|---------|----------------|----|
| dukungan keluarga | 31.6607 | 4.39536 | 56 |
| item1 | 2.8393 | .75743 | 56 |
| item2 | 2.4821 | .66033 | 56 |
| item3 | 2.8036 | .51943 | 56 |
| item4 | 2.6607 | .85868 | 56 |
| item5 | 2.5714 | .70986 | 56 |
| item6 | 2.6786 | .63553 | 56 |
| item7 | 2.6429 | .67227 | 56 |
| item8 | 2.4464 | .71146 | 56 |
| item9 | 2.3393 | .64036 | 56 |
| item10 | 2.6786 | .69038 | 56 |
| item11 | 2.8750 | .68920 | 56 |
| item12 | 2.6429 | .77292 | 56 |

Item-Total Statistics

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Cronbach's Alpha if Item Deleted |
|-------------------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| dukungan keluarga | 31.6607 | 19.319 | 1.000 | .761 |
| item1 | 60.4821 | 70.581 | .481 | .711 |
| item2 | 60.8393 | 70.574 | .565 | .709 |
| item3 | 60.5179 | 72.291 | .534 | .715 |
| item4 | 60.6607 | 70.556 | .415 | .713 |
| item5 | 60.7500 | 70.955 | .487 | .712 |
| item6 | 60.6429 | 72.306 | .422 | .717 |
| item7 | 60.6786 | 72.040 | .419 | .717 |
| item8 | 60.8750 | 70.620 | .514 | .710 |
| item9 | 60.9821 | 71.400 | .505 | .713 |
| item10 | 60.6429 | 71.725 | .234 | .515 |
| item11 | 60.4464 | 71.815 | .427 | .716 |
| item12 | 60.6786 | 71.022 | .244 | .514 |

Lampiran 9. Uji Validitas dan Reliabilitas Variabel Depresi

Reliability

-+

++

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

| | | N | % |
|-------|-----------------------|----|-------|
| Cases | Valid | 56 | 100.0 |
| | Excluded ^a | 0 | .0 |
| | Total | 56 | 100.0 |

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

| Cronbach's Alpha | N of Items |
|------------------|------------|
| .730 | 15 |

Item Statistics

| | Mean | Std. Deviation | N |
|---------|---------|----------------|----|
| depresi | 30.0893 | 6.39965 | 56 |
| item1 | 1.8929 | 1.09010 | 56 |
| item2 | 2.2143 | .98561 | 56 |
| item3 | 2.2321 | .63220 | 56 |
| item4 | 2.0000 | 1.14416 | 56 |
| item5 | 2.0714 | .95073 | 56 |
| item6 | 2.4286 | .65663 | 56 |
| item7 | 2.2679 | .75054 | 56 |
| item8 | 2.2143 | .86790 | 56 |
| item9 | 2.4107 | .78107 | 56 |
| item10 | 2.1429 | .96160 | 56 |
| item11 | 2.1429 | .88273 | 56 |
| item12 | 2.0893 | .92002 | 56 |
| item13 | 2.0893 | .64036 | 56 |
| item14 | 1.8929 | 1.09010 | 56 |

Item-Total Statistics

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Cronbach's Alpha if Item Deleted |
|---------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| depresi | 30.0893 | 40.956 | 1.000 | .780 |
| item1 | 58.2857 | 149.844 | .479 | .710 |
| item2 | 57.9643 | 150.762 | .499 | .711 |
| item3 | 57.9464 | 155.579 | .497 | .718 |
| item4 | 58.1786 | 148.549 | .501 | .708 |
| item5 | 58.1071 | 151.734 | .478 | .713 |
| item6 | 57.7500 | 155.973 | .452 | .719 |
| item7 | 57.9107 | 154.592 | .464 | .717 |
| item8 | 57.9643 | 154.253 | .409 | .718 |
| item9 | 57.7679 | 152.654 | .547 | .713 |
| item10 | 58.0357 | 153.817 | .381 | .718 |
| item11 | 58.0357 | 154.908 | .370 | .719 |
| item12 | 58.0893 | 153.719 | .406 | .717 |
| item13 | 58.0893 | 155.537 | .493 | .718 |
| item14 | 58.2857 | 149.044 | .511 | .708 |

Lampiran 10. Analisis Destribusi Frekuensi

Frequencies

| | | Statistics | |
|--------------------|---------|--------------------|-------------------|
| | | depresi | dukungan keluarga |
| N | Valid | 56 | 56 |
| | Missing | 0 | 0 |
| Mean | | 30.6250 | 31.2500 |
| Std. Error of Mean | | .67687 | .38834 |
| Median | | 31.0000 | 31.0000 |
| Mode | | 29.00 ^a | 31.00 |
| Std. Deviation | | 5.06526 | 2.90611 |
| Variance | | 25.657 | 8.445 |
| Range | | 26.00 | 15.00 |
| Minimum | | 16.00 | 22.00 |
| Maximum | | 42.00 | 37.00 |
| Sum | | 1715.00 | 1750.00 |

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

Lampiran 11 Analisis Korelasi

Nonparametric Correlations

| | | | Correlations | |
|-----------------|-------------------|-------------------------|--------------|-------------------|
| | | | depresi | dukungan keluarga |
| Kendall's tau_b | depresi | Correlation Coefficient | 1.000 | -.636** |
| | | Sig. (2-tailed) | . | .000 |
| | | N | 56 | 56 |
| | dukungan keluarga | Correlation Coefficient | -.636** | 1.000 |
| | | Sig. (2-tailed) | .000 | . |
| | | N | 56 | 56 |

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Lampiran 12 Data Mentah Variabel Dukungan Keluarga

| No. Respd | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Jumlah | % | Kerangan |
|-----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|--------|------|----------|
| 1 | 3 | 4 | 3 | 2 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 | 2 | 4 | 4 | 38 | 79,2 | Baik |
| 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 31 | 64,6 | Cukup |
| 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 29 | 60,4 | Cukup |
| 4 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 31 | 64,6 | Cukup |
| 5 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 45 | 93,8 | Baik |
| 6 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 33 | 68,8 | Cukup |
| 7 | 4 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 31 | 64,6 | Cukup |
| 8 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 32 | 66,7 | Cukup |
| 9 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 4 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | 4 | 36 | 75,0 | Baik |
| 10 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 | 31 | 64,6 | Cukup |
| 11 | 2 | 2 | 3 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 33 | 68,8 | Cukup |
| 12 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 30 | 62,5 | Cukup |
| 13 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 33 | 68,8 | Cukup |
| 14 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 22 | 45,8 | Kurang |
| 15 | 2 | 2 | 3 | 4 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 29 | 60,4 | Cukup |
| 16 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 29 | 60,4 | Cukup |
| 17 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 30 | 62,5 | Cukup |
| 18 | 4 | 4 | 3 | 4 | 2 | 3 | 4 | 2 | 3 | 4 | 4 | 2 | 39 | 81,3 | Baik |
| 19 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 31 | 64,6 | Cukup |
| 20 | 3 | 2 | 2 | 4 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 29 | 60,4 | Cukup |
| 21 | 2 | 2 | 3 | 4 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 30 | 62,5 | Cukup |
| 22 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 28 | 58,3 | Cukup |
| 23 | 4 | 3 | 4 | 3 | 3 | 4 | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 42 | 87,5 | Baik |
| 24 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 24 | 50,0 | Kurang |
| 25 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 32 | 66,7 | Cukup |
| 26 | 2 | 3 | 3 | 4 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 4 | 2 | 3 | 33 | 68,8 | Cukup |
| 27 | 4 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 4 | 29 | 60,4 | Cukup |
| 28 | 3 | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 28 | 58,3 | Cukup |
| 29 | 2 | 3 | 3 | 2 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 35 | 72,9 | Cukup |
| 30 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 3 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 | 1 | 24 | 50,0 | Kurang |
| 31 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 33 | 68,8 | Cukup |
| 32 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 2 | 4 | 3 | 2 | 3 | 4 | 4 | 41 | 85,4 | Baik |
| 33 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 29 | 60,4 | Cukup |
| 34 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 28 | 58,3 | Cukup |
| 35 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 4 | 3 | 2 | 2 | 2 | 30 | 62,5 | Cukup |
| 36 | 4 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 4 | 2 | 2 | 32 | 66,7 | Cukup |
| 37 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 4 | 2 | 33 | 68,8 | Cukup |
| 38 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 1 | 3 | 3 | 2 | 26 | 54,2 | Cukup |
| 39 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 | 31 | 64,6 | Cukup |
| 40 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 32 | 66,7 | Cukup |
| 41 | 4 | 4 | 3 | 4 | 2 | 4 | 2 | 2 | 2 | 4 | 3 | 3 | 37 | 77,1 | Baik |
| 42 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 29 | 60,4 | Cukup |
| 43 | 4 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 4 | 3 | 3 | 4 | 4 | 36 | 75,0 | Baik |
| 44 | 4 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 2 | 4 | 2 | 40 | 83,3 | Baik |
| 45 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 30 | 62,5 | Cukup |
| 46 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 29 | 60,4 | Cukup |
| 47 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 4 | 3 | 3 | 31 | 64,6 | Cukup |
| 48 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 29 | 60,4 | Cukup |
| 49 | 4 | 4 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 4 | 3 | 34 | 70,8 | Cukup |
| 50 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 31 | 64,6 | Cukup |
| 51 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 29 | 60,4 | Cukup |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|------|--------|
| 52 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 4 | 33 | 68,8 | Cukup |
| 53 | 2 | 3 | 3 | 4 | 2 | 3 | 2 | 4 | 3 | 3 | 4 | 2 | 35 | 72,9 | Cukup |
| 54 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 25 | 52,1 | Kurang |
| 55 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 4 | 33 | 68,8 | Cukup |
| 56 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 30 | 62,5 | Cukup |
| 51 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 29 | 60,4 | Cukup |
| 52 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 4 | 33 | 68,8 | Cukup |
| 53 | 2 | 3 | 3 | 4 | 2 | 3 | 2 | 4 | 3 | 3 | 4 | 2 | 35 | 72,9 | Cukup |
| 54 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 25 | 52,1 | Kurang |
| 55 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 4 | 33 | 68,8 | Cukup |
| 56 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 30 | 62,5 | Cukup |

Data Mentah Variabel Tingkat Depresi Pasien Gagal Ginjal

| No. Respd | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Jumlah | Keterangan | Kerangan |
|-----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|--------|--------------|----------|
| 1 | 1 | 0 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 18 | Ringan | Baik |
| 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 34 | Parah | Cukup |
| 3 | 2 | 3 | 3 | 0 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 0 | 30 | Parah | Cukup |
| 4 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 33 | Parah | Cukup |
| 5 | 1 | 2 | 3 | 0 | 0 | 1 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 13 | Normal | Baik |
| 6 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 31 | Parah | Cukup |
| 7 | 0 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 32 | Parah | Cukup |
| 8 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 33 | Parah | Cukup |
| 9 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 13 | Normal | Baik |
| 10 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 33 | Parah | Cukup |
| 11 | 3 | 3 | 2 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 24 | Sedang | Cukup |
| 12 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 | 1 | 3 | 1 | 2 | 2 | 29 | Parah | Cukup |
| 13 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 30 | Parah | Cukup |
| 14 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 42 | Sangat Parah | Kurang |
| 15 | 3 | 3 | 2 | 0 | 1 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 0 | 29 | Parah | Cukup |
| 16 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 34 | Sangat Parah | Cukup |
| 17 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 35 | Sangat Parah | Cukup |
| 18 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 3 | 1 | 1 | 0 | 10 | Normal | Baik |
| 19 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 31 | Parah | Cukup |
| 20 | 2 | 3 | 3 | 0 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 0 | 31 | Parah | Cukup |
| 21 | 3 | 3 | 2 | 0 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 0 | 32 | Parah | Cukup |
| 22 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 1 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 34 | Sangat Parah | Cukup |
| 23 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 0 | 2 | 2 | 1 | 17 | Ringan | Baik |
| 24 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 41 | Sangat Parah | Kurang |
| 25 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 33 | Parah | Cukup |
| 26 | 3 | 2 | 2 | 0 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 0 | 2 | 2 | 2 | 0 | 26 | Parah | Cukup |
| 27 | 0 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 0 | 3 | 3 | 35 | Sangat Parah | Cukup |
| 28 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 33 | Parah | Cukup |
| 29 | 3 | 2 | 2 | 3 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 27 | Parah | Cukup |
| 30 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 38 | Sangat Parah | Kurang |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------|--------|
| 31 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 32 | Parah | Cukup |
| 32 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 8 | Normal | Baik |
| 33 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 1 | 3 | 1 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 32 | Parah | Cukup |
| 34 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 34 | Sangat Parah | Cukup |
| 35 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 0 | 2 | 3 | 3 | 2 | 1 | 2 | 29 | Parah | Cukup |
| 36 | 0 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 0 | 3 | 3 | 2 | 2 | 30 | Parah | Cukup |
| 37 | 2 | 1 | 2 | 0 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 0 | 3 | 2 | 0 | 26 | Parah | Cukup |
| 38 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 36 | Sangat Parah | Cukup |
| 39 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | 32 | Parah | Cukup |
| 40 | 1 | 1 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 30 | Parah | Cukup |
| 41 | 0 | 0 | 2 | 0 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 0 | 2 | 2 | 2 | 0 | 23 | Sedang | Baik |
| 42 | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 1 | 2 | 30 | Parah | Cukup |
| 43 | 0 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 | 2 | 0 | 2 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 16 | Ringan | Baik |
| 44 | 0 | 2 | 2 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 3 | 3 | 3 | 1 | 2 | 0 | 19 | Sedang | Baik |
| 45 | 2 | 1 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 32 | Parah | Cukup |
| 46 | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 1 | 3 | 32 | Parah | Cukup |
| 47 | 3 | 1 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 0 | 2 | 2 | 3 | 2 | 31 | Parah | Cukup |
| 48 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 34 | Sangat Parah | Cukup |
| 49 | 0 | 0 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 22 | Sedang | Cukup |
| 50 | 3 | 3 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 33 | Parah | Cukup |
| 51 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 35 | Sangat Parah | Cukup |
| 52 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 0 | 2 | 2 | 31 | Parah | Cukup |
| 53 | 1 | 2 | 0 | 0 | 3 | 2 | 3 | 0 | 2 | 2 | 0 | 3 | 2 | 0 | 20 | Sedang | Cukup |
| 54 | 2 | 3 | 3 | 3 | 1 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 36 | Sangat Parah | Kurang |
| 55 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 0 | 2 | 3 | 31 | Parah | Cukup |
| 56 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 36 | Sangat Parah | Cukup |

Data Mantah Karakteristik Responden

| No.Respd | Umur | Jenis Kelamin | Pendidikan | Pekerjaan |
|----------|------|---------------|------------|---------------|
| 1 | 51 | Perempuan | SMA | Petani |
| 2 | 25 | Laki-Laki | SMA | Tidak Bekerja |
| 3 | 36 | Perempuan | PT | PNS |
| 4 | 56 | Laki-Laki | SMA | Wiraswata |
| 5 | 52 | Laki-Laki | SMP | Wiraswata |
| 6 | 47 | Laki-Laki | SMP | Wiraswata |
| 7 | 49 | Laki-Laki | SMA | PNS |
| 8 | 57 | Perempuan | SMA | Petani |
| 9 | 58 | Perempuan | SMA | Wiraswata |
| 10 | 51 | Laki-Laki | SMA | Tidak Bekerja |
| 11 | 33 | Laki-Laki | SMP | PNS |
| 12 | 56 | Laki-Laki | SMA | Wiraswata |
| 13 | 49 | Laki-Laki | PT | Petani |
| 14 | 57 | Laki-Laki | PT | Petani |
| 15 | 58 | Perempuan | SMP | Wiraswata |
| 16 | 60 | Perempuan | SMA | Petani |
| 17 | 44 | Laki-Laki | SMP | PNS |
| 18 | 47 | Perempuan | SMA | Wiraswata |
| 19 | 44 | Laki-Laki | PT | Petani |
| 20 | 57 | Laki-Laki | SMP | PNS |
| 21 | 54 | Perempuan | SMA | Wiraswata |
| 22 | 50 | Perempuan | SMA | PNS |
| 23 | 56 | Laki-Laki | SMP | Petani |
| 24 | 58 | Perempuan | SMA | Petani |
| 25 | 38 | Laki-Laki | SMA | PNS |
| 26 | 56 | Perempuan | SD | Petani |
| 27 | 57 | Laki-Laki | SMA | Tidak Bekerja |
| 28 | 59 | Perempuan | SMA | PNS |
| 29 | 54 | Laki-Laki | SMA | Wiraswata |
| 30 | 53 | Perempuan | SMA | Petani |
| 31 | 57 | Laki-Laki | SMA | Petani |
| 32 | 50 | Perempuan | SMA | Tidak Bekerja |
| 33 | 30 | Laki-Laki | SMA | PNS |
| 34 | 37 | Laki-Laki | SMA | PNS |
| 35 | 59 | Perempuan | SMA | Petani |
| 36 | 60 | Laki-Laki | SMA | Wiraswata |
| 37 | 54 | Laki-Laki | SMA | TNI |
| 38 | 58 | Perempuan | PT | Petani |
| 39 | 38 | Laki-Laki | SMA | Petani |
| 40 | 56 | Perempuan | PT | Tidak Bekerja |
| 41 | 53 | Laki-Laki | SMA | PNS |
| 42 | 50 | Laki-Laki | SMA | PNS |
| 43 | 48 | Laki-Laki | SMA | Wiraswata |
| 44 | 57 | Laki-Laki | SMP | Petani |
| 45 | 49 | Laki-Laki | SMA | Petani |
| 46 | 58 | Perempuan | PT | Petani |
| 47 | 33 | Laki-Laki | SMP | PNS |
| 48 | 49 | Laki-Laki | PT | Petani |
| 49 | 59 | Perempuan | SMP | Wiraswata |
| 50 | 56 | Laki-Laki | SMA | PNS |
| 51 | 45 | Perempuan | SMA | Petani |
| 52 | 56 | Laki-Laki | SMA | TNI |

| | | | | |
|----|----|-----------|-----|---------------|
| 53 | 56 | Laki-Laki | PT | Petani |
| 54 | 52 | Perempuan | SMA | Petani |
| 55 | 49 | Laki-Laki | PT | Polri |
| 56 | 44 | Perempuan | SMA | Tidak Bekerja |

