

**TINGKAT DEPRESI KLIEN
GAGAL GINJAL TERMINAL (GGT)
DI RUANG HEMODIALISIS
RSUD DR. SOETOMO SURABAYA**

SKRIPSI

**Diajukan Sebagai Salah Satu Persyaratan
Untuk Menyelesaikan Pendidikan**

**Ahli Keperawatan Medikal Bedah Perawat Pendidik
Pada
PROGRAM STUDI D IV PERAWAT PENDIDIK**



Oleh :

**MISKRAM
NIM. 019810021 R**

**DEPARTEMEN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEDOKTERAN
PROGRAM STUDI D IV PERAWAT PENDIDIK
SURABAYA
1999**

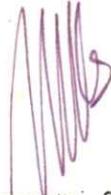
PERSETUJUAN

Diterima dan Disetujui untuk Dipertahankan
Pada Ujian Sidang Sekripsi

Menyetujui

Surabaya, 16 Januari 1999

Pembimbing

A handwritten signature in purple ink, consisting of several vertical, slightly wavy lines that end in a small loop on the right side.

Kusnanto, SKp.

PENGESAHAN

Telah dipertahankan didepan Tim Penguji Ujian Sidang Sekripsi
Pada Program Studi D IV Perawat Pendidik

Pada Tanggal: 4 Pebruari 1999

Mengesahkan :

a.n. Dekan
Bebantu Dekan I
Selaku Penanggung Jawab



Prof. Dr. dr. Bambang Prijambodo
NIP: 130 610 102

Ketua Program Studi
D IV Perawat Pendidik



Dr. Harjono, AFK.
NIP: 130 185 824

Tim Penguji

Tanda Tangan

Ketua : Prof. dr. Eddy Soewandojo, SpPD.

Anggota : Jupriyono, Skp.

Anggota : Kusnanto, Skp.

Untuk:

Istriku Lucyana yang aku cintai
dan
Putraku dalam kandungannya yang kurindukan

Hidup di dunia ini hanya selintas waktu.
Hanya secuil kesempatan yang kamu dapatkan.
Bumi ini hanyalah sebutir debu
di padang pasir yang luas,
tempat untuk melakukan tugas sederhanamu;
yaitu memilih dan melakukan
salah satu diantara dua pilihan;
mentaati atau melanggar apa yang telah ditetapkan
oleh Sang Pencipta alam semesta ini.
Dan bagimu
ITU TERSERAH KAMU.

ABSTRAK

Klien Gagal Ginjal Terminal (GGT) dengan terapi hemodialisis secara jelas mengalami kehilangan fungsi organ tubuh (ginjal) yang nyata. Kehilangan yang dialami akan memberikan respon yang berbeda pada setiap klien. Pada umumnya sangat penting mengetahui tingkat depresi klien GGT yang mendapat terapi dialisis untuk pengembangan asuhan keperawatan secara komprehensif, yaitu asuhan keperawatan yang tidak hanya berfokus pada pemulihan kondisi fisik yang optimal, melainkan juga memperhatikan psikososio-spiritual klien dalam menghadapi kematian akibat penyakit terminal yang dideritanya.

Untuk mengetahui respon klien GGT tersebut, terutama untuk mengetahui tingkat depresi dan faktor-faktor yang mempengaruhinya, telah dilakukan penelitian cross-sectional terhadap 32 sample dari 103 jumlah total populasi klien di ruang hemodialisis RSUD. Dr. Soetomo Surabaya. Penelitian dilakukan dengan menggunakan kuesioner yang terdiri atas biodata klien dan inventory depresi menurut Beck.

Dari penelitian tersebut didapatkan bahwa klien GGT dengan terapi dialisis rata-rata mengalami depresi tingkat sedang, yakni sebanyak 43.75%. Sedang depresi tingkat ringan sebanyak 25%, sisanya klien dengan depresi tingkat berat maupun klien yang tidak menunjukkan gejala depresi masing-masing 15.63%. Dengan demikian klien yang menunjukkan gejala depresi tingkat sedang sampai tingkat berat sebesar 59.28% perlu mendapat perawatan psikiatrik.

Dari semua indikator yang dijadikan variabel bebas dalam penelitian ini yaitu (1) umur, (2) tingkat pendidikan, (3) tingkat kemakmuran, (4) jenis pekerjaan, (5) hubungan dengan orang yang berarti, dan (6) jenis kelamin, berdasar uji kai-kuadrat ternyata hanya variabel umur dan tingkat kemakmuran saja yang mendekati makna terhadap adanya tingkat depresi klien.

KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah kami panjatkan ke hadirat Allah Swt. atas segala limpahan rahmat, hidayah, dan inayahNya, kami dapat melakukan penelitian tentang tingkat depresi klien GGT di Ruang Hemodialisis RSUD Dr. Soetomo Surabaya sesuai dengan rencana tanpa ada halangan suatu apapun.

Dalam pelaksanaan kegiatan penelitian hingga sampai penyusunan sekripsi ini, kami telah mendapat bantuan, bimbingan, dan dukungan dari berbagai pihak. Untuk itu kami mengucapkan terima kasih kepada:

1. Dekan Fakultas Kedokteran Unair Surabaya, Pengelola D-IV Perawat Pendidik, beserta seluruh staf yang telah memberikan kesempatan untuk memperdalam dan mengembangkan ilmu keperawatan.
2. Direktur RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Kepala Instansi Hemodialisis, Kepala Ruang Hemodialisis, beserta seluruh staf yang telah memberi kesempatan dan bantuan dalam kelancaran penelitian ini.
3. Yayasan, Direktur, pengelola, dan seluruh staf karyawan Akper Dharma Husada Kediri yang telah banyak memberi dukungan dalam mengenyam pendidikan di D-IV Perawat Pendidik Unair Surabaya.
4. Bapak Kusnanto, SKp. yang telah dengan sabar dan telaten membimbing kami dari awal penelitian sampai akhir penyusunan sekripsi ini.

5. Bapak Nursalam, MNurs(Hons). yang telah membantu dalam perhitungan analisa statistik.
6. Ny. Lucyana dan keluarga, bapak, ibu, beserta semua kakakku yang telah memberi bantuan dan dukungan baik moril maupun materiil.
7. Semua pihak yang telah membantu hingga selesainya penyusunan skripsi ini, yang tidak bisa kami sebutkan satu-persatu.

Dalam pembuatan skripsi ini, tentu tidak lepas dari kekurangan ataupun kesalahan. Untuk itu kritik dan saran yang membangun dari pembaca akan sangat kami harapkan, demi penyempurnaan lebih lanjut.

Surabaya, Januari 1999

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman Judul	i
Halaman Pengesahan	ii
Abstrak	iii
Kata Pengantar	iv
Daftar isi	vi
Daftar tabel	vii
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang Permasalahan	1
1.2 Perumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.4 Manfaat Penelitian	5
1.5 Signifikansi	5
1.6 Sistematika Penulisan	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Pengertian dan Pengelompokan Depresi ..	7
2.2 Gejala Depresi.....	7
2.3 Depresi Dalam Teori Kehilangan.....	8
2.4 Depresi Pada Klien GGT dengan Terapi Dialisis	10
2.5 Pengkajian Tingkat Depresi	11
2.6 Faktor-faktor yang mempengaruhi respon kehilangan	11
BAB 3 METODOLOGI PENELITIAN	
3.1 Desain Penelitian	14
3.2 Pengambilan Data	14
3.3 Identifikasi Variabel	15
3.4 Kerangka Konsep Penelitian	17
3.5 Analisa Data	17
3.6 Limitations (Keterbatasan).....	18
BAB 4 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
4.1 Data Hasil Penelitian	19
4.2 Pembahasan	24
BAB 5 P E N U T U P	
5.1 Kesimpulan	28
5.2 Saran	28
Daftar Pustaka	30
Lampiran: Kuesioner	32

DAFTAR TABEL

TABEL 4.1: Data Demografi	19
TABEL 4.2: Tingkat Depresi Berdasar Umur	20
TABEL 4.3: Tingkat Depresi Berdasar Pendidikan	21
TABEL 4.4: Tingkat Depresi Berdasar Tingkat Kemakmuran	21
TABEL 4.5: Tingkat Depresi Berdasar Jenis Pekerjaan ..	22
TABEL 4.6: Tingkat Depresi Berdasar Hubungan Dengan Orang Berarti	23
TABEL 4.7: Tingkat Depresi Berdasar Jenis Kelamin	24

BAB 1

P E N D A H U L U A N

1.1 Latar Belakang Permasalahan

Perawatan yang komprehensif adalah perawatan yang tidak berfokus pada masalah fisiologis klien saja, akan tetapi juga masalah psiko-sosio-spiritual. Karena hal ini didasari pada konsep manusia yang bersifat holistik.

Respon emosi yang responsif pada klien GGT dengan terapi regimen dialisa sangat penting dalam menentukan keberhasilan asuhan keperawatan yang benar-benar komprehensif. Perawatan yang hanya memfokuskan pada kebutuhan fisiologis saja, akan membuat klien jatuh dalam keadaan rentang respon emosi yang maladaptif. (Stuart dan Sundeen, 1991).

Depresi dianggap komplikasi psikiatrik yang paling umum pada perawatan dialisis, meskipun terjadiannya di atas perkiraan disebabkan oleh misidentifikasi gejala depresi pada awal uraemic (Devins et al., 1986). Berdasarkan studi realibilitas menunjukkan bahwa jumlah klinis pasien depresi mencapai 45-53% dari semua penderita End-Stage Renal Disease (ESRD)/GGT (Smith, Hong and Robson, 1985). Hal yang paling nyata pada perawatan dialisis di tahun pertama, ada 50% pada "Exeter dialisands" menunjukkan depresi tingkat sedang (Nichols and Springford, 1984). Depresi meningkat saat diketahuinya perkiraan kematian lebih awal oleh komplikasi dari ESRD (Burton, et al, 1986). Ada kejadian merusak diri yang tinggi

diantara pasien, dan beberapa diantaranya telah siap menjalani hidup dengan tingkah laku bunuh diri (Levy, 1985)

Di ruang Hemodialisa RSUD Dr. Soetomo Surabaya dilakukan dialisis kurang lebih 20 klien setiap harinya, dengan jumlah total klien rawat jalan sekitar 103 klien. Secara rutinitas klien memasuki ruangan HD untuk mengikuti prosedur hemodialisa selama 4-5 jam, selanjutnya klien pulang. Masalah-masalah psikologis klien tampak sering terabaikan oleh karena observasi intensive perawat terhadap komplikasi dialisa pada klien selama dialisis berlangsung. Sehingga selama ini tidak diketahui bagaimana respon klien terhadap kehilangan yang sedang dialaminya, khususnya belum diketahuinya seberapa berat tingkat depresi klien yang kini mendapat terapi regimen dialisis.

Untuk mengembangkan asuhan keperawatan yang lebih komprehensif dan tidak hanya terfokus pada masalah fisiologis, maka perlu dilakukan penelitian tentang tingkat depresi klien dan faktor-faktor yang mempengaruhinya guna mengidentifikasi respon kehilangan klien yang kelak dapat dikembangkan sebagai acuan dalam melakukan discharge planing pada keluarga/orang terdekat klien.

1.2 Perumusan Masalah

Dari uraian latar belakang diatas, maka dapat dirumuskan permasalahan sebagai berikut:

1. Seberapa besar jumlah klien GGT di Ruang Hemodialisis yang mengalami depresi berdasar tingkatannya.
2. Adakah hubungan antara tingkat depresi klien dan (1) umur; (2) jenis kelamin; (3) pendidikan; (4) tingkat kemakmuran; (5) Pekerjaan; dan (6) hubungan dengan orang yang berarti.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Mengetahui respon emosi maladaptif (depresi) akibat dari reaksi kehilangan yang dialami klien GGT dengan terapi dialisis.

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1) Mengetahui jumlah kejadian depresi pada klien GGT di ruang Hemodialisis.
- 2) Mengetahui tingkatan depresi klien GGT dengan alat ukur inventory depresi oleh Beck.
- 3) Mengetahui hubungan antara tingkat depresi klien dengan faktor yang mempengaruhinya menurut Tabner.

1.4 Manfaat Penelitian

- 1.4.1 Menambah pengetahuan tentang perasaan depresi klien GGT akibat penyakit yang dideritanya dalam rangka untuk mengembangkan intervensi keperawatan secara komprehensif.
- 1.4.2 Mengetahui hubungan antar variabel sebagai acuan penentuan faktor resiko tinggi terhadap kemungkinan adanya depresi klien GGT.
- 1.4.3 Menentukan model intervensi untuk mencegah klien jatuh dalam kondisi depresi yang berat.

1.5 Signifikansi

Berat ringannya depresi klien GGT dengan terapi dialisis di Ruang Hemodialisis RSUD Dr. Soetomo dipengaruhi oleh karakteristik klien seperti; umur, jenis kelamin, pendidikan, tingkat kemakmuran, pekerjaan, dan hubungan dengan orang yang berarti, serta jumlah terapi dialisis telah dijalannya. Tabner (1995) menyebutkan bahwa reaksi kehilangan dipengaruhi oleh faktor-faktor; (1) tahapan tumbuh kembang; (2) budaya dan kepercayaan agama; (3) status sosioekonomi; dan (4) hubungan dengan orang yang berarti. Sedang Stuart dan Sundeen (1991) menyatakan bahwa faktor resiko sosiokultural terhadap perawatan psikiatri meliputi; Umur, suku, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pendapatan, dan sistem kepercayaan.

1.6 Sistematika Penulisan

Pada pendahuluan diuraikan tentang latar belakang masalah, rumusan masalah, tujuan penelitian, manfaat penelitian, dan signifikansi.

Pada studi pustaka dijelaskan tentang pengertian depresi, depresi yang berhubungan dengan penyakit GGT, hubungannya dengan reaksi kehilangan, tingkatan depresi, rentang respon emosional, tanda dan gejala depresi, alat ukur depresi yang digunakan dalam penelitian, dan faktor-faktor yang mempengaruhi reaksi kehilangan menurut Tabner sebagai variabel independen dari penelitian meliputi; umur, jenis kelamin, pendidikan, tingkat kemakmuran, pekerjaan, dan hubungan dengan orang yang berarti.

Pada Metodologi penelitian dijabarkan tentang desain penelitian, populasi-sample dan sampling, identifikasi variabel, pengolahan dan analisa data, dan keterbatasan.

Pada bagian hasil dan pembahasan dicantumkan hasil tabulasi data penelitian dan membahas permasalahan penelitian terhadap interpretasi data yang diperoleh.

Pada kesimpulan dan saran dituangkan suatu kesimpulan hasil penelitian dan saran-saran penting.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pengertian dan Pengelompokan Depresi

Depresi merupakan salah satu gangguan alam perasaan yang ditandai dengan perasaan sedih yang berlebihan, murung, tidak bersemangat, merasa tidak berharga, merasa kosong, dan tidak ada harapan. Berpusat pada kegagalan dan menuduh diri, dan sering disertai ide dan pikiran bunuh diri. Klien tidak berminat pada pemeliharaan diri dan aktivitas sehari-hari (Keliat, B.A. 1996).

Gangguan alam perasaan menurut menurut DSM-III R dibagi dalam dua kategori, yaitu: (1) gangguan bipolar terbagi atas gangguan bipolar (campuran, manik, depresi) dan Siklotimia, (2) gangguan depresi terdiri dari Mayor depresi dan Distimia (Wilson dan Kneisl, 1987). Sedang menurut Kubler-Ross (1997) membagi keadaan depresi menjadi 2 macam berdasar respon kehilangan yaitu (1) Reaktif dan (2) Preparatory. Depresi akibat penyakit yang diderita merupakan jenis gangguan alam perasaan yang dapat ditelaah melalui pendekatan respon kehilangan.

2.2 Gejala Depresi

Murray (1991) membuat ringkasan tentang gejala depresi dipandang dari berbagai aspek, yaitu:

2.2.1 Gejala somatik

Anoreksi, kelelahan, otot sakit, penurunan

libido, insomnia, penurunan berat badan, bangun pagi lebih awal, diare/konstipasi, nyeri yang tak jelas, dan halusinasi.

2.2.2 Ketertarikan/interest kerja dan orang lain
Apatis terhadap kerja dan belajar, penurunan kapasitas kerja, Sosial disinterest, dan kompetensi kerja yang menurun.

2.2.3 Motor symptom
Agitasi/retardasi, menginginkan sentuhan fisik, dan meminta ditemani.

2.2.4 Mood
Iritabel, selalu minta persetujuan, apati, mudah menangis, merasa sedih, dan perasaan hampa.

2.2.5 Feelings/perasaan
Cemas, merasa bersalah, pesimistis, rasa tak berdaya, ketergantungan, sepi, takut, depersonalisasi, dan marah.

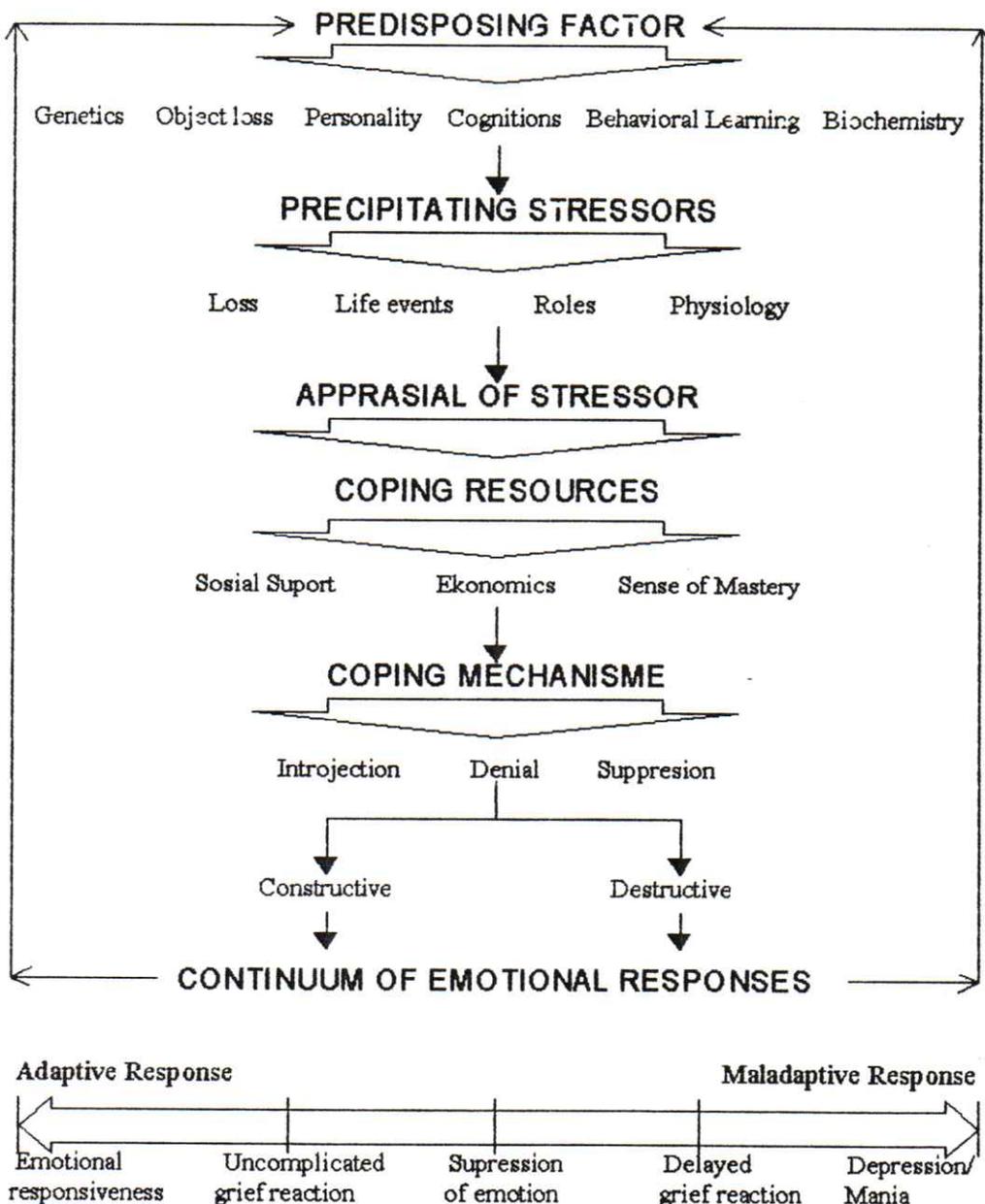
2.2.6 Ide/pikiran
Proses berpikir yang lambat, kehilangan memori/ingatan, asyik dengan dirinya sendiri, berfokus pada aspek negatif dari kehidupan, dan kehilangan fungsi pemahaman.

2.3 Depresi Dalam Teori Kehilangan

Murray (1991) menyatakan bahwa kehilangan, berpisah dengan barang, orang, status, sesuatu yang dicin-

tainya, atau tempat dimana ia berada adalah faktor pencetus terjadinya depresi. Kehilangan dapat berupa kehilangan yang nyata/aktual ataupun yang dirasakan, sementara ataupun menetap.

Stuart dan Sundeen (1991) menyatakan terjadinya depresi/ gangguan emosi dapat digambarkan sebagaimana skema berikut:



Elizabeth Kubler Ross (1969) menyatakan bahwa reaksi kehilangan ada 5 tahap, yaitu: denial, anger, bargaining, depresi, dan acceptance. Sesuai dengan lingkup permasalahan penelitian, yang menjadi fokus utama adalah reaksi kehilangan pada tahap klien mengalami depresi.

2.4 Depresi Pada Klien GGT dengan Terapi Dialisis

Pada teori kehilangan dinyatakan bahwa salah satu wujud kehilangan adalah dapat berupa hilangnya fungsi dari organ tubuh. Gagal Ginjal Kronik/terminal menurut Price (1995) adalah adanya hilangnya fungsi organ nefron ginjal yang nyata dalam menjaga keseimbangan cairan elektrolit dan asam-basa, sehingga terjadi penumpukan sampah metabolik yang berlebihan dalam darah. Untuk mempertahankan kondisi tubuh yang optimal hanya bisa dilakukan dengan cara dialisis atau transplantasi ginjal. Jika hal itu tidak dilakukan, sudah dipastikan penderita akan mengalami kematian.

Reaksi Psikologis yang berhubungan erat dengan perawatan Hemodialisis adalah adanya respon takut dan kecemasan, depresi, reaksi bunuh diri, tidak patuh pada ketentuan medis, dan sejenis depresi seperti anoreksi, gangguan tidur, disfungsi seksual, dan problem psikososial (Salmon, 1980).

Depresi dianggap komplikasi psikiatrik yang paling umum pada perawatan dialisis, meskipun kejadiannya

diatas perkiraan disebabkan oleh misidentifikasi gejala depresi pada awal uraemic (Devins et al., 1986). Berdasarkan studi realibilitas menunjukkan bahwa jumlah klinis pasien depresi mencapai 45-53% dari semua penderita End-Stage Renal Disease (ESRD)/GGT (Smith, Hong and Robson, 1985). Hal yang paling nyata pada perawatan dialisis di tahun pertama, ada 50% pada "Exeter dialisands" menunjukkan depresi tingkat sedang (Nichols and Springford, 1984). Depresi meningkat saat diketahuinya perkiraan kematian lebih awal oleh komplikasi dari ESRD (Burton, et al, 1986). Ada kejadian merusak diri yang tinggi pada pasien, dan beberapa diantaranya telah siap menjalani hidup dengan tingkah laku bunuh diri (Levy, 1985).

Diruang Hemodialisis RSUD Dr. Soetomo belum pernah dilakukan penelitian tentang respon emosional klien akibat penyakit yang dideritanya, terutama tentang tingkat depresinya, sehingga belum diketahui angka statistik yang berhubungan dengan hal tersebut.

2.5 Pengkajian Tingkat Depresi

Tingkat depresi klien dapat dikaji dengan beberapa cara. Skala pengukuran psikiatri Hamilton untuk depresi dapat digunakan untuk menilai ada tidaknya depresi pada seorang klien (Keltner, 1991). Sedang Goodner (1994) memakai skoring inventori depresi oleh Beck untuk membagi depresi menjadi tiga tingkatan yaitu; depresi ringan, depresi sedang, dan depresi berat.

2.6 Faktor-faktor mempengaruhi respon kehilangan

Tabner (1995) menyebutkan bahwa reaksi kehilangan dipengaruhi oleh faktor-faktor; (1) tahapan tumbuh kembang; (2) budaya dan kepercayaan agama; (3) status sosioekonomi; dan (4) hubungan dengan orang yang berarti. Sedang Stuart dan Sundeen (1991) menyatakan bahwa faktor resiko sosiokultural terhadap perawatan psikiatri meliputi; Umur, suku, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pendapatan, dan sistem kepercayaan.

Faktor resiko tinggi menurut Keltner (1991) diantaranya adalah tingkat pendidikan dengan masa sekolah dibawah 11 tahun, pendapatan dibawah \$ 19.000 atau Rp. 133.000.000, (\$ 1 = Rp. 7.000). Stuart dan Sundeen (1987) menyatakan bahwa yang merupakan faktor resiko tinggi depresi diantaranya adalah Umur 45 tahun, jenis laki-laki, kawin cerai/berpisah, dan pekerjaan profesional.

Faktor tumbuh kembang salah satu indikator dapat dilihat dari segi umur. Setiap individu yang normal akan mengalami pertumbuhan dan perkembangan sesuai dengan bertambahnya usia. Juga setiap individu akan mempunyai tugas tumbuh dan berkembang pada setiap usia yang dilewatinya.

Koentjaraningrat (1991) mengemukakan 7 unsur pokok kebudayaan universal, yaitu bahasa, sistem pengetahuan, organisasi sosial, sistem peralatan hidup dan teknologi, sistem pencaharian hidup, sistem religi, dan kesenian.

Unsur sistem pengetahuan dapat dilihat pada tingkat pendidikan individu, sedang sistem religi dapat ditelaah dari jenis agama. Dengan demikian pada faktor budaya dan kepercayaan agama dapat diambil indikator tingkat pendidikan dan jenis agama.

Abu Ahmadi (1988) menyatakan bahwa sejumlah individu yang mempunyai kedudukan/status yang sama menurut ukuran masyarakat, dapat dikatakan individu tersebut dalam satu lapisan/stratum sosial. Faktor status sosial sebagaimana yang dimaksud Tabner diatas, penulis mengklasifikasikan klien sebagai individu berdasar status sosial dipandang dari aspek jenis pekerjaan yang bersifat kategorikal belaka, tanpa membedakan tingkatan sosial dalam masyarakat.

Sedang pada status ekonomi dapat ditinjau dari segi kemakmuran individu. Abu Ahmadi (1988) mengemukakan bahwa pandangan masyarakat terhadap pengertian kemakmuran tidaklah sama. Bagi orang yang tidak membedakan antara kemakmuran dan kebahagiaan, maka seseorang dikatakan makmur apabila ada keserasian antara keinginan-keinginannya dan keadaan material/sosial yang dimilikinya.

Pada faktor hubungan dengan orang berarti, hal ini jelas dapat ditinjau dari ada tidaknya hubungan antara klien dengan seseorang yang dianggapnya masih berarti dalam hidupnya.

BAB 3 METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain penelitian crosssectional. Pada desain penelitian ini, baik variabel dependent maupun variabel independent diukur bersama-sama dalam satu waktu.

3.2 Pengambilan Data

3.2.1 Pengambilan sample.

Sample diambil dari klien GGT yang menjalani terapi hemodialisa di RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Pemilihan sample dilakukan dengan "consecutive sampling". Pada sampling ini setiap klien yang memenuhi kriteria penelitian (inklusi) dimasukkan dalam penelitian sampai kurun waktu tertentu, sehingga jumlah klien yang diperlukan terpenuhi (Sasatroasmoro & Ismail, 1995).

3.2.2 Kriteria sample:

(1) Kriteria inklusi

Klien yang menjadi sample adalah klien yang memenuhi kriteria inklusi. Kriterianya adalah sebagai berikut:

- Klien/keluarganya bersedia untuk diteliti.
- Klien mampu memahami daftar pertanyaan.
- Klien menderita GGT dan sedang dalam menjalani rawat jalan untuk mengikuti terapi hemodialisa di ruang HD. RSUD Dr. Soetomo.

(2) Kriteria eksklusi

Klien yang tidak layak menjadi sample adalah klien yang memenuhi kriteria eksklusi.

- Klien/keluarganya tidak bersedia untuk diteliti.
- Klien tidak mampu memahami daftar pertanyaan.

3.3 Identifikasi Variabel

3.3.1 Variabel independen.

Variabel independen adalah variabel yang diduga menyebabkan depresi pada klien GGT.

(1) Umur klien;

- 1) 20 - 30 thn.
- 2) 31 - 40 thn.
- 3) 41 - 50 thn.
- 4) 51 - 60 thn.
- 5) > 60 thn.

- (2) Jenis kelamin;
 - 1) Laki-laki
 - 2) Perempuan
- (3) Pendidikan.
 - 1) Pendidikan dasar 9 th.
 - 2) SMU.
 - 3) Diploma.
 - 4) Sarjana.
- (4) Tingkat Kemakmuran
 - 1) Kurang dari cukup.

Dengan kriteria klien merasa materi/pendapatan tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan hidupnya.
 - 2) Cukup.

Dengan kriteria klien merasa bahwa materi/pendapatan yang dimilikinya sudah mampu mencukupi kebutuhan hidupnya.
- (5) Pekerjaan.
 - 1) Belum/tidak bekerja.
 - 2) Wiraswasta.
 - 3) Karyawan swasta.
 - 4) Pegawai Negeri Sipil.
 - 5) ABRI.
- (6) Hubungan dengan orang yang berarti.
 - 1) Tidak ada.
 - 2) Ada.

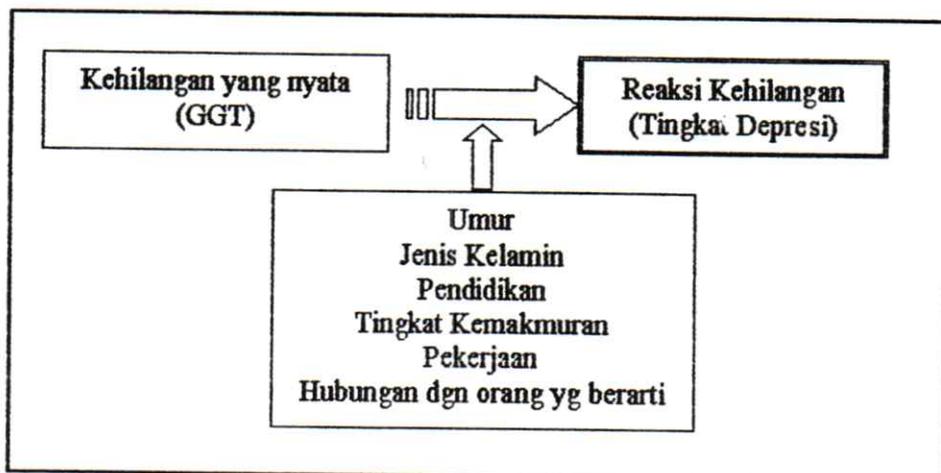
3.3.2 Variabel dependen (tergantung);

Tingkat depresi klien didasarkan pada hasil skoring inventory depresi oleh Beck.

- 1) Skor < 11 = tidak ada depresi
- 2) Skor 11 - 15 = depresi ringan
- 3) Skor 16 - 25 = depresi sedang
- 4) Skor > 25 = depresi berat

(Kuesioner terlampir)

3.4 Kerangka Konsep Penelitian



3.5 Analisa Data

Tahap-tahap analisa datanya adalah:

3.5.1 Analisa deskriptif.

3.5.2 Uji Statistik yang digunakan adalah Chi Square. Uji chi-square digunakan untuk mengetahui apakah dua variabel ada hubungannya atau tidak. Persyaratan uji chi-square adalah:

- 1) Bila jumlah subyek total >40 , tanpa melihat nilai expected, yaitu nilai yang dihitung bila hipotesis 0 benar.
- 2) Bila jumlah subyek antara 20-40, dan semua expected nilai >5 .
- 3) Tingkat kepercayaan dirancang ($p < 0.05$).

3.6 Limitations (Keterbatasan):

Beberapa keterbatasan yang peneliti temui selama melakukan penelitian adalah sebagai berikut:

1. Sample yang digunakan hanya terbatas pada klien GGT yang datang ke RSUD DR. Soetomo Surabaya, sehingga hasilnya mungkin kurang representative sebagai generalisasi secara keseluruhan di Jawa Timur maupun di Indonesia.
2. Masih minimnya penelitian tentang tingkat depresi klien dengan penyakit terminal / kronis, menjadi suatu ketebatasan bagi peneliti untuk mengembangkan wawasan tentang respon psikologis terhadap kehilangan yang lebih detail.
3. Alat ukur yang digunakan untuk mengetahui tingkat depresi klien hanya berupa kuesioner tanpa dilakukan observasi, sehingga hasilnya kurang obyektif dan bergantung pada subyektifitas individu klien.

4. Tidak tersedianya waktu, dana, dan keahlian yang mencukupi. Waktu yang peneliti gunakan untuk membuat persiapan penelitian sekitar satu bulan, dan dua minggu untuk pengambilan data. Sedangkan pembuatan laporan penelitian tersedia waktu tiga minggu. Peneliti mendapat dana dari kampus Unair sebesar Rp. 150.000,- dan mendapatkan teori riset sebanyak satu SKS. Dari keterbatasan ini membuat hasil penelitian ini kurang sesuai dengan yang diharapkan.

BAB 4
HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Berikut disajikan data hasil penelitian meliputi data demografi, tingkat depresi klien berdasar (1) umur, (2) pendidikan, (3) kemakmuran, (4) pekerjaan, dan (5) hubungan klien dengan orang yang dianggapnya berarti. Masing-masing data tersebut diinterpretasikan dengan memperhatikan nilai p dan memperhatikan nilai tertentu yang sekiranya perlu untuk dideskripsikan. Selanjutnya interpretasi data akan dibahas berdasarkan teori yang ada.

4.1 Data Hasil Penelitian

TABEL 4.1: Data Demografi

NO	DATA UMUR	JUMLAH
1	20 - 30	2 (6.25%)
2	31 - 40	4 (12.50%)
3	41 - 50	9 (28.13%)
4	51 - 60	13 (40.63%)
5	> 60	4 (12.50%)
JUMLAH		32 (100%)

NO	JENIS KELAMIN	JUMLAH
1	Laki-laki	25 (84.38%)
2	Perempuan	7 (15.63%)
JUMLAH		32 (100%)

Pada data demografi, golongan umur klien yang terbanyak adalah antara 51 - 60 tahun yakni sebesar 13 orang atau sekitar 40.63% dari seluruh jumlah sample. Sedang pada jenis kelamin laki-laki lebih banyak dari pada perempuan, yaitu 25 orang atau 84.38%.

TABEL 4.2: Tingkat Depresi Berdasar Umur

NO	U M U R	TINGKAT DEPRESI				JUMLAH
		1	2	3	4	
1	20 - 30		2= 6.25%			2= 6.25%
2	31 - 40			3= 9.38%	1= 3.13%	4=12.50%
3	41 - 50		4=12.50%	4=12.50%	1= 3.13%	9=28.13%
4	51 - 60	4=12.50%	2= 6.25%	4=12.50%	3= 9.38%	13=40.63%
5	> 60	1= 3.13%		3= 9.38%		4=12.50%
J U M L A H		5=15.63%	8=25.00%	14=43.75%	5=15.63%	32=100%

$$x^2 = 17.733 \quad df = 12 \quad p = 0.124$$

KETERANGAN: Tingkat Depresi

- 1 = Tidak ada depresi
- 2 = Depresi tingkat ringan
- 3 = Depresi tingkat sedang
- 4 = Depresi tingkat berat

Depresi berat yang terjadi pada usia 51 - 60 tahun adalah sebanyak 3 orang (9.38%) dari 13 orang (40.63%) yang seusia sama. Sedang depresi tingkat sedang tampak terjadi pada usia diatas 31 tahun. Depresi sedang yang dialami usia dekade 4 dan 5 adalah masing-masing 4 orang(12.5%). Nilai p sebesar 0.124.

TABEL 4.3: *Tingkat Depresi Berdasar Pendidikan*

NO	PENDIDIKAN	TINGKAT DEPRESI				JUMLAH
		1	2	3	4	
1	P. Dasar 9 th	1= 3.13%		3= 9.38%	1= 3.13%	5=15.63%
2	S M U	1= 3.13%	5=15.63%	6=18.75%	3= 9.38%	15=46.88%
3	Diploma	2= 6.25%	3= 9.38%	5=15.63%	1= 3.13%	11=34.38%
4	Sarjana	1= 3.13%				1= 3.13%
J U M L A H		5=15.63%	8=25.00%	14=43.75%	5=15.63%	32=100%

$$x^2 = 8.869 \quad df= 9 \quad p = 0.449$$

Jumlah terbanyak setingkat SMU adalah 15 orang (46.38%). Dari jumlah tersebut yang mengalami depresi sedang sebanyak 6 orang (18.75%) dan depresi berat sebanyak 3 orang (9.38%). Sedang 11 orang dengan pendidikan setingkat Diploma terdapat 5 orang (15.63%) yang menderita depresi sedang.

TABEL 4.4: *Tingkat Depresi Berdasar Tingkat Kemakmuran*

NO	KEMAKMURAN	TINGKAT DEPRESI				JUMLAH
		1	2	3	4	
1	Kurang dr cukup	1= 3.13%	5=15.63%	1= 3.13%	1= 3.13%	8=25.00%
2	Cukup	4=12.50%	3= 9.38%	13=40.63%	4=12.50%	24=75.00%
J U M L A H		5=15.63%	8=25.00%	14=43.75%	5=15.63%	32=100%

$$x^2 = 8.514 \quad df= 3 \quad p = 0.0365$$

Hubungan antara tingkat kemakmuran dengan tingkat depresi klien mempunyai nilai p sebesar 0.0365. Klien yang merasa pendapatannya/materi yang dimiliki telah dapat

mencukupi kebutuhan hidupnya sejumlah 24 orang atau 75%. Tiga belas (40.63%) diantaranya mengalami depresi sedang dan 4 orang (12.5%) mengalami depresi berat. Sedang klien yang merasa materi yang dimilikinya masih terasa kurang untuk memenuhi kebutuhannya terdapat 8 orang (25%) dengan tingkat depresi yang terbanyak adalah depresi tingkat ringan, yaitu sebanyak 5 orang (12.63%).

TABEL 4.5: Tingkat Depresi Berdasar Jenis Pekerjaan

NO	PEKERJAAN	TINGKAT DEPRESI				JUMLAH
		1	2	3	4	
1	Tdk/blm bekerja		1= 3.13%			1= 3.13%
2	Wiraswasta			4=12.50%	1= 3.13%	5=15.63%
3	Karyawan Swasta			1= 3.13%		1= 3.13%
4	P N S	5=15.63%	7=21.88%	8=25.00%	4=12.50%	24=75.00%
5	ABRI			1= 3.13%		1= 3.13%
J U M L A H		5=15.63%	8=25.00%	14=43.75%	5=15.63%	32=100%

$$x^2 = 10.360 \quad df= 12 \quad p = 0.584$$

Jenis pekerjaan klien didominasi oleh jenis dari pegawai negeri sipil yaitu sejumlah 24 orang atau 75%. Dengan pegawai sejumlah itu depresi sedang dialami oleh 8 orang (25%), dan depresi berat sebanyak 4 orang (12.5%). Hubungan jenis pekerjaan dengan tingkat depresi mempunyai nilai p sebesar 0.584.

TABEL 4.6: Tingkat Depresi Berdasar Hubungan Dgn Orang Berarti

NO	H D O B	TINGKAT DEPRESI				JUMLAH
		1	2	3	4	
1	Tidak Ada	1= 3.13%	2= 6.25%	2= 6.25%		5=15.63%
2	Ada	4=12.50%	6=18.75%	12=37.50%	5=15.63%	27=84.38
J U M L A H		5=15.63%	8=25.00%	14=43.75%	5=15.63%	32=100%

$$x^2 = 4.906 \quad df= 6 \quad p = 0.555$$

Hubungan tingkat depresi dengan ada tidaknya klien memiliki orang yang berarti mempunyai nilai p sebesar 0.555. Sebanyak 27 orang (84.38%) masih menjalani hubungan dengan orang yang dianggapnya berarti dalam hidupnya, 12 (37.50%) diantaranya mengalami depresi tingkat sedang.

TABEL 4.7: Tingkat Depresi Berdasar Jenis Kelamin

NO	JENIS KELAMIN	TINGKAT DEPRESI				JUMLAH
		1	2	3	4	
1	Laki-laki	4=12.50%	7=21.88%	11=34.38%	5=15.63%	27=84.38%
2	Perempuan	1= 3.13%	1= 3.13%	3= 9.38%		5=15.63%
J U M L A H		5=15.63%	8=25.00%	14=43.75%	5=15.63%	32=100%

$$x^2 = 1.415 \quad df= 3 \quad p = 0.701$$

Sekitar 84.38% jenis kelamin didominasi oleh laki-laki, dengan depresi tingkat sedang yang terbanyak dialami oleh mereka yaitu sejumlah 11 orang (34.38%). Pada jenis perempuan tidak ada yang menunjukkan jenis depresi tingkat berat. Nilai p sebesar 0.701.

4.2 Pembahasan

Klien GGT dengan terapi dialisis rata-rata mengalami depresi tingkat sedang, yakni sebanyak 43.75%. Sedang tingkat depresi ringan sebanyak 25%, sisanya klien dengan tingkat depresi berat maupun klien yang tidak menunjukkan gejala depresi masing-masing 15.63%. Dengan demikian apabila klien yang menunjukkan gejala depresi sedang sampai berat dijumlah maka akan didapatkan angka sebesar 59.28%. Klien yang termasuk dalam angka tersebut perlu mendapatkan perhatian khusus dari perawatan psikiatri. Karena bila tidak mendapatkan penanganan yang adekuat klien depresi tingkat sedang akan jatuh kedalam depresi berat, sedang klien dengan depresi berat akan mengarah pada perilaku bunuh diri (Stuart dan Sundeen, 1991).

Kejadian depresi sebesar 59.28% pada pasien GGT dengan perawatan dialisis sebagaimana tersebut diatas mendekati kesesuaian dengan studi pustaka yang menyatakan bahwa depresi merupakan komplikasi psikiatrik yang paling umum pada perawatan dialisis (Devin, et all., 1986). Pada study realibility menunjukkan bahwa jumlah klinis pasien depresi mencapai 45-53% dari semua penderita ESRD (Smith, Hong dan Robson, 1985).

Tabner (1995) menyebutkan bahwa reaksi kehilangan dipengaruhi oleh faktor-faktor; (1) tahapan tumbuh kembang; (2) budaya dan kepercayaan agama; (3) status sosioekonomi; dan (4) hubungan dengan orang yang berar-

ti. Dari faktor-faktor tersebut penulis mengambil indikator kelompok umur, tingkat pendidikan, tingkat kemakmuran, jenis pekerjaan, dan hubungan dengan orang yang berarti. Sedang jenis agama dan status perkawinan tidak dimasukkan oleh karena berdasar survei dilapangan klien mayoritas beragama islam dan berstatus kawin. Dari semua indikator yang dijadikan variabel bebas dalam penelitian tersebut diatas, berdasar uji kai-kuadrat ternyata hanya variabel umur dan tingkat kemakmuran saja yang mendekati makna terhadap adanya tingkat depresi klien.

Tingkat depresi klien berdasar umurnya mendekati makna, yaitu nilai p sebesar 0.124. Usia klien yang banyak mengalami depresi adalah usia antara 41 - 60 tahun yaitu sebesar 68.76%. Hal ini sesuai dengan teori Stuart dan Sundeen (1987) yang menyatakan bahwa faktor usia yang beresiko tinggi terjadinya depresi adalah sekitar 45 tahun.

Keltner (1995) menyatakan bahwa tingkat pendidikan yang merupakan resiko tinggi terjadinya gangguan alam pikiran/depresi adalah jenjang pendidikan antara 0-11 tahun, sedang yang beresiko rendah adalah jenjang pendidikan diatas 12 tahun. Akan tetapi pada hasil uji statistik penelitian yang dilakukan di ruang hemodialisis Dr. Soetomo menunjukkan nilai p sebesar 0.449. Dari hasil tersebut menunjukkan bahwa tingkat pendidikan pasien seseorang tidak banyak pengaruhnya terhadap tingkat depresi klien.

Seseorang dengan penghasilan antara \$ 0 - 19.000 atau Rp. 0 - 133.000.000,- (\$1=Rp. 7.000,-) mempunyai resiko tinggi mengalami gangguan mood/depresi dibanding dengan seseorang dengan penghasilan diatas \$ 70.000 (Keltner, 1995). Dari data tingkat kemakmuran hasil penelitian diatas menunjukkan bahwa nilai p sebesar 0.035 berarti bahwa tingkat kemakmuran mem-pengaruhi tingkat depresi mendekati makna. Akan tetapi berdasar analisa statistik didapatkan bahwa klien dengan tingkat kemakmuran yang mencukupi justru semakin berpeluang mengalami depresi daripada klien yang merasa kurang tingkat kemakmurannya. Tentunya hal ini menyimpang dari teori yang diajukan Keltner diatas.

Jenis pekerjaan kurang menentukan terjadinya tingkat depresi. Hal ini sesuai dengan uji statistik Kai-Kuadrat yang memberikan hasil nilai p sebesar 0.584. Dari variabel jenis pekerjaan ini tidak bisa menggambarkan tingkat profesionalisme pekerjaan klien sehingga tidak dapat digunakan untuk menguji teori dari Keltner (1995) yang menyatakan bahwa seseorang yang bekerja secara profesionalisme memiliki resiko tinggi terserang depresi daripada pekerja kasar.

Stuart dan Sundeen (1987) menyatakan bahwa seseorang mempunyai resiko tinggi mengalami depresi jika dalam status perkawinannya adalah cerai, pisah, janda atau duda. Sedang yang beresiko rendah jika status perkawinannya kawin tanpa cerai. Klien GGT di ruang

Hemodialis Dr. Soetomo kebanyakan bersatus kawin tanpa cerai dan hanya satu orang yang belum kawin. Untuk itu peneliti mengambil variabel tentang ada tidaknya hubungan klien dengan orang yang dianggap berarti dalam hidupnya sebagaimana yang diungkapkan oleh Tabner diatas. Nilai hasil p yang didapat adalah sebesar 0.555. Dengan demikian dapat diartikan bahwa ada-tidaknya hubungan klien dengan orang yang dianggap berarti dalam hidupnya kurang berpengaruh terhadap tingkat depresi klien.

Pada hubungan jenis kelamin dengan tingkat depresi kurang menunjukkan kemaknaan. Hal ini ditunjukkan dengan nilai p sebesar 0.701. Dengan demikian teori dari Stuart dan Sundeen (1987) yang menyatakan bahwa jenis kelamin laki-laki mempunyai resiko tinggi mengalami depresi kurang terbukti.

Sebagaimana yang peneliti nyatakan dalam keterbatasan, peneliti mengalami kesulitan dalam memperoleh informasi tentang depresi klien akibat penyakit terminal yang dideritanya. Depresi yang peneliti maksud adalah depresi dalam lingkup sebagai reaksi kehilangan (akibat menderita penyakit GGT) dan bukan depresi dalam lingkup depresi mayor. Dari banyak referensi yang peneliti kumpulkan, pada umumnya dibahas tentang depresi dalam kontek sindrom depresi mayor, termasuk faktor-faktor resiko tinggi terjadinya depresi tersebut baik yang dinyatakan oleh Stuart & Sundeen (1987) maupun oleh

BAB 5

P E N U T U P

5.1 Kesimpulan

Klien GGT dengan terapi dialisis terdapat 84.37% klien yang menunjukkan gejala depresi, dan 15.63% klien tanpa gejala depresi. Dari angka tersebut rata-rata klien yang mengalami depresi tingkat sedang, yakni sebanyak 43.75%. Sedang tingkat depresi ringan sebanyak 25%, sisanya klien dengan tingkat depresi berat maupun klien yang tidak menunjukkan gejala depresi masing-masing 15.63%. Dengan demikian terdapat 59.28% klien yang menunjukkan gejala depresi sedang sampai berat yang perlu mendapatkan perhatian khusus dari perawatan psikiatri.

Dari semua indikator yang dijadikan variabel bebas dalam penelitian ini yaitu (1) umur, (2)tingkat pendidikan, (3) tingkat kemakmuran, (4) jenis pekerjaan, (5)hubungan dengan orang yang berarti, dan (6)jenis kelamin, berdasar uji kai-kuadrat ternyata hanya variabel umur dan tingkat kemakmuran saja yang mendekati makna terhadap adanya tingkat depresi klien.

5.2 Saran

Untuk menciptakan asuhan keperawatan yang komprehensif dan yang selalu memperhatikan bio-psiko-sosio-spiritual klien, maka perlu dipertimbangkan upaya pemecahan masalah terhadap gangguan alam perasaan klien.

Mengingat dari hasil penelitian ini didapatkan pasien depresi sebesar 59.28% dari total sample (32 orang) yang perlu perhatian khusus. Discharge planing/asuhan keperawatan dirumah yang mengikutsertakan keluarga klien sangat dibutuhkan dalam memenuhi kebutuhan psikologis klien.

Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut untuk mengetahui aspek gejala depresi klien yang paling menonjol, dan faktor yang berpengaruh lainnya, mengingat dalam penelitian ini hanya diambil beberapa faktor pengaruh saja dari teori yang ada. Juga pentingnya mencari faktor-faktor resiko tinggi terjadinya depresi berdasarkan sosio-kultural bangsa Indonesia yang sangat berbeda dengan budaya luar negeri. Sehingga dengan demikian ilmu keperawatan di tanah air ini mempunyai potret khas tersendiri tentang karakteristik masyarakatnya, terutama pengguna jasa pelayanan kesehatan, dan tidak sekedar menganggap sama rata dengan kondisi di luar negeri.

Intervensi keperawatan yang diimplementasikan dalam menangani masalah depresi akibat penyakit terminal yang diderita klien, sangat tergantung dengan fase depresi yang sedang dialami klien tersebut. Pendekatan yang ditawarkan Kubler Ross (1997) tentang perlunya mengetahui klien sedang dalam depresi yang reaktif atau bahkan dalam preparatory, layak dipertimbangkan dalam menentukan model intervensi yang tepat.

DAFTAR PUSTAKA

- Ahmadi, A. (1997). *Ilmu Sosial Dasar*. PT Rineka Cipta, Jakarta.
- Antai, O. (1995). *Psychiatric Nursing; Biological and Behavioral Concepts*. W.B. Saunders Co., Philadelphia.
- Burns, N. & Groves, S.K. (1991). *The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique, and Utilisation*. 2nd ed. Saunders Co., Philadelphia.
- Burton, H.J. et. al. (1986). The Relationship of Depression to Survival in Chronic Renal Failure. *Psychosomatic Medicine*. (48: 261-9).
- Carpenito, L J. (1995). *Nursing Care Plans and Documentation*. 2nd ed. J.B. Lippincot Co., Philadelphia.
- Devins, et al. (1986). Denial as a defence against depression in end-stage renal disease; an empirical test. *International Journal of Psychiatry in Medicine*.. (16: 151-63).
- Goodner, B. (1994). *The Nurse's Survival Guide; a Complete Clinical Quick Reference Guide*. Skidmore-Roth Publishing, Texas.
- Ignatavicius, D.D. & Bayne, M.V. (1991). *Medical Surgical Nursing; A Nursing Process Approach*. W.B. Saunders Company. Philadelphia.
- Keliat, B.A. (1996). *Kedaruratan pada Gangguan Alam Perasaan*. EGC, Jakarta.
- Keltner, Norman L. (1995). *Psychiatric Nursing*. 2nd ed., Mosby Year Book inc, St. Louis.
- Koentjaraningrat, (1990). *Pengantar Ilmu Antropologi*. PT. Rineka Cipta, Jakarta.
- Kubler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*. Macmillan, Newyork.
- Kubler-Ross, E. (1998). *Kematian sebagai Bagian dari Kehidupan* . Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- Levy, N.B. (1985). Psychological problems of patients on dialysis. *Proceedings of the European Dialysis and Transplant Nurses Association - European Renal Care Association*. (14:177-84), Baillière Tindall, London.

- Murray, R.B. (1991). *Psychiatric/Mental Health Nursing: Giving Emotional Care*. Appleton & Lange, California.
- Nichols, K.A. and Springford B. (1984). The Psychosocial stressor associated with survival in dialysis. *Behaviour Research and Therapy*. (22: 563-74)
- Notoatmodjo, S. (1993). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. edisi pertama, PT. Rineka Cipta. Jakarta.
- Price S.A. (1995). *Patofisiologi; Konsep Klinis Proses-proses Penyakit*. EGC, Jakarta.
- Roper, N. (1996). *Prinsip-prinsip Keperawatan*. Edisi pertama, EGC, Jakarta.
- Salmon P.H. (1980). Psychosocial aspect of chronic renal failure. *British Journal of Hospital Medicine*. (23; 617-22).
- Sastroasmoro, S. & Ismael, S. (1995). *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Binarupa Aksara, Jakarta.
- Smith, M.D., Hong, B.A., and Robson, A.M. (1985). Diagnosis of Depression with End-Stage Renal Disease. *America Journal of Medicine*. (79:160-6).
- Stuart, G.W. and Sundeen, S.J. (1987). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. 3rd. Ed. The C.V. Mosby Co. St. Louis.
- Stuart, G.W. and Sundeen, S.J. (1991). *Principles and Practice of Nursing Psychiatric*. 4rd. ed. Mosby Year Book. St. Louis.
- Tabner (1995). *Tabner's Nursing; theory and practice*. W.B. Saunders, Philadelphia.
- Wilson, H.S., and Kneisl, C.R. (1997). *Psychiartric Nursing*. 3rd. Ed. Addison Wesley Publishing Co. California.

RESPON EMOSIONAL KLIEN DI RUANG HEMODIALISIS
RSUD DR. SOETOMO SURABAYA

Dalam rangka untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan, terutama untuk memperluas lingkup asuhan keperawatan pada klien dengan perawatan hemodialisis, pengetahuan perawat tentang faktor psikologis klien mutlak diperlukan sebagai acuan untuk menentukan tindakan perawatan yang mengarah pada terciptanya hubungan terapeutik antara klien dengan perawat, klien dengan keluarganya, ataupun keluarga dengan perawat. Yang dimaksud dengan pengembangan lingkup asuhan keperawatan adalah perawatan klien yang tidak hanya memfokuskan pada masalah fisik klien saja, melainkan juga memperhatikan faktor psiko-sosio-spiritual klien yang diwujudkan dalam hubungan terapeutik. Jika hubungan terapeutik ini bisa terciptakan, maka diharapkan adanya kepuasan antara kedua belah pihak; kepuasan perawat sebagai pemberi pelayanan kesehatan, dan kepuasan klien beserta keluarganya sebagai pengguna jasa pelayanan kesehatan. Untuk itu kami tim peneliti dari Fakultas Kedokteran Unair Surabaya mengadakan penelitian tentang respon psikologis anda yang menjalani terapi dialis di ruang hemodialis pada saat ini.

Daftar pertanyaan sebagaimana terlampir menanyakan tentang perubahan-perubahan psikologis anda yang anda alami. Setiap pertanyaan terdapat jawaban berupa pernyataan-pernyataan yang menggambarkan perasaan anda seminggu terakhir ini termasuk hari ini. Kami berharap anda membacanya dengan cermat, kemudian pilih salah satu jawaban pernyataan yang paling sesuai dengan keadaan anda. Beri tanda silang pada kotak disebelah jawaban pernyataan yang anda pilih. Bila beberapa pernyataan jawaban dalam satu pertanyaan terlihat mempunyai kesesuaian, beri tanda silang semua. Yakinkan untuk membaca semua pernyataan pada setiap pertanyaan sebelum membuat pilihan anda.

Kami menjamin kerahasiaan pendapat dan identitas anda, oleh sebab itu anda tidak perlu mencantumkan nama dan alamat anda. Informasi yang anda berikan, kelak akan kami pergunakan untuk pengembangan ilmu keperawatan di Indonesia dan bukan kami pergunakan untuk maksud-maksud lain. Juga kuesioner ini bersifat "Volunteer" (bebas). Anda bebas menentukan keputusan untuk mengikuti ataupun tidak mengikuti kuesioner ini tanpa mendapat sanksi apapun.

Kegiatan penelitian ini telah mendapatkan persetujuan dari Universitas Airlangga Fakultas Kedokteran dengan nomor surat : 1296/j03.1.1/PP.21/1998 tertanggal 12 Oktober 1998.

Partisipasi anda dalam mengisi pertanyaan ini dan mengembalikannya kembali pada kunjungan anda berikutnya akan sangat kami hargai.

Atas partisipasi anda, kami sampaikan terima kasih.

Hormat kami,

Peneliti.

BIODATA ANDA :

1. Umur :
2. Jenis kelamin :
3. Pendidikan terakhir :
4. Jenis pekerjaan :
5. Jumlah total anda menjalani dialisis :
6. Tentang penghasilan anda terhadap kebutuhan hidup anda
 - Kurang dari cukup.
 - Cukup (tidak kurang, tidak lebih).
 - Lebih dari cukup.
7. Apakah anda masih mempunyai seseorang yang anda anggap begitu berarti bagi hidup anda?
 - Ya, saya punya. Sampai saat ini saya masih berhubungan baik dengannya.
 - Ya, saya punya. Tapi sekarang saya sudah tidak berhubungan lagi dengannya.
 - Tidak. Saya sudah tidak mempunyainya lagi.

DAFTAR PERTANYAAN :

1. Tentang perasaan sedih :
 - 0 = Saya tidak merasa sedih.
 - 1 = Saya merasa sedih.
 - 2 = Saya sedih setiap waktu dan saya tidak dapat keluar dari kesedihan itu.
 - 3 = Saya sangat sedih karena tidak bahagia sehingga saya tidak tahan lagi.
2. Tentang masa depan ;
 - 0 = Saya tidak berkecil hati tentang masa depan.
 - 1 = Saya merasa berkecil hati tentang masa depan.
 - 2 = Saya merasa saya tidak memiliki sesuatu untuk mengharapkan sesuatu dimasa depan.
 - 3 = Saya merasa masa depan saya tidak ada harapan lagi dan hal itu tidak bisa ditingkatkan lagi.
3. Tentang perasaan anda akan kegagalan hidup
 - 0 = Saya tidak merasa gagal.
 - 1 = Saya merasa saya mengalami kegagalan melebihi rata-rata orang lain.
 - 2 = Bila saya lihat diri saya, apa yang saya lihat adalah hanyalah kegagalan-kegagalan.
 - 3 = Saya merasa saya benar-benar gagal sebagai manusia.

4. Tentang rasa puas dalam diri anda
- 0 = Saya mendapat banyak kepuasan dari hal-hal yang biasa saya lakukan.
 - 1 = Saya tidak menyenangi hal-hal yang biasa saya lakukan.
 - 2 = Saya tidak lagi benar-benar puas pada hal-hal disekitar kehidupan saya.
 - 3 = Saya tidak puas atau saya benar-benar bosan terhadap apapun didunia ini.
5. Tentang adanya rasa bersalah
- 0 = Saya tidak merasa benar-benar bersalah.
 - 1 = Saya merasa bersalah pada sebagian dari waktu yang terbaik.
 - 2 = Saya merasa sedikit bersalah hampir setiap waktu.
 - 3 = Saya merasa bersalah sepanjang waktu.
6. Tentang hukuman
- 0 = Saya merasa saya tidak sedang dihukum.
 - 1 = Saya merasa saya mungkin dihukum.
 - 2 = Saya mengharap untuk dihukum.
 - 3 = Saya merasa saya sedang dihukum.
7. Tentang gambaran diri anda sendiri
- 0 = Saya tidak merasa dikecewakan dalam diri saya.
 - 1 = Saya merasa dikecewakan dalam diri saya.
 - 2 = Saya merasa jijik dengan diri saya.
 - 3 = Saya paling benci dengan diri saya.
8. Tentang pikiran menyalahkan diri sendiri
- 0 = Saya tidak merasa bahwa saya lebih buruk dari pada orang lain.
 - 1 = Saya mengkritik diri saya untuk kelemahan atau kesalahan saya.
 - 2 = Saya menyalahkan diri saya sepanjang waktu untuk kesalahan saya.
 - 3 = Saya menyalahkan diri saya setiap kejadian buruk yang menimpa saya.
9. Tentang pemikiran bunuh diri
- 0 = Saya tidak mempunyai pikiran apapun untuk bunuh diri.
 - 1 = Saya mempunyai pikiran untuk bunuh diri, tetapi saya tidak melakukannya.
 - 2 = Saya ingin akan bunuh diri.
 - 3 = Saya akan bunuh diri bila saya punya kesempatan.
10. Menangis dalam hidup anda
- 0 = Saya tidak menangis lagi seperti biasanya.
 - 1 = Saya sekarang lebih sering menangis dari pada biasanya.
 - 2 = Saya menangis sepanjang waktu.
 - 3 = Saya biasanya mudah menangis, tetapi sekarang saya tidak dapat menangis walaupun saya ingin menagis.

11. Tentang rasa tersinggung

- 0 = Saya sekarang tidak lagi mudah tersinggung dari apa yang pernah saya alami dulu.
- 1 = Saya mudah tersinggung dari biasanya.
- 2 = Saya merasa tersinggung sepanjang waktu.
- 3 = Saya tidak tersinggung pada hal-hal yang biasanya membuat saya tersinggung.

12. Tentang kehilangan minat pada orang lain

- 0 = Saya tidak kehilangan minat pada orang lain.
- 1 = Saya sedikit kehilangan minat pada orang lain dibanding biasanya.
- 2 = Saya kehilangan hampir semua minat saya pada orang lain.
- 3 = Saya kehilangan seluruh minat pada orang lain.

13. Tentang kemampuan membuat keputusan

- 0 = Saya membuat keputusan sebaik yang saya dapat.
- 1 = Saya memutuskan untuk membuat keputusan lebih dari biasa yang saya lakukan.
- 2 = Saya lebih mengalami kesulitan dalam membuat keputusan dibanding sebelumnya.
- 3 = Saya tidak dapat membuat keputusan sama sekali.

14. Tentang penampilan anda

- 0 = Saya merasa saya tidak terlihat tidak lebih buruk dari yang biasanya.
- 1 = Saya khawatir bahwa saya terlihat lebih tua atau tidak menarik lagi.
- 2 = Saya merasa ada perubahan yang menetap dalam penampilan saya sehingga membuat saya terlihat tidak menarik lagi.
- 3 = Saya yakin bahwa saya terlihat jelek.

15. Tentang aktivitas anda

- 0 = Saya dapat mengerjakan sesuatu sebaik sebelumnya.
- 1 = Saya membutuhkan upaya ekstra untuk memulai melakukan sesuatu.
- 2 = Saya harus mendorong diri saya sekuat mungkin untuk melakukan sesuatu.
- 3 = Saya tidak dapat mengerjakan apa-apa lagi.

16. Tentang: tidur anda

- 0 = Saya dapat tidur sebaik dari biasanya.
- 1 = Saya tidak dapat tidur sebaik yang biasa saya lakukan.
- 2 = Saya terbangun 1 sampai 2 jam lebih cepat dari biasanya dan sulit untuk tidur kembali.
- 3 = Saya terbangun beberapa jam lebih cepat dari biasanya dan saya tidak dapat kembali tidur.

17. Tentang rasa lelah

- 0 = Saya tidak merasa lelah dari biasanya.
 1 = Saya lebih mudah lelah dari biasanya.
 2 = Saya merasa lelah dalam melakukan hampir setiap hal.
 3 = Saya terlalu lelah untuk melakukan sesuatu.

18. Tentang nafsu makan anda

- 0 = Nafsu makan saya tidak terlalu buruk dibanding biasanya.
 1 = Nafsu makan saya tidak sebaik dari biasanya.
 2 = Nafsu makan saya lebih buruk sekarang.
 3 = Saya sudah tidak memiliki nafsu makan lagi.

19. Tentang penurunan berat badan

- 0 = Saya tidak mengalami penurunan berat badan banyak, bila ya hanya sedikit.
 1 = Saya mengalami penurunan berat badan lebih dari 2,5 kg.
 2 = Saya mengalami penurunan berat badan lebih dari 5 kg.
 3 = Saya mengalami penurunan berat badan lebih dari 7,5 kg.
 Saya sengaja untuk mengurangi berat badan dengan makan lebih sedikit:
 Ya Tidak

20. Tentang rasa khawatir terhadap fisik anda

- 0 = Saya tidak lagi terlalu khawatir tentang kesehatan saya dari biasanya.
 1 = Saya khawatir tentang masalah fisik seperti jerawat dan rasa nyeri; atau nyeri lambung, atau tidak bisa buang air besar.
 2 = Saya sangat khawatir dengan masalah fisik saya dan harus berfikir keras terhadap persoalan tersebut.
 3 = Saya sangat khawatir dengan masalah fisik saya, sehingga saya tidak dapat berpikir tentang hal-hal yang lain.

21. Tentang minat seksual

- 0 = Saya tidak melihat adanya perubahan dalam minat seksual saya.
 1 = Saya agak sedikit kurang minat dalam seksual dibanding dari biasanya.
 2 = Saya lebih banyak berkurang minatnya dalam seksual sekarang.
 3 = Saya sudah benar-benar kehilangan minat saya dalam seksual.

Partisipasi Anda sangat berguna
 untuk pengembangan ilmu keperawatan

Terima Kasih Atas Kerja Sama Anda



DEPARTEMEN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEDOKTERAN

Jalan Mayjen Prof. Dr. Moestopo 47 Surabaya Facs : 53.2472
Telp. (031) 5340251 - 5340252 - 5340253 Kode Pos : 60131

Surabaya, 12 Oktober 1998

Nomor : 1296 /j03.1.1/PP.21/1998
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : Permohonan bantuan fasilitas pengkajian data /
penelitian Bidang Keperawatan bagi mahasiswa
Program DIV-PP / S1 Ners FK Unair Surabaya

Kepada Yth. Sdr. Direktur RSUD Dr. Soetomo Surabaya
di -
T e m p a t

Dengan hormat,

Sebagai realisasi kegiatan Kurikuler Program Pendidikan D-IV Perawat Pendidik FK Unair Surabaya, maka mahasiswa wajib menyusun penulisan ilmiah / penelitian lingkup ilmu keperawatan sesuai dengan topik bidang keahliannya. Untuk kelancaran kegiatan dimaksud, kami mengharapkan bantuan saudara untuk memberikan ijin kepada mahasiswa untuk melakukan pengkajian / pengumpulan data kepada klien dan atau perawat di institusi / Rumah sakit saudara mulai bulan Oktober - November 1998. Hal-hal yang berhubungan dengan masalah etil, mahasiswa yang bersangkutan akan mengadakan konsolidasi dan pendekatan dengan tim komite etik di institusi / Rumah sakit saudara dengan mengajukan proposal terlebih dahulu.

Demikian atas perhatian dan kerjasama yang baik, kami sampaikan terima kasih.

Tembusan:

1. Koordinator D-IV Perawat pendidik FK Unair
 2. Kepala Bidang Pendidikan dan Latihan
RSUD Dr. Soetomo Surabaya
 3. Kepala LAB/SMF yang bersangkutan
 4. Kepala Bidang Keperawatan
 5. Kepala Rekam Medik
 6. Kepala Instalasi Hemodialisis
 7. Kepala Ruangan Hemodialisis
- W. Sdr. Miskram



Dekan

Dr. H. MS. Wiyadi, Sp.THT

Np.: 130325828

d42urwil