



Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:
 - a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
 - b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar Unand.
2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin Unand.

TINGKAT KEPATUHAN TERHADAP TERAPI DAN KUALITAS HIDUP PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK YANG MENGALAMI DEPRESI DIBANDINGKAN DENGAN NON-DEPRESI

TESIS



**HAVIZUR RAHMAN, SFarm.,Apt
1121213028**

**PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS FARMASI
UNIVERSITAS ANDALAS
PADANG 2013**

TINGKAT KEPATUHAN TERHADAP TERAPI DAN KUALITAS HIDUP PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK YANG MENGALAMI DEPRESI DIBANDINGKAN DENGAN NON-DEPRESI

Oleh : Havizur Rahman

(Di bawah bimbingan Helmi Arifin dan Arina Widya Murni)

RINGKASAN

Depresi merupakan penyakit yang sering muncul terutama pada pasien penyakit kronis, salah satunya gagal ginjal. Ditemukan 20-40% populasi yang sedang menjalani terapi dialisis mengalami depresi dan nilai tersebut dapat lebih tinggi pada pasien predialisis. Depresi diketahui merupakan salah satu penyebab terjadinya penurunan kualitas hidup pasien. Semakin tinggi tingkat depresi maka kualitas hidup semakin menurun secara signifikan. Sejumlah penelitian telah mencoba untuk mengidentifikasi penyebab dari ketidakpatuhan dan banyak faktor yang telah teridentifikasi, salah satu diantaranya yaitu depresi. Pasien dialisis yang mengalami depresi memiliki tingkat kepatuhan pengobatan yang lebih rendah.

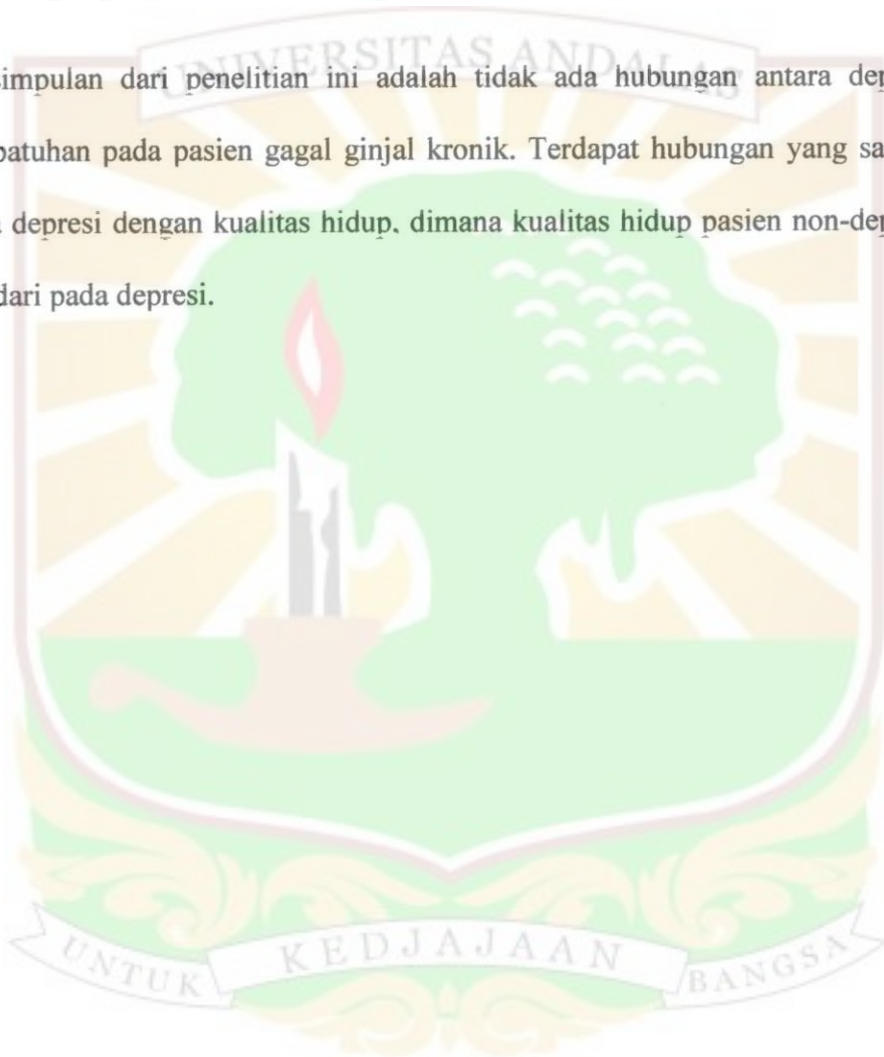
Penelitian ini dilakukan untuk melihat hubungan depresi dengan tingkat kepatuhan dan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik. Jenis penelitian ini adalah *cross sectional* menggunakan data primer, dengan teknik pengambilan data *judgment sampling*. Sampel yang dipilih adalah pasien gagal ginjal kronik. Data inklusi sampel yang dipilih adalah pasien yang didiagnosa gagal ginjal kronis baik yang belum atau sudah dilakukan tindakan hemodialisis, umur >18 tahun, dan sukarela berpartisipasi

dalam penelitian ini. Penilaian depresi menggunakan *Beck Depression Inventory-II* (*BDI- II*). Jika jumlah score >13 maka pasien digolongkan ke dalam depresi. Penilaian tingkat kepatuhan menggunakan skala *morisky* dan kualitas hidup pasien menggunakan *Short Form Health Questionnaire* (*SF-36*). Data diolah dengan menggunakan uji korelasi bivariat *spearman* untuk melihat korelasi antara depresi dengan tingkat kepatuhan, depresi dengan tingkat kualitas hidup, depresi dengan karakteristik pasien serta hubungan tingkat kepatuhan dengan karakteristik pasien, sedangkan uji *annova* digunakan untuk melihat hubungan antara aspek kualitas hidup pasien dengan tingkat depresi, aspek kualitas hidup pasien dengan kepatuhan dan aspek kualitas hidup pasien dengan karakteristik pasien gagal ginjal.

Penderita depresi pada pasien gagal ginjal kronik dalam penelitian ini ditemukan 16 pasien (24,24%) dan non depresi sebanyak 50 pasien (75,76%). Rata-rata tingkat kepatuhan pasien gagal ginjal kronik dengan menggunakan skala *morisky* pada penelitian ini termasuk kategori kepatuhan tinggi (53,03%). Nilai rata rata pasien gagal ginjal pada penelitian ini adalah 61,42 yang berarti kualitas hidup rata-rata pasien baik. Ditemukan bahwa tidak ada hubungan antara depresi dengan kepatuhan pada pasien gagal ginjal kronik ($p > 0,05$). Dari korelasi menggunakan uji *bivariate spearman* terdapat hubungan yang cukup antara tingkat kualitas hidup dengan tingkat depresi, dimana diperoleh hasil pasien non-depresi memiliki kualitas hidup yang baik, dan sebaliknya ($p < 0,05$). Dilihat hubungan depresi dengan aspek kualitas hidup ditemukan terdapat perbedaan yang signifikan pada semua aspek atau komponen kualitas hidup ($F_{hit} > F_{tab} = 3,99$). Terdapat hubungan yang cukup antara

depresi dengan beberapa karakteristik pasien (umur ($p=0.031 < 0.05$), dan pekerjaan ($p= 0.01 < 0.05$), ($p= 0,001 < 0,05$), agama ($p= 0,000 < 0,05$) dan lemah pada jenis kelamin ($p=0.02 < 0.05$). Hubungan karakteristik dengan tingkat kepatuhan ditemukan terdapat hubungan yang cukup antara tingkat kepatuhan dengan status pasien.

Kesimpulan dari penelitian ini adalah tidak ada hubungan antara depresi dengan kepatuhan pada pasien gagal ginjal kronik. Terdapat hubungan yang sangat kuat antara depresi dengan kualitas hidup, dimana kualitas hidup pasien non-depresi lebih baik dari pada depresi.



RIWAYAT HIDUP

Penulis dilahirkan pada tanggal 31 Maret 1989 di Sibakur, Sijunjung, sebagai anak kedua dari empat bersaudara dari pasangan Bapak Ismar dan ibu Hawa. Penulis menamatkan SD 15 Padang Sarai di Padang pada tahun 2001. SMP 15 Lubuk Buaya di Padang tahun 2004 dan SMA 2 Padang pada tahun 2007. Penulis melanjutkan pendidikan dan meraih gelar Sarjana Farmasi pada Universitas Andalas tahun 2011 dan memperoleh gelar Apoteker pada 2012.



PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Dengan ini saya menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa tesis yang saya tulis dengan judul “Tingkat Kepatuhan Terhadap Terapi dan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Mengalami Depresi dibandingkan dengan Non-Depresi.” adalah hasil kerja/karya saya sendiri dan bukan merupakan jiplakan dari hasil kerja/karya orang lain, kecuali kutipan yang sumbernya dicantumkan.

Jika dikemudian hari pernyataan ini tidak benar, maka status kelulusan dan gelar yang saya peroleh menjadi batal dengan sendirinya.

Padang, Juni 2013

Yang membuat pernyataan,

(Havizur Rahman, S.Farm., Apt.)

KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirrahim.

Alhamdulillah, segala puji dan syukur sebesar-basarnya penulis aturkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, hidayah dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan dan penyusunan tesis ini dengan judul **Tingkat Kepatuhan Terhadap Terapi dan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Mengalami Depresi dibandingkan dengan Non-Depresi**, yang merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Farmasi pada Program Pendidikan Pascasarjana Universitas Andalas.

Pertama sekali penulis mengucapkan terima kasih yang sangat dalam yang tidak dapat diungkapkan dengan kata-kata kepada orang tua dan keluarga tercinta penulis atas segala dukungan moril dan materil yang tak terhingga. Selanjutnya penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada Bapak Prof. Dr. H. Helmi Arifin, MS, Apt sebagai ketua komisi pembimbing serta kepada dr. Hj. Arina Widya Murni, Sp.PD, K.Psi-FINASIM sebagai anggota komisi pembimbing yang telah memberikan bimbingan, pengarahan, dukungan, serta saran dalam penulisan tesis ini.

Rasa hormat dan terima kasih yang tulus juga penulis sampaikan kepada :

1. Bapak Direktur Program Pascasarjana, Ketua Program Studi Farmasi, Dekan Fakultas Farmasi serta Bapak dan Ibu dosen Fakultas Farmasi Universitas Andalas Padang yang telah memberikan kesempatan dan ilmu pengetahuan serta

pengalaman yang sangat berharga selama penulis mengikuti program pendidikan Magister Farmasi Komunitas dan Klinik.

2. Direktur Rumah Sakit Umum Pusat Dr. M. Djamil Padang serta para staf di Poliklinik Khusus Bagian Ilmu Penyakit Dalam yang telah memberikan izin dan bantuan penyediaan fasilitas kepada penulis dalam melakukan penelitian.
3. Teman-teman S2 farmasi klinis yang selalu memberikan semangat.
4. Orang-orang yang tidak disebutkan namanya.

Semoga Allah SWT memberikan pahala dan balasan yang terbaik buat kebaikannya. Aamiin ya Rabbal'alamin.

Penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu, dengan hati terbuka penulis akan menerima segala saran dan kritikan yang membangun yang diperlukan untuk kesempurnaan tesis ini. Mudah-mudahan hasil penelitian ini dapat bermanfaat bagi masyarakat dan bagi perkembangan ilmu pengetahuan. Semoga Allah SWT senantiasa melimpahkan rahmat dan karunia-Nya kepada kita semua. Aamiin.

Padang, Juni 2013



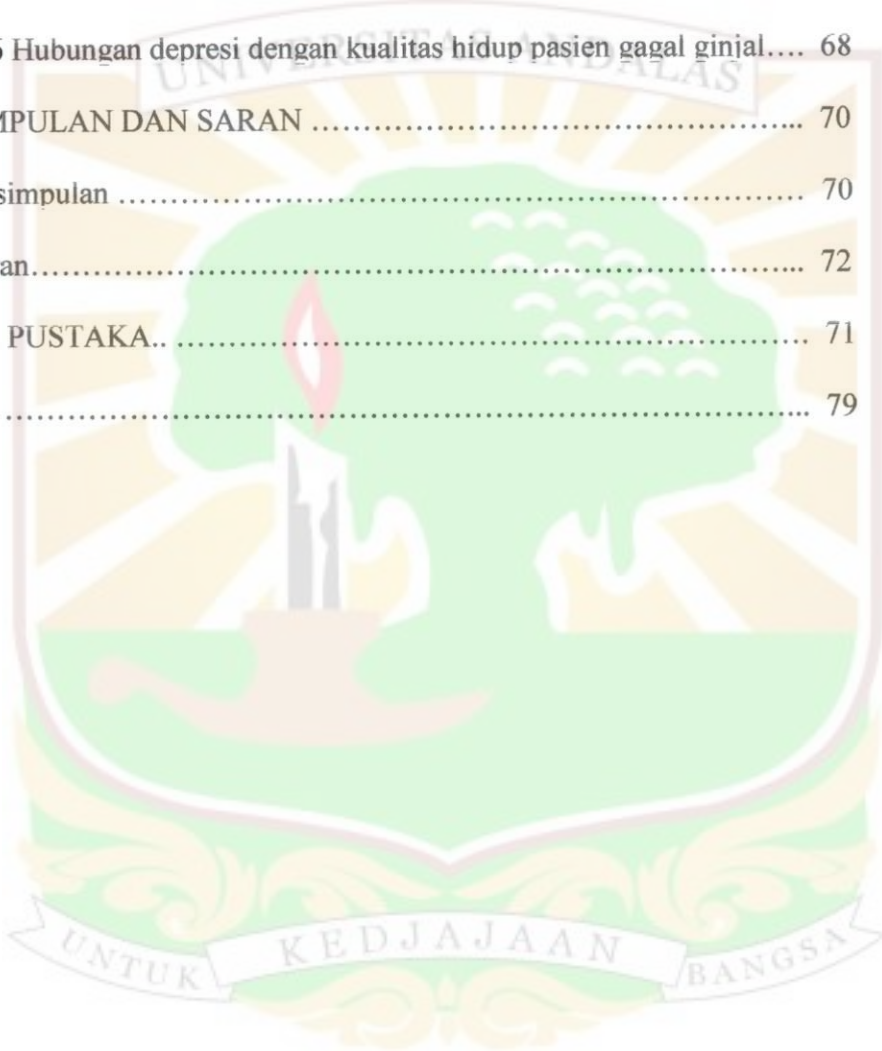
Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
KATA PENGANTAR.....	ii
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL.....	xv
DAFTAR GAMBAR.....	xvi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvii
I. PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Perumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
1.4 Hipotesa	5
1.5 Manfaat Penelitian.....	5
II. TINJAUAN PUSTAKA.....	6
2.1 Depresi pada Gagal Ginjal Kronik.....	6
2.2 Kepatuhan pada Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Mengalami Depresi.....	21
2.3 Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal yang Mengalami Depresi	30
III. METODOLOGI PENELITIAN.....	34
3.1 Tempat dan Waktu Penelitian.....	34
3.2 Defenisi Operasional	34
3.3 Metode Penelitian	35

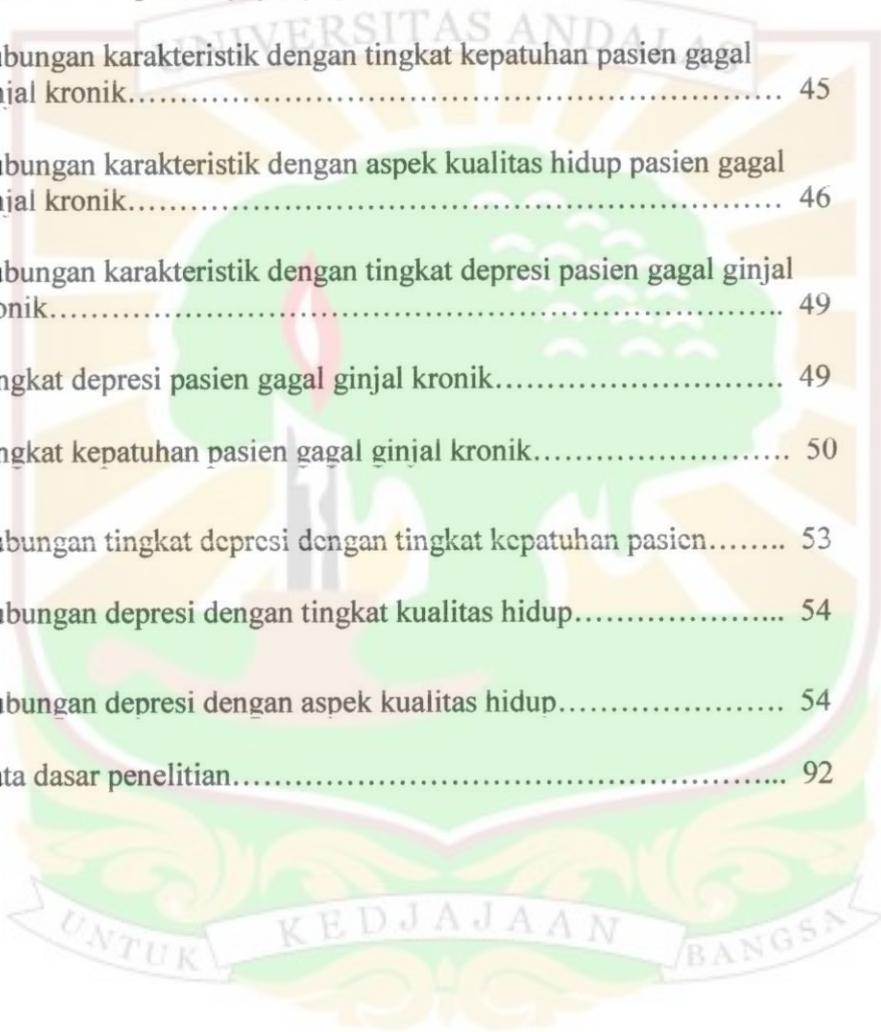
3.3.1 Jenis penelitian.....	35
3.3.2 Populasi dan sampel.....	35
3.3.3 Sumber data.....	39
3.3.4 Pengambilan data.....	40
3.4 Analisa Data.....	40
IV. HASIL DAN PEMBAHASAN	42
4.1 Hasil	42
4.1.1 Karakteristik pasien gagal ginjal kronik	42
4.1.2 Hubungan karakteristik pasien dengan tingkat kepatuhan, kualitas hidup dan depresi pasien gagal ginjal kronik.....	45
4.1.3 Gambaran depresi berdasarkan kondisi psikologi pasien gagal ginjal kronik.....	49
4.1.4 Tingkat kepatuhan pasien gagal ginjal kronik.....	50
4.1.5 Kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik	50
4.1.6 Hubungan depresi dengan tingkat kepatuhan pasien.....	52
4.1.7 Hubungan depresi dengan kualitas hidup	53
4.2 Pembahasan	56
4.2.1 Hubungan karakteristik pasien dengan tingkat kepatuhan, kualitas hidup dan depresi pasien gagal ginjal kronik.....	56
4.2.1.1 Hubungan karakteristik pasien dengan tingkat kepatuhan.....	56
4.2.1.2 Hubungan karakteristik pasien dengan kualitas hidup.....	57
4.2.1.3 Hubungan karakteristik pasien dengan tingkat depresi.....	61

4.2.2 Gambaran derajat depresi pada pasien gagal ginjal kronik.....	63
4.2.3 Gambaran tingkat kepatuhan pasien gagal ginjal kronik	64
4.2.4 Gambaran kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik	65
4.2.5 Hubungan depresi dengan tingkat kepatuhan pasien gagal	67
4.2.6 Hubungan depresi dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal....	68
V. KESIMPULAN DAN SARAN	70
5.1 Kesimpulan	70
5.2 Saran.....	72
DAFTAR PUSTAKA.. ..	71
Lampiran	79



DAFTAR TABEL

Nomor	Halaman
1. Metoda untuk menilai kepatuhan.....	27
2. Karakteristik pasien gagal ginjal kronik.....	42
3. Hubungan karakteristik dengan tingkat kepatuhan pasien gagal ginjal kronik.....	45
4. Hubungan karakteristik dengan aspek kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik.....	46
5. Hubungan karakteristik dengan tingkat depresi pasien gagal ginjal kronik.....	49
6. Tingkat depresi pasien gagal ginjal kronik.....	49
7. Tingkat kepatuhan pasien gagal ginjal kronik.....	50
8. Hubungan tingkat depresi dengan tingkat kepatuhan pasien.....	53
9. Hubungan depresi dengan tingkat kualitas hidup.....	54
10. Hubungan depresi dengan aspek kualitas hidup.....	54
11. Data dasar penelitian.....	92



DAFTAR GRAFIK

Nomor	Halaman
1. Kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik komponen fisik.....	51
2. Kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik komponen fisik.....	51
3. Hubungan depresi dengan aspek kualitas hidup	55



DAFTAR LAMPIRAN

Nomor	Halaman
1. Lembar persetujuan (<i>Inform Concern</i>).....	79
2. Kuisisioner Penilaian Psikis Pasien (BDI).....	80
3. Daftar pertanyaan tentang tingkat kepatuhan minum obat <i>skala morisky</i>	83
4. Surat permintaan konsultasi ke bagian poliklinik psikosomatik.....	84
5. Kuisisioner kualitas hidup.....	85



I. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Depresi adalah gangguan psikiatri yang menonjolkan mood sebagai masalahnya, dengan berbagai gambaran klinis yakni gangguan episode depresif, gangguan sistemik, gangguan depresif mayor dan gangguan depresif unipolar serta bipolar (Anonim, 2007). Depresi merupakan penyakit yang sering muncul terutama pada pasien penyakit kronis, salah satunya gagal ginjal kronik (Passik, 2000).

Gagal ginjal kronis adalah suatu sindrom klinis yang disebabkan penurunan fungsi ginjal yang bersifat menahun, berlangsung progresif dan cukup lanjut. Gagal ginjal kronis terjadi ketika ginjal tidak mampu mengangkut sampah metabolik tubuh atau melakukan fungsi regulernya untuk mengekskresi sisa metabolisme dari dalam tubuh sehingga terjadi gangguan fungsi endokrin dan metabolisme, gangguan keseimbangan cairan, elektrolit, serta asam basa (Sweetman, 2009).

Di Indonesia, sebuah penelitian dari Universitas Indonesia menemukan bahwa prevalensi depresi pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis mencapai 31,1% (Wijaya, 2005). Pada salah satu penelitian lain ditemukan 20-40% populasi yang sedang menjalani terapi dialysis mengalami depresi dan nilai tersebut dapat lebih tinggi pada pasien predialisis (Zalai, 2008).

Etiologi depresi pada pasien gagal ginjal sangat kompleks. Penurunan fungsi ginjal diikuti dengan kerusakan nefron. Selanjutnya terjadi peningkatan tekanan dan aliran darah ke kapiler glomerulus sebagai usaha kompensasi fungsi ginjal yang hilang sehingga terjadi hipertrofi atau perubahan struktur dan fungsi nefron. Proses ini diperantarai oleh molekul vasoaktif salah satunya sitokin. Stimulasi dari sitokin akan mempengaruhi jumlah serotonin, yang merupakan prekursor terjadinya depresi. Peningkatan aktifitas renin-angiotensin aldosterone intrarenal ikut memberikan kontribusi terjadinya hiperfiltrasi, sclerosis dan progresifitas penurunan fungsi ginjal (Suhardjono, 1987).

Definisi kualitas hidup menurut WHO (2003) adalah persepsi individu mengenai posisi mereka dalam kehidupan dilihat dari konteks budaya dan sistem nilai dimana mereka tinggal serta hubungannya dengan tujuan, harapan, standar, dan hal-hal yang menjadi perhatian individu. Kualitas hidup merupakan sesuatu yang berhubungan dengan kesehatan yang bisa diartikan sebagai respon dari emosi penderita terhadap aktivitas sosial, emosi, pekerjaan dan hubungan antar keluarga, rasa bahagia atau senang, sesuai dengan harapan maupun kenyataan yang ada, adanya kepuasan dalam melakukan fungsi fisik sosial dan emosional, juga suatu kemampuan bersosialisasi dengan orang lain.

Depresi diketahui merupakan salah satu penyebab terjadinya penurunan kualitas hidup pasien (Fernandez, 2010 & Martin, 2010). Prevalensi yang tinggi dari depresi berkaitan dengan kualitas hidup yang rendah (Cengic, 2010). Semakin tinggi tingkat depresi maka kualitas hidup semakin menurun secara signifikan (Bedema, 2010). Penurunan kualitas hidup terlihat pada pasien yang

menjalani hemodialisis dalam waktu yang lama. Kelompok pasien ini mengeluhkan banyak permasalahan yang terkait dengan kesempatan beraktivitas dan beban biaya yang dikeluarkan. Ketergantungan pada mesin dialisis seumur hidup serta penyesuaian diri terhadap kondisi sakit mengakibatkan terjadinya perubahan dalam kehidupan pasien yang akhirnya menyebabkan depresi (Hedayati, 2005).

Ketidakpatuhan terapi (*non-compliance*) pada seseorang dapat mengakibatkan beberapa hal seperti kesalahan dalam penilaian efektivitas obat, uji diagnostic tambahan, perubahan atau penggantian obat, dan perawatan di rumah sakit yang sebenarnya tidak diperlukan (Simpson, 2006). Ketidakpatuhan berobat akan mengakibatkan risiko yang tidak diinginkan seperti kunjungan ke dokter berulang kali, perubahan dan penambahan resep, perburukan klinis, serta masa perawatan menjadi lebih panjang (Winnick, 2005). Penurunan kepatuhan dalam pengobatan sering terjadi pada pasien gagal ginjal kronik. Kepatuhan pasien menurun seiring dengan bertambahnya jumlah obat yang digunakan (Vermeire, 2001). Lebih dari 50% pasien tidak minum obat sesuai dengan yang dianjurkan, dan 30% pasien masuk rumah sakit lagi karena ketidakpatuhan (Wiffen, Mitchell, Snelling, Stoner, 2007). Sejumlah penelitian telah mencoba untuk mengidentifikasi penyebab dari ketidakpatuhan dan banyak faktor yang telah teridentifikasi salah satu diantaranya yaitu depresi (Wiffen, 2007). Pasien dialysis yang mengalami depresi memiliki tingkat kepatuhan pengobatan yang lebih rendah (Kimmel, 2002 & Hedayati, 2006)

Berdasarkan uraian diatas maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul **“Tingkat Kepatuhan Terhadap Terapi dan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Mengalami Depresi Dibandingkan dengan Non-Depresi”**.

1.2 Perumusan Masalah

Apakah depresi mempengaruhi tingkat kepatuhan dan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

1. Mengetahui hubungan depresi terhadap tingkat kepatuhan dan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik di Bangsal Penyakit Dalam RSUP DR. M. Djamil Padang.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Hubungan karakteristik pasien dengan tingkat kepatuhan, kualitas hidup dan depresi pasien gagal ginjal kronik.
2. Mengetahui gambaran derajat depresi pasien gagal ginjal kronik di Bangsal Penyakit Dalam RSUP DR. M. Djamil Padang.
3. Mengetahui gambaran tingkat kepatuhan pasien gagal ginjal kronik di Bangsal Penyakit Dalam RSUP DR. M. Djamil Padang.
4. Mengetahui gambaran kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik di Bangsal Penyakit Dalam RSUP DR. M. Djamil Padang.

5. Mengetahui hubungan depresi dengan tingkat kepatuhan pasien gagal ginjal kronik di Bangsal Penyakit Dalam RSUP DR. M. Djamil Padang.
6. Mengetahui hubungan depresi dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik di Bangsal Penyakit Dalam RSUP DR. M. Djamil Padang.

1.4 Hipotesis Penelitian

Pasien gagal ginjal kronik yang mengalami depresi memiliki tingkat kepatuhan dan kualitas hidup yang lebih rendah dari pada yang non-depresi.

1.5 Manfaat Penelitian

1. Memberikan informasi kepada pihak RSUP DR. M. Djamil Padang, khususnya di Bangsal Penyakit Dalam tentang tingkat kepatuhan dan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronis yang mengalami depresi sehingga dapat dijadikan acuan dalam peningkatan mutu pelayanan.
2. Memberikan kontribusi dalam pengayaan materi ilmu kefarmasian khususnya *pharmaceutical care*.
3. Bagi peneliti lain, hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan rujukan dan bahan pembandingan serta sebagai dasar penelitian selanjutnya.
4. Bagi peneliti, penelitian ini dapat menambah pengetahuan, pengalaman lapangan dan pengalaman belajar di luar kampus.

II. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Depresi pada Gagal Ginjal Kronik

Gangguan depresif adalah gangguan psikiatri yang menonjolkan mood sebagai masalahnya, dengan berbagai gambaran klinis yakni gangguan episode depresif, gangguan sistemik, gangguan depresif mayor dan gangguan depresif unipolar serta bipolar (Anonim, 2007).

Faktor penyebab dapat dibagi menjadi faktor biologis, faktor genetik dan faktor psikososial. Ketiganya saling berinteraksi satu sama lain. Sebagai contoh faktor psikososial dan faktor genetik dapat mempengaruhi faktor biologis. Faktor biologis dan psikososial juga dapat mempengaruhi ekspresi gen dan faktor biologis dan genetik dapat mempengaruhi respon seseorang terhadap stressor psikososial (Kaplan, 1997).

1. Faktor Biologis

Dua hipotesis yang menonjol mengenai mekanisme gangguan alam perasaan terfokus pada: terganggunya regulator sistem monoamin-neurotransmitter, termasuk norepinefrin dan serotonin (*5-hidroxytryptamine*). Hipotesis lain menyatakan bahwa depresi yang terjadi erat hubungannya dengan perubahan keseimbangan adrenergik-asetilkolin yang ditandai dengan meningkatnya kolnergik, sementara dopamin secara fungsional menurun (Reus, 1995).

2. Faktor Genetik

Meskipun penyebab depresi secara pasti tidak dapat ditentukan, faktor genetik mempunyai peran terbesar (Thomson, 1996) Gangguan alam perasaan cenderung terdapat dalam suatu keluarga tertentu. Bila suatu keluarga salah satu orangtuanya menderita depresi, maka anaknya berisiko dua kali lipat dan apabila kedua orangtuanya menderita depresi maka risiko untuk mendapat gangguan alam perasaan sebelum usia 18 tahun menjadi empat kali lipat (Kaplan, 1997)

Pada kembar monozigot, 76% akan mengalami gangguan afektif sedangkan bila kembar dizigot hanya 19%. Pricer (1968) dan Bertelsen et al (1977) melaporkan hasil yang hampir sama. Bagaimana proses gen diwariskan, belum diketahui secara pasti. Bahwa kembar monozigot tidak 100% menunjukkan gangguan afektif, kemungkinan ada faktor non-genetik yang turut berperan (Eller, 1990).

3. Faktor Psikososial

Dilaporkan bahwa orangtua dengan gangguan afektif cenderung akan selalu menganiaya atau menelantarkan anaknya dan tidak mengetahui bahwa anaknya menderita depresi sehingga tidak berusaha untuk mengobatinya. Hasil penelitian menunjukkan bahwa status perkawinan orang tua, jumlah sanak saudara, status sosial keluarga, perpisahan orangtua, perceraian, fungsi perkawinan, atau struktur keluarga banyak berperan dalam terjadinya gangguan depresi pada anak (Kaplan, 1997). Ibu yang menderita depresi lebih besar pengaruhnya terhadap kemungkinan gangguan psikopatologi anak dibandingkan

ayah yang mengalami depresi. Levitan et al (1998) dan Weiss et al (1999) (Weiss, 1999) melaporkan adanya hubungan yang signifikan antara riwayat penganiayaan fisik atau seksual dengan depresi, tetapi mekanismenya belum diketahui secara pasti. Diyakini bahwa faktor non-genetik seperti fisik maupun lingkungan merupakan pencetus kemungkinan terjadinya depresi pada anak dengan riwayat genetik (Sarason, 1995).

Gagal ginjal kronis adalah suatu sindrom klinis yang disebabkan penurunan fungsi ginjal yang bersifat menahun, berlangsung progresif dan cukup lanjut. Gagal ginjal kronis terjadi ketika ginjal tidak mampu mengangkut sampah metabolik tubuh atau melakukan fungsi regulernya untuk mengekskresi sisa metabolisme dari dalam tubuh sehingga terjadi gangguan fungsi endokrin dan metabolisme, gangguan keseimbangan cairan, elektrolit, serta asam basa.

Ginjal bertanggung jawab mempertahankan homeostatis, cairan volume tubuh, elektrolit dan asam basa, dan mengekskresikan produk sampah metabolit seperti urea dan kreatinin. Ginjal juga bertanggung jawab terhadap proses sekresi dan produksi beberapa enzim dan hormon, seperti regulasi tekanan darah (renin), stimulasi sel darah merah (eritropoetin), tulang dan metabolisme mineral (*1,25-dihydroxycholecalciferol* – bentuk aktif vitamin D). Berat ginjal sehat masing-masingnya sekitar 150 gram dan menerima sekitar 25% dari output jantung (Scanlon, 2007).

Gagal ginjal kronik bersifat irreversible dan progresif, sehingga untuk mengkompensasi fungsi ginjal hingga hilang maka pasien membutuhkan terapi penggantian ginjal (dialisis atau transplantasi ginjal). Penurunan fungsi ginjal

bersifat konstan pada tiap pasien, biasanya dimonitor konsentrasi kreatinin serum untuk menghitung Glomerulus Filtration Rate (GFR). Jika fungsi ginjal menurun ($GFR < 5$ ml/menit) kondisi ini adalah ESRD atau uremia. Banyak penyebab timbulnya ESRD pada umumnya disebabkan oleh diabetes, glomerulonephritis dan hipertensi.

Pada tahun 2005 di Amerika Serikat, dilaporkan lebih dari 106.000 kasus baru ESRD dan prevalensi pada akhir tahun 484.693 dimana 341.000 pasien dialysis dan 143.693 pasien telah menerima transplatasi. Resiko tertinggi terjadi pada pasien berkulit hitam (empat kali beresiko) dibandingkan kulit putih. Insiden sangat tinggi terjadi pada pasien berumur diatas 65 tahun. Diperkirakan pada tahun 2020 pasien ESRD mencapai 780.000 kasus (Dipiro, 2008).

Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya penyakit gagal ginjal kronik yaitu umur, pendidikan, ras, keturunan. Ternyata faktor-faktor diatas tidak nyata secara langsung menyebabkan kerusakan ginjal. Penting diperhatikan adalah inflamasi sistemis dan dyslipidemia. Meskipun faktor diatas tidak nyata secara langsung tetapi dapat digunakan sebagai identifikasi resiko tinggi penyakit ginjal (Fauchi, 2008)

Faktor resiko merupakan kondisi yang rentan menimbulkan perburukan fungsi ginjal. Diabetes mellitus, hipertensi, penyakit autoimun, penyakit ginjal polycystic, infeksi sistemis, infeksi saluran urin, batu ginjal, obstruksi saluran urin, dan toksisitas obat, semuanya merupakan faktor resiko kerusakan ginjal. Diantara penyakit diatas diabetes, hipertensi dan glomerulonephritis merupakan penyakit umum penyebab terjadinya progresi gagal ginjal.

1. Diabetes Mellitus

Pasien diabetes tipe I memiliki resiko kecendrungan 40% berkembangnya penyakit ginjal kronik sedangkan diabetes tipe 2 beresiko 50% . Prevalensi tipe II terhadap tipe I yakninya 10:1, pada beberapa negara mayoritas penyakit ginjal kronik terjadi pada diabetes tipe II. Meskipun tidak semua pasien diabetes nefropati berkembang menjadi gagal ginjal tetapi hal ini perlu menjadi pertimbangan. Pada salah satu penelitian prospektif dilaporkan 3% dari pasien diabetes mellitus berkembang menjadi gagal ginjal. Pasien diabetes mellitus memiliki resiko 12 kali lebih besar bekembangnya gagal ginjal dari pada tanpa diabetes.

2. Hipertensi

Hipertensi meningkatkan resiko terjadinya penyakit ginjal kronik meskipun perannya masih diperdebatkan, karena ginjal berperan dalam meningkatkan tekanan darah. Hipertensi pada umumnya berkembang bersamaan dengan progresi penyakit ginjal. Seperti, hipertensi terjadi pada 40% pasien dengan nilai GFR 90 ml/menit/1,73m²; 55% pada pasien dengan GFR 60 ml/menit/1,73m² dan 75% pada pasien dengan GFR 30 ml/menit/1,73m². Peningkatan kreatinin serum lebih dari 1,6 mg/dL pada pria dan lebih besar 1,4 mg/dL pada wanita, telah terjadi pada 9,1% pasien hipertensi dan 1,1% pasien tanpa hipertensi. Sebaliknya, pada penelitian lain melaporkan peningkatan tekanan darah beresiko berkembangnya penyakit ginjal kronik pada pasien yang awalnya tanpa penyakit ginjal.

3. Glomerulonefritis

Glomerulonefritis dipertimbangkan sebagai faktor resiko penyakit ginjal kronik. Beberapa kondisi, seperti penyakit *goodpastures* atau *wegeners granulomatosus*, merupakan faktor resiko berkembangnya gagal ginjal. Kondisi seperti immunoglobulin nefropati, lupus nefritis juga perlu dipertimbangkan sebagai penyebab terjadinya penyakit ginjal kronik. Progresi penyakit glomerular kronik menurunkan GFR 1.4-9.5 mL/menit/tahun (Dipiro, 2008).

Faktor Progresi

Faktor resiko progresi berkaitan dengan kerusakan ginjal. Pada umumnya terjadi peningkatan kecepatan penurunan fungsi ginjal pada pasien yang sebelumnya telah menjalani kerusakan ginjal. Progresi ginjal disebabkan beberapa faktor seperti diabetes mellitus, hipertensi, glomerulonefritis, penyakit ginjal polikistik, proteinuria, peningkatan tekanan darah dan merokok.

1. Proteinuria

Sangat penting diperhatikan terjadinya proteinuria pada pasien progresi penyakit ginjal dengan diabetes atau nondiabetes. Penyakit ginjal dengan diabetes (tipe I dan II) eksresi albumin besar dari 30 mg/24 jam (mikroalbuminuria) sangat beresiko timbul dan berkembangnya nefropati serta kehilangan fungsi ginjal.

2. Hipertensi

Pengobatan hipertensi secara dini dapat memperlambat kecepatan progresi penyakit ginjal kronik. Terdapat hubungan linear yang terbalik antara tekanan darah dan GFR. Contoh, tekanan darah sistolik 180 mmHg terjadi penurunan GFR

14 mL/tahun, dan pasien dengan tekanan darah sistolik 135 mmHg hanya terjadi penurunan GFR 2 mL/tahun.

3. Diabetes mellitus

Hiperglikemia merupakan pencetus awal dan faktor progresi penyakit ginjal kronik. Dua studi prospektif menemukan gula darah yang tidak terkontrol menimbulkan komplikasi mikrovaskular. Efikasi dari obat terutama injeksi insulin harus diukur, terutama saat timbulnya retinopati merupakan penanda terjadinya penyakit mikrovaskular (biasanya diabetik nefropati sering terjadi pada diabetes tipe I). Terjadi penurunan resiko primer retinopati sebesar 76% dan resiko sekunder 54% bila dilakukan kontrol yang intensif. Terapi intensif dapat mengurangi resiko mikroalbuminuria (eksresi albumin urin ≥ 30 mg/hari) hingga 39% dan 54% pada makroalbuminuria (eksresi albumin urin ≥ 300 mg/hari) dibandingkan terapi konvensional.

4. Hyperlipidemia

Dyslipidemia diprediksi dapat menimbulkan penyakit ginjal kronik pada pasien yang memiliki resiko rendah. Penyakit ginjal kronik dengan atau tanpa sindrom nefropatik dapat terjadi akibat abnormal metabolisme lipoprotein. Hyperlipidemia mempercepat penurunan fungsi ginjal beresiko timbulnya sindrom nefropatik. Pada 85-90% pasien dengan penurunan fungsi ginjal dan proteinuria besar dari 3 g/hari cenderung meningkatkan LDL kolesterol. Sekitar 50% pasien tersebut memiliki nilai LDL rendah (35 mg/dL), HDL tinggi dan 60% trigliserida besar dari 200 mg/dL (Wells, 2006).

Gagal ginjal kronik diartikan sebagai kerusakan ginjal atau terjadi penurunan fungsi ginjal yang berlangsung minimal 3 bulan. Kerusakan ginjal dapat diidentifikasi dengan biopsi, imaging ginjal (melihat struktur yang abnormal) atau melalui penanda kerusakan ginjal pada darah, urin, seperti konsentrasi urea, kreatinin dan protein. Proteinuria adalah ditemukannya protein seperti albumin pada urin yang merupakan penanda kerusakan ginjal (Fauci, 2008).

Pengukuran fungsi ginjal yang terbaik adalah kecepatan filtrasi glomerulus. GFR didefinisikan sebagai volume cairan yang difiltrasi dari glomerulus di dalam kapsul bowman tiap unitnya per waktu ($\text{mL}/\text{min}/1.73\text{m}^2$). GFR ditentukan oleh beberapa faktor seperti umur, jenis kelamin dan ukuran tubuh. GFR nilai dewasa normal adalah $120\text{-}130 \text{ mL}/\text{min}/1.73\text{m}^2$ dan dapat memiliki nilai yang lebih rendah sesuai umur. Standar utama mengukur GFR adalah kliren inulin. Inulin adalah molekul kecil yang mudah disaring melalui glomerulus tanpa direabsorpsi pada tubul ginjal. Meskipun begitu, inulin jarang digunakan karena membutuhkan waktu yang lama dan juga permasalahan biaya. Metode alternatif lain yang dapat digunakan adalah eksresi urin senyawa radioaktif seperti ^{125}I -iothalamate dan $^{99\text{m}}\text{Tc}$ -DTPA dan kliren plasma senyawa eksogen (Cr-EDTA) yang juga dapat diandalkan dalam mengukur GFR. Metode ini butuh biaya besar dan lebih cocok digunakan untuk lingkungan penelitian dari pada praktek klinik.

Kreatinin kliren adalah metode lain mengukur fungsi ginjal yang lebih cocok digunakan dalam praktek klinik. Butuh pengumpulan urin 24 jam dan menghitung konsentrasi kreatinin darah.

Rumus kreatinin kliren :

$$\text{Creatinine Clearance (mL/min)} = U \times V/P,$$

Dimana U = konsentrasi kreatinin di urin, V = kecepatan aliran urin (mL/menit),

P = konsentrasi kreatinin di plasma.

Kreatinin adalah molekul kecil yang dihasilkan dari pemecahan kreatin fosfat di otot. Kreatinin memiliki ukuran yang kecil sehingga dapat lolos melewati glomerulus dan reabsorpsi di tubul ginjal. Kreatinin serum dipengaruhi oleh banyak faktor seperti besar otot dan asupan protein. Peningkatan serum kreatinin sendiri tidak cukup menentukan fungsi ginjal. Perbedaan teknik dalam menghitung kreatinin dan tidak cukupnya pengumpulan urin 24 jam adalah masalah dalam menghitung kreatinin kliren. Sehingga GFR paling sering digunakan pada praktek klinik. Persamaan Cockcroft-Gault dan MDRD dapat dilihat di bawah ini:

Persamaan Cockcroft-Gault:

Creatinine Clearance (mL/min) =

$$([140 - \text{Age} \times \text{Weight}] / [72 \times \text{Serum Creatinine}]) \times 0.85 \text{ jika perempuan.}$$

(Dipiro, 2008).

Kerusakan ginjal dipengaruhi oleh banyak sebab, seperti diabetik nefropati. Mayoritas perkembangan nefropati melalui kerusakan parenkim ginjal secara irreversible.

Pengurangan massa ginjal mengakibatkan hipertrofi struktural dan fungsional nefron yang masih tersisa sebagai upaya kompensasi, yang diperantarai oleh molekul vasoaktif seperti sitokin dan growth faktor. Hal ini mengakibatkan terjadinya hipertiltrasi, yang diikuti oleh peningkatan tekanan kapiler dan aliran

darah glomerulus. Proses adaptasi ini berlangsung singkat, akhirnya diikuti dengan penurunan fungsi nefron yang progresif, walaupun penyakit dasarnya sudah tidak aktif lagi. Adanya peningkatan aktivitas aksis renin-angiotensin-aldosteron intrarenal, ikut memberikan kontribusi terhadap terjadinya hiperfiltrasi, sklerosis dan progresifitas tersebut. Aktivasi jangka panjang aksis renin-angiotensin-aldosteron, sebagian diperantarai oleh growth factor seperti *transforming growth factor β (TGF- β)*. Beberapa hal juga yang dianggap berperan terhadap terjadinya progresifitas penyakit ginjal kronik adalah albuminuria, hipertensi, hiperglikemia, dislipidemia. Terdapat variabilitas interindividual untuk terjadinya sklerosis dan fibrosis glomerulus maupun tubulointerstitial (Fauchi, 2008).

Progresi gagal ginjal terjadi beberapa tahun, mekanisme kerusakan ginjal tergantung pada etiologi penyakit. Mekanisme progresi bertujuan untuk merancang strategi dalam melakukan intervensi. Klinisi harus mengerti patogenesis, gambaran klinik, dan strategi manajemen terjadinya komplikasi untuk memperbaiki kualitas hidup dan outcome yang lebih baik (Dipiro, 2008).

Tujuan terapi pada pasien gagal ginjal adalah untuk mengoptimalkan durasi dan kualitas hidup pasien sehingga membutuhkan dialisis sebagai penyokong hidup.

Untuk memperlambat terjadinya komplikasi ESRD perlu perhatian terhadap pengobatan dengan mengurangi permasalahan-permasalahan tentang obat dan paparan agen nefrotoksik. Dosis obat harus disesuaikan dengan fungsi ginjal untuk obat-obat yang dieliminasi di ginjal, sejarah pengobatan baik yang diresepkan atau tidak, obat herbal dan suplemen nutrisi harus selalu dimonitor.

Penggunaan obat nonsteroid antiinflamasi dan inhibitor siklooksigenase-2 dicegah jika memungkinkan. Semua jenis obat bermerek dan generik sebaiknya dikelompokkan.

Edukasi penting diberikan kepada pasien untuk meningkatkan pengetahuan tentang pengobatan, terutama kepatuhan pasien dalam meminum obat. Farmasis harus terlibat dalam mengidentifikasi terjadinya *drug related problem* (dosis dan indikasi yang cocok, efek samping obat) yang sering terjadi pada pasien ESRD dan ini berkontribusi mengurangi terjadinya masalah.

Sebelum terjadinya gagal ginjal penting mengevaluasi secara dini terjadinya komplikasi. Komplikasi yang terjadi seperti anemia, penyakit tulang, penyakit kardiovaskular, dyslipidemia dan hipertensi. Manajemen komplikasi harus secara multidisiplin farmakologi dan nonfarmakologi, edukasi diet dan sosial. Dokter, nefrologis, perawat, dietitian harus bekerja sama dalam hal ini (Casper, 2005).

1. Dialisis

Pasien dengan *end-stage renal disease* (ESRD) beresiko meningkatkan konsentrasi obat dalam plasma yang akan menimbulkan akumulasi. Metode yang dapat dilakukan untuk mencegah hal tersebut diantaranya hemoperfusi, hemofiltrasi dan dialisis. Dialisis merupakan objek yang digunakan untuk mengeluarkan obat dan metabolit dari dalam tubuh tanpa mengganggu kesetimbangan cairan dan elektrolit. Pasien yang menerima dialisis perlu dilakukan penyesuaian dosis untuk mencegah kehilangan obat dalam tubuh.

Dialysis merupakan proses dimana akumulasi dan sampah metabolit di keluarkan secara difusi dari dalam tubuh. Dua proses yang umum dilakukan yaitu *peritoneal dialysis* dan *hemodialysis*. *Peritoneal dialysis* menggunakan membran peritoneal dalam abdomen sebagai filter. Peritoneum terdiri dari komponen viseral dan parietal. Membran peritonium menyediakan area permukaan yang sangat luas untuk difusi. Operasi peritoneal lebih sederhana dari hemodialisis dan tidak membutuhkan *vascular surgery* dan *heparinization*. Tetapi kecepatan kliren obat secara peritoneal lebih lambat dari hemodialisis sehingga membutuhkan waktu dialisis lebih lama.

Hemodialysis menggunakan mesin dialisis melalui membran semipermeable buatan. Hemodialisis membutuhkan akses agar darah melewati mesin dialisis dan kembali ke dalam tubuh. Heparin biasa digunakan untuk mencegah penggumpalan selama dialisis.

Dialisis dilakukan 3 kali seminggu dan membutuhkan waktu sekitar 2-4 jam tergantung pada komplikasi penyakit, berat badan, dan efisiensi proses dialisis. Dosis yang diberikan pada pasien hemodialisis ditentukan oleh frekuensi, tipe mesin dialisis, sifat fisikokimia dan farmakokinetik obat. Faktor tersebut harus dipertimbangkan sebelum penentuan dosis.

Faktor yang mempengaruhi *dialyzability* obat yaitu kelarutan obat dalam air, ikatan protein, berat molekul dan volume distribusi obat. Mesin dialisis mempengaruhi kecepatan aliran darah, dialisat, membran dialisis, tekanan membran, durasi dan frekuensi dialisis.

Hemoperfusion merupakan proses pengeluaran obat dalam darah melewati adsorben material. Hemoperfusi digunakan untuk prosedur cepat seperti overdosis atau keracunan.

Hemofiltration merupakan alternatif dari hemodialisis dan hemoperfusi. Hemofiltrasi adalah proses dimana cairan, elektrolit, dan molekul besar dipindahkan dengan tekanan rendah melewati flat-plate membran. Cairan disaring keluar dari plasma selama hemofiltrasi. Hemofiltrasi digunakan pada kreatinin kliren 10 mL/menit dan dibatasi pada obat dengan distribusi besar dalam tubuh, seperti aminoglikosida, sefalosporin dan asiklovir (Anonymous, 2009).

2. Transplantasi Ginjal

Transplantasi organ sebaiknya dipersiapkan sebelum dibutuhkan. Pasien transplantasi ginjal merupakan pilihan yang terbaik, dan dialisis biasanya masih dibutuhkan menunggu donor ginjal. Tiap negara berbeda teknik dialisis yang digunakan pada pasien ESRD. Secara keseluruhan kelangsungan hidup kedua teknik ini sama.

Berbeda dengan transplantasi ginjal, pasien dialisis masih membutuhkan terapi dengan hormon yang biasa diproduksi oleh ginjal, seperti eritropoetin dan vitamin D sehingga transplantasi ginjal merupakan terapi terbaik pada pasien ESRD. Untuk memperoleh hasil yang terbaik pemberian immunosuppresan tidak cukup satu regimen. Terapi yang diberikan lebih bersifat individu, artinya bisa berbeda tiap individu tergantung kondisi masing-masing. Banyak faktor yang mempengaruhi pemberian immunoterapi seperti donor, umur dan ras.

Secara luas digunakan triple terapi yaitu kalsineurin inhibitor (siklosporin atau takrolimus), antiproliferatif (azatioprin atau mikopenolat) dan kortikosteroid (prednisolone). Triple terapi paling populer digunakan disebabkan dosis yang diberikan lebih rendah (Sweetman, 2009).

Depresi adalah gangguan mood, kondisi emosional berkepanjangan yang mewarnai seluruh proses mental (berpikir, perasaan dan berperilaku) seseorang. Pada umumnya mood yang secara dominan muncul adalah perasaan tidak berdaya dan kehilangan harapan. Depresi ditandai dengan perasaan sedih yang psikopatologis, kehilangan minat dan kegembiraan, berkurangnya energi yang menuju kepada meningkatnya keadaan mudah lelah yang sangat nyata sesudah bekerja sedikit saja, dan berkurangnya aktifitas. Depresi dapat merupakan suatu gejala, atau kumpulan gejala dan dapat pula suatu kesatuan penyakit psikologik.

Etiologi depresi pada pasien gagal ginjal sangat kompleks. Penurunan fungsi ginjal diikuti dengan kerusakan nefron. Selanjutnya terjadi peningkatan tekanan dan aliran darah ke kapiler glomerulus sebagai usaha kompensasi fungsi ginjal yang hilang sehingga terjadi hipertrofi atau perubahan struktur dan fungsi nefron. Proses ini diperantarai oleh molekul vasoaktif salah satunya sitokin. Stimulasi dari sitokin akan mempengaruhi jumlah serotonin, yang merupakan prekursor terjadinya depresi. Peningkatan aktifitas renin-angiotensin aldosterone intrarenal ikut memberikan kontribusi terjadinya hiperfiltrasi, sclerosis dan progresifitas penurunan fungsi ginjal (Suhardjono, 1987).

Depresi merupakan gangguan psikis yang sering terjadi pada pasien gagal ginjal yang menjalani hemodialisis, respon depresi tergantung dari peran dari

keluarga, tempat bekerja, fungsi ginjal, kemampuan fisik dan kognitif (Saif, 2007).

Banyak penelitian yang memaparkan tentang hubungan antara depresi pada pasien gagal ginjal. Pengukuran tingkat depresi menggunakan skala BDI-II ditemukan 20-40% populasi yang sedang menjalani terapi dialisis mengalami depresi dan nilai tersebut dapat lebih tinggi pada pasien predialisis (Zalai, 2008). Pada penelitian lain menggunakan skala yang sama dilaporkan 30-50% pasien dialysis mengalami depresi (Makara, 2011) dan ditemukan penderita depresi pada pasien yang menjalani hemodialisa 20-30% (Brian, 2010).

Terdapat hubungan depresi dengan beberapa karakteristik pasien yaitu jenis kelamin, pekerjaan, jaminan dan agama. Prevalensi depresi pada perempuan lebih tinggi disebabkan perempuan menanggapi penyakit terlalu negatif (Mucsi, 2008). Status pekerjaan ditemukan memiliki pengaruh yang signifikan pada depresi. Hal ini lebih rentan terjadi pada pasien yang merupakan tulang punggung keluarga. Pendalaman agama dapat mempengaruhi proses eliminasi anxietas, depresi dan frustrasi. Selain itu dengan ilmu agama dapat menimbulkan penerimaan keadaan dan mencegah hal buruk yang sama terjadi di masa depan (Saif, 2007). Prevalensi depresi lebih rendah pada pasien yang memiliki pekerjaan yang tetap, support sosial yang besar, spiritual/pendalaman agama yang tinggi dan pasien yang telah menjalani hemodialisis telah lama (Kimmel, 2005).

2.2 Kepatuhan pada Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Mengalami Depresi

Ada beberapa istilah yang digunakan untuk kepatuhan, yaitu *compliance*, *adherence* dan *concordance*. *Compliance* adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan apakah seseorang minum obat sesuai dengan yang telah dianjurkan atau tidak (Wiffen, 2007). *Compliance* adalah kata dengan konotasi negatif. Pasien yang dikatakan *compliance* akan menebus resep dokter dan meminum obat atau mengikuti anjuran, ini di anggap sebagai menerima hukuman. *Non-compliance* adalah kegagalan atau penolakan untuk mematuhi dan dapat menyiratkan ketidaktaatan.

Compliance bisa juga dilihat dari hasil pengobatan, antara lain jumlah dosis yang tidak diminum atau diminum dengan cara tidak benar akan mempengaruhi outcome atau hasil terapi yang diinginkan tidak tercapai. Ini adalah defenisi yang berorientasi kepada proses. Defenisi yang berorientasi kepada hasil memberikan makna yang berbeda, karena penekanan adalah pada hasil dari pengobatan. Sebagai contoh, 80% *compliance* terhadap pengobatan hipertensi ditunjukkan dari penurunan tekanan darah menjadi normal dimana 50% *compliance* tidak efektif dalam menurunkan tekanan darah. Pada kasus ini *compliance* didefenisikan hanya pada hasil, tidak pada proses yang digunakan (Vemeire, 2001).

Ada banyak kesempatan untuk terjadinya *noncompliance* mulai dari proses pencarian, penerimaan, mengikuti pengobatan dan nasehat. Berbagai bentuk *noncompliance* antara lain menunda untuk mengobati, tidak berpartisipasi pada program kesehatan, tidak menepati janji (Follow up), gagal mengikuti instruksi

dokter. Tipe-tipe kegagalan bisa dibedakan menjadi: menerima obat tetapi tidak menebusnya, meminum obat dengan dosis tidak tepat, minum obat pada waktu yang salah, lupa minum obat, menghentikan pengobatan terlalu cepat, berhenti minum obat lebih cepat dibandingkan yang disarankan dokter. Selanjutnya *compliance* bisa dikelompokkan menjadi disengaja dan tidak disengaja (Vemeire, 2001).

Concordance adalah pertukaran dua arah antara praktisi kesehatan dan pasien. Pasien berpartisipasi dalam konsultasi dan proses pengambilan keputusan. Pilihan dan keyakinan pasien diperhitungkan (Wiffen, 2007). Pada *concordance* pasien lebih berperan dalam pengambilan keputusan.

Adherence terletak antara *compliance* dan *concordance*. Praktisi kesehatan menerima apa yang diyakini pasien, pilihan dan pengetahuan sebelumnya yang mempengaruhi penggunaan obat dan berusaha untuk mengatasi ini. Intervensi untuk *adherence* sering dilakukan setelah penulisan resep dan pasien tidak bisa memberikan banyak pengaruh terhadap pilihan obat. Karenanya farmasis dan perawat cenderung memiliki peranan besar dalam memfasilitasi kepatuhan dibandingkan dokter (Wiffen, 2007).

Pada jurnal lain pengertian *adherence* ini adalah sejauh mana pasien minum obat sesuai dengan yang telah dianjurkan praktisi kesehatan. Kebanyakan praktisi kesehatan lebih memilih kata *adherence*, karena *compliance* memberikan kesan bahwa pasien secara pasif mengikuti saran dokter dan rencana pengobatan tidak berdasarkan gabungan atau kontrak yang telah dibuat antara pasien dan dokter (Osterberg, 2005).

Diperkirakan bahwa 50% pasien dengan terapi jangka lama tidak meminum obat sesuai yang dianjurkan. Dan diperkirakan bahwa lebih dari 30% pasien masuk rumah sakit karena ketidakpatuhan. Dalam sebuah studi dikatakan bahwa sebanyak 91 % pasien transplantasi ginjal yang tidak patuh mengalami penolakan organ atau kematian dibandingkan dengan 18% pasien yang patuh (Wiffen, 2007).

Alasan utama tidak tercapainya tujuan pengobatan yaitu

- a. Kurangnya kepatuhan terhadap pengaturan diri seperti, diet, olahraga, dan penggunaan obat sesuai yang diresepkan.
- b. Penundaan atau tidak ada tindakan untuk meningkatkan cara pengobatan pada pasien yang kurang terkontrol (Katon, 2009).
Gagalnya pengobatan pada penyakit kronik, 50% nya disebabkan oleh ketidakpatuhan dan sering menyebabkan perkembangan penyakit dan gangguan fungsi yang sebenarnya dapat dihindari pasien untuk rawat inap dan kematian (Katon, 2009) serta meningkatkan biaya kesehatan (Osterberg, 2005).

Mempersingkat sesi dialysis secara langsung beresiko dapat meningkatkan mortalitas. Dilaporkan melewatkan satu atau lebih sesi hemodialisis lebih dari tiga kali per bulan (lebih dari 10 menit tiap sesi) berhubungan dengan peningkatan mortalitas 25 % (Leggat, 1998.). DOPPS juga melakukan hal yang sama pada 14.930 pasien gagal ginjal kronik, dilaporkan melewatkan satu atau lebih sesi dialisis dalam satu bulan berhubungan dengan meningkatnya resiko mortalitas 1.3 kali (Saran, 2003).

DiMatteo melakukan review tentang depresi dan ketidakpatuhan. DiMatteo mengumpulkan penelitian dari 1 Januari 1968 sampai 31 Maret 1998. Penelitian yang masuk ke dalam review adalah jika penelitian tersebut menilai kepatuhan dengan depresi atau ansietas dengan jumlah sampel lebih dari 10 termasuk regimen pengobatan yang direkomendasikan oleh dokter nonpsikiatri untuk pasien yang tidak mendapat pengobatan depresi, ansietas atau penyakit psikiatri; dan penelitian yang melihat hubungan antara kepatuhan pasien dengan depresi dan atau ansietas. Ada 12 artikel tentang depresi dan 13 tentang ansietas yang memenuhi kriteria inklusi. Hubungan antara ansietas dan ketidakpatuhan bervariasi dan rata-ratanya kecil, dan tidak signifikan. Hubungan antara depresi dan ketidakpatuhan signifikan dengan odd ratio 3.03. Pada review ini disimpulkan bahwa pada pasien ketidakpatuhan terhadap pengobatan yang disarankan odd rasionya adalah 3 kali lebih besar pada pasien depresi jika dibandingkan dengan pasien non depresi (DiMatteo, 2008).

Stress psikologi salah satunya adalah depresi, dapat mempengaruhi tingkat kepatuhan pasien dalam pengobatan terutama pada pasien dialysis (Kimmel, 2002). Faktor yang menyebabkan rendahnya kepatuhan pasien adalah gangguan psikis, faktor pengobatan yang meliputi lamanya pengobatan, jumlah obat yang banyak, harga obat, dan regimen obat yang komplek (Morris, 1992). Gangguan mood, seperti depresi dapat memberikan pengaruh yang buruk terhadap kehidupan pasien, mengurangi daya tahan tubuh, mengurangi kualitas hidup dan menurunkan kepatuhan pasien dalam pengobatan (Rita, 2009). Pada pasien hemodialisa dengan depresi memiliki kualitas hidup yang lebih rendah, hal ini disertai dengan penurunan kepatuhan pasien dalam pengobatan (Hedayati, 2006).

Alasan Pasien Tidak Minum Obat

Berbagai penelitian telah dilakukan untuk menilai penyebab ketidakepatuhan dan banyak faktor yang telah teridentifikasi. Faktor-faktor yang berbeda berhubungan dengan penyakit yang berbeda, biaya merupakan masalah di USA (karena pasien harus membayar untuk pengobatan/asuransi) tetapi jarang terjadi di UK. Alasan ketidakepatuhan umumnya dibagi dua kelompok:

1. disengaja atau perilaku
2. tidak disengaja atau kognitif

Angka kejadian kepatuhan berobat sangat dipengaruhi oleh berbagai faktor antara lain kronisitas penyakit, frekuensi pemberian obat, harga obat, bentuk obat, daya ingat pasien, informasi, serta interaksi antara dokter dan pasien (Buck, 1997). Beberapa peneliti melaporkan adanya hubungan erat antara kepatuhan pasien berobat dengan beberapa faktor lainnya seperti hubungan antara dokter dan pasien, derajat berat penyakit, rasa obat, efek samping obat, lupa, asuransi kesehatan, dan jenis antibiotik yang dipakai (Kardas, 2002)

Industri farmasi dalam meningkatkan kepatuhan cenderung berkonsentrasi pada faktor-faktor perilaku, memproduksi tablet kombinasi atau tablet satu kali sehari untuk pengobatan, diharapkan akan lebih mudah untuk diminum. Ada bukti yang menyatakan bahwa kepatuhan berkurang jika frekuensi dosis lebih dari tiga kali sehari, tetapi tidak ada data yang mendukung untuk satu kali atau dua kali sehari. Pasien lebih memilih produk kombinasi atau dosis satu kali sehari, tetapi pilihan tentu saja tidak berhubungan dengan kepatuhan. Faktanya pemberian dosis

satu kali sehari cenderung menyebabkan hasil terapeutik yang buruk karena *missing* satu dosis berarti *missing* terapi untuk satu hari.

Banyak strategi yang fokus kepada masalah kognitif. Secara intuisi tampaknya benar bahwa pasien tidak patuh karena ketakutan atau kesalahpahaman mengenai obat-obat mereka, pemecahan masalah ini harusnya bisa meningkatkan kepatuhan. Namun tidak jelas apakah pasien yang tidak patuh ini kurang memiliki pengetahuan atau pemahaman atau apakah pasien ini gagal mendapatkan nasehat (Wiffen, 2007).

Kepatuhan terhadap regimen pengobatan telah dinilai semenjak zaman Hipocrates, dimana efek dari berbagai obat dicatat apakah pasien minum obat dan tidak minum obat. Metode yang tersedia untuk mengukur kepatuhan dapat dikelompokkan kepada metoda langsung dan tidak langsung. Masing-masing metoda memiliki kelebihan dan kekurangan, dan tidak ada metoda yang dianggap sebagai metoda standar.

Observasi terapi secara langsung, mengukur konsentrasi obat dan metabolitnya di dalam darah dan urin dan mendeteksi atau mengukur di dalam darah penanda biologi yang ditambahkan dalam formulasi adalah contoh dari metoda langsung untuk menilai kepatuhan. Pendekatan langsung biayanya mahal dan menjadi beban yang berat bagi praktisi kesehatan dan rentan terhadap penyimpangan oleh pasien. Namun, untuk beberapa obat pengukuran ini baik dan umumnya digunakan untuk menilai kepatuhan.

Metoda tidak langsung untuk menilai kepatuhan termasuk menanyakan kepada pasien seberapa mudah pengobatan ini untuknya, menilai respon klinik,

melakukan penghitungan jumlah pil/obat, memastikan pengambilan ulang resep, menggunakan kuisisioner, menggunakan monitor pengobatan elektronik, mengukur marker fisiologi, dan meminta pasien untuk membuat diari pengobatan (Osterberg, 2005).

Tabel 1. Metoda untuk menilai kepatuhan

Jenis	Keuntungan	Kerugian
Metoda langsung		
Secara langsung mengobservasi terapi	Paling akurat	Pasien bisa menyembunyikan obat di dalam mulut dan kemudian membuangnya, tidak praktis digunakan untuk penggunaan rutin
Mengukur kadar obat dan metabolitnya dalam darah	Objektif	Metabolisme bervariasi dan dapat memberikan penilaian yang salah, mahal
Mengukur marker biologi dalam darah	Objektif, pada uji klinik bisa digunakan untuk mengukur placebo	Membutuhkan pengujian kuantitatif yang mahal, dan mengumpulkan cairan tubuh
Metoda tidak langsung		
Kuisisioner, laporan pasien langsung	Sederhana, tidak mahal, metode yang paling bermanfaat dalam klinik	Bisa terjadi error dengan peningkatan jumlah antara kunjungan, hasil bisa dengan mudah dirubah oleh pasien
Menghitung pil	Objektif, dapat dihitung dan mudah dilaksanakan	Data dengan mudah dirubah oleh pasien (misal; pil dibuang)
Menghitung pengambilan resep kembali (<i>prescription refill</i>)	Objektif, mudah untuk mengumpulkan data	<i>Prescription refill</i> tidak ekuivalen dengan obat yang diminum, membutuhkan system farmasi tertutup
Menilai respon klinik pasien	Sederhana, mudah untuk dilaksanakan	Faktor lain selain kepatuhan terhadap pengobatan dapat mempengaruhi respon klinis
<i>Electronic medication monitors</i>	Tepat, hasil mudah dikuantitaskan,	Mahal, membutuhkan kunjungan berulang dan download data
Mengukur penanda fisiologi	Sering mudah untuk dilaksanakan	Penanda bisa saja hilang karena berbagai alasan (misal: meningkatnya metabolisme, absorpsi yang buruk, kurangnya respon

Catatan/diari pasien	Membantu memperbaiki daya ingat yang buruk	Mudah dirubah oleh pasien
Untuk pasien anak, kuisioner untuk caregiver atau gurunya	Sederhana, objektif	Rentan terjadi penyimpangan

Strategi Untuk Meningkatkan Kepatuhan

Beberapa strategi telah digunakan untuk meningkatkan kepatuhan, tetapi ada sedikit bukti bahwa beberapa dari strategi ini efektif dalam waktu yang lama. Intervensi yang dilakukan untuk meningkatkan kepatuhan didiskusikan dibawah ini.

MDS (Monitor Dosage System). MDS berguna untuk pasien yang memiliki kesulitan dalam memahami atau mengikuti instruksi, karena bahasa, masalah belajar atau memori. Berbagai macam tipe kotak tersedia dan penting untuk meyakinkan bahwa pasien mampu untuk menggunakannya. Tidak ada jaminan bahwa pasien akan minum obatnya, tetapi MDS berguna untuk mengetahui apakah obat telah diminum atau belum. Jika tablet masih disana, jelas bahwa terjadi *missing* dosis. MDS membutuhkan banyak waktu untuk menyediakannya dan farmasi harus meyakinkan bahwa pasien untuk pertama kalinya menggunakan MDS di rumah sakit, penggunaan selanjutnya bisa dilakukan di lingkungannya. MDS hanya bisa digunakan untuk formulasi padat dan tidak bersifat higroskopis (Asam valproat) dan obat-obat dengan penandaan digunakan jika diperlukan (analgesik) dan obat dengan dosis tidak tetap (warfarin).

Alarm. Alarm, panggilan telfon telah digunakan untuk mengingatkan pasien untuk meminum obatnya. Banyak pasien yang mengatakan hal tersebut bermanfaat (mengaktifkan alarm di handphone) karena ini kurang nyata dibandingkan

dengan alarm spesial. Pesan teks juga digunakan untuk mengingatkan pasien meminum obat tetapi membutuhkan pengaturan system untuk mengirimkan pesan dan hanya bisa dilakukan untuk pasien yang bersedia.

Refill/ Follow up reminders. Pasien yang berobat ke klinik atau berulang mengambil resep lebih patuh terhadap pengobatan. Dorongan untuk kepatuhan seharusnya tidak hanya terkonsentrasi pada obat tetapi juga meyakinkan pasien untuk patuh pada terapi yang lain, janji rawat jalan dan sebagainya.

Menyederhanakan regimen. Pasien yang harus minum obat lebih dari tiga kali sehari kurang patuh untuk memenuhi regimennya. Keadaan selanjutnya seperti harus dengan makanan atau dalam keadaan perut kosong membuat kepatuhan menjadi lebih sulit. Idealnya regimen harus disederhanakan sampai 3 kali sehari atau kurang dengan waktu yang cocok untuk gaya hidup pasien.

Informasi tertulis dan oral. Penjelasan sederhana tentang regimen dosis dan kemungkinan efek samping harus diberikan disetiap pemberian obat. Ingat bahwa pasien mungkin tidak mengerti kata yang terlihat umum bagi praktisi kesehatan. Berikan informasi dengan jelas dan mudah dipahami pasien.

Mangajemen komprehensif. Ini melibatkan pendekatan dari berbagai multidisiplin, meliputi berbagai strategi di atas. Ini berpotensi menjadi kompleks, padat karya (berhubungan dengan biaya) dan tidak cocok atau tidak penting pada kebanyakan situasi. Namun ini cocok untuk beberapa penyakit dan pengobatan (missal: diabetes mellitus dan antiretrovirus) (Wiffen, 2007).

2.3 Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal yang Mengalami Depresi

Definisi kualitas hidup menurut WHO (2003) adalah kualitas hidup sebagai persepsi individu mengenai posisi mereka dalam kehidupan dilihat dari konteks budaya dan sistem nilai dimana mereka tinggal serta hubungannya dengan tujuan, harapan, standar, dan hal-hal yang menjadi perhatian individu.

Kualitas hidup merupakan sesuatu yang berhubungan dengan kesehatan yang bisa diartikan sebagai respon dari emosi penderita terhadap aktivitas sosial, emosi, pekerjaan dan hubungan antar keluarga, rasa bahagia atau senang, sesuai dengan harapan maupun kenyataan yang ada, adanya kepuasan dalam melakukan fungsi fisik sosial dan emosional. juga suatu kemampuan bersosialisasi dengan orang lain.

Beberapa faktor yang mempengaruhi kualitas hidup berdasarkan beberapa pernyataan dari para ahli ataupun hasil penelitian (Nofitri, 2009):

1. Gender /Jenis Kelamin

Gender adalah salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup. Menurut Fadda dan Jiron (1999) mengatakan bahwa laki – laki dan perempuan memiliki perbedaan peran serta akses dan kendali terhadap berbagai sumber sehingga kebutuhan yang berbeda baik laki- laki maupun perempuan.

2. Usia

Menurut Dalkey (2002) dan Moons, Marquet, Budst, De geest (2004), menyatakan bahwa usia merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup. Pada usia tua menemukan adanya kontribusi dari faktor usia terhadap

kualitas hidup subjektif individu yang disebabkan karena individu pada masa usia tua sudah melewati masa untuk melakukan perubahan dalam kehidupannya sehingga mereka cenderung mengevaluasi hidupnya dengan lebih positif dibandingkan saat masa mudanya (Ruggeri, M., Warner, R., Bisoffi, G., and Fontecedro, L (2001).

3. Pendidikan

Menurut Baxter (1998) dan Moons, Marquet, Budst, De Geest (2004) menyatakan bahwa tingkat pendidikan adalah salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup subjektif. Kualitas hidup akan meningkat sering diiringi dengan lebih tingginya tingkat pendidikan yang didapatkan oleh individu (Hanestad, Lerdal, Rustoen Dan Moum (2004).

4. Pekerjaan

Moons, Marquet, Budst, De Geest (2004) menyatakan bahwa terdapat perbedaan kualitas hidup antara penduduk yang berstatus sebagai pelajar, penduduk yang bekerja, penduduk yang tidak bekerja (atau sedang mencari pekerjaan), dan penduduk yang tidak mampu bekerja (atau memiliki *dissablity* tertentu)

5. Status pernikahan

Menurut penelitian Wahl, Rustoen, Hanestad, Lerdal dan Moons (2004) menyatakan bahwa baik pria ataupun wanita, individu dengan status menikah memiliki kualitas hidup yang tinggi.

6. Penghasilan

Terdapat kontribusi dari faktor penghasilan terhadap kualitas hidup subjektif namun tidak banyak (Noghani, Asgharpoor, Safa, and Kermani (2007).

7. Hubungan dengan orang lain

Menurut Myers dalam Kahneman, Diener & Schwarz (1999) yang menyatakan bahwa pada saat kebutuhan akan hubungan dengan orang lain terpenuhi baik melalui hubungan pertemanan yang saling mendukung maupun melalui pernikahan manusia akan memiliki kualitas hidup yang lebih baik secara fisik maupun emosional.

Depresi merupakan penyakit yang umum dan mungkin terjadi akibat komplikasi dari hemodialysis. Pasien dialysis sering depresi yang dipengaruhi oleh status, keluarga dan masalah pekerjaan. Prevalensi rendah dan efek depresi dipengaruhi oleh pekerjaan, dukungan sosial yang besar, agama yang kuat dan pada pasien dengan hemodialysis lebih dari 1 tahun. Kontrol uremia dan berkurangnya beban pengobatan pasien dialysis akan mengurangi timbulnya depresi. Depresi dapat menurunkan kualitas hidup pasien dan memicu ide bunuh diri atau menghentikan hemodialisa jika tidak dikenal atau diobati (Badema, 2010).

Pada salah satu studi melaporkan lebih dari setengah pasien hemodialisis didiagnosa depresi (51%) dan memiliki kualitas hidup yang lebih rendah dari rata-rata (Cengic, 2010). Depresi menyebabkan penurunan kualitas hidup pasien terutama dipengaruhi oleh kondisi fisik dan mental, kondisi tersebut sangat baik pada pasien non-depresi terutama dalam masalah bekerja (Baiardi, 2002). Hasil penelitian ini diperkuat oleh Drayers (2006) yang menyatakan, dua hal yang

sangat berhubungan dengan kualitas hidup pada pasien depresi adalah peranan emosi dan kesehatan mental.



III. METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan lebih kurang 3 bulan mulai 15 Oktober 2012 hingga 15 Januari 2013 pada pasien Gagal Ginjal Kronis di Bangsal Penyakit Dalam dan Ruang Hemodialisis RSUP DR. M. Djamil Padang.

3.2 Defenisi Operasional

Variabel Penelitian	Definisi Operasional
<i>End stage renal disease</i>	Pasien yang memiliki kreatinin kliren kecil dari 15 ml/menit dan membutuhkan terapi dialysis atau didiagnosa CKD stage V
<i>Cross sectional</i>	Suatu metode penelitian yang meneliti peristiwa saat sekarang ini dengan menggunakan data primer.
Data primer	Data yang diambil secara langsung oleh peneliti saat penelitian berlangsung.
<i>Judgment sampling</i>	Teknik pengambilan sample yang mana sample diambil berdasarkan syarat yang ditetapkan.
<i>Beck depression inventory (BDI)</i>	Parameter dalam mengidentifikasi depresi dan menentukan tingkat depresi.

Skala morisky

Parameter yang digunakan dalam melihat kepatuhan pasien meminum obat oral.

SF-36

Parameter untuk mengukur kualitas hidup pasien.

3.3 Metode Penelitian

3.3.1 Jenis penelitian

Metode penelitian yang digunakan adalah *cross sectional* menggunakan data primer, dengan teknik pengambilan data *judgment sampling*.

3.3.2 Populasi dan sample

Populasi adalah semua pasien gagal ginjal kronis yang datang ke RSUP DR. M. Djamil Padang dari tanggal 15 Oktober hingga 15 Januari 2013. Sampel yang dipilih adalah pasien gagal ginjal kronik di Bangsal Penyakit Dalam dan Ruang Hemodialisis RSUP DR. M. Djamil Padang.

Kriteria inklusi

Data inklusi sampel yang dipilih adalah pasien yang didiagnosa gagal ginjal kronis baik yang belum atau sudah dilakukan tindakan hemodialisis, umur >18 tahun, dan sukarela berpartisipasi dalam penelitian ini.

Kriteria Eksklusi

Pasien psikotik, hilang kesadaran/kesadaran tidak penuh, menolak berpartisipasi dalam penelitian ini.

Perhitungan sample menggunakan rumus:

$$n = p (1-p) (Z/d)^2$$

n = jumlah sampel

p = proporsi penyakit di populasi (proporsi depresi pada pasien gagal ginjal kronik = x %)

Z = 1.96 (nilai Z pada uji 2 ekor)

D = toleransi estimasi (presisi absolute yang diinginkan) 0.1

$$\begin{aligned} n &= p (1-p) (Z/d)^2 \\ &= 0,2 (1-0,2) (1,96/0,1)^2 \\ &= 61,46 = 62 \end{aligned}$$

Jadi jumlah sampel yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah 62 pasien gagal ginjal kronik.

Pengukuran Tingkat Depresi, Tingkat Kepatuhan dan Kualitas Hidup.

Dalam mengukur tingkat depresi menggunakan *Beck Depression Inventory-II (BDI- II)*. Setiap pernyataan memiliki score, jika jumlah score >13 maka pasien digolongkan ke dalam depresi.

Penilaian tingkat kepatuhan menggunakan *skala morisky*. Pasien dikatakan memiliki kepatuhan rendah jika jumlah score 3-4, kepatuhan sedang 1-2, dan 0 menunjukkan kepatuhan tinggi.

Untuk menilai kualitas hidup pasien menggunakan *Short Form Health Questionnaire (SF-36)*. *SF-36* adalah sebuah kuestioner yang terdiri dari 36 butir pertanyaan. Kuestioner ini menghasilkan 8 aspek yaitu fungsi fisik (FF), keterbatasan peran karena masalah fisik (RF), nyeri (N), kesehatan umum (KU),

energi (E/C). fungsi sosial (FS). keterbatasan peran karena masalah emosi (RE) dan kesehatan mental (E).

1. Fungsi Fisik

Fungsi fisik untuk menilai kemampuan aktifitas seperti berjalan, membungkuk, naik tangga, dan gerakan badan, yang terdiri dari 10 pertanyaan. Dari hasil pertanyaan tersebut, jika nilai tinggi menunjukkan kemampuan untuk melakukan aktifitas fisik hingga latihan berat. Sedangkan jika nilai rendah menunjukkan adanya keterbatasan dalam melakukan aktifitas fisik.

2. Keterbatasan Akibat Masalah Fisik

Keterbatasan akibat masalah fisik berfungsi untuk mengevaluasi seberapa besar pengaruh kesehatan fisik terhadap pekerjaan dan aktivitas sehari – hari, pada skala ini terdiri dari 4 pertanyaan. Jika hasil tersebut tinggi maka menunjukkan kesehatan fisik tidak menimbulkan dampak yang merugikan terhadap pekerjaan atau aktifitas, sedangkan jika hasil tersebut rendah, menunjukkan bahwa kesehatan fisik dapat berdampak pada aktifitas sehari-hari, seperti terbatas/ kurang sempurnanya dalam melakukan aktivitas tertentu.

3. Perasaan Sakit/Nyeri

Skala ini bertujuan untuk mengevaluasi intensitas dan pengaruh rasa nyeri terhadap pekerjaan baik didalam maupun diluar rumah. Skala ini terdiri dari 2 pertanyaan, jika nilai tinggi maka menunjukkan tidak terdapatnya keterbatasan aktivitas yang diakibatkan nyeri. sedangkan jika nilai rendah ini menunjukkan rasa sakit yang sangat berat dan dapat mempengaruhi keterbatasan aktivitas.

4. Kesehatan Umum

Skala ini bertujuan untuk mengevaluasi kesehatan untuk saat ini, kedepan dan daya tahan terhadap suatu penyakit. Skala ini terdiri dari 5 pertanyaan, jika nilai tinggi itu menunjukkan perasaan terhadap kesehatan diri sendiri yang sangat baik, sedangkan jika hasil rendah maka itu menunjukkan bahwa perasaan terhadap diri sendiri tidak baik.

5. Energi

Skala ini mengevaluasi tingkat lesu dan kelelahan. Skala ini terdiri dari 4 pertanyaan, dan jika hasilnya tinggi ini menunjukkan perasaan penuh dengan semangat dan energi selama 4 minggu yang lalu, dan jika hasilnya rendah ini menunjukkan bahwa perasaan lelah dan lesu sepanjang waktu.

6. Fungsi Sosial

Skala ini bertujuan untuk mengevaluasi aktifitas sosial atau tingkat kesehatan fisik yang normal, yang terdiri dari 2 pertanyaan. Jika nilai dari pertanyaan tinggi maka ini menunjukkan adanya gangguan yang sering dan sangat mengganggu pada aktifitas sosial atau fisiknya. Sedangkan pertanyaan yang bernilai tinggi maka ini menunjukkan tidak adanya gangguan selama 4 minggu yang lalu.

7. Keterbatasan Akibat Masalah Emosional

Skala ini bertujuan untuk mengevaluasi tingkat permasalahan emosional yang mempengaruhi pekerjaan dan aktivitas sehari-hari. Skala ini terdiri dari 3 pertanyaan, jika nilai dari hasil pertanyaan tinggi maka ini menunjukkan bahwa tidak terdapat gangguan aktivitas karena masalah emosional. Nilai dari hasil

pertanyaan rendah ini menunjukkan terjadinya penurunan aktivitas yang dapat menimbulkan kurang efektifnya suatu pekerjaan, penurunan waktu untuk beraktivitas dan bahkan dapat menyebabkan tidak dapat melakukan suatu aktivitas maupun pekerjaan seperti biasa dikarenakan adanya masalah pada emosional tersebut.

8. Mental

Skala ini bertujuan untuk mengevaluasi kesehatan mental secara umum termasuk diantaranya yaitu depresi, ansietas, dan kebiasaan mengontrol emosional. Skala ini terdiri dari 5 pertanyaan, jika hasil pertanyaan tersebut bernilai tinggi maka menunjukkan perasaan yang bahagia, senang, dan penuh kedamaian. Sedangkan jika hasil pertanyaan tersebut bernilai rendah maka hal ini menunjukan perasaan yang tegang dan depresi sepanjang waktu (Elvina, 2011)

Semua aspek tersebut kemudian dibagi menjadi dua komponen yaitu komponen fisik (PCS) dan komponen mental (MCS). Komponen fisik berupa FF, RF, N dan KU sedangkan komponen mental yaitu E, RE, FS dan E/C. Nilai skor kualitas hidup rata-rata adalah 60, dibawah skor tersebut kualitas hidup dinilai kurang baik dan nilai skor 100 merupakan tingkat kualitas hidup yang sangat baik.

3.3.3 Sumber data

Sumber data meliputi: rekam medik semua pasien gagal ginjal kronis dan observasi langsung kepada pasien melalui wawancara atau pengisian form *Beck Depression Inventory (BDI)-II*, *Morisky* dan *SF-36* pada pasien gagal ginjal

kronik di Bangsal Penyakit Dalam dan Ruang Hemodialisis RSUP DR. M. Djamil Padang.

3.3.4 Pengambilan data

Pengambilan data bersumber dari data rekam medik pasien dan data form wawancara. Data yang diambil meliputi: data sosiodemografi (jenis kelamin, umur, telah dilakukan tindakan atau belum, lama HD atau rawatan setelah didiagnosa GJK, pendidikan terakhir, pekerjaan, status pernikahan, jaminan, negeri asal, dan agama). Selanjutnya data yang diambil dipindahkan ke lembaran pengumpulan data dan dilakukan analisis.

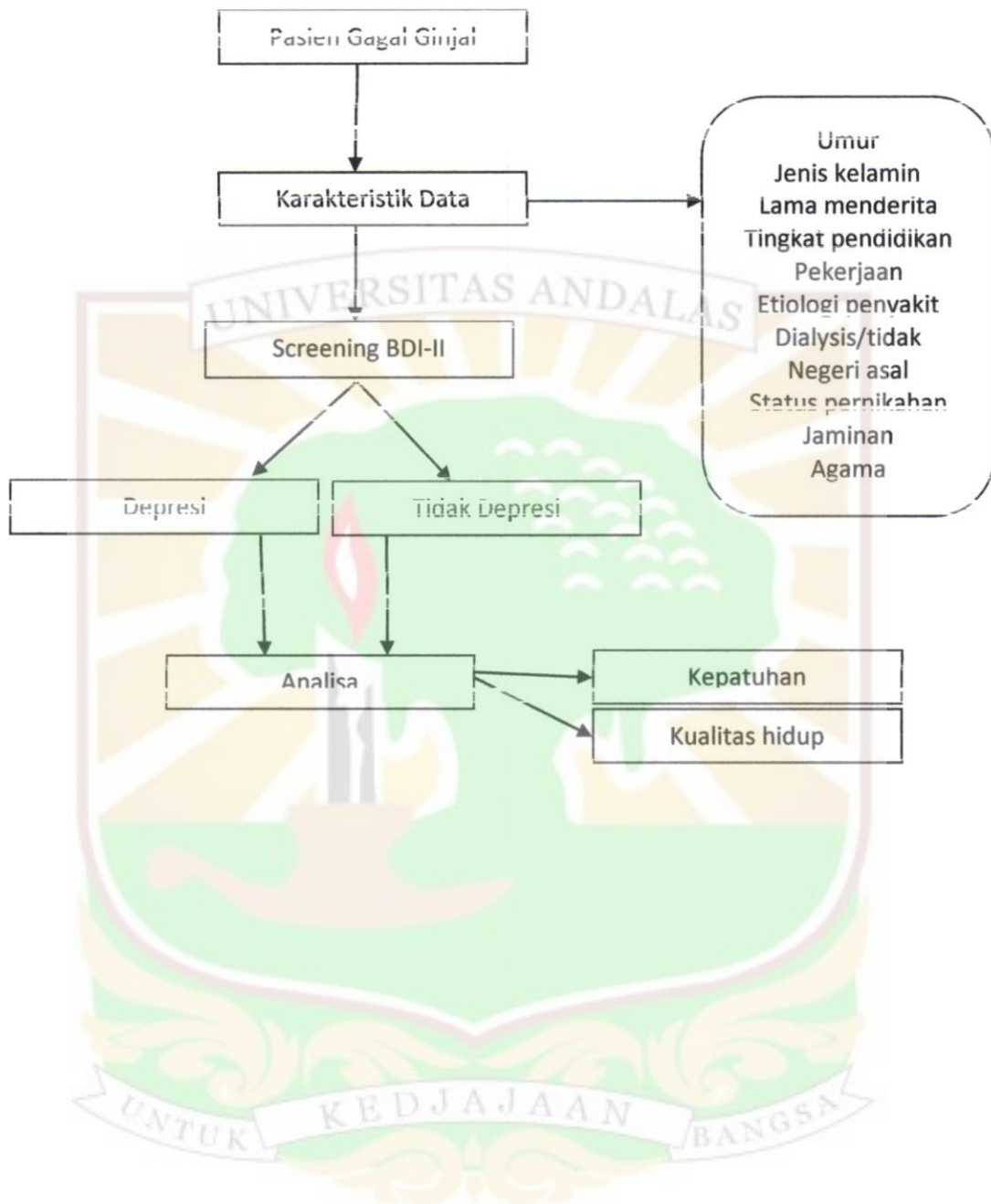
3.4 Analisa Data

Data ditampilkan dalam bentuk tabel (Means \pm Standart Deviasi dan persentase (%)). Kemudian data diolah menggunakan uji korelasi bivariat spearman untuk melihat korelasi antara depresi dengan tingkat kepatuhan, tingkat kualitas hidup, karakteristik pasien serta hubungan tingkat kepatuhan dengan karakteristik pasien, sedangkan uji annova untuk melihat hubungan antara aspek kualitas hidup pasien dengan tingkat depresi, kepatuhan dan karakteristik pasien gagal ginjal.

Interpretasi dari uji korelasi bivariat spearman adalah dengan melihat nilai koefisien korelasinya. Adapun rentang nilai dan interpretasinya adalah sebagai berikut:

0-0.25	= korelasi sangat lemah	0.75-0.99	= korelasi sangat kuat
0.25-0.5	= korelasi cukup	1	= korelasi sempurna
0.5-0.75	= korelasi kuat		

KERANGKA KONSEP PENELITIAN



IV. HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

Penelitian dilakukan pada bulan Oktober 2012 sampai Januari 2013 di Bangsal Penyakit Dalam RSUP DR. M. Djamil. Berdasarkan hasil penelitian ditemukan 66 pasien yang didiagnosa gagal ginjal kronik.

4.1.1 Karakteristik pasien gagal ginjal kronik

Berdasarkan karakteristik pasien gagal ginjal kronik pada penelitian ini diperoleh data:

Tabel 2. Karakteristik pasien gagal ginjal kronik

Karakteristik	n (jumlah)	% (persentase)
Umur		
20-30 Tahun	3	4,5
31-40 Tahun	6	9,1
41-50 Tahun	20	30,3
51-60 Tahun	30	45,5
> 60 Tahun	7	10,6
Jenis Kelamin		
Laki-Laki	39	59,1
Perempuan	27	40,9
Lama HD		
< 1 Tahun	19	28,8
1-5 Tahun	21	31,82
6-10 Tahun	9	13,64
> 10 Tahun	3	4,54
miss	14	21,2
Pendidikan Terakhir		
Perguruan Tinggi	21	31,8
SMA	15	22,7
SMP	10	15,2
SD	17	25,8

miss	3	4,5
Status		
Belum Menikah	4	6
Menikah	56	84,9
Janda/Duda	6	9,1
Pekerjaan		
Pekerjaan Tetap	26	39,4
Pekerjaan Tidak Tetap	20	30,3
Pengangguran	20	30,3
Negeri Asal		
Sumatera Barat	58	87,9
Luar Sumatera Barat	7	10,6
miss	1	1,5
Jaminan		
Askes	33	50
Umum	4	6,1
Jamkesmas	29	43,9
Agama		
Muslim	63	95,5
Non-Muslim	3	4,5
Tindakan		
Tanpa Hemodialisa	14	21,2
Hemodialisa	52	78,8

Dari 66 pasien gagal ginjal kronik pada penelitian ini, pasien laki-laki lebih banyak dari perempuan dimana pasien laki-laki berjumlah 39 (59,1%), dan perempuan 27 (40,9%).

Partisipan pada penelitian ini dikelompokkan berdasarkan umur, jenis kelamin, lama hemodialisis, pendidikan terakhir, status, pekerjaan, negeri asal, jaminan, agama dan tindakan. Kelompok pasien dengan umur 20-30 tahun berjumlah 3 (4,5%), umur 31-40 tahun sebanyak 6 (9,1%), umur 41-50 tahun sebanyak 20 (30,3%), umur 51-60 tahun sebanyak 30 (45,5%), dan umur >60 tahun sebanyak 7 (10,6%). Rata-rata umur pasien $48,89 \pm 14,46$.

Berdasarkan tingkat pendidikan terakhir, didominasi oleh pasien dengan pendidikan perguruan tinggi sebanyak 31,8%, pendidikan SD yaitu sebanyak 25,8%, SMP sebanyak 15,2%, dan SMA sebanyak 22,7%. Berdasarkan pekerjaan, pasien dengan pekerjaan tetap sebanyak 39,4%, tidak tetap sebanyak 30,3%, dan pengangguran sebanyak 30,3%. Umumnya pasien beragama muslim sebanyak 95,5% dan pasien non-muslim 4,5%.

Berdasarkan lamanya menjalani hemodialisis, pasien dengan lama hemodialisis kecil dari 1 tahun sebanyak 28,8%, 1-5 tahun berjumlah 31,82% , 6-10 tahun sebanyak 13,64%, besar dari 10 tahun sebanyak 4,52%, dan pasien yang belum menjalani sebanyak 21,2%. Pasien dengan umur 20-30 tahun dan 51-60 tahun sebagian besar telah menjalani hemodialisis 1-5 tahun, umur 31-40 tahun sebagian besar telah menjalani hemodialisis 5-10 tahun, dan umur 41-50 tahun sebagian besar belum menjalani hemodialisis.

Negeri asal pada umumnya berasal dari Sumatera Barat 87,9%, dan luar Sumatera Barat sebanyak 10,6%. Partisipan sebagian besar terdaftar sebagai peserta ASKES (50,0%), sedangkan yang lainnya partisipan umum (6,1%) dan partisipan JAMKESMAS (43,9%). Umumnya pasien berstatus menikah (84,9%) dan hanya 6% yang berstatus belum menikah sedangkan sisanya janda/duda (9,1%). Sebagian besar pasien telah menjalani hemodialisis.

4.1.2 Hubungan karakteristik pasien dengan tingkat kepatuhan, kualitas hidup dan depresi pasien gagal ginjal kronik.

Berdasarkan hubungan karakteristik dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik pada penelitian ini diperoleh:

Tabel 3. Hubungan karakteristik dengan tingkat kepatuhan pasien gagal ginjal kronik

Karakteristik	Sig	Korelasi
Umur	0,244	-0,145
Jenis Kelamin	0,35	0,117
Lama HD	0,317	0,125
Pendidikan Terakhir	0,137	0,185
Status	0,028	-0,271*
Pekerjaan	0,822	0,028
Negeri Asal	0,538	0,077
Jaminan	0,424	-0,1
Agama	0,273	0,137
Tindakan	0,257	0,142

Dari data diatas diperoleh, terdapat hubungan yang cukup antara tingkat kepatuhan dengan status pasien ($p < 0,05$).

Berdasarkan hubungan karakteristik dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik pada penelitian ini diperoleh:

Tabel 4. Hubungan karakteristik dengan aspek kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik

Karakteristik	Kualitas Hidup									
	FF		RF		N		KU		E	
	F hit	Sig	F hit	F hit	Sig	Sig	F hit	Sig	F hit	Sig
Umur	0,162	0,981	4,098	1,331	0,268	0,005	1,331	0,268	3,032	0,024
Jenis Kelamin	0,116	0,734	0,972	0,199	0,657	0,328	0,199	0,657	2,072	0,155
Lama HD	4,119	0,005	2,299	4,924	0,002	0,069	4,924	0,002	1,339	0,266
Pendidikan Terakhir	2,418	0,058	0,385	1,265	0,294	0,818	1,265	0,294	3,659	0,01
Status	0,29	0,749	3,098	0,21	0,812	0,052	0,21	0,812	2,277	0,111
Pekerjaan	0,965	0,41	2,17	0,185	0,832	0,123	0,185	0,832	5,207	0,008
Negeri Asal	1,815	0,166	1,289	0,901	0,411	0,283	0,901	0,411	0,125	0,882
Jaminan	1,419	0,233	3,273	2,764	0,071	0,044	2,764	0,071	5,193	0,008
Agama	0,365	0,583	3,439	2,816	0,098	0,068	2,816	0,098	3,275	0,075
Tindakan	11,735	0,001	8,268	12,452	0,001	0,005	12,452	0,001	2,055	0,156



Hubungan karakteristik dengan aspek kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik

Karakteristik	Kualitas Hidup									
	RE		FS		E/C		PCS		MCS	
	F hit	Sig	F hit	Sig	F hit	Sig	F hit	Sig	F hit	Sig
Umur	1,238	0,304	1,238	0,304	1,92	0,118	0,857	0,495	3,165	0,02
Jenis Kelamin	0,736	0,394	0,736	0,394	0,145	0,704	0,092	0,762	1,193	0,279
Dama HD	5,76	0,001	5,76	0,001	1,503	0,012	5,93	0	2,256	0,073
Pendidikan Terakhir	2,455	0,055	2,455	0,055	5,017	0,001	2,413	0,059	4,308	0,004
Status	1,319	0,275	1,319	0,275	0,298	0,743	0,352	0,705	1,295	0,281
Pekerjaan	4,422	0,016	4,422	0,016	1,959	0,149	1,609	0,208	9,294	0
Negeri Asal	0,473	0,622	0,478	0,622	0,632	0,535	0,819	0,445	0,298	0,743
Jaminan	0,994	0,376	10,378	0	2,673	0,077	2,641	0,079	3,413	0,039
Agama	3,893	0,053	1,126	0,293	2,157	0,147	0,973	0,328	6,056	0,017
Tindakan	0	0,996	13,715	0	0,394	0,008	16,568	0	4,628	0,031

E = mental

FS = fungsi sosial

N = nyeri

RE = keterbatasan karena masalah emosi

E/C = energi

FF = fungsi fisik

KU = keadaan umum

RF = keterbatasan karena masalah fisik

PCS = komponen fisik

MCS = komponen mental

Sig = nilai signifikansi

Fhit = nilai F hitung



Umur, terdapat perbedaan yang signifikan antara aspek mental pada tingkat umur yang berbeda ($F_{hit} > F_{tab} = 2,52$). Secara garis besar terdapat perbedaan signifikan komponen mental pada tingkat umur yang berbeda.

Lama hemodialisa memiliki tingkat kualitas hidup yang berbeda secara signifikan pada aspek fungsi fisik, keterbatasan peran karena masalah fisik, keadaan umum, fungsi sosial dan energi, aspek mental, keterbatasan peran karena masalah fisik dan fungsi sosial. Secara garis besar terdapat perbedaan pada komponen fisik.

Pada tingkat pendidikan terakhir perbedaan signifikan ditemukan pada aspek mental, energi, keterbatasan peran karena masalah fisik atau secara garis besar berbeda signifikan pada komponen mental. Pada pekerjaan, perbedaan kualitas hidup ditemukan pada aspek energi, keterbatasan peran karena masalah emosi, fungsi sosial dan mental, keterbatasan peran karena masalah fisik atau secara garis besar terdapat perbedaan yang signifikan antara komponen mental dengan pekerjaan pasien.

Selanjutnya pada jaminan, terdapat perbedaan kualitas hidup pada aspek nyeri, mental, fungsi sosial, keterbatasan peran karena masalah fisik atau secara garis besar pada komponen mental. Perbedaan agama memiliki kualitas hidup yang berbeda secara signifikan pada aspek keterbatasan peran karena masalah emosi, fungsi sosial atau secara garis besar pada komponen mental.

Sedangkan pada karakteristik “dilakukan tindakan hemodialisis” atau “belum dilakukan tindakan hemodialisis”, terdapat perbedaan signifikan kualitas hidup pada aspek fungsi fisik, keterbatasan peran karena masalah fisik, nyeri,

keadaan umum, fungsi sosial, energi, mental atau secara umum terdapat perbedaan pada komponen fisik dan mental.

Berdasarkan hubungan karakteristik dengan tingkat depresi pasien gagal ginjal kronik pada penelitian ini diperoleh:

Tabel 5. Hubungan karakteristik dengan tingkat depresi pasien gagal ginjal kronik

Karakteristik	Sig	Korelasi
Umur	0,031	-0,266*
Jenis Kelamin	0,044	0,248**
Lama HD	0,072	-0,223
Pendidikan Terakhir	0,318	-0,125
Status	0,071	-0,223
Pekerjaan	0,001	0,399**
Negeri Asal	0,657	0,056
Jaminan	0	0,437**
Agama	0,001	0,386**
Tindakan	0,069	-0,225

Terdapat hubungan yang cukup antara depresi dengan beberapa karakteristik pasien (umur ($p=0,031 < 0,05$), dan pekerjaan ($p= 0,01 < 0,05$), ($p= 0,001 < 0,05$), agama ($p= 0,000 < 0,05$) dan lemah pada jenis kelamin ($p=0,02 < 0,05$).

4.1.3 Gambaran derajat depresi pasien gagal ginjal kronik

Berdasarkan gambaran derajat depresi pasien gagal ginjal kronik diperoleh data:

Tabel 6. Tingkat depresi pasien gagal ginjal kronik

Tingkat Depresi	Jumlah (n)	Persentase(%)
Depresi	16	24,24%
Non-depresi	50	75,76%

Pada penelitian ini ditemukan jumlah pasien non-depresi lebih banyak dari pasien depresi. Penderita depresi ditemukan sebanyak 16 pasien (24,24%) dan non depresi 50 pasien (75,76%).

4.1.4 Gambaran tingkat kepatuhan pasien gagal ginjal kronik

Berdasarkan tingkat kepatuhan pada pasien gagal ginjal kronik pada penelitian ini diperoleh data:

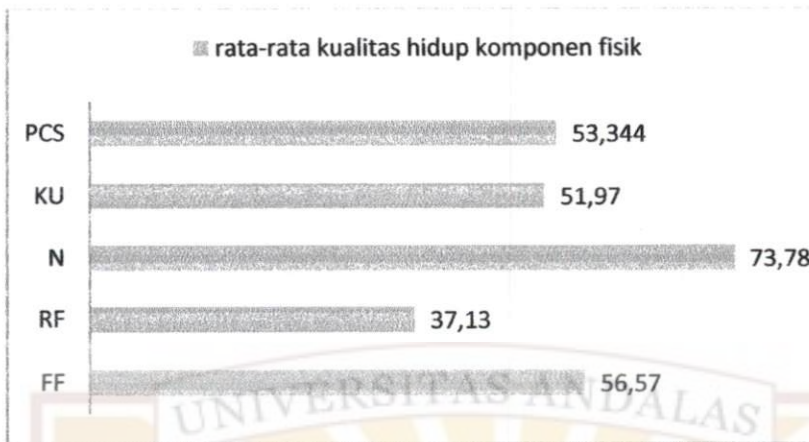
Tabel 7. Tingkat kepatuhan pasien gagal ginjal kronik

Tingkat Kepatuhan	n	%
Tinggi	35	(53,03%)
Sedang	11	(16,67%)
Rendah	19	(28,79%)

Tingkat kepatuhan rata-rata dengan menggunakan skala morisky termasuk kategori kepatuhan tinggi. Kepatuhan pasien meminum obat dikelompokkan kepada 3 tingkatan yaitu kepatuhan tinggi, kepatuhan sedang, dan kepatuhan rendah. Pada penelitian ini 53.03% partisipan termasuk kelompok dengan kepatuhan tinggi, kepatuhan sedang sekitar 16.67%, dan kepatuhan rendah 28.79%.

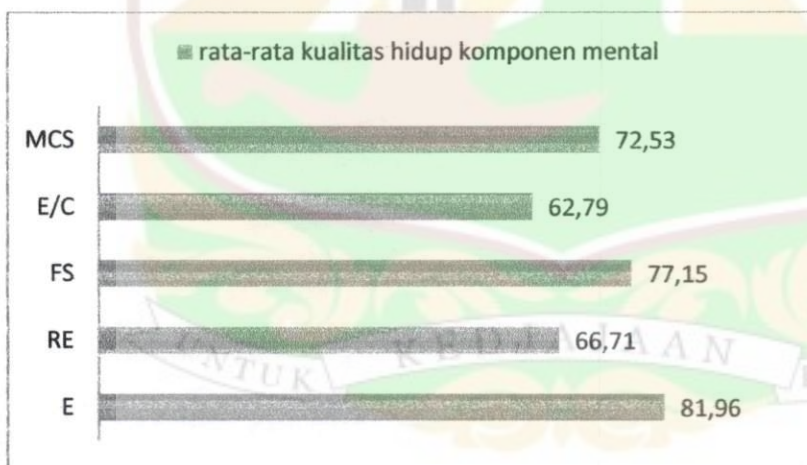
4.1.5 Kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik

Data yang diperoleh dari kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik pada penelitian ini dapat dilihat pada grafik dibawah ini.



Grafik 1. Kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik komponen fisik

Kualitas hidup rata-rata pada komponen fisik termasuk kedalam kualitas hidup yang buruk. Jika dilihat dari tiap aspek komponen fisik terlihat hanya aspek nyeri yang memiliki kualitas hidup yang baik, sedangkan aspek keadaan umum, keterbatasan karena masalah fisik dan fungsi fisik termasuk kedalam kualitas hidup buruk.



Grafik 2. Kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik komponen mental

Keterangan:

- E = mental
- FS = fungsi sosial
- N = nyeri
- RE = keterbatasan karena masalah emosi

- E/C= energi
FF = fungsi fisik
KU= keadaan umum
RF = keterbatasan karena masalah fisik

Kualitas hidup rata-rata pada komponen mental termasuk kedalam kualitas hidup yang baik. Jika dilihat dari tiap aspek komponen mental terlihat semua aspek memiliki kualitas hidup yang baik.

Berdasarkan urutan tingkat kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik dari kualitas hidup yang terbaik diperoleh aspek mental (81,96), fungsi sosial (77,15), nyeri (73,78), keterbatasan karena masalah emosi (66,71), energi (62,79), fungsi fisik (56,57), keadaan umum (51,97), keterbatasan karena masalah fisik (37,13). Kualitas hidup dikatakan baik ketika nilai rata-rata $>60,00$. Nilai rata rata kualitas hidup pasien gagal ginjal pada penelitian ini adalah 61,42 yang berarti kualitas hidup rata-rata pasien baik. Dari data didapatkan aspek kualitas hidup yang baik yaitu pada aspek mental, fungsi sosial, nyeri, keterbatasan karena masalah emosi, energi, sedangkan kualitas hidup buruk pada aspek fungsi fisik, keadaan umum, keterbatasan karena masalah fisik. Secara garis besar kualitas hidup terbaik terdapat pada komponen mental.

4.1.6 Hubungan depresi dengan tingkat kepatuhan pasien

Berdasarkan hubungan tingkat depresi dengan kepatuhan pasien dalam pengobatan diperoleh:

Tabel 8. Hubungan tingkat depresi dengan tingkat kepatuhan pasien

	Tingkat Depresi				Sig	Korelasi
	Non Depresi		Depresi			
	n	%	n	%		
Kepatuhan Tinggi	25	(37,9%)	10	(15,1)	0,948	-0,008
Kepatuhan Sedang	11	(16,7%)	0	(0%)		
Kepatuhan Rendah	13	(19,7%)	6	(9,1%)		

Kepatuhan pasien meminum obat dikelompokkan kepada 3 tingkatan yaitu kepatuhan tinggi, kepatuhan sedang, dan kepatuhan rendah. Pada penelitian ini 53% partisipan termasuk kelompok dengan kepatuhan tinggi, kepatuhan sedang 16,7 % sedangkan kepatuhan rendah 28,8%. pasien non-depresi dengan kepatuhan tinggi sebanyak 37,9%, kepatuhan sedang 16,7%, dan kepatuhan rendah 19,7%. Sedangkan pada pasien depresi dengan kepatuhan tinggi sebanyak 15,1%, kepatuhan sedang 0%, dan kepatuhan rendah 9,1%.

Hubungan depresi dengan tingkat kepatuhan dianalisa menggunakan uji korelasi bivariat spearman, ditemukan bahwa tidak ada hubungan antara depresi dengan kepatuhan pada pasien gagal ginjal kronik ($p=0,948 > 0,05$).

4.1.7 Hubungan depresi dengan kualitas hidup

Berdasarkan hubungan depresi dengan kualitas hidup pada penelitian ini diperoleh data sebagai berikut:

Tabel 9. Hubungan depresi dengan tingkat kualitas hidup

	Tingkat Depresi				Sig	Korelasi
	Non Depresi		Depresi			
	n	%	n	%		
Kualitas Hidup Baik	31	(47,0%)	1	(1,5%)	0	0,478**
Kualitas Hidup Buruk	19	(28,8%)	15	(22,7%)		

Dari korelasi menggunakan uji bivariate spearman terdapat hubungan yang cukup kuat antara tingkat kualitas hidup dengan tingkat depresi, dimana diperoleh hasil pasien non-depresi memiliki kualitas hidup baik ($p < 0,05$). Pasien dengan kualitas hidup baik sejumlah 32 pasien (48,5%) dan kualitas buruk 34 pasien (51%). Pasien non-depresi dengan kualitas hidup baik sejumlah 47,0%, dan kualitas hidup buruk 28,8%. Pasien depresi dengan kualitas hidup baik sebanyak 1,5% dan kualitas hidup buruk 22,7%.

Nilai signifikan antara hubungan depresi dengan semua aspek kualitas hidup dapat dilihat dari data dibawah ini:

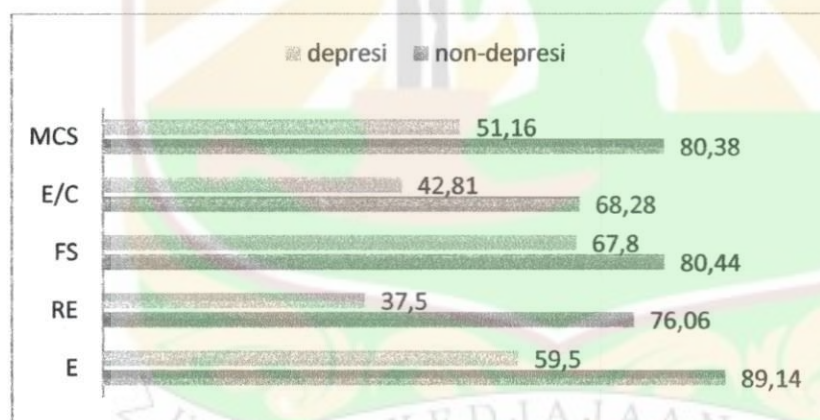
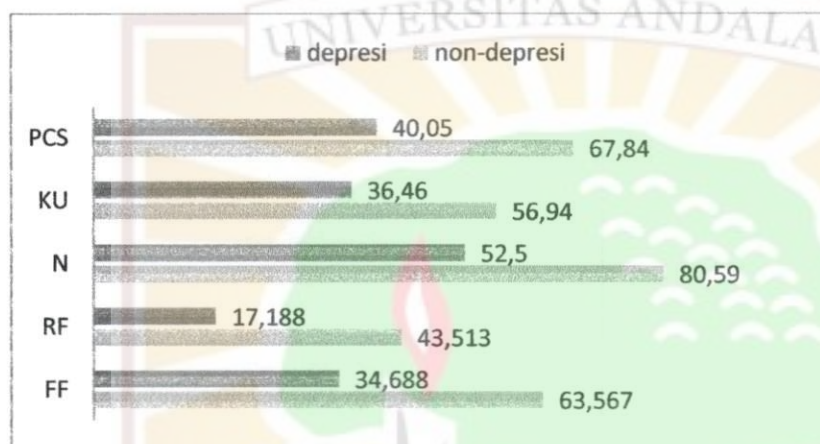
Tabel 10. Hubungan depresi dengan aspek kualitas hidup

	KUALITAS HIDUP KOMPONEN FISIK							
	FF		RF		N		KU	
	F hit	Sig	F hit	Sig	F hit	Sig	F hit	Sig
Tingkat Depresi	18,615	0	6,556	0,13	10,072	0,02	13,105	0,01

	KUALITAS HIDUP KOMPONEN MENTAL							
	E		RE		FS		E/C	
	F hit	Sig	F hit	Sig	F hit	Sig	F hit	Sig
Tingkat Depresi	33,297	0	12,75	0,01	4,162	0,045	10,072	0

Dari hubungan depresi dengan kualitas hidup mengidentifikasi bahwa terdapat perbedaan yang signifikan pada semua aspek atau komponen kualitas hidup ($F_{hit} > F_{tab} = 3,99$).

Jika dilihat hubungan tingkat depresi yaitu pasien depresi dan non-depresi pada semua aspek kualitas hidup didapatkan data seperti di bawah ini:



Grafik 3. Hubungan depresi dengan aspek kualitas hidup

Jika dibandingkan kualitas hidup pasien depresi dengan non-depresi diperoleh pasien non-depresi memiliki kualitas hidup terbaik pada semua aspek. Dari data diatas jika dilihat dari komponen kualitas hidup diperoleh pasien depresi memiliki kualitas hidup komponen fisik dan mental yang buruk, sedangkan pasien non depresi memiliki kualitas hidup yang baik. Pada pasien depresi hampir semua

aspek memiliki kualitas hidup yang buruk kecuali aspek fungsi sosial yang memiliki kualitas hidup yang baik. Sedangkan pada pasien non-depresi hampir semua aspek memiliki kualitas hidup yang baik kecuali aspek keadaan umum dan keterbatasan karena masalah fisik yang memiliki kualitas hidup yang buruk.

4.2 Pembahasan

Berdasarkan hasil temuan yang telah diuraikan diatas maka dalam penelitian ini dibahas beberapa hal diantaranya:

4.2.1 Hubungan karakteristik pasien dengan tingkat kepatuhan, kualitas hidup dan depresi pasien gagal ginjal kronik.

4.2.1.1 Hubungan karakteristik pasien dengan tingkat kepatuhan

Faktor yang mempengaruhi kepatuhan pasien yaitu karakteristik penyakit (umur, tingkat pendidikan, pendapatan keluarga dan ketersediaan asuransi kesehatan), norma budaya dan interaksi antara dokter dan pasien (Widyanti, 2008 & Budiman, 2013). Salah satu penelitian memaparkan etnik mempengaruhi kepatuhan pasien yang menerima terapi tranplantasi ginjal, dimana ras kulit hitam lebih kurang patuh dalam pengobatan (Greenstein, 1998). Faktor karakteristik pasien seperti jenis kelamin, ras, pekerjaan dan depresi juga ditemukan sedikit mempengaruhi tingkat kepatuhan terapi pasien (Williams, A. 1991).

Pada penelitian ini diperoleh hubungan antara tingkat kepatuhan dengan karakteristik pasien terdapat perbedaan signifikan pada status pasien ($p=0,028 < 0,05$). Dimana status janda/duda memiliki tingkat kepatuhan yang tinggi dibandingkan yang lain. Janda dengan kesendiriannya menuntut mereka untuk

tetap hidup dan bekerja terutama jika merupakan tulang punggung keluarga. Ini dilakukan demi kelangsungan hidupnya sendiri dan juga anak-anaknya sehingga menyebabkan mereka memiliki semangat untuk sembuh yang lebih besar. Selain itu faktor lingkungan keluarga terutama perhatian dari anak menyebabkan pasien janda lebih patuh dalam pengobatan. Beberapa studi mengatakan dukungan sosial yang baik mempengaruhi depresi (Roberto, 2011). Pada salah satu penelitian mengatakan semakin positif atau baik dukungan sosial maka semakin rendah tingkat depresi pada pasien gagal ginjal yang menjalani hemodialisis, sebaliknya semakin negatif dukungan sosial maka semakin tinggi depresi (Oktaviana, 2003). Depresi dapat mempengaruhi tingkat kepatuhan pasien dalam pengobatan (Kimmel, 2002).

4.2.1.2 Hubungan karakteristik pasien dengan kualitas hidup

Pada penelitian ini diperoleh terdapat perbedaan kualitas hidup yang signifikan pada beberapa karakteristik pasien seperti umur, lama hemodialisis, pendidikan terakhir, pekerjaan, jaminan, agama dan tindakan. Umur, tingkat pendidikan, pekerjaan, jaminan dan agama diketahui memiliki perbedaan signifikan pada komponen mental kualitas hidup. Sedangkan lama hemodialisa terdapat perbedaan signifikan pada komponen fisik, dan pada tindakan berbeda signifikan pada komponen fisik dan mental.

Pasien umur 20-30 tahun (pasien umur terendah) terlihat memiliki nilai kualitas hidup komponen mental terendah. Hasil ini didukung dari penelitian yang dilakukan oleh Devins (1997) yang menjelaskan kualitas hidup pasien lansia lebih baik pada aspek mental, sedangkan pasien muda lebih mudah mengalami

perubahan peran dalam hal kesehatan, pekerjaan, keluarga, seksual, dan merasa bahwa penyakit kronik menghancurkan masa depan mereka. Hal ini berbeda dengan pasien tua yang sering membandingkan diri dengan teman sebaya mereka yang sering menderita akibat penyakit kronik, dan menyebabkan mereka lebih cepat menerima keadaan. Ini juga diperkuat dari studi penelitian lain yang mengatakan hubungan antara umur dan psikologi pada pasien penyakit ginjal kronik, menyimpulkan bahwa pasien umur muda lebih mudah mengalami gangguan mental dari pada pasien lansia (Lopes, 2004).

Pasien dengan lama hemodialisis lebih dari 10 tahun terlihat memiliki kualitas hidup komponen fisik lebih baik dari yang lainnya. Semakin lama pasien menjalani hemodialysis maka kualitas hidup komponen fisik semakin baik. Hasil ini berlawanan dengan studi Albert (2004) yang mengatakan pada pasien hemodialysis terdapat kualitas hidup yang lebih baik khususnya aspek fisik pada lama pengobatan dialisis kecil dari 1 tahun, tetapi score kualitas hidup secara umum pada lama pengobatan kecil dari 1 tahun memiliki kualitas hidup yang rendah. Studi lain menjelaskan terjadi penurunan kualitas hidup komponen fisik pada pasien hemodialisis, tetapi pengaruh waktu terhadap aspek mental tidak terlihat secara signifikan (Mittal, 2001).

Pasien dengan pendidikan perguruan tinggi memiliki kualitas komponen mental lebih baik secara signifikan dari tingkat pendidikan lainnya. Ini diperkuat dengan yang dilaporkan oleh Ellinikou (2002), pasien gagal ginjal yang telah melalui pendidikan kurang dari 9 tahun (SMP) terlihat memiliki mental yang lebih rendah dan juga dilaporkan memiliki tingkat anxietas/insomnia dan depresi yang lebih tinggi. Secara keseluruhan pasien dengan profil sosioekonomi yang rendah

dan pendidikan yang rendah dilaporkan memiliki masalah psikologi, hubungan sosial, dan kesehatan pada umumnya. Hasil ini juga didukung oleh Theofilou (2011) yang menjelaskan terdapat hubungan yang independen antara penyakit, jenis kelamin perempuan, lansia, pendidikan rendah dan hidup sendiri dengan kualitas hidup yang rendah.

Pasien dengan pekerjaan tetap memiliki tingkat kualitas komponen mental yang lebih baik secara signifikan dari yang lain. Hasil ini diperkuat oleh sebuah studi yang mengatakan kualitas mental yang tinggi berhubungan dengan pekerjaan. Penelitian oleh Kusek (2002) menjelaskan status pernikahan dan pekerjaan berkaitan dengan kondisi mental (SF-36) studi pada pasien gagal ginjal ras kulit hitam. Penelitian lain juga melaporkan status pekerjaan sangat berperan dalam memprediksi kualitas mental pasien yang lebih baik. Pekerjaan ternyata memiliki pengaruh positif dalam memperbaiki kualitas hidup pasien. Pada pasien gagal ginjal tidak memiliki pekerjaan merupakan beban, terutama jika pasien merupakan tulang punggung keluarga. Pada studi ini, pekerjaan berkaitan dengan kualitas mental pasien setelah dilihat tingkat pendapatan. Oleh karena itu, peran pekerjaan berhubungan dengan kualitas hidup pasien dilihat dari keadaan keuangan. Pasien dialisis memiliki peluang terjadinya pengangguran lebih tinggi dari populasi pada umumnya (Bohlke, 2008). Status sosial yang rendah, yang bercirikan tingkat pendidikan yang rendah, situasi keuangan yang buruk dan tidak memiliki pekerjaan, semuanya berhubungan dengan rendahnya kualitas hidup (Mucsi, 2008).

Hubungan antara agama dengan kualitas hidup komponen mental ditemukan perbedaan yang signifikan, pasien muslim memiliki nilai kualitas

komponen mental yang lebih baik dari non-muslim. Patel (2002) menjelaskan terdapat hubungan antara agama dengan depresi, penyakit, dukungan sosial, dan kualitas hidup pasien. Pada pasien dialisis, terdapat hubungan antara agama dengan peningkatan kepuasan dalam menjalani hidup dan hubungan sosial (Koenig, 2000). Shalat pada pasien muslim dapat mengurangi ansietas dan depresi. Agama ternyata dapat mempengaruhi kualitas hidup dan meningkatkan kepuasan hidup pasien. Pasien dengan agama/keimanan kuat memiliki kualitas hidup yang lebih baik sehingga dapat memperbaiki fungsi fisik dan sosial pasien (Berman, 2004).

Terdapat perbedaan yang signifikan antara tindakan yang diberikan dengan kualitas komponen fisik dan mental. Pasien hemodialisa memiliki kualitas komponen mental dan fisik yang lebih baik dari pada pasien yang belum menjalani hemodialisa. Mittal (2001) menjelaskan bahwa setelah satu bulan pasien menjalani dialisis ternyata terjadi perbaikan kualitas hidup terutama komponen mental. Studi lain menunjukkan bahwa terjadi penurunan kualitas hidup pada aspek fisik pada pasien hemodialisis, namun pengaruh waktu pada aspek mental tidak terlihat secara signifikan.

Tipe pengobatan jelas mempengaruhi kualitas hidup pasien gagal ginjal. Pasien yang menjalani transplatasi memiliki kualitas fisik dan mental yang lebih baik (Baiardi, 2002). Tipe dialisis yang berbeda ternyata tidak menyebabkan perbedaan kualitas hidup. Meskipun beberapa studi mengatakan peritoneal dialysis lebih baik terutama pada aspek mental dari pada hemodialisis (Diaz, 2000). Bohlke (2008) menemukan peritoneal dialysis berhubungan secara signifikan dengan kualitas hidup, dimana ditemukan komponen mental pada

pasien lebih baik. Pasien dengan awal tindakan peritoneal dialysis memiliki pengaruh yang baik secara signifikan pada kualitas hidup, melibatkan fungsi fisik dan peran emosi dari pada pasien yang menjalani hemodialisa. Peritoneal dialysis dilaporkan memiliki kualitas hidup lebih baik secara signifikan pada kemampuan bepergian dan sedikit batasan diet. Hal yang mengejutkan, ditemukan perbaikan pada semua aspek kualitas hidup pada pasien hemodialisis dibandingkan dengan pasien peritoneal dialisis yang hanya terdapat perbaikan pada aspek fungsi fisik dan kesehatan umum (Albert, 2004).

4.2.1.3 Hubungan karakteristik pasien dengan tingkat depresi

Pada penelitian ini analisa menggunakan uji korelasi bivariante spearman, didapatkan hubungan depresi dengan beberapa karakteristik pasien yaitu umur, jenis kelamin, pekerjaan, jaminan dan agama. Pasien muda, perempuan, pengangguran, jamkesmas dan non muslim memiliki hubungan dengan depresi.

Hasil diatas diperkuat dengan penelitian yang dilakukan oleh Muchsi (2008) yang menjelaskan prevalensi depresi pada perempuan lebih tinggi disebabkan perempuan menanggapi penyakit terlalu negatif. Penelitian lain memberikan hasil berbeda, perbedaan jenis kelamin pada pasien depresi tidak signifikan (menggunakan *skala CES-D*) tetapi signifikan pada populasi normal (Theofilou, 2011).

Hasil penelitian ini berbeda dengan yang dilaporkan oleh Theofilou (2011) yang mengatakan lansia memiliki level fisik dan depresi yang lebih tinggi. Meskipun banyak penelitian menemukan hasil yang berbeda-beda, namun pada umumnya pasien lansia dilaporkan memiliki ketertarikan dan keterbatasan pada

aktifitas sosial dan lebih mudah mengalami depresi. Pada beberapa studi juga ditemukan lansia memiliki kondisi fisik yang lebih rendah dan level depresi yang lebih tinggi. Ini juga diperkuat oleh penelitian lain yang menemukan lansia memiliki tingkat depresi yang lebih tinggi dari yang muda (Bedema, 2010)

Status pekerjaan ditemukan memiliki pengaruh yang signifikan pada depresi. Hal ini lebih rentan terjadi pada pasien yang merupakan tulang punggung keluarga. Perempuan, pengangguran, pendapatan yang rendah dan hidup sendiri merupakan faktor resiko timbulnya depresi pada pasien umumnya dan pasien penyakit ginjal kronik khususnya. Artinya karakteristik pasien merupakan faktor resiko yang sangat kuat timbulnya depresi (Kessler, 2003). Pasien yang tidak memiliki pekerjaan signifikan memiliki tingkat depresi yang lebih tinggi (Bedema, 2010).

Pendalaman agama dapat mempengaruhi proses eliminasi anxietas, depresi dan frustrasi. Selain itu dengan ilmu agama dapat menimbulkan penerimaan keadaan dan mencegah hal buruk yang sama terjadi di masa depan (Saif, 2007). Penelitian lain mengatakan prevalensi depresi lebih rendah pada pasien yang memiliki pekerjaan yang tetap, dukungan sosial yang besar, spiritual/ pendalaman agama yang tinggi dan pasien yang telah menjalani hemodialisis telah lama (Kimmel, 2005). Hal ini juga diperkuat oleh penelitian oleh Koenig (2002) dengan metode cross sectional dan longitudinal yang menjelaskan bahwa agama dan spiritual berhubungan erat dengan depresi.

4.2.2 Gambaran derajat depresi pasien gagal ginjal kronik

Depresi merupakan penyakit yang sering muncul terutama pada pasien penyakit kronis, salah satunya gagal ginjal kronik. Pada penelitian ini dari 66 pasien yang didiagnosa gagal ginjal kronik 16 (22,24%) pasien menderita depresi. Pengukuran tingkat depresi menggunakan *skala BDI-II* dinyatakan depresi jika score >13 . Pada penelitian lain ditemukan 20-40 % populasi yang sedang menjalani terapi dialisis mengalami depresi dan nilai tersebut dapat lebih tinggi pada pasien predialisis (Zalai, 2008).

Pada penelitian lain menggunakan skala yang sama dilaporkan 30-50% pasien dialysis mengalami depresi (Makara, 2011) dan hasil laporan Brian (2010) ditemukan penderita depresi pada pasien yang menjalani hemodialisa 20-30%. Prevalensi pasien yang menderita depresi mendekati 20% pada pasien ESRD dilaporkan oleh Anderson. Pasien hemodialisa menderita depresi sebanyak 29% dan 27% mengalami gangguan ansietas (Cukor, 2007). Dilakukan perbandingan antara pasien hemodialisa dan peritoneal dialisa, hasilnya ditemukan dari 43 pasien yang menjalani peritoneal dialisis dan 43 hemodialisis dilaporkan prevalensi depresi 26,1% pada pasien hemodialisis dan 25,4% pada grup peritoneal dialisis (Mittal, 2001).

Pada studi dengan menggunakan parameter selain BDI-II, seperti yang dilakukan oleh DOPPS dengan partisipan >9000 orang pada 12 negara dilaporkan pasien depresi sebanyak 43% menggunakan CES-D sebagai skala mengukur tingkat depresi (Lopes AA, 2004). Pada studi lain dengan questioner yang sama pada pasien hemodialisis dilaporkan pasien depresi 26,7% (Hedayati, 2006). Depresi ditemukan pada 57 pasien (23,7%) dialisis dengan menggunakan CES-D

(Brian, 2010). Studi longitudinal pada pasien hemodialisis, dilaporkan 29% pasien depresi dengan menggunakan skala SCID sebagai parameter ukur. Menariknya, pada 16 bulan berikutnya ditemukan 43% pasien didiagnosa depresi. Depresi yang menetap berhubungan dengan penerimaan pasien terhadap status kesehatannya dan riwayat depresi (Cukor, 2008).

4.2.3 Gambaran tingkat kepatuhan pasien gagal ginjal kronik

Berdasarkan tingkat kepatuhan, jumlah pasien gagal ginjal yang ditemukan pada penelitian ini kepatuhan tinggi yaitu 53,03%, kepatuhan sedang 16,67% dan tingkat kepatuhan rendah 28,79%. Pasien hemodialisa tidak memiliki korelasi dengan tingkat kepatuhan dimana $p > 0,05$. Dimana tingkat kepatuhan tinggi 37,9%, kepatuhan sedang 15,2% dan kepatuhan rendah 24,2%.

William (1991) melaporkan pasien gagal ginjal terminal memiliki kepatuhan yang sangat rendah dalam pengobatan dan 50% pasien dialisis tidak mengambil obat. Dari hasil penelitian ditemukan pasien gagal ginjal yang menjalani hemodialisis memiliki kepatuhan yang lebih baik dari pada yang belum menjalani hemodialisis, ini dipengaruhi oleh obat yang diberikan pada pasien yang belum menjalani dialisis lebih kompleks dan banyak dari pada yang telah menjalani hemodialisis (rawat jalan). Ini diperkuat oleh Vermeire (2001) yang menjelaskan dengan meningkatnya jumlah obat yang digunakan maka kepatuhan dapat berkurang. Tetapi hasil ini berlawanan dengan hasil yang dilaporkan oleh Janie (2001), tidak ditemukan perbedaan yang signifikan antara pre dan post tindakan dialisis pada tingkat kepatuhan pengobatan pasien.

Penelitian yang dilakukan Hain (2008) pada pasien hemodialisa yang mengalami gangguan kognitif memiliki tingkat kepatuhan rendah melebihi 58,2%. Curtin (1997) melaporkan pasien yang menjalani hemodialisis lebih dari 1 tahun memiliki tingkat kepatuhan yang lebih baik dan lebih mengerti tentang pengobatan terutama kepatuhan dalam meminum obat.

Salah satu studi Leggat (1998) memaparkan, mempersingkat sesi dialisis secara langsung beresiko dapat meningkatkan mortalitas. Dilaporkan melewatkan satu atau lebih sesi hemodialisis lebih dari tiga kali per bulan (lebih dari 10 menit tiap sesi) berhubungan dengan peningkatan mortalitas 25 %. DOPPS juga melakukan hal yang sama pada 14.930 pasien gagal ginjal kronik, dilaporkan melewatkan satu atau lebih sesi dialisis dalam satu bulan berhubungan dengan meningkatnya resiko mortalitas 1,3 kali (Saran, 2003).

4.2.4 Gambaran kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik

Kualitas hidup merupakan sesuatu yang berhubungan dengan kesehatan yang bisa diartikan sebagai respon dari emosi penderita terhadap aktivitas sosial, emosi, pekerjaan dan hubungan antar keluarga, rasa bahagia atau senang, sesuai dengan harapan maupun kenyataan yang ada, adanya kepuasan dalam melakukan fungsi fisik sosial dan emosional, juga suatu kemampuan bersosialisasi dengan orang lain.

Definisi kualitas hidup menurut WHO pada tahun 2003, adalah kualitas hidup sebagai persepsi individu mengenai posisi mereka dalam kehidupan dilihat dari konteks budaya dan sistem nilai dimana mereka tinggal serta hubungannya dengan tujuan, harapan, standar, dan hal-hal yang menjadi perhatian individu.

Dari hasil yang diperoleh pada penelitian ini didapatkan kualitas hidup rata-rata pada komponen fisik termasuk kedalam kualitas hidup yang buruk. Jika dilihat dari tiap aspek komponen fisik terlihat hanya aspek nyeri yang memiliki kualitas hidup yang baik, sedangkan aspek keadaan umum, keterbatasan karena masalah fisik dan fungsi fisik termasuk kedalam kualitas hidup buruk. Kualitas hidup rata-rata pada komponen mental termasuk kedalam kualitas hidup yang baik. Jika dilihat dari tiap aspek komponen mental terlihat semua aspek memiliki kualitas hidup yang baik.

Rata-rata kualitas hidup jika diurutkan dari kualitas hidup yang baik yaitu aspek mental, fungsi sosial, nyeri, keterbatasan karena masalah emosi, energi, fungsi fisik, keadaan umum, keterbatasan karena masalah fisik. Kualitas hidup baik ketika nilai rata-rata $>60,00$. Nilai rata-rata kualitas hidup pasien gagal ginjal adalah 61,42, yang berarti kualitas hidup baik. Lundin menemukan 40,2% penderita gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa mempunyai kualitas hidup yang baik, sedangkan penelitian Siswanto menemukan 50,1% dari penderita hemodialisa memiliki kualitas hidup baik. Penelitian lain yang dilakukan oleh Levy dan Wynbrandt 31% pasien hemodialisa memiliki kualitas hidup baik (Yuwono, 2000). Perbedaan hasil ini diakibatkan oleh cara memperoleh data, seperti wawancara langsung kepada pasien atau pasien mengisi sendiri kuesioner secara langsung.

Dari data yang didapat aspek kualitas hidup yang baik yaitu pada aspek mental, fungsi sosial, nyeri, keterbatasan karena masalah emosi, energi, sedangkan kualitas hidup buruk pada aspek fungsi fisik, keadaan umum,

keterbatasan karena masalah fisik. Secara garis besar kualitas hidup terbaik terdapat pada komponen mental.

Dari berbagai studi ditemukan kualitas hidup pasien gagal ginjal dilihat dari komponen fisik dan mental berbeda-beda, tergantung pada tipe pengobatan yang diberikan (hemodialisis, peritoneal dialisis atau transplatasi ginjal), umur dan lama hemodialisis (Diaz, 2000; Devins, 1997; Mittal, 2001).

4.2.5 Hubungan depresi dengan tingkat kepatuhan pasien gagal ginjal kronik

Depresi memiliki hubungan yang kuat dengan banyak penyakit kronik, salah satunya penyakit ginjal kronik (Passik, 2000). Depresi merupakan salah satu faktor penyebab ketidakpatuhan pasien dalam pengobatan (Wiffen, 2007). Pada salah satu penelitian mengatakan pasien depresi lebih tidak patuh terhadap pengobatan dari pada pasien non-depresi (DiMatteo, 2000). Literature lain juga mengidentifikasi depresi sebagai faktor resiko ketidakpatuhan terapi (Johnson, 2007).

Berdasarkan hasil temuan penelitian mengenai hubungan tingkat kepatuhan dengan depresi menggunakan analisa uji korelasi bivariat spearman, ditemukan bahwa tidak ada hubungan antara depresi dengan kepatuhan pada pasien gagal ginjal kronik ($p > 0,05$). Kepatuhan pasien tidak tergantung dari depresi atau tidaknya pasien, ini bisa disebabkan oleh faktor budaya dan dukungan/perhatian dari keluarga. Pada salah satu penelitian mengatakan depresi memiliki pengaruh yang kuat berkontribusi menurunkan kepatuhan terapi pada pasien gagal ginjal terminal yang dilakukan hemodialisis atau transplatasi organ (Cukor, 2009). Cohen (2007) melaporkan dengan populasi yang pada umumnya

adalah pasien dengan kulit hitam, ditemukan depresi merupakan faktor resiko ketidakpatuhan pasien dalam pengobatan meskipun hanya dalam persentase yang kecil. Perbedaan hasil dari tiap penelitian kemungkinan disebabkan oleh perbedaan demografi atau sample yang heterogen.

Depresi dapat mempengaruhi tingkat kepatuhan pasien dalam pengobatan terutama pada pasien dialisis (Kimmel, 2002). Faktor yang menyebabkan rendahnya kepatuhan pasien adalah gangguan psikis, lamanya pengobatan, jumlah obat yang banyak, harga obat, dan regimen obat yang komplek (Morris, 1992). Depresi dapat memberikan pengaruh yang buruk terhadap kehidupan pasien, seperti menurunkan kualitas hidup dan kepatuhan pasien dalam pengobatan (Rita, 2009). Pada pasien hemodialisis dengan depresi memiliki kualitas hidup yang lebih rendah, serta dapat menyebabkan penurunan kepatuhan pasien dalam pengobatan (Hedayati, 2006).

4.2.6 Hubungan depresi dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik

Hubungan depresi dengan kualitas hidup pada penelitian ini menggunakan uji spearman, diperoleh tingkat depresi cukup berhubungan dengan tingkat kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik dimana pasien non-depresi memiliki kualitas hidup yang lebih baik. Pada salah satu penelitian mengatakan prevalensi yang tinggi dari depresi berkaitan dengan kualitas hidup yang rendah (Cengic, 2010). Semakin tinggi tingkat depresi maka kualitas hidup semakin menurun secara signifikan (Bedema, 2010). Pasien depresi yang sedang menjalani dialysis memiliki nilai kualitas hidup dan kepatuhan pengobatan yang rendah dari non-depresi (Kimmel, 2005). Pada pasien hemodialisa dengan depresi memiliki

kualitas hidup yang lebih rendah, terutama disebabkan oleh kerusakan fungsi dan diperburuk oleh komorbid yang menyertai (Hedayati, 2006).

Melihat nilai aspek kualitas hidup pasien pada tingkat depresi menggunakan skala SF-36 dan analisis menggunakan uji annova, didapatkan hubungan depresi dengan kualitas hidup terdapat perbedaan yang signifikan pada semua aspek atau komponen kualitas hidup. Dimana kualitas hidup pasien non-depresi lebih baik dari pada yang depresi.

Depresi menyebabkan penurunan kualitas hidup pasien terutama dipengaruhi oleh kondisi fisik dan mental, kondisi tersebut sangat baik pada pasien non-depresi terutama dalam masalah bekerja (Baiardi, 2002). Hasil penelitian oleh Drayers (2006) menyatakan, dua hal yang sangat berhubungan dengan kualitas hidup pada pasien depresi adalah peranan emosi dan kesehatan mental. Hasil tersebut memiliki nilai kualitas hidup aspek mental yang lebih rendah (menggunakan SF-36) dibandingkan pasien hemodialisa non-depresi, tetapi tidak berbeda pada kondisi fisik (Drayer, 2006), tetapi studi lain menyatakan hal yang berbeda, yang menjelaskan kondisi fisik dan mental keduanya sangat dipengaruhi pada pasien depresi.

V. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan temuan penelitian, maka dapat diperoleh kesimpulan sebagai berikut :

1. Jumlah pasien gagal ginjal kronik yang menderita depresi sebanyak 22.24%. Terdapat hubungan yang signifikan pada jenis kelamin, pekerjaan, jaminan dan agama pasien gagal ginjal kronik.
2. Tingkat kepatuhan pasien gagal ginjal yang ditemukan termasuk kedalam kategori kepatuhan tinggi. Terdapat hubungan yang signifikan pada status pasien gagal ginjal kronik.
3. Kualitas hidup rata-rata pasien adalah kualitas hidup baik. Terdapat perbedaan yang signifikan pada karakteristik "tindakan".
4. Tidak ditemukan hubungan antara depresi dengan tingkat kepatuhan pada pasien gagal ginjal.
5. Terdapat hubungan yang cukup antara tingkat depresi dengan tingkat kualitas hidup pasien gagal ginjal kronis. Pasien non-depresi memiliki kualitas hidup yang baik.

5.2 Saran

1. Diharapkan pada penelitian selanjutnya menilai tingkat kepatuhan dengan menggunakan skala yang tidak hanya dapat digunakan pada obat oral.
2. Perlu menilai tingkat kepatuhan diet dan keteraturan pasien menjalani dialisis pasien hemodialisa.

DAFTAR PUSTAKA

- Albert, W. 2004. Changes in quality of life during hemodialysis and peritoneal dialysis treatment: generic and disease specific measures. *J Am Soc Nephrol.* 15: 743–753.
- Anonym. 2007. Pharmaceutical care untuk penderita gangguan depresif. *Direktorat Bina Farmasi Komunitas dan Klinik.* Ditjen Bina Kefarmasian dan alat kesehatan.
- Anonymous. 2009. *British National Formulary.* London: BMJ Group and RPS Publishing.
- Apostolo, J., Figueiredo, M., Mendes, A., Rodrigues M. 2011. Depression, anxiety and stress in Primary Health Care Users Rev. 19(2): 348–353.
- Baiardi, F., Degli, E., Cocchi, R. 2002. Effects of clinical and individual variables on quality of life in chronic renal failure patients. *J Nephrol.* 15(1):61-7.
- Baiardi, F., Esposti, E.D., Cocchi, R., Fabbri, A., Sturani, A., Valpiani, G., Fusarol, M. 2002. Effects of clinical and individual variables on quality of life in chronic renal failure patients. *J Nephrol.* 15(1):61-67.
- Baykan, H., Yargic, I. 2012. Depression, anxiety disorders, quality of life and stress coping strategies in hemodialysis and continuous ambulatory peritoneal dialysis patients. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology.*
- Bedema. 2010. Depression in hemodialysis patient. *Bosnian Journal Of Basic Medical Sciences.* 10(1): 73-78.
- Berlim, M.T., Mattevi, B.S., Duarte, A.P., Thome, F.S., Barros, E.J.G., Fleck, M.P. 2006. Quality of life and depressive symptoms in patients with major depression and end-stage renal disease: A matched-pair study. *J Psychosom Res.* 61(5):731-734.
- Berman, E., Merz, J., Rudnick, M., Snyder, R., Rogers, K., Lee, J., Johnson, D., Mosenkis, A., Israni, A., Wolpe, P., Lipschutz, J. 2004. Religiosity in a haemodialysis population and its relationship to satisfaction with medical care, satisfaction with life, and adherence. *American Journal of Kidney Disease.* 44(3), 488-497.
- Bohlke, M. 2008. Predictors of quality of life among patients on dialysis in southern Brazil. *Sao Paulo Med J.* 126(5):252-256.
- Brian, T., Daniel, E., Lena, M. 2010. Depression and cognitive function in maintenance hemodialysis. *Am J Kidney.* 56(4):704–712.

- Buck, M.L. 1997. Improving compliance with medication regimen. *Pediatric Pharmacol.* 3:8.
- Budiman, A. 2013. Faktor yang mempengaruhi kepatuhan berobat pasien yang diterapi dengan tamoxifen setelah operasi kanker payudara. *Jurnal Kesehatan Andalas.*
- Casper, D. 2005. Harrison manual of medicine. McGraw-Hill.
- Cengic, B and Resic, R. 2010. Depression in hemodialysis patients. *Bosnian Journal of Basic Medical Sciences.* 10:73-78.
- Cohen, S.D., Norris, L., Acquaviva, K. 2007. Screening, diagnosis, and treatment of depression in patients with end-stage renal disease. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2: 1332-1342.
- Curtin, R.B., Svarstad, B.L., Andress, D., Keller, T., Sacksteder, P. 1997. Differences in older versus younger haemodialysis patients noncompliance with oral medications. *Geriatr Nephrol Urol.* 7:35-44.
- Cukor, D. 2009. Depression is an important contributor to low medication adherence in hemodialyzed patients and transplant recipients. *Kidney International.* 75: 1223-1229.
- Cukor, D., Coplan, J., Brown, C., Friedman, S., Cromwell, A., Peterson, R.A., Kimmel, P.L. 2007. Depression and anxiety in urban hemodialysis patients. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2(3):484-90.
- Devins, G.M., Beanlands, H., Mandin, H., Paul, L.C. 1997. Psychosocial impact of illness intrusiveness moderated by self-concept and age in end-stage renal disease. *Health Psychol.* 16(6):529-538.
- Diaz, J.A., Lowrie, E.G., Lew, N.L., Zhang, H., Lazarus, J.M. 2000. Quality of life evaluation using Short Form 36: comparison in hemodialysis and peritoneal dialysis patients. *Am J Kidney Dis.* 35(2):293-300.
- DiMatteo, R.M., Lepper, H.L., Croghan, T.W. 2000. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment. *Arch Intern Med.* 160:2101-2107.
- Dipiro, J.T., Talbert, R.L., Yee, G.C., Matzke, G. R., Wells, B.G., Posey, L.M. 2008. Pharmacotherapy: a pathophysiologic approach seventh edition. Mc Graw Hill Medical.
- Drayer, R.A., Piraino, B., Reynolds, C., Houck, P.R., Mazumdar, S., Bernardini, J., Shear, M.K., Rollman, B.L. 2006. Characteristics of depression in hemodialysis patients: symptoms, quality of life and mortality risk. *Gen Hosp Psychiatry.* 28(4):306-312.

- Eller, E.B., Weller, R.A. 1990. Depressive disorders in children and adolescent. *Psychiatric disorders in children and adolescents*. Philadelphia: Saunders. 3-19.
- Ellinikou, M and Zissi, A. 2002. Quality of life and chronic illnesses. Prognostic variables for the psychosocial rehabilitation of the patients with chronic illness. *Medicine*. 82:124–131.
- Elvina, M. 2011. Skoring kualitas hidup ibu post partum berdasarkan faktor-faktor demografi ibu yang di ukur dengan kuesioner *Short For -36*. *Skripsi*, Universitas Sumatera Utara.
- Fauchi. 2008. *Harrisons principle of internal medicine*. The McGraw-Hill companies.
- Fernandez, A., Saameno, J., Pinto, A., Luciano, J.V., Autonell, J., Palao, D., Salvador, L., Campayo, J.G., Haro, J.M., Serrano, A. 2010. Burden of chronic physical conditions and mental disorders in primary care. *Br J Psych*. 196:302–309.
- Friend, R., Hatchett, L., Wadwha, N.K., Suh, H. 1997. Serum albumin and depression in end-stage renal diseases. *Adv Perit Dial*. 13:155–157.
- Gendelman, N., Snel, J., McFann, K., Kinney, G., Wadwa, P., Bishop, F., Rewers, M., Maahs, D. 2009. Prevalence and correlates of depression in individuals with and without type 1 diabetes.
- Greenstein, S and Siegal, B. 1998. Compliance and noncompliance in patients with a functioning renal transplant: a multicenter study. *Transplantation*. 66:1718–1726.
- Hain, D.J. 2008. Cognitive function and adherence of older adults undergoing hemodialysis. *Nephrol Nurs J*. 35(1):23–29.
- Hedayati, S.S., Bosworth, H.B., Kuchibhatla, M., Kimmel, P.L., Szczech, L.A. 2006. The predictive value of self report scales compared with physician diagnosis of depression in hemodialysis patients. *Kidney Int*. 69(9):1662-1668.
- Hedayati, S.S., Grambow, S.C., Szczech, L.A., Stechuchak, K.M., Allen, A.S., Bosworth, H.B. 2005. Physician-diagnosed depression as a correlate of hospitalizations in patients receiving long-term hemodialysis. *Am J Kidney Dis*. 46(4):642–649.
- Janie, R and Wells. 2011. Hemodialysis knowledge and medical adherence in african americans diagnosed with end stage renal disease: results of an educational interventio. *Nephrology Nursing Journal*. 38:2.

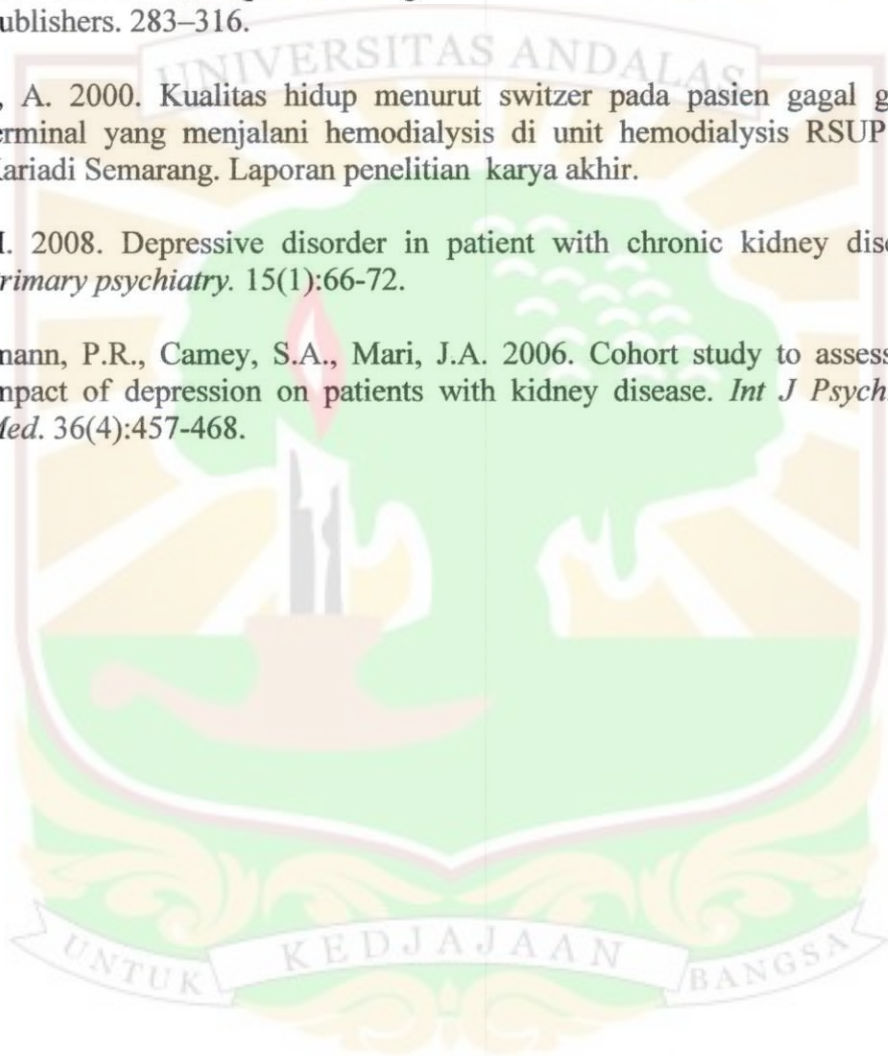
- Johnson, M.O., Charlebois, E., Morin, S.F. 2007. Effects of a behavioral intervention on antiretroviral medication adherence among people living with HIV: the healthy living project randomized controlled study. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 46:574–580.
- Kaplan, H., Sadock, B., Grebb, J. 1997. Sinopsis psikiatri. Ilmu pengetahuan perilaku psikiatri klinis edisi ke-7. Jakarta: Binapura Aksara.
- Kardas, P. 2002. Patient compliance with antibiotic treatment for respiratory tract infections. *J Antimicrob Chem.* 49:897-903.
- Katon, W.J., Russo, J., Elizabet, Heckbert, S., Karter, A.J., Williams, L.H., Ciechanowski, P., Ludman, E., Koref, M.V. 2009. Diabetes and poor disease control: Is comorbid depression associated with poor medication adherence or lack of treatment intensification. *Psychosomatic Medicine.* 71:965-972.
- Katzung, B.G. 1994. Farmakologi dasar dan klinik. Alih bahasa oleh staf dosen farmakologi fakultas kedokteran Universitas Sriwijaya. Penerbit buku kedokteran EGC.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O. 2003. The epidemiology of major depressive disorder. Results from the national Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA.* 289(23):3095-3105.
- Kimmel, P.L., Peterson, R.A. 2002. Depression in patient with end-stage renal disease treated with dialysis: has the time to treat arrived ?. *Clin Am Soc Nephrol.* 1:349-352.
- Kimmel, P.L. 2002. Depression in patients with chronic renal disease: what we know and what we need to know. *J Psychom Res.* 53:951–956.
- Kimmel, P.L., Philips, T.M., Simmens, S.J. 1998. Immunologic function and survival in hemodialysis patients. *Kidney Int.* 54: 236–244.
- Kimmel, P.L., Weihs, K.L., Peterson, R.A. 1993. Survival in hemodialysis patients: the role of depression. *J Am Soc Nephrol.* 4:12–27.
- Kimmel, P.L., Peterson, R.A., Weihs, K.L. 1996. Psychologic functioning, quality of life, and behavioral compliance in patients beginning hemodialysis. *J Am Soc Nephrol.* 7(10):2152-2159.
- Kimmel, P.L., Peterson, R.A., Weihs, K.L. 2005. Behavior compliance with dialysis prescription in hemodialysis patients. *J Am Soc Nephrol.* 16:2487-2494.

- Kimmel, P.L and Peterson, R.A. 2005. Depression in end-stage renal disease patients treated with haemodialysis: tools, correlates, outcomes, and needs. *18(2):91-97.*
- Knight, R.J and Daly, L. 2004. The impact of pancreas transplantation on patient employment opportunities. *Clin Transplant. 18(1):49-52.*
- Koenig, H.G. 2000. Religion, spirituality, and medicine: application to clinical practice. *JAMA. 284:1708.*
- Kusek, J.W., Greene, P., Wang, S.R. 2002. Cross-sectional study of health-related quality of life in African Americans with chronic renal insufficiency: the african american study of kidney disease and hypertension trial. *Am J Kidney Dis. 39(3):513-524.*
- Leggat, J.E., Orzol, S.M., Hulbert, T.E., Golper, T.A., Jones, C.A., Held, P.J., Port, F.K. 1998. Noncompliance in hemodialysis: predictors and survival analysis. *American Journal of Kidney Disease. 32(1):139-145*
- Lopes, A.A., Albert, J.M., Young, E.W. 2004. Screening for depression in hemodialysis patients: associations with diagnosis, treatment and outcomes in the DOOPS. *Kidney Int. 66(5):2047-2053*
- Lundin, P.A and Weiner, B.R. 1997. Psychological aspects of treatment for renal failure. Oxford: oxford university press.
- Martín, E., Ruigómez, A., Johansson, S., Wallander, M.A., García, L.A. 2010. study of a cohort of patients newly diagnosed with depression in general practice: prevalence, incidence, comorbidity, and treatment patterns. *Primary Care Companion J Clin Psychiatry. 12(1).*
- Makara, M and Koslak, A. 2011. Depression symptoms among patients with end stage renal disease and among primary health care patients. *Archieve of psychiatry and psychotherapy. 3:5-10.*
- Mittal, S.K., Ahern, L., Flaster, E., Maesaka, J.K., Fishbane, S. 2001. Self-assessed physical and mental function of haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant. 16(7):1387-1394.*
- Mittal, S.K., Ahern, L., Flaster, E., Mittal, V.S., Maesaka, J.K., Fishbane, S. 2001. Self-assessed quality of life in peritoneal dialysis patients. *Am J Nephrol. 21(3):215-220.*
- Morisky, D.E., Green, L.W., Levin, D.M. 1986. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care. 24:67-74.*

- Mucsi, I. 2008. Health-related quality of life in chronic kidney disease patients. *Primary Psychiatry*. 15(1):46-51.
- Nofitri, N. 2009. Gambaran kualitas hidup penduduk dewasa pada lima wilayah di Jakarta. Depok: penerbit Universitas Indonesia.
- Oktaviana, R. 2003. Hubungan antara dukungan sosial dengan depresi pada pada pasien Gagal Ginjal Kronik yang menjalani hemodialisa. Universitas Bina Darma.
- Osterberg, L and Blaschke, T. 2005. Adherence to medication. *N Engl J Med*. 353:5.
- Passik, S.D., Lundberg, J.C., Rosen, F.B., Kirsh. 2000. Factor analysis of the zung self-rating depression scale in a large ambulatory sample. *Psychosomatic*. 41:121-127.
- Patel, S.S., Shah, V.S., Peterson, R.A., Kimmel, P.L. 2002. Psychosocial variables, quality of life, and religious beliefs in ESRD patients treated with hemodialysis. *Am J Kidney Dis*. 40:1013-1022.
- Paulo. 2011. Depression and quality of life of hemodialysis patients living in a poor region of Brazil. *Rev Bras Psiquiatr*. 33:332-337.
- Reus. 1995. Mood disorders. *Review of general psychiatry*. London: Prentice Hall International Inc. 258-262.
- Rifikin, A. 1992. Depression in physically ill patients. *Postgraduate medicine*. 9:147-154.
- Rita. 2009. Depression in the elderly on hemodialysis for chronic renal failure. 22:505-508.
- Roberto, P. 2011. Depression and quality of life of hemodialysis patients living in a poor region of Brazil. *Official Journal of the Brazilian Psychiatric Association*. 33:332-337.
- Ron, D. 1997. Kidney disease quality of life short form (KDQOL-SF).
- Saif, A. 2007. Depression among end-stage renal failure patients in El-Shifa Hospital Gaza Strip. *Arabpsynet e.Journal*.
- Saran, R., Bragg, J.L., Rayner, H.C., Goodkin, D.A., Keen, M.L., van, P.C. 2003. Nonadherence in hemodialysis: associations with mortality, hospitalization, and practice patterns in the DOPPS. *Kidney International*. 64:254-262.

- Sarason, I.G., Sarason, B.R. *Abnormal psycology*. London: Prentice Hall International Inc. 282-307.
- Scanlon, V. 2007. *Essential of anatomy and physiology*. Davis Company: Philadelphia.
- Shim, R.S., Baltrus, P., Ye, J., Rust, G. 2011. Prevalence, treatment, and control of depressive symptoms in the United States: results from the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES). *JABFM*. 24(1):33–38.
- Simpson, R.J. 2006. Challenges for improving medication adherence. *JAMA*. 296:2614-2616.
- Suharjono dan Rahardjo P. 1987. Artikel diit protein dan ginjal. *Cermin Dunia Kedokteran*.
- Sweetman, S.C. 2009. *Martindale* (3rd – 6th Ed). London: Pharmaceutical Press.
- Theofilou, P. 2011. Depression and anxiety in patients with chronic renal failure: The effect of sociodemographic characteristics. *International Journal of Nephrology*.
- Thomson, C. 1996. Mood disorders. *Medicine*. 3:1-5.
- Vermeire, E. 2001. Patient adherence to treatment: three decades of research. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*. 26:331-342.
- Weiss, E.I., Longhurst, J.G., Mazure, C.M. 1999. Childhood sexual abuse as a risk factor for depression in woman. *Am J Psychiatry*. 156:816-828.
- Wells, B.G., Dipiro, J.T., Schiwinghammer, T., Dipiro, C.V. 2009. *Pharmacotherapy Handbook* seventh edition. Mc Graw Hill Medical.
- Wells, B.G., Dipiro, J.T., Schiwinghammer, T., Hamilton, C. 2006. *Pharmacotherapy handbook* seventh edition. Mc Graw Hill Medical.
- Widyanti, K. 2008. Hubungan antara jumlah dukungan sosial yang diterima dengan kepatuhan menjalani terapi ARV. Tesis FPSI UI.
- Wiffen, P., Mitchell, M., Snelling, M., Stoner, N. 2007. *Oxford handbook of clinical pharmacy*. Oxford University Press.
- Williams, A. 1991. Factors affecting adherence of end-stage renal disease patients to an exercise programme. *Br J Sp Med*. 25(2).

- Wijaya, A. 2005. Kualitas hidup pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis dan mengalami depresi. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Winnick, S., Lucas, D.O., Hartman, A.L., Toll, D. 2005. How do you improve compliance. *Pediatrics*. 115:718-724.
- Yiriyama, R., Weidenfeld, J., Pollak, Y. 1999. Depression due to a general medical condition and antidepressant drugs. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers. 283-316.
- Yuwono, A. 2000. Kualitas hidup menurut switzer pada pasien gagal ginjal terminal yang menjalani hemodialisis di unit hemodialisis RSUP DR Kariadi Semarang. Laporan penelitian karya akhir.
- Zalai, M. 2008. Depressive disorder in patient with chronic kidney disease. *Primary psychiatry*. 15(1):66-72.
- Zimmermann, P.R., Camey, S.A., Mari, J.A. 2006. Cohort study to assess the impact of depression on patients with kidney disease. *Int J Psychiatry Med*. 36(4):457-468.



Lampiran 1. Lembar Persetujuan (*Inform Concern*)**LEMBAR PERSETUJUAN (*Inform Concern*)**

Saya yang bernama Havizur Rahman, S.Farm, Apt dengan No. BP 1121213028 adalah mahasiswa Pascasarjana Program Studi Farmasi Universitas Andalas Padang. Saat ini saya sedang melakukan penelitian tentang **“Tingkat Kepatuhan Terhadap Terapi dan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Mengalami Depresi Dibandingkan dengan Non-Depresi”**. Penelitian ini merupakan salah satu kegiatan dalam menyelesaikan tugas akhir Pascasarjana Program Studi Farmasi Universitas Andalas Padang.

Untuk keperluan tersebut saya mengharapkan kesediaan Bapak/Ibu/Sdr/i untuk berpartisipasi dalam penelitian ini di mana penelitian ini tidak akan membawa dampak yang membahayakan. Saya mohon kesediaan Bapak/Ibu/Sdr/i untuk mengisi lembar kuesioner dengan jujur dan apa adanya. Jika bersedia silahkan menandatangani lembar persetujuan ini sebagai bukti kesediaannya.

Partisipasi Bapak/Ibu/Sdr/i dalam penelitian ini bersifat sukarela, sehingga tidak ada paksaan bila ingin mengundurkan diri setiap saat tanpa ada sanksi apapun. Semua informasi yang diberikan akan dirahasiakan dan hanya akan dipergunakan dalam penelitian ini.

Terima kasih atas partisipasi Bapak/Ibu/Sdr/i dalam penelitian ini.

Peneliti

Responden

Havizur Rahman, S.Farm, Apt

(_____)

Lampiran 2. Kuesioner penilaian psikis pasien

BECK DEPRESSION INVENTORY (BDI) II (Gendelman *et al*, 2009)

Bacalah setiap kelompok pernyataan itu dengan seksama. Kemudian pilihlah satu pernyataan dalam masing-masing kelompok, yang paling tepat melukiskan perasaan-perasaan yang Anda rasakan pada pekan yang lalu, termasuk hari ini. Lingkari nomor yang tertera disamping pernyataan yang Anda pilih. Jika ada beberapa pernyataan pada kelompok itu yang nampaknya cocok dengan keadaan Anda, lingkari pada nomor yang paling tinggi. Pastikanlah bahwa Anda telah membaca semua pernyataan pada setiap kelompok sebelum menjatuhkan pilihan.

1. 0. Saya tidak merasa sedih
 1. Saya merasa sedih
 2. Saya merasa sedih sepanjang waktu dan saya tidak dapat menghilangkannya.
 3. Saya sedih begitu sedih sehingga saya merasa tidak tahan lagi.
2. 0. Saya tidak merasa berkecil hati terhadap masa depan
 1. Saya merasa berkecil hati terhadap masa depan
 2. Saya merasa tidak ada sesuatu yang saya nantikan
 3. Saya merasa bahwa tidak ada harapan dimasa depan dan segala sesuatunya tidak dapat diperbaiki.
3. 0. Saya tidak merasa gagal
 1. Saya merasa lebih banyak mengalami lebih banyak kegagalan daripada rata-rata orang
 2. Kalau saya meninjau kembali hidup saya yang dapat saya lihat hanyalah banyak kegagalan
 3. Saya merasa sebagai pribadi yang gagal.
4. 0. Saya memperoleh kepuasan atas segala sesuatu seperti biasanya
 1. Saya tidak dapat menikmati segala sesuatu seperti biasanya
 2. Saya tidak lagi memperoleh kepuasan yang nyata dari segala sesuatu
 3. Saya tidak puas dan bosan terhadap apa saja
5. 0. Saya tidak merasa bersalah
 1. Saya cukup sering merasa bersalah
 2. Saya sering merasa sangat bersalah
 3. Saya merasa bersalah sepanjang waktu

6. 0. Saya tidak merasa bahwa saya sedang dihukum
 1. Saya merasa bahwa saya mungkin dihukum
 2. Saya mengharapkan agar dihukum
 3. Saya merasa bahwa saya sedang dihukum

7. 0. Saya merasa tidak kecewa terhadap diri saya sendiri
 1. Saya merasa kecewa terhadap diri saya sendiri
 2. Saya merasa jijik terhadap diri saya sendiri
 3. Saya merasa membenci diri saya sendiri

8. 0. Saya tidak merasa bahwa saya tidak lebih buruk daripada orang lain
 1. Saya selalu mencela diri saya sendiri karena kelemahan dan kekeliruan saya
 2. Saya menyalahkan diri saya sendiri sepanjang waktu atau kesalahan-kesalahan saya
 3. Saya menyalahkan diri saya sendiri atas semua hal buruk yang telah terjadi

9. 0. Saya tidak mempunyai pikiran untuk bunuh diri
 1. Saya mempunyai pikiran-pikiran untuk bunuh diri tetapi saya tidak akan melaksanakannya
 2. Saya ingin bunuh diri
 3. Saya akan bunuh diri kalau ada kesempatan

10. 0. Saya tidak menangis lebih dari biasanya
 1. Sekarang saya merasa lebih banyak menangis daripada biasanya
 2. Sekarang saya menangis sepanjang waktu
 3. Saya biasanya dapat menangis tetapi sekarang saya tidak dapat menangis meskipun saya ingin menangis

11. 0. Sekarang saya tidak merasa lebih jengkel daripada sebelumnya
 1. Saya lebih mudah jengkel atau marah daripada biasanya
 2. Saya sekarang merasa jengkel sepanjang waktu
 3. Saya tidak dibuat jengkel oleh hal-hal yang biasanya menjengkelkan saya

12. 0. Saya masih tetap senang bergaul dengan orang lain
 1. Saya kurang berminat pada orang lain dibandingkan dengan biasanya
 2. Saya mempunyai kesulitan yang lebih besar dalam mengambil keputusan daripada sebelumnya
 3. Saya sama sekali tidak dapat mengambil keputusan apapun

13. 0. Saya mengambil keputusan-keputusan sama baiknya dengan sebelumnya
 1. Saya lebih banyak menunda keputusan daripada biasanya
 2. Saya mempunyai kesulitan yang lebih besar dalam mengambil keputusan daripada sebelumnya
 3. Saya sama sekali tidak dapat mengambil keputusan apapun

14. 0. Saya tidak merasa bahwa saya kelihatan lebih jelek daripada biasanya
 1. Saya merasa cemas jang-jangan saya tua atau tidak menarik

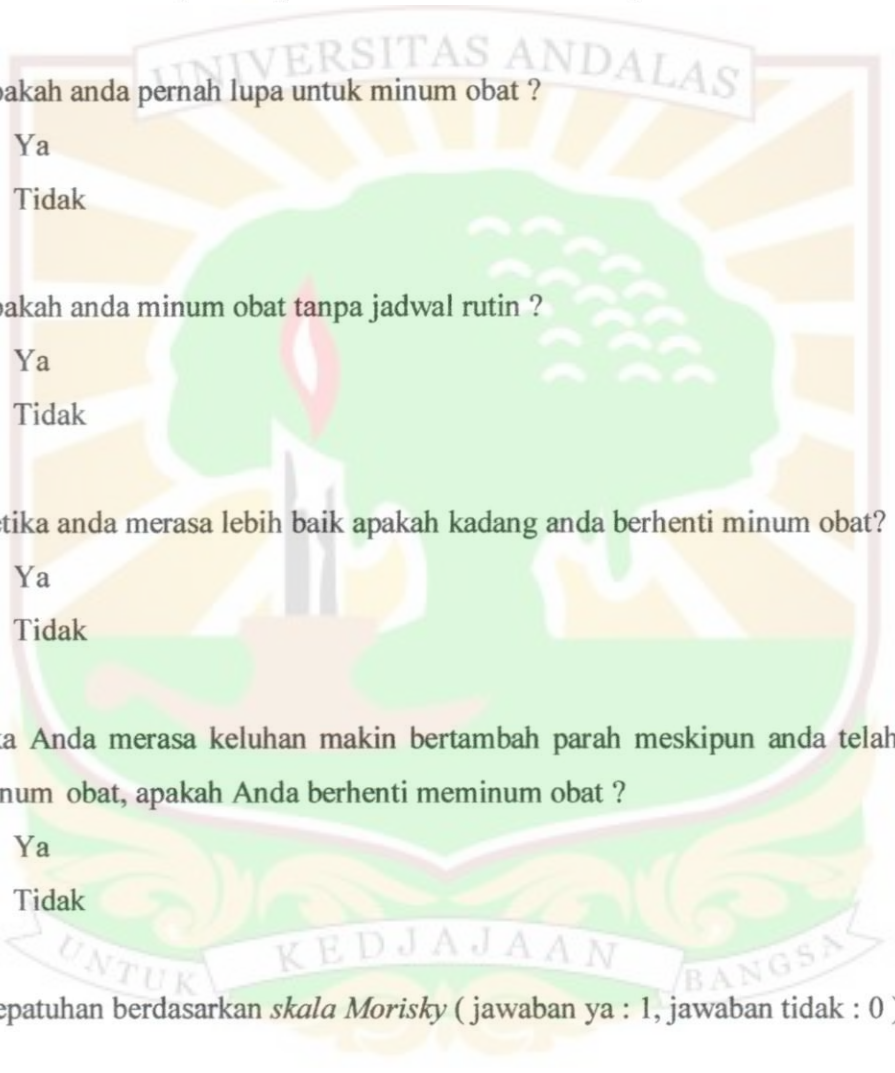
2. Saya merasa bahwa perubahan-perubahan tetap pada penampilan saya yang membuat saya kelihatan tidak menarik
 3. Saya yakin bahwa saya jelek
15. 0. Saya dapat bekerja dengan baik seperti sebelumnya
 1. Saya membutuhkan tenaga istimewa untuk mulai mengerjakan sesuatu
 2. Saya harus memaksa diri untuk mengerjakan sesuatu
 3. Sama sekali tidak dapat mengerjakan apa-apa
 16. 0. Saya dapat tidur nyenyak seperti biasanya
 1. Saya tidak dapat tidur nyenyak seperti biasanya
 2. Saya bangun 2-3 jam lebih awal daripada biasanya dan tidak dapat tidur kembali
 3. Saya bangun beberapa jam lebih awal daripada biasanya dan tidak dapat tidur kembali
 17. 0. Saya tidak lebih lelah dari biasanya
 1. Saya lebih mudah lelah dari biasanya
 2. Saya hampir selalu merasa lelah dalam mengerjakan apa saja
 3. Saya merasa terlalu lelah untuk mengerjakan apa saja
 18. 0. Nafsu makan saya seperti biasanya
 1. Nafsu makan saya tidak sebesar biasanya
 2. Sekarang nafsu makan saya jauh lebih berkurang
 3. Saya tidak mempunyai nafsu makan sama sekali
 19. 0. Saya tidak banyak kehilangan berat badan akhir-akhir ini
 1. Saya telah kehilangan berat badan 5 Kg lebih
 2. Saya telah kehilangan berat badan 10 Kg lebih
 3. Saya telah kehilangan berat badan 15 Kg lebih
 4. Saya sengaja berusaha mengurangi berat badan dengan makan lebih sedikit :
 ya tidak
 20. 0. Saya tidak mencemaskan kesehatan saya melebihi biasanya
 1. Saya cemas akan masalah kesehatan fisik saya, seperti sakit dan nyeri, sakit perut ataupun sembelit
 2. Saya sangat cemas akan masalah kesehatan fisik saya dan sulit memikirkan hal-hal lainnya
 3. Saya begitu cemas akan fisik saya sehingga saya tidak dapat berpikir mengenai hal-hal lainnya
 21. 0. Saya tidak merasa ada perubahan dalam minat saya terhadap seks pada akhir-akhir ini
 1. Saya kurang berminat terhadap seks kalau dibandingkan dengan biasanya
 2. Sekarang saya sangat kurang berminat terhadap seks
 3. Saya sama sekali kehilangan minat seks.

Interpretasi 0-13 (depresi minimal), 14-19 (depresi ringan), 20-28 (depresi sedang), 29-63 (depresi berat).

Lampiran 3. Daftar Pertanyaan Tentang Tingkat kepatuhan minum obat *Skala Morisky*

TINGKAT KEPATUHAN MINUM OBAT *SKALA MORISKY* (Morisky, 1986)

(Pertanyaan untuk 1 bulan terakhir)

- 
1. Apakah anda pernah lupa untuk minum obat ?
 - a. Ya
 - b. Tidak
 2. Apakah anda minum obat tanpa jadwal rutin ?
 - a. Ya
 - b. Tidak
 3. Ketika anda merasa lebih baik apakah kadang anda berhenti minum obat?
 - a. Ya
 - b. Tidak
 4. Jika Anda merasa keluhan makin bertambah parah meskipun anda telah minum obat, apakah Anda berhenti meminum obat ?
 - a. Ya
 - b. Tidak

Tingkat kepatuhan berdasarkan *skala Morisky* (jawaban ya : 1, jawaban tidak : 0)

Lampiran 4. Surat Permintaan Konsultasi ke Bagian Poliklinik Psikosomatik

Kepada

PENELITIAN

Yth . Dokter poliklinik psikosomatik M. Djamil

Bersama ini saya kirimkan seorang pasien :

Nama :

Umur :

Skor BDI-II :

Mohon untuk penegakan diagnosis klinis. Atas perhatian dan kerjasamanya saya ucapkan terima kasih.

Kepala Bagian Psikosomatik

Peneliti

dr. Arina Widya Murni, Sp.PD, K. Psi

Havizur Rahman, S.Farm, Apt



KIDNEY DISEASE QUALITY OF LIFE SF-36 (RON, 1997)

KESEHATAN UMUM:

Secara umum, menurut Anda kesehatan Anda adalah:

- Luar biasa baik
- Sangat Baik
- Baik
- Cukup baik
- Kurang baik

Dibandingkan dengan satu tahun lalu, bagaimana anda menilai kesehatan Anda secara umum sekarang?

- Jauh lebih baik sekarang daripada tahun lalu.
- Lebih baik sekarang, dari pada tahun lalu
- Hampir sama dengan tahun lalu
- Lebih buruk sekarang dari pada tahun lalu
- Jauh lebih buruk dari satu tahun yang lalu

PEMBATASAN KEGIATAN:

Item berikut ini tentang aktivitas yang dapat Anda lakukan pada keseharian. Apakah kesehatan Anda sekarang membatasi kegiatan anda? Jika demikian, berapa banyak?

Aktifitas berat, seperti berlari, mengangkat benda berat, berpartisipasi dalam olahraga berat.

- Ya, sangat membatasi kegiatan
- Ya, sedikit membatasi kegiatan
- Tidak, Tidak membatasi kegiatan

Aktifitas sedang, seperti pindah meja, mendorong golf, vacuum cleaner, bowling, atau bermain

- Ya, sangat membatasi kegiatan
- Ya, sedikit membatasi kegiatan
- Tidak, Tidak membatasi kegiatan

Mengangkat atau membawa belanjaan

- Ya, sangat membatasi kegiatan
- Ya, sedikit membatasi kegiatan
- Tidak, Tidak membatasi kegiatan

Menaiki beberapa anak tangga

- Ya, sangat membatasi kegiatan
- Ya, sedikit membatasi kegiatan
- Tidak, Tidak membatasi kegiatan

Menaiki satu anak tangga

- Ya, sangat membatasi kegiatan

- Ya, sedikit membatasi kegiatan
- Tidak, Tidak membatasi kegiatan

Membungkuk, berlutut, atau

- Ya, sangat membatasi kegiatan
- Ya, sedikit membatasi kegiatan
- Tidak, Tidak membatasi kegiatan

Berjalan lebih dari satu mil ($\pm 1,5$ KM)

- Ya, sangat membatasi kegiatan
- Ya, sedikit membatasi kegiatan
- Tidak, Tidak membatasi kegiatan

Berjalan beberapa blok

- Ya, sangat membatasi kegiatan
- Ya, sedikit membatasi kegiatan
- Tidak, Tidak membatasi kegiatan

Berjalan satu blok

- Ya, sangat membatasi kegiatan
- Ya, sedikit membatasi kegiatan
- Tidak, Tidak membatasi kegiatan

Mandi atau berpakaian sendiri

- Ya, sangat membatasi kegiatan
- Ya, sedikit membatasi kegiatan
- Tidak, Tidak membatasi kegiatan

MASALAH KESEHATAN FISIK:

Selama 4 minggu terakhir, apakah Anda memiliki salah satu dari masalah berikut dengan pekerjaan Anda atau kegiatan sehari-hari, yang dinilai dari hasil kesehatan fisik Anda?

Apakah ada pengurangan jumlah waktu baik bekerja ataupun dalam kegiatan lain?

- Ya
- Tidak

Apakah hasilnya kurang sesuai dengan yang anda inginkan/harapkan?

- Ya
- Tidak

Apakah terdapat keterbatasan dalam pekerjaan atau kegiatan lain ?

- Ya
- Tidak

Apakah anda Mengalami kesulitan dalam melakukan pekerjaan atau kegiatan lain (misalnya, butuh usaha ekstra)

- Ya
- Tidak

MASALAH KESEHATAN EMOSIONAL :

Selama 4 minggu terakhir, apakah Anda memiliki salah satu dari masalah berikut dengan pekerjaan Anda atau kegiatan sehari-hari biasa seperti akibat dari masalah emosional (seperti perasaan tertekan atau cemas)

Apakah ada pengurangan jumlah waktu baik bekerja ataupun dalam kegiatan?

- Ya
- Tidak

Apakah hasilnya kurang sesuai dengan yang anda inginkan?

- Ya
- Tidak

Apakah anda melakukan pekerjaan atau kegiatan lain tidak seperti biasa/diharapkan ?

- Ya
- Tidak

KEGIATAN SOSIAL:

Apakah Masalah emosional mengganggu aktivitas sosial normal anda dengan keluarga, teman, tetangga, atau kelompok?

- Sama sekali tidak
- Sedikit
- Sedang
- Parah
- Sangat Parah

NYERI:

Berapa sering anda merasakan nyeri pada tubuh selama 4 minggu terakhir?

- Tidak ada
- Sangat ringan
- Ringan
- Moderat
- Parah
- Sangat Parah

Apakah selama 4 minggu terakhir, nyeri yang anda rasakan mengganggu pekerjaan normal Anda (termasuk pekerjaan di luar rumah dan pekerjaan rumah tangga)?

- Sama sekali tidak mengganggu
- Sedikit mengganggu
- Cukup mengganggu
- Lumayan mengganggu
- Sangat mengganggu

ENERGI DAN EMOSI:

Pertanyaan-pertanyaan ini tentang perasaan yang anda rasakan dan bagaimana keadaannya selama 4 minggu terakhir. Untuk setiap pertanyaan, tolong berikan jawaban yang paling anda rasakan.

Apakah Anda merasa penuh semangat?

- Sepanjang waktu
- Sering
- Cukup sering
- Kadang – kadang
- Jarang
- Tidak pernah

Apakah Anda merasa gugup/ gelisah/ takut?

- Sepanjang waktu
- Sering
- Cukup sering
- Kadang – kadang
- Jarang
- Tidak pernah

Apakah Anda merasa sangat sedih karena tidak ada orang yang mampu membahagiakan anda?

- Sepanjang waktu
- Sering
- Cukup sering
- Kadang – kadang
- Jarang
- Tidak pernah

Apakah Anda merasa tenang dan damai?

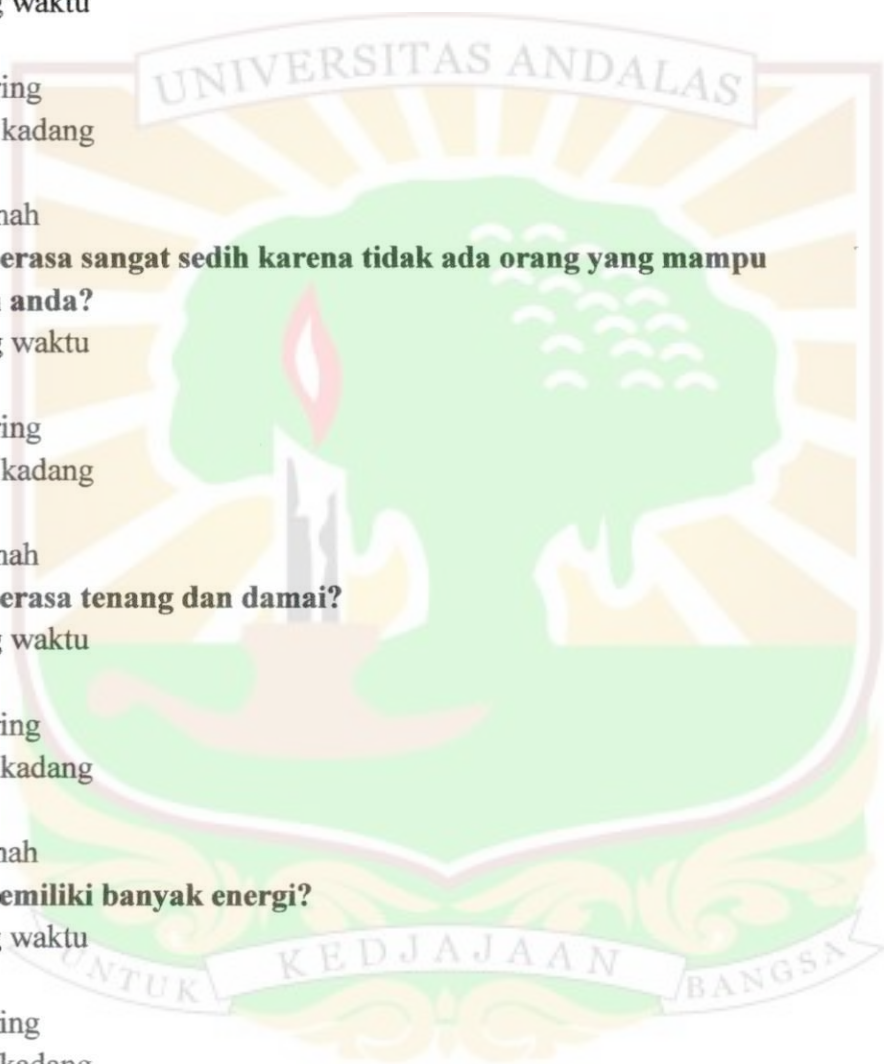
- Sepanjang waktu
- Sering
- Cukup sering
- Kadang – kadang
- Jarang
- Tidak pernah

Apakah Anda memiliki banyak energi?

- Sepanjang waktu
- Sering
- Cukup sering
- Kadang – kadang
- Jarang
- Tidak pernah

Apakah Anda merasa sedih dan hampa?

- Sepanjang waktu
- Sering
- Cukup sering
- Kadang – kadang
- Jarang
- Tidak pernah



Apakah Anda merasa capek?

- Sepanjang waktu
- Sering
- Cukup sering
- Kadang – kadang
- Jarang
- Tidak pernah

Apakah Anda menjadi orang yang bahagia?

- Sepanjang waktu
- Sering
- Cukup sering
- Kadang – kadang
- Jarang
- Tidak pernah

Apakah Anda merasa lelah?

- Sepanjang waktu
- Sering
- Cukup sering
- Kadang – kadang
- Jarang
- Tidak pernah

KEGIATAN SOSIAL:

Selama 4 minggu terakhir, seberapa banyak waktu memiliki kesehatan fisik atamasalah emosional mengganggu

Kegiatan sosial anda (seperti mengunjungi dengan teman, saudara, dll)?

- Sepanjang waktu
- Sering
- Kadang – kadang
- Jarang
- Tidak pernah

KESEHATAN UMUM:

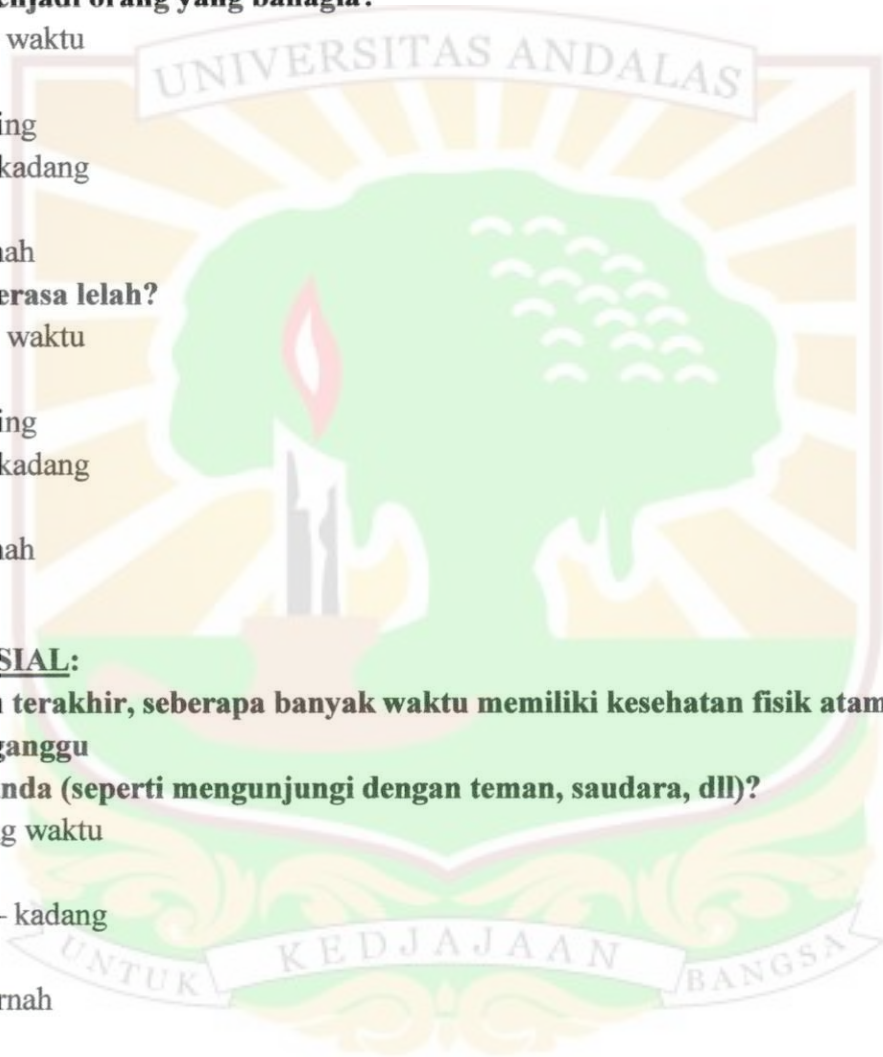
Seberapa benar atau salah pernyataan berikut pada mengenai diri anda?

Sepertinya saya lebih mudah sakit daripada orang lain

- Benar sekali
- Sebagian besar benar
- Tidak tahu
- Sebagian salah
- Jelas salah

Saya merasa sehat, sesehat orang yang saya kenal

- Benar sekali



- Sebagian besar benar
- Tidak tahu
- Sebagian salah
- Jelas salah

Saya memperkirakan kesehatan saya memburuk

- Benar sekali
- Sebagian besar benar
- Tidak tahu
- Sebagian salah
- Jelas salah

Kesehatan saya sangat baik

- Benar sekali
- Sebagian besar benar
- Tidak tahu
- Sebagian salah
- Jelas salah

Pernyataan setuju :

Saya setuju mengisi kuesioner SF – 36, yang sebelumnya sudah diberi penjelasan oleh Havizur Rahman, pada pengisian kuesioner tersebut , diisi berdasarkan hal yang sesungguhnya dan saya setuju dalam pengolahan data- data tersebut untuk diperiksa oleh mereka yang terkait dengan penelitian ini atas sepengetahuan penelitian.

Tanda Tangan Peneliti

Tanda Tangan Pasien

(Havizur Rahman, S.Farm, Apt)

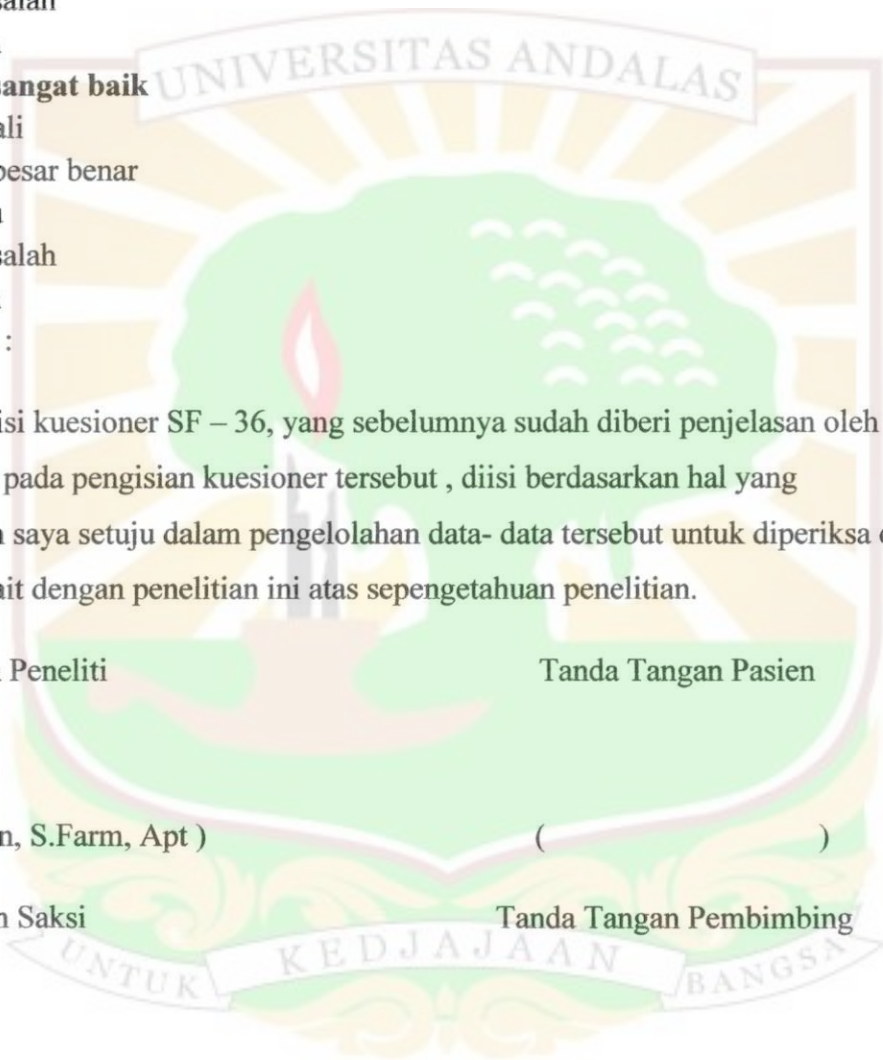
()

Tanda Tangan Saksi

Tanda Tangan Pembimbing

()

(dr. Arina Widya Murni, Sp.PD-K.Psi)



Persetujuan Ikut Serta

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Umur :

Jenis kelamin :

Alamat :

Telpon/HP :

Setuju untuk ikut serta pada penelitian **“Tingkat Kepatuhan dan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Mengalami Depresi di Bangsal Penyakit Dalam RSUP Dr. M. Djamil Padang”**. Saya telah diberi penjelasan oleh Havizur Rahman yang menjalankan penelitian ini .

Saya setuju bahwa data – data tersebut dapat diperiksa oleh mereka yang terkait dengan penelitian ini atas sepengetahuan penelitian.

Tanda Tangan Peneliti

Tanda Tangan Pasien

(Havizur Rahman, S.Farm, Apt)

()

Tanda Tangan Saksi

Tanda Tangan Pembimbing

()

(dr. Arina Widya Murni, Sp.PD-K.Psi)

Tabel 11. Data Dasar Penelitian

No. MR	Umur (Tahun)	Jenis Kelamin	Lama HD (Tahun)	Pendidikan Terakhir	BDI	Tingkat Depresi	Morisky	Status	Etiologi	Pekerjaan	Negeri Asal	Jaminan
1	37	Lk	-	SD	23	Depresi sedang	3	BN	-	Tukang	Batu sangkar	Jam
2	50	Pr	3 Th	SD	14	Depresi ringan	3	N	HT	Rumah tangga	Pariaman	Jam
3	32	Pr	2 Th	SD	14	Depresi ringan	4	BN	-	Rumah tangga	Pariaman	Jam
4	56	Lk	1 Th 2 Bln	SD	5	Depresi Minimal	4	N	-	Berdagang	Pesisir selatan	Jam
5	48	Pr	2 Bln	SD	5	Depresi Minimal	4	N	-	Rumah tangga		Jam
6	51	Pr	4 Th	SMA	31	Depresi berat	0	N	HT	Rumah tangga	Padang (chines)	Jam
7	59	Lk	9 Bln	S1	15	Depresi ringan	4	N	HT	Kontraktor	Payakumbuh	As
8	65	Lk	4 Thn	S1	7	Depresi Minimal	4	N	Batu ginjal	PNS	Maninjau	As
9	36	Lk	6 Th	S1	0	Depresi Minimal	4	N	Polikistik	PNS	Palembang	As
10	54	Pr	6 Th 3 Bln	D1	9	Depresi Minimal	1	J	Polikistik	Perawat	Batu sangkar	As
11	36	Lk	2 Th	S1	6	Depresi Minimal	0	N	HT	PNS (tata usaha UNP)	Payakumbuh	As
12	46	Lk	11 Bln	SMP	7	Depresi Minimal	2	N	HT	Wiraswasta (pabrik kertas)	Padang	Jam
13	56	Lk	1 Th	S1	3	Depresi Minimal	1	N	HT	PNS (dinkes)	Pariaman	As
14	45	Lk	2 Th	SD	5	Depresi Minimal	0	N	DM	Kuli	Padang	Jam
15	56	Pr	5 Th	S1	6	Depresi Minimal	1	N	DM	PNS (pension)	Solok	As
16	51	Pr	9 Bln	D1	8	Depresi Minimal	3	N	-	Perawat	Padang	As

No. MR	Umur (Tahun)	Jenis Kelamin	Lama HD (Tahun)	Pendidikan Terakhir	BDI	Tingkat Depresi	Morisky	Status	Etiologi	Pekerjaan	Negeri Asal	Jaminan
17	49	Lk	12 Th	S2	4	Depresi Minimal	4	N	HT	Dokter kandungan	Padang	As
18	43	Lk	4 Th	SMA	10	Depresi Minimal	0	N	HT	Wiraswasta	Padang sidempuan	As
19	50	Pr	7 Bln	SMP	6	Depresi Minimal	3	N	HT	Rumah tangga	Padang	As
20	51	Lk	4 Th	Smp	5	Depresi Minimal	4	N	HT	Berdagang	Pariaman	Jam
21	48	Pr	3 Bln	SMA	3	Depresi Minimal	1	N	DM	Rumah Tangga	Pariaman	Jam
22	54	Pr	6 Th	SMA	20	Depresi sedang	0	N	HT	Rumah Tangga	Padang	Jam
23	57	Lk	2 Th	SMA	5	Depresi Minimal	0	N	HT	Pensiun Pemko	Padang	Um
24	49	Lk	3 Bln	S1	3	Depresi Minimal	0	N	DM	PNS	Padang panjang	As
25	50	Pr	1 Th 8 Bln	SMA	12	Depresi Minimal	0	N	DM	PNS	Padang	As
26	59	Lk	6 Bln	SMA	7	Depresi Minimal	2	N	HT	Pensiun Semen Padang	Padang	As
27	22	Pr	3 Th	SMA	17	Depresi ringan	3	BN	HT	Tidak bekerja	Mentawai	Jam
28	47	Pr	9 Th	SMP	13	Depresi Minimal	0	J	HT	Rumah tangga	Batu sangkar	As
29	62	Lk	17 Th	S1	2	Depresi Minimal	1	N	HT	PNS (perhubungan)	Bukittinggi	As
30	57	Pr	5 Th	S1	5	Depresi Minimal	2	N	HT	Rumah tangga	Padang	As
31	60	Lk	4 Bln	SD	11	Depresi Minimal	1	N	Batu ginjal	Supir	Pesisir selatan	As
32	65	Lk	1 Th 4 Bln	S2	3	Depresi Minimal	0	N	DM	Dosen (PNS)	Payakumbuh	As
33	60	Lk	1 Th 3 Bln	-	5	Depresi Minimal	0	N	HT	wiraswasta	Pesisir selatan	Jam

No. MR	Umur (Tahun)	Jenis Kelamin	Lama HD (Tahun)	Pendidikan Terakhir	BDI	Tingkat Depresi	Morisky	Status	Etiologi	Pekerjaan	Negeri Asal	Jaminan
51	78	Lk	-		8	Depresi minimal	0	N	Jantung	Pensiun PLN	Pariaman	Umum
52	51	Pr	9 Thn	S1	1	Depresi minimal	3	N	Kista ginjal	Guru SD	Painan	As
53	65	Lk	-	SD	6	Depresi minimal	0	N	Hipertensi	Buruh	Muaro bungo	Jam
54	46	Lk	-	S1	6	Depresi minimal	4	N	Batu ginjal	Guru SMP	Nias	As
55	46	Pr	-	SMA	25	Depresi sedang	0	J	Diabetes mellitus	RT	Padang	Jam
56	52	Lk	-	S1	4	Depresi minimal	4	N	Obat-obat asam urat	PNS	Bukittinggi	As
57	46	Lk	-	SMA	15	Depresi ringan	0	N	-	PNS	Sijunjung	Jam
58	58	Pr	-	SMEA	4	Depresi minimal	0	J	Batu ginjal	PNS	Padang panjang	As
59	52	Lk	-	S1	5	Depresi minimal	0	N	Jantung	PNS	Bukittinggi	As
60	46	Lk	2 minggu	D3	5	Depresi minimal	0	N	hipertensi	Berdagang	Pariaman	Jam
61	43	Lk	-	SMA	20	Depresi sedang	0	N	Hipertensi	PLN	Kayu tanam	Umum
62	50	Pr	-	SMEA	31	Depresi berat	0	N	-	RT	Pesisir selatan	Jam
63	56	Lk	1 Th 3 Bln	SD	5	Depresi minimal	0	N	-	berdagang	Pesisir selatan	Jam
64	53	Lk	3 Bln	SD	3	Depresi minimal	0	N	Diabetes Mellitus	Petani	Jawa tengah	Umum
65	44	Lk	-	-	9	Depresi minimal	0	N	jantung	berdagang	pariaman	Jam
66	29	Pr	-	SMP	29	Depresi berat	0	J	hipertensi	Rumah tangga	Pesisir selatan	Jam

- Lk = laki-laki
Pr = perempuan
BN = belum menikah
N = menikah
J = janda
Jam = jamkesmas
As = askes

