

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. TINJAUAN TEORI

1. Gagal Ginjal Kronik

a. Pengertian

Gagal ginjal terjadi ketika ginjal tidak mampu mengangkut sampah metabolik tubuh atau melakukan fungsi regulernya. Suatu bahan yang biasanya di eliminasi di urine menumpuk dalam cairan tubuh akibat gangguan ekskresi renal dan menyebabkan gangguan fungsi endokrin dan metabolik, cairan, elektrolit, serta asam basa (Suharyanto, dkk., 2013).

Pada tahun 2002, *National Kidney Foundation* (NKF) *Kidney Disease Outcome Quality Initiative* (K/DOQI) telah menyusun pedoman praktis penatalaksanaan klinik tentang evaluasi, klasifikasi, dan stratifikasi penyakit ginjal kronik. *Chronic Kidney Disease* (CKD) atau Penyakit Ginjal Kronik (PGK) adalah kerusakan ginjal yang terjadi selama lebih dari 3 bulan, berdasarkan kelainan patologis. Jika tidak ada tanda kerusakan ginjal, diagnosis penyakit ginjal kronik ditegakkan jika nilai laju filtrasi glomerulus kurang dari 60 ml/menit/1,73 m². Pada keadaan tidak terdapat kerusakan ginjal lebih dari 3 bulan, dan LFG sama atau lebih dari 60 ml/menit/1,73 m², tidak termasuk kriteria CKD.

Gagal ginjal kronik merupakan suatu penurunan fungsi jaringan ginjal secara progresif sehingga massa ginjal yang masih ada tidak mampu lagi mempertahankan lingkungan internal tubuh (Black & Hawks, 2021). Adapun batasan penyakit ginjal kronik menurut Suwitra (2014) bahwa penyakit ginjal kronik adalah suatu proses patofisiologi dengan etiologi yang beragam, mengakibatkan penurunan fungsi ginjal yang progresif, dan pada umumnya berakhir dengan gagal ginjal. Selanjutnya gagal ginjal adalah suatu keadaan klinis yang ditandai dengan penurunan fungsi ginjal yang irreversibel, pada suatu derajat yang memerlukan terapi pengganti ginjal yang tetap, berupa dialisis atau transplantasi ginjal. Uremia adalah suatu sindrom klinik dan laboratorik yang terjadi pada semua organ, akibat penurunan fungsi ginjal pada penyakit ginjal kronik.

b. Penyebab

Menurut Mansjoer (2016) penyebab gagal ginjal kronik adalah glomerulonefritik, nefropati analgesik, nefropati refluks, ginjal polikistik, nefropati diabetik dan penyebab lain seperti hipertensi, obstruksi dan gout serta tidak diketahui.

Tabel 2.1
Penyebab gagal ginjal yang menjalani hemodialisis 2019

Penyebab	Insiden
Hipertensi	37 %
Nefropati Diabetika	27 %
Glumerulopati Primer	10 %
Pielonefritis Kronik	7 %
Neropati Obstruksi	7 %
Ginjal Polikistik	1 %
Neropati Lupus	1 %
Lain – lain	7 %

c. Patofisiologi

Pada gagal ginjal kronik fungsi renal menurun, produk akhir metabolisme protein yang normalnya dikeluarkan ke dalam urin tertimbun dalam darah terjadi uremia (normal ureum serum adalah 20 – 40 mg/dl) dan mempengaruhi setiap sistem tubuh. Semakin banyak timbunan produk sampah maka gejala semakin berat. Penurunan jumlah glomeruli normal menyebabkan penurunan klirens substansi darah yang seharusnya dibersihkan oleh ginjal. Dengan menurunnya laju filtrasi glomerular (LFG) menyebabkan penurunan klirens kreatinin dan menyebabkan peningkatan kadar kreatinin serum (normal 0,5 – 1,5 mg/dl). Hal ini mengakibatkan gangguan protein dalam usus yang menyebabkan anoreksia, nausea dan vomitus sehingga mengakibatkan penurunan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

Peningkatan ureum kreatinin ke otak mempengaruhi fungsi kerja mengakibatkan gangguan saraf terutama neurosensori. Pada penyakit ginjal tahap akhir urin tidak dapat dikonsentrasikan atau diencerkan secara normal sehingga terjadi ketidakseimbangan cairan dan elektrolit. Natrium dan cairan tertimbun sehingga meningkatkan resiko gagal jantung kongestif. Penderita dapat menjadi sesak napas akibat ketidakseimbangan suplai oksigen dengan kebutuhan. Semakin menurunnya fungsi renal mengakibatkan asidosis metabolik akibat ginjal mengekskresikan muatan asam (H⁺) yang berlebihan. Penurunan produksi eritropoetin mengakibatkan terjadinya anemia. Dengan

menurunya filtrasi melalui glomerulus terjadi peningkatan kadar fosfat dan menurunkan kadar kalsium serum menyebabkan sekresi kadar parathormon dari kelenjar paratiroid. Laju penurunan fungsi ginjal dan perkembangan gagal ginjal berkaitan dengan gangguan yang mendasari, ekskresi protein dan urin dan adanya hipertensi (Brunner dan Suddarth, 2018)

d. Tanda dan Gejala

Pada umumnya gejala baru nampak apabila faal ginjal sudah sedemikian rupa sehingga kadar ureum serum lebih dari 100 mg/dl. Pada penderita yang lanjut didapatkan keadaan umum yang jelek, pucat, hiperpigmentasi di kulit, pernafasan kussmaul, mulut dan bibir kering, *twitching* otot, tetani, kesadaran yang makin menurun sampai koma. Gejala gastro intestinal berupa mual dan muntah merupakan gejala yang dini. Anemia pada gagal ginjal kronik karena berbagai faktor seperti kekurangan eritropoietin, toksisitas ke sumsum tulang yang disebabkan oleh zat sisa yang menumpuk dalam darah, umur eritrosit yang memendek, perdarahan-perdarahan yang tidak nampak dan anoreksia.

e. Penatalaksanaan

Menurut Mansjoer (2016), penatalaksanaan medis pada pasien dengan gagal ginjal kronik yaitu :

- 1) Tentukan dan tata laksana penyebabnya.
- 2) Optimalisasi dan pertahankan keseimbangan cairan dan garam.

Pada beberapa pasien, furosemid dosis besar (250-1000 mg/hari) atau *diuretik loop* (*bumetanid, asam etakrinat*) diperlukan untuk mencegah kelebihan cairan.

3) Diet tinggi kalori dan rendah protein.

Diet rendah protein (20-40 g/hari) dan tinggi kalori menghilangkan gejala anoreksia dan mual dari uremia.

4) Kontrol hipertensi.

Pada pasien hipertensi dengan penyakit ginjal, keseimbangan garam dan cairan diatur tersendiri tanpa tergantung tekanan darah. Diperlukan diuretik loop, selain obat antihipertensi.

5) Kontrol ketidakseimbangan elektrolit.

Hindari masukan kalium yang besar (batasi hingga 60 mmol/hari) atau diuretik hemat kalium, obat-obat yang berhubungan dengan ekskresi kalium (misalnya, penghambat ACE dan obat antiinflamasi nonsteroid).

6) Mencegah dan tatalaksana penyakit tulang ginjal.

Hiperfosfatemia dikontrol dengan obat yang mengikat fosfat seperti aluminium hidroksida (300 – 1800 mg) atau kalsium karbonat (500– 3000 mg) pada setiap makan.

7) Deteksi dini dan terapi infeksi.

Pasien uremia harus diterapi sebagai pasien immunosupresif dan diterapi lebih ketat.

8) Modifikasi terapi obat dengan fungsi ginjal.

Banyak obat yang harus diturunkan dosisnya karena metaboliknya toksis dan dikeluarkan oleh ginjal. Misal : digoksin, aminoglikosid, analgesik opiat, amfoterisin.

9) Deteksi dan terapi komplikasi.

Awasi dengan ketat kemungkinan ensefalopati uremia, perikarditis, neuropati perifer, hiperkalemia yang meningkat, kelebihan cairan yang meningkat, infeksi yang mengancam jiwa, sehingga diperlukan dialisis.

10) Persiapkan dialisis dan program transplantasi.

Segera dipersiapkan setelah gagal ginjal kronik dideteksi.

2. Hemodialisis

a. Pengertian

Hemodialisis merupakan suatu proses terapi pengganti ginjal dengan menggunakan selaput membran semi permeabel (dialiser), yang berfungsi seperti nefron sehingga dapat mengeluarkan produk sisa metabolisme dan mengoreksi gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit pada pasien gagal ginjal (Black & Hawks, 2021).

b. Indikasi hemodialisis

Indikasi hemodialisis dibedakan menjadi 2 yaitu : hemodialisis emergency atau hemodialisis segera dan hemodialisis kronik. Keadaan akut tindakan dialisis dilakukan pada : Kegawatan ginjal dengan keadaan klinis uremik berat, overhidrasi, oliguria (produksi urine <200 ml/12 jam), anuria (produksi urine <50 ml/12 jam),

hiperkalemia (terutama jika terjadi perubahan EKG, biasanya $K > 6,5$ mmol/l), asidosis berat ($PH < 7,1$ atau bikarbonat < 12 meq/l), uremia ($BUN > 150$ mg/dL), ensefalopati uremik, neuropati/miopati uremik, perikarditis uremik, disnatremia berat ($Na > 160$ atau < 115 mmol/l), hipertermia, keracunan akut (alkohol, obat-obatan) yang bisa melewati membran dialisis.

Indikasi hemodialisis kronis adalah hemodialisis yang dilakukan berkelanjutan seumur hidup penderita dengan menggunakan mesin hemodialisis, dialisis dimulai jika $GFR < 15$ ml/mnt, keadaan pasien yang mempunyai $GFR < 15$ ml/mnt tidak selalu sama, sehingga dialisis dianggap baru perlu dimulai jika dijumpai salah satu dari : $GFR < 15$ ml/mnt, tergantung gejala klinis; Gejala uremia meliputi: lethargi, anoreksia, muntah dan muntah; Adanya malnutrisi atau hilangnya massa otot; Hipertensi yang sulit dikontrol dan adanya kelebihan cairan; Komplikasi metabolik yang refrakter (Daugirdas *et al.*, 2015).

c. Komplikasi Hemodialisis

Hemodialisis merupakan tindakan untuk mengganti sebagian dari fungsi ginjal. Tindakan ini rutin dilakukan pada penderita penyakit ginjal tahap akhir stadium akhir. Walaupun tindakan hemodialisis saat ini mengalami perkembangan yang cukup pesat, namun masih banyak penderita yang mengalami masalah medis saat menjalani hemodialisis. Komplikasi yang sering terjadi pada penderita yang menjalani hemodialisis adalah gangguan hemodinamik. Tekanan

darah umumnya menurun dengan dilakukannya ultrafiltrasi atau penarikan cairan saat hemodialisis. Hipotensi intradialitik terjadi pada 5-40% penderita yang menjalani hemodialisis regular, namun sekitar 5-15% dari pasien hemodialisis tekanan darahnya justru meningkat. Kondisi ini disebut hipertensi intradialitik atau *intradialytic hypertension* (Agarwal & Light, 2017).

Komplikasi kronik yang terjadi pada pasien hemodialisis yaitu penyakit jantung, malnutrisi, hipertensi/volume *excess*, anemia, *Renal osteodystrophy*, *Neurophaty*, disfungsi reproduksi, komplikasi pada akses, gangguan perdarahan, infeksi, amiloidosis, dan *Acquired cystic kidney disease* (Bieber & Himmelfarb, 2013).

Terjadinya gangguan pada fungsi tubuh pasien hemodialisis, menyebabkan pasien harus melakukan penyesuaian diri secara terus menerus selama sisa hidupnya. Bagi pasien hemodialisis, penyesuaian ini mencakup keterbatasan dalam memanfaatkan kemampuan fisik dan motorik, penyesuaian terhadap perubahan fisik dan pola hidup, ketergantungan secara fisik dan ekonomi pada orang lain serta ketergantungan pada mesin dialisa selama sisa hidup. Menurut Moos dan Schaefer dalam Kurniawan (2017) mengatakan bahwa perubahan dalam kehidupan merupakan salah satu pemicu terjadinya depresi.

3. Depresi

a. Pengertian

Menurut Hawari 2018, depresi adalah respon psikologik (*mood*) terhadap setiap beban atasnya (stresor psikososial). Gejala depresi

didominasi oleh keluhan-keluhan psikologik (kesedihan, kemurungan, hilangnya semangat hidup, dan sejenisnya). Pengertian lain depresi merupakan salah satu gangguan mood yang ditandai oleh hilangnya perasaan kendali dan pengalaman subjektif adanya penderitaan berat. Mood adalah keadaan emosional internal yang meresap dari seseorang, dan bukan afek, yaitu ekspresi dari isi emosional saat itu (Kaplan & Sadock, 2015).

b. Penyebab

Penyebab depresi belum diketahui dengan pasti. Pada kebanyakan kasus, depresi tidak disebabkan oleh penyebab tunggal, melainkan kombinasi dari banyak faktor. Sejumlah faktor yang menyebabkan seseorang cenderung depresi adalah:

1) Umur / Usia

Orang yang berusia lanjut memiliki resiko depresi yang lebih besar. Itu bisa disebabkan oleh beberapa faktor lain, seperti hidup sendiri, kurangnya dukungan sosial, dan lain sebagainya.

2) Gender / Jenis kelamin

Wanita dua kali lebih banyak mengalami depresi daripada pria. Tidak ada yang mengetahui secara pasti, namun perubahan hormonal yang terjadi pada wanita pada banyak waktu dalam hidup bisa jadi merupakan faktor penyebabnya.

3) Faktor keturunan

Depresi dapat terjadi pada keluarga, yang berarti kecenderungan depresi bisa diturunkan melalui faktor genetik/keturunan.

4) Efek samping dari obat-obat tertentu

Banyak obat-obatan yang bisa mendatangkan gejala depresi. Mengonsumsi alkohol dan penyalahgunaan obat-obatan juga merupakan hal biasa pada orang yang depresi, dan tindakan tersebut malah semakin memperburuk keadaan depresi yang dialami.

5) Perubahan dan tekanan hidup

Berbagai kejadian dan tekanan dalam hidup bisa memicu depresi. Misalnya saja saat sedang menghadapi perceraian, pemecatan, pensiun, pindah kerja/tinggal ke tempat baru, isolasi sosial, dan lain-lain.

6) Peristiwa emosional terutama kehilangan

Rasa trauma seperti setelah mengalami kekerasan fisik atau mental dapat memicu depresi, baik itu dialami di masa lalu atau masa kini. Perasaan sedih yang mendalam juga bisa menyebabkan depresi. Rasa sedih akibat ditinggal teman atau orang yang dicintai merupakan reaksi yang normal, namun pada beberapa orang kejadian tersebut bisa mendatangkan depresi.

7) Depresi juga terjadi karena atau bersamaan dengan sejumlah penyakit atau kelainan fisik.

Kondisi seperti kanker, penyakit jantung, diabetes, dan penyakit kronis jangka panjang lainnya bisa menimbulkan depresi. Kondisi lain seperti gangguan tidur juga bisa mendatangkan depresi.

c. Tanda dan gejala

Berdasarkan Pedoman Penggolongan Diagnostik Gangguan Jiwa (PPDGJ) III diagnosis gangguan jiwa dapat ditegakkan atas dasar :

1) Gejala Utama

Beberapa gejala utama depresi yang bisa muncul antara lain : Suasana perasaan yang depresi/ sedih atau murung, kehilangan minat dan kegembiraan, berkurangnya energi yang mengarah pada meningkatnya keadaan mudah lelah dan berkurangnya aktivitas.

2) Gejala Tambahan

Gejala lain yang menyertai juga bisa berupa : Konsentrasi dan perhatian berkurang, harga diri dan kepercayaan diri berkurang, gagasan tentang perasaan bersalah dan tak berguna, pandangan masa depan yang suram dan pesimistik, gagasan yang membahayakan diri atau bunuh diri, gangguan tidur, nafsu makan berkurang.

d. Derajat depresi

1) Depresi Ringan

Terdapat sekurang-kurangnya dua dari tiga gejala utama dan ditambah sekurang-kurangnya dua dari gejala tambahan yang telah

berlangsung sekurang-kurangnya dua minggu dan tidak boleh ada gejala berat diantaranya.

2) Depresi Sedang

Terdapat sekurang-kurangnya dua dari tiga gejala utama dan ditambah sekurang-kurangnya tiga (sebaiknya empat) dari gejala tambahan.

3) Depresi Berat

Terdapat sekurang-kurangnya tiga gejala utama dan ditambah sekurang-kurangnya empat dari gejala tambahan yang telah berlangsung sekurang-kurangnya dua minggu dan beberapa diantaranya harus berintensitas berat.

e. Penilaian berat ringan depresi

1) Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) : suatu skala pengukuran depresi terdiri dari 21 item pernyataan dengan fokus primer pada gejala somatik dan penilaian dilakukan oleh pemeriksa.

2) Beck Depression Inventory (BDI) : suatu skala pengukuran depresi terdiri dari 21 item pernyataan yang diberikan oleh pemeriksa, namun dapat juga digunakan oleh pasien untuk menilai depresinya sendiri. Skor maksimum untuk setiap kelompok pertanyaan adalah 3. Setelah dilakukan scoring maka akan didapatkan hasil berdasarkan skor yang diperoleh yaitu:

a) Normal atau tidak depresi 0-13

b) Depresi Ringan jika mendapatkan skor 14-19

- c) Depresi Sedang jika mendapatkan skor 20-28
- d) Depresi berat jika mendapatkan skor 29 – 63

(Beck,Steer & Brown, 1996 dalam Sorayah, 2015)

3) *Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D)*

yang dikembangkan oleh Radloff tahun 1977 melalui *National Institute of Mental Health*. Skala ini terdiri dari 20 aitem yang disusun berdasar empat faktor, yaitu :

- a) *Depressed affect/negative affect (blues, depressed, lonely, cry sad).*
- b) *Somatic symptoms (bothered, appetite, effort, sleep, get going).*
- c) *Positive affect (good, hopeful, happy, enjoy).*
- d) *Interpersonal relations (unfriendly, dislike).*

Depresi pada pasien gagal ginjal kronik dimasukkan dalam standar kriteria :

- a) *Major depression episode (depresi mayor)* : yaitu jika terdapat gejala *Anhedonia* atau *dysphoria* hampir setiap hari selama dua minggu terakhir, ditambah gejala pada 4 kelompok gejala DSM tambahan yang tercatat terjadi hampir setiap hari selama dua minggu terakhir
- b) *Probable major depression episode (mungkin episode depresi mayor)* : yaitu jika terdapat gejala *Anhedonia* atau *dysphoria* hampir setiap hari selama dua minggu terakhir, ditambah gejala pada 3 kelompok gejala DSM tambahan yang dilaporkan terjadi

hampir setiap hari selama dua minggu terakhir, atau 5-7 hari dalam seminggu terakhir.

c) *Possible major depression episode* (kemungkinan episode depresi mayor) : yaitu jika terdapat gejala *Anhedonia* atau *dysphoria* hampir setiap hari selama dua minggu terakhir, ditambah gejala pada 2 kelompok gejala DSM lainnya yang dilaporkan terjadi hampir setiap hari selama dua minggu terakhir, atau 5-7 hari dalam seminggu terakhir.

d) *Subthreshold depression symptoms* : yaitu jika skor ≥ 16 tapi tidak memenuhi kriteria diatas.

e) *No clinical significance*(tidak signifikan) : yaitu jika memiliki skor ≤ 15 dari semua pertanyaan.

f. Gambaran depresi pada penderita gagal ginjal kronik

Depresi adalah kondisi gangguan kejiwaan yang paling banyak ditemukan pada pasien gagal ginjal kronik. Kondisi gagal ginjal yang dibarengi dengan hemodialisis adalah kondisi yang tidak nyaman. Kenyataan bahwa pasien gagal ginjal kronik yang tidak lepas dari hemodialisis sepanjang hidupnya menimbulkan dampak psikologis yang tidak sedikit. Faktor kehilangan sesuatu yang sebelumnya ada seperti kebebasan, pekerjaan dan kemandirian adalah hal-hal yang sangat dirasakan oleh para pasien gagal ginjal yang menjalani hemodialisis. Hal ini bisa menimbulkan gejala-gejala depresi yang nyata pada pasien gagal ginjal sampai dengan tindakan bunuh diri. (Musthafa, 2019)

Kepustakaan mencatat bahwa tindakan bunuh diri pada pasien gagal ginjal yang menjalani hemodialisis di Amerika Serikat mencapai 500 kali lebih banyak daripada populasi umum. Selain tindakan nyata dalam melakukan bunuh diri, sebenarnya penolakan terhadap tindakan hemodialisis yang terjadwal dan ketidakpatuhan terhadap diet rendah potassium adalah salah satu hal yang dianggap sebagai upaya halus untuk bunuh diri. (Kuncoro, 2017)

Elisabet (2015) dalam penelitiannya terhadap pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis di RSUP.DR. Kandau Manado mendeskripsikan gambaran depresi pasien GGK dengan ketakutan, kurangnya minat (*Anhedonia*), kurangnya nafsu makan, sedih sampai ungkapan untuk bunuh diri.

4. Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Depresi (Lubis, 2019)

a. Umur

Umur atau Usia merupakan kurun waktu sejak adanya seseorang dan dapat diukur menggunakan satuan waktu dipandang dari segi kronologis, individu normal dapat dilihat derajat perkembangan anatomis dan fisiologis sama. Kemenkes RI (2021) mengelompokan masyarakat dalam 8 kategori kelompok umur yaitu :

- a. Masa Balita : 0 - 5 Tahun
- b. Masa Kanak-kanak : 5 - 11 Tahun
- c. Masa Remaja awal : 12 - 16 Tahun
- d. Masa Remaja akhir : 17 – 25 Tahun

- e. Masa Dewasa awal : 26 - 35 Tahun
- f. Masa Dewasa Akhir : 36 – 45 Tahun
- g. Masa Lansia Awal : 46 – 55 Tahun
- h. Masa Lansia akhir : 56 – 65 Tahun
- i. Masa Manula : > 65 Tahun

Bertambahnya usia maka secara alamiah juga akan mempengaruhi terjadi penurunan kemampuan seperti fungsi perawatan diri sendiri, berinteraksi dengan orang lain disekitar dan semakin bergantung dengan yang lain (Rinajumita, 2011 dalam Asmila, 2018). Terjadinya peningkatan depresi dalam kehidupan akhir seseorang dipengaruhi oleh gangguan fungsional, kecacatan, kualitas hidup yang buruk, beban personal, masalah sosial, ekonomi yang buruk dan peningkatan mortalitas.

b. Jenis Kelamin

Perempuan lebih sering mengalami depresi, hal ini karena perempuan sering terpajan dengan stressor lingkungan dan memiliki tingkatan ambang stressor lebih rendah dibanding dengan laki-laki. Selain itu, Yanuar (2010) dalam Herawati (2019) menyatakan bahwapembedaan gender dalam perkembangan gangguan emosional sangat dipengaruhi oleh persepsi mengenai ketidakmampuan untuk mengontrol. Sumber perbedaan ini bersifat kultural karena peran jenis kelamin yang berbeda antara laki-laki dan perempuan. Laki-laki sangat didorong untuk mandiri, *masterfull*, dan asertif .

c. Pendidikan

Menurut Notoadmojo (2018) pendidikan secara umum adalah segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan. Arikunto (2019) membagi pendidikan dalam dua kategori yaitu : Pendidikan Dasar (SD), pendidikan menengah (SMP,SMA) pendidikan tinggi (PT).

Penelitian yang dilakukan oleh Lievre, Alley & Crimmins (2010) dalam Kurniawan (2017) menunjukkan bahwa pendidikan yang rendah berkaitan dengan depresi terutama pada usia lanjut, hal ini karena orang-orang dengan pendidikan yang lebih rendah akan mencapai usia tua dengan penurunan kognitif dan kesehatan fisik yang buruk. Proporsi gangguan depresi pada usia 70 tahun atau lebih tua dengan tingkat pendidikan yang rendah adalah 11,5% sedangkan mereka yang berpendidikan tinggi hanya 3,5%. Hasil penelitian ini pada jurnal dijelaskan bahwa lansia dengan tingkat pendidikan yang rendah akan mempengaruhi fungsi kognitif, kesehatan fisik dan kualitas hidupnya.

d. Status pernikahan

Menurut Kaplan & Sadock (2015) salah satu faktor yang dapat menyebabkan terjadinya depresi adalah status perkawinan dimana orang yang tidak memiliki pasangan terutama perempuan lebih rentan terhadap depresi, sehingga seseorang yang kehilangan pasangan hidupnya maka berkurang pula dukungan keluarga terhadapnya.

Dimana dukungan keluarga sangat penting bagi lansia karena kurangnya dukungan keluarga dapat mencetuskan depresi, seperti perasaan ditelantarkan atau tidak mendapat perhatian yang memadai dari keluarga (Santoso & Ismail, 2012).

e. Pekerjaan

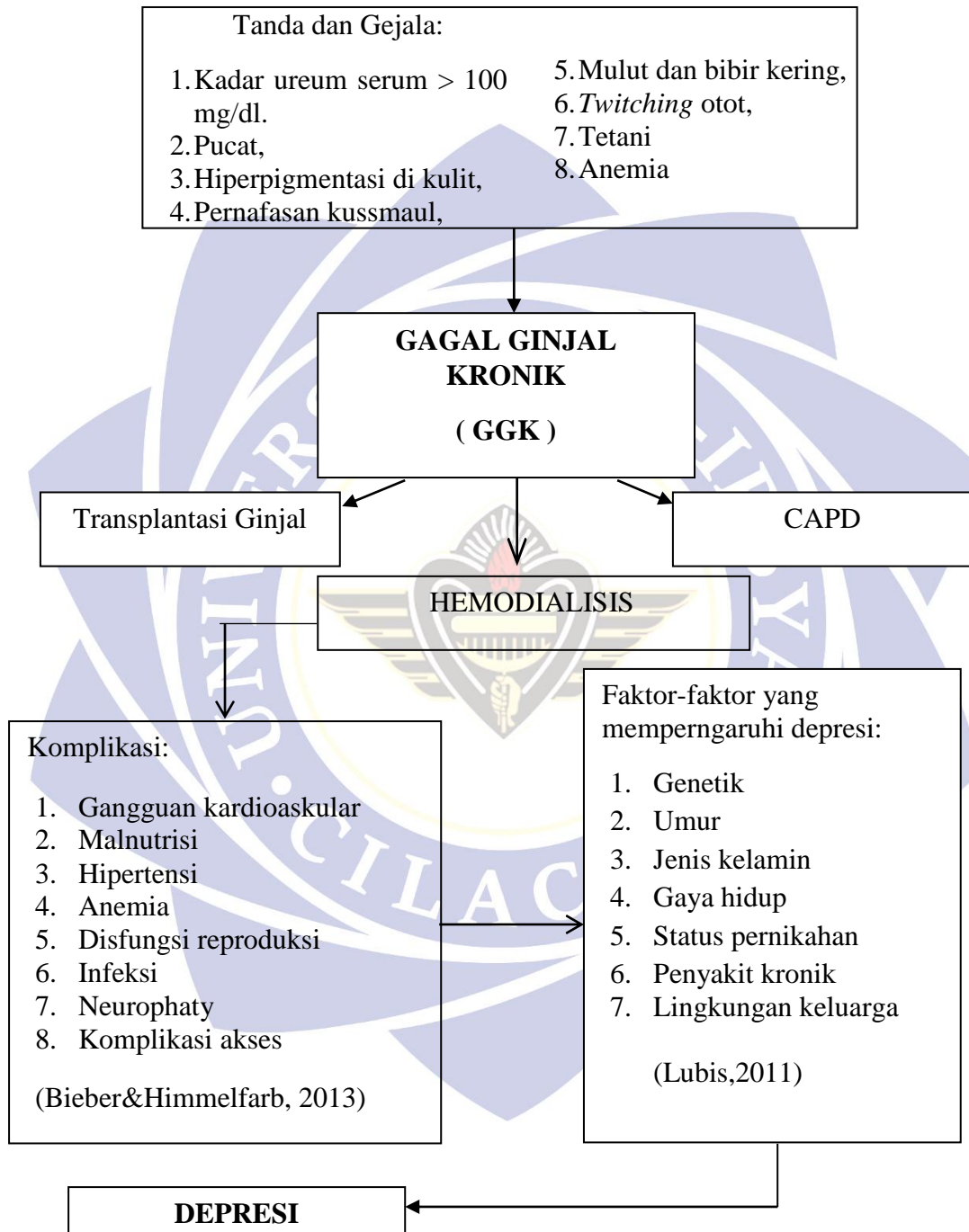
Penelitian yang dilakukan oleh Ninnda (2014) menyatakan terdapat hubungan yang signifikan antara pekerjaan dengan depresi pada lansia. Jurnal tersebut menunjukkan bahwa lansia yang berkerja sebagai buruh, petani dan swasta sebagian besar mengalami depresi sedang yaitu sebesar 17 orang (29,3%) dari 28 responden.

f. Lama Menjalani Hemodialisis

Seseorang yang seara rutin menjalani terapi hemodialisis merupakan penderita gagal ginjal kronik yang sudah memasuki tahap *end stage*. Ketidaknyamanan, ketidakmampuan, ketergantungan, dan ketidakamanan sebagai konsekuensi menjalani terapi hemodialisis dapat membuat seseorang cenderung menjadi depresi. Penelitian yang dilakukan Elisabeth (2015) menyatakan hubungan frekuensi menjalani hemodialisis dengan depresi terletak pada lamanya pasien di hemodialisis, pasien yang baru menjalani hemodialisis memiliki tingkat depresi yang bervariasi dari tidak ada depresi, depresi ringan, depresi sedang bahkan depresi berat, sedangkan pasien yang sudah lama menjalani hemodialisis tetap memiliki depresi tetapi hanya yang ringan saja.

B. KERANGKA TEORI

Berdasarkan uraian yang telah dibahas di atas maka kerangka teori dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :



Gambar 2.1
Kerangka Teori
(Sumber : Bieber&Himmelfarb,2013 ; Lubis, 2019)