

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Landasan Teori**

##### **1. Gagal Ginjal Kronik**

###### **a. Defenisi Gagal Ginjal Kronik**

Panjang ginjal berukuran sekitar 12 cm, lebar maksimum 2,5 cm dan berat ginjal sekitar 120-150 gr cokelat agak kemerahan sebesar kepalan tangan dan benji kacang. Ginjal berfungsi mempertahankan cairan, keseimbangan pH tubuh dengan memfiltrasi ion, molekul dan limbah nitrogen dari darah dan mengeluarkan urine (Hall, 2008; Syamsudin, 2011).

Gagal ginjal kronik atau penyakit renal tahap akhir (*Renal Disease*; ESRD) adalah suatu proses patofisiologi oleh hilangnya sejumlah besar nefron fungsional yang irreversibel (Burnner & Suddarth, 2002; Feroze, *et al* 2010). Gagal ginjal kronik dapat disebabkan karena diabetes melitus, glomerulonefritis kronis, obesitas berbahaya, seperti: timah, kadmium, merkuri, dan kromium yang paling sering terjadi pada penderita gagal ginjal disebabkan karena hipertensi dan diabetes melitus (Hall, 2008; Syamsudin, 2011; Guyton & Hall, 2008).

## b. Patofisiologis

Patofisiologi gagal ginjal kronik awalnya tergantung dari penyakit yang mendasari dan pada perkembangan lebih lanjut proses yang terjadi hampir sama. Suwitra, 2006; Price & Wilson, 2005; Black & Hawks, 2005; Sudoyo, 2006, menyebutkan bahwa patofisiologi gagal ginjal adalah adanya pengurangan masa ginjal sehingga mengakibatkan hipertrofi struktural dan fungsional nefron yang masih tersisa sebagai upaya kompensasi, yang diperantarai oleh molekul vasoaktif seperti sitokin dan *growth factor* sehingga menyebabkan terjadinya hiperfiltrasi yang diikuti oleh peningkatan tekanan kapiler dan aliran darah glomerulus. Proses adaptasi ini berlangsung singkat, yang diikuti proses maladaptasi berupa sklerosis nefron yang masih tersisa dan pada akhirnya akan terjadi penurunan fungsi nefron secara progresif. Adanya peningkatan aktivitas aksi renin-angiotensin-aldosteron intra renal yang dipengaruhi oleh *Growth Factor Transforming  $\beta$*  (TGF- $\beta$ ) menyebabkan hiperfiltrasi, sklerosis dan progresifitas. Selain itu progresifitas penyakit ginjal kronik juga dipengaruhi oleh albuminuria, hipertensi, hiperglikemia dan dislipidemia.

Stadium awal penyakit ginjal kronik mengalami kehilangan daya cadangan ginjal dimana basal Laju Filtrasi Glomerulus (LFG) masih normal atau meningkat dan dengan perlahan akan terjadi penurunan

dan kreatinin serum. Sampai pada LFG sebesar 60% pasien n belum ada keluhan atau asimptomatik tetapi sudah terjadi peningl kadar urea dan kreatinin serum. LFG sebesar 30% mulai ti keluhan seperti nokturia, lemah, mual, nafsu makan kurang penurunan berat badan. Penurunan LFG dibawah 30% terjadi g dan tanda uremia yang nyata seperti anemia, peningkatan tek darah, gangguan metabolisme fosfor dan kalsium. Gejala lain uremia yaitu pruritus, mual, muntah, mudah terjadi infeksi saluran perkemihan, pencernaan dan pernafasan. Gangg keseimbangan cairan dan elektrolit yang sering terjadi hipervolemia, natrium dan kalium. Pada LFG kurang dari merupakan stadium gagal ginjal yang sudah terjadi gejala komplikasi yang lebih berat dan memerlukan terapi pengganti antara lain hemodialisis (HD) atau cuci darah, *Continous Ambu Peritoneal* (CAPD), dan transplantasi ginjal.

### c. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala pada pasien gagal ginjal kronik menurut Pi Wilson (2003); Lita (2009); Burnner & Suddarth (2002); Smelt Bare (2008), memiliki tanda dan gejala yaitu:

- 1) Gangguan sistem integumen, yang sering terjadi yaitu rasa yang parah (*pruritis*), karena penumpukan kristal urea di kuli

... dan ... terlibat, ... hiperpigmentasi

dermatitis, kuku dan rambut juga menjadi kering dan pecah-pecah sehingga mudah rusak dan patah.

- 2) Gejala gastrointestinal, yang sering terjadi yaitu anoreksia, mual, muntah, perdarahan saluran cerna disebabkan oleh karena iritasi mukosa gaster oleh karena uremia dan iritasi ammonia, diare disebabkan karena iritasi pada usus atau dapat terjadi karena hiperkalemia. Kejadian konstipasi biasanya terjadi pada pasien dengan penurunan tingkat aktifitas, restriksi cairan, rendahnya intake potassium dan rendahnya diet tinggi serat.
- 3) Perubahan neuromuskuler, yaitu perubahan tingkat kesadaran, tidak mampu berkonsentrasi, kedutan otot, dan kejang. Gangguan sistem kardiovaskuler, hipertensi merupakan komplikasi kardiovaskuler pada pasien gagal ginjal kronik. Hipertensi dapat terjadi akibat retensi cairan dan sodium. Gangguan sistem imun tubuh, kondisi lain yang menyebabkan defisiensi imun tubuh adalah malnutrisi.
- 4) Sistem hematologi, Anemia dengan kadar Hb < 6 gr%, kadar hematokrit < 25-30% merupakan tanda dan gejala yang sering dialami oleh pasien. Anemia terjadi akibat tidak adekuatnya produksi eritropoetin, memendeknya usia sel darah merah, serta defisiensi nutrisi (seperti zat besi, asam folat dan vitamin B12).

perdarahan akibat status uremik terutama di saluran pencernaan akan memparah terjadinya anemi.

5) Sistem Muskuloskeletal, Penyakit tulang uremik atau osteodistrofi renal merupakan kelainan penyakit tulang uremik. Peningkatan parathormon menyebabkan osteoitis fibrosa. Demineralisasi tulang dapat menyebabkan osteomalasia, peningkatan serum Ca dan serum PO<sub>4</sub> menyebabkan metastatic calcifications. Beberapa gangguan pada system musculoskeletal diantaranya yaitu *osteodistrofi, calciphylaxis, joint disorders, pseudogout, amyloidosis, carpal tunnel syndrome.*

6) Sistem neurologi

*Fatigue*, proses mental yang lambat, ansietas dan agitasi umum terjadi pada gangguan sistem neurologi. Kejang terjadi bila *azotemia* meningkat dengan cepat. Gangguan tidur diantaranya *insomnia, Restless Leg Syndrome* dan *sleep apnea*

7) Sistem Pernafasan, oedema pulmonal dan *left ventricular dysfunction* disebabkan akumulasi cairan yang berlebih. Pernafasan kussmaul's dan bau nafas uremik.

8) Sistem Reproduksi, perubahan hormon tubuh diantaranya estrogen, progesteron dan testosteron dapat menyebabkan gangguan pada system reproduksi. Manifestasi klinik yang sering muncul pada

- 9) Ketidak seimbangan metabolisme, ketidak seimbangan metabolisme disebabkan karena uremia berhubungan dengan metabolisme glukosa, lemak dan protein.

#### **d. Penanganan GGK**

Pasien Gagal ginjal kronik memerlukan terapi untuk mempertahankan hidup dengan cara terapi konservatif dan terapi pengganti ginjal. Terapi konservatif yang ditujukan untuk meredakan atau memperlambat gangguan fungsi ginjal progresif, penatalaksanaan ini diantaranya yaitu mengoptimisasikan dan mempertahankan keseimbangan cairan dan garam, diet tinggi kalori, rendah protein, kontrol hipertensi, kontrol ketidak seimbangan elektrolit, deteksi dini, terapi infeksi dan deteksi terapi komplikasi. Tindakan ini juga bertujuan untuk mempertahankan fungsi nefron dan meningkatkan kualitas kesehatan pasien. Sedangkan, terapi pengganti ginjal diberikan apabila terapi konservatif tidak memberikan hasil yang diharapkan. Terapi pengganti ini berupa hemodialisis dan transplantasi ginjal. Terapi yang sering dilakukan yaitu terapi

## **2. Hemodialisis**

### **a. Defenisi Hemodialisis**

Hemodilisis merupakan suatu proses yang digunakan untuk terapi dialisis, dengan indikasi yaitu: gagal ginjal akut, gangguan keseimbangan cairan, elektrolit atau asam basa, intoksikasi obat atau bahan lain, gagal ginjal kronik, dan keadaan klinis lain. Dialisis adalah suatu proses difusi zat terlarut dan air secara pasif melalui membran berpori dari satu kompartemen cair menuju kompartemen cair lainnya. Tujuan dari Hemodialisis adalah untuk mengambil zat-zat nitrogen yang toksik dari dalam darah, mengeluarkan air yang berlebihan, mempertahankan kehidupan, dan kesejahteraan pasien (Price & Wilson, 2006; Aru, *et al.*, 2010; Guyton & Hall, 2008; Burnner & Suddarth, 2002).

### **b. Cara Kerja Hemodialisis**

Burnner & Suddarth (2002), pada hemodilisis aliran darah yang penuh dengan toksin dan limbah nitrogen dialihkan dari tubuh pasien ke dialiser tempat darah tersebut dibersihkan dan kemudian dikembalikan lagi ke tubuh pasien.

Sebagian besar dialiser merupakan lempengan rata ginjal serta artifisial berongga yang berisi ribuan tubulus selofan yang halus yang bekerja sebagai membran semipermeabel. Aliran darah akan melewati

Pertukaran limbah dari darah ke cairan dialisat akan terjadi melalui membran semipermeabel tubulus. Ada tiga prinsip yang mendasari kerja hemodilisis, yaitu:

1) Difusi

Toksin dan zat limbah di dalam darah dikeluarkan melalui proses difusi dengan cara bergerak dari darah, yang memiliki konsentrasi tinggi, ke cairan dialisat dengan konsentrasi yang lebih rendah. Cairan dialisat tersusun dari semua elektrolit yang penting dengan konsentrasi ekstrasel yang ideal. Kadar elektrolit darah dapat dikendalikan dengan mengatur rendaman dialisat secara tepat.

2) Osmosis

Air yang berlebihan dikeluarkan dari dalam tubuh melalui proses osmosis. Pengeluaran air dapat dikendalikan dengan menciptakan gradien tekanan, air bergerak dari daerah tekanan yang lebih tinggi ke tekanan yang lebih rendah.

3) Ultrafiltrasi

Gradien dapat ditingkatkan melalui penambahan tekanan negatif yang dikenal sebagai ultrafiltrasi pada mesin dialisis. Tekanan negatif diterapkan pada alat dialisis sebagai kekuatan pemisahan pada membran dan memfasilitasi pengeluaran air

### **3. Depresi**

#### **a. Defenisi Depresi**

Depresi merupakan satu masalah terganggunya fungsi emosional manusia atau sering disebut dengan gangguan mood, yang berkaitan dengan alam perasaan yang sedih dan tidak. Gangguan emosional ini mempengaruhi proses berpikir, berperasaan dan berperilaku, sehingga seseorang dapat mengalami perubahan pola tidur, nafsu makan, psikomotor, konsentrasi, anhedonia, kelelahan, rasa putus asa, serta keinginan untuk bunuh diri (Kaplan & Sadock, 1998; Rice, 1992; Bruce, 2009).

Brunner & Suddarth (2002), dampak dari penyakit akut maupun kronis dapat menimbulkan beberapa reaksi emosional. Reaksi ini terjadi pada pasien maupun keluarganya. Dampak yang sering muncul berupa masalah emosional, yaitu: ansietas, kemarahan, berduka, harapan, malu, rasa bersalah, keberanian, kebanggan, hilang harapan, cinta, depresi, tidak percaya, iri, kesepian dan kesetiaan.

#### **b. Penyebab Depresi**

Menurut Kaplan (1998); Jiwo (2011), Faktor-faktor yang dihubungkan dengan penyebab depresi yaitu:

##### **1) Biologik**

Dalam penelitian biopsikologi, norepinefrin dan serotonin

patofisiologi gangguan mood. Beberapa peneliti juga menemukan bahwa gangguan mood melibatkan patologik dan sistem limbik serta ganglia basalis dan hypothalamus.

## 2) Genetik dan Riwayat Keluarga

Orang dengan riwayat keluarga penderita depresi maka kemungkinannya terkena depresi akan sedikit lebih besar dibandingkan masyarakat pada umumnya.

## 3) Psikologi

Kepribadian dan cara seseorang menghadapi permasalahan dapat berperan dalam munculnya depresi. Seseorang yang kurang percaya diri, sering merasa cemas, sering bergantung pada orang lain atau terlalu mengharap pada dirisendiri, dan selalu ingin sempurna akan mudah terkena depresi.

## 4) Mekanisme koping

Mekanisme koping adalah cara yang dilakukan individu dalam menyelesaikan masalah, penatalaksanaan stres, menyesuaikan diri dengan perubahan, serta respon terhadap situasi yang mengancam. Faktor-faktor yang mempengaruhi strategi koping, yaitu; kesehatan fisik, keyakinan atau pandangan positif, keterampilan memecahkan masalah, keterampilan sosial, dukungan sosial dan materi. Mekanisme koping adaptif yaitu mekanisme koping yang membantu individu untuk mengatasi stresor secara efektif dan mengurangi

mekanisme yang mendukung fungsi inte belajar dan mencapai tujuan. Kategorinya ada orang lain, memecahkan masalah secara efel latihan seimbang dan aktivitas konstrukt muncul akibat stressor dianggap sebagai si individu menerima itu sebagai tantangan u Mekanisme koping maladaptif dapat m terhadap individu dan hal lain yang berhubur Mekanisme ini menghambat fungsi integrasi, dan cenderung menguasai lingkungan. Kateg berlebihan / tidak makan, bekerja berlebih (Keliat, 1999; Stuart, 2007).

#### 5) Stres lingkungan dan kejadian dalam hidup

Stres lingkungan yang dapat menjadi pe pengalaman hidup, seperti; pelecehan diwa atau ditinggal mati orang tua, kejadian (diberhentikan-PHK, pensiun, ditinggal mat keuangan keluarga yang serius, menderita

hidup menderita dalam jangka lama

### **c. Sosiodemografi pasien gagal ginjal kronik**

Karakteristik sosiodemografi terdiri dari :

#### **1) Usia**

Seseorang yang sudah berusia 40 tahun akan mengalami penurunan laju filtrasi glomerulus secara progresif hingga berusia 70 tahun, sehingga ginjal akan kehilangannya fungsinya kurang lebih 50% dari normalnya (Smeltzer & Bare, 2002).

#### **2) Jenis kelamin**

Pada pasangan yang menikah kecenderungan wanita yang menderita depresi lebih banyak dibanding pria, namun pada pasangan yang janda/duda justru laki-laki yang lebih banyak mengalami depresi (Jacoby, Oppenheime dan Tom (2008).

#### **3) Tingkat pendidikan**

Menurut Notoatmojo (2005), pendidikan merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang, karena pendidikan dapat menambah wawasan. Sehingga seseorang yang berpendidikan tinggi mempunyai pengetahuan lebih luas dibandingkan dengan mereka yang berpendidikan lebih rendah. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang penting untuk terbentuknya tindakan, perilaku yang didasari pengetahuan akan lebih langgeng dari pada yang tidak didasari pengetahuan. Seseorang yang pendidikan tinggi cenderung akan berperilaku

pasien yang memiliki tingkat pendidikan lebih rendah mengalami depresi yang lebih tinggi dibandingkan dengan yang berpendidikan.

#### 4) Setatus pernikahan

Pasangan hidup dapat memberikan dukungan, motivasi dan bantuan yang dibutuhkan saat pasien mengalami masalah-masalah terkait kondisi kesehatannya, sehingga pasien menjadi lebih percaya diri dalam menjalani kehidupannya (Rosdiana, 2010). Menurut Anees, *et al.*, (2008), faktor resiko utama untuk depresi adalah status perkawinan, buta huruf, jumlah anak, faktor sosial ekonomi, jenis kelamin, hipertensi dan hipoalbuminemia.

#### 5) Lama menjalani hemodialisis

Lama menjalani terapi hemodialisis merupakan rentang waktu responden dalam menjalani hemodialisis. Nurcahyati (2011); Lukman (2013), pasien baru dan yang sudah lama menjalani hemodialisis akan mengalami penurunan kualitas hidup.

### **d. Faktor penyebab depresi pada pasien GGK yang menjalani Hemodialisis**

Menurut Lita (2009); Luana, *et al.*, (2012); Theofilou, (2011); *National Kidney Disease Education Program*, (2011); Feroze, *et al* (2012); Suryaningsih (2013); Thompson, *et al* (2008); Neyhart, *et al* (2010) penyebab depresi pada pasien hemodialisis yaitu :

## 1) Faktor Internal

### (1) Usia

Seseorang yang sudah berusia 40 tahun akan mengalami penurunan laju filtrasi glomerulus secara progresif hingga berusia 70 tahun, sehingga ginjal akan kehilangannya fungsinya kurang lebih 50% dari normalnya (Smeltzer & Bare, 2002). Penelitian Rustina (2012), menemukan bahwa lebih banyak ditemukan depresi pada pasien gagal ginjal kronik dengan usia 51-56 tahun.

### (2) Pendidikan

Menurut Notoatmojo (2005), pendidikan merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang, karena pendidikan dapat menambah wawasan. Sehingga seseorang yang berpendidikan tinggi mempunyai pengetahuan lebih luas dibandingkan dengan mereka yang berpendidikan lebih rendah. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang penting untuk terbentuknya tindakan, perilaku yang didasari pengetahuan akan lebih langgeng dari pada yang tidak didasari pengetahaun. Seseorang yang pendidikan tinggi cenderung akan berperilaku positif. Menurut penelitian

tingkat pendidikan lebih rendah mengalami depresi yang lebih tinggi dibandingkan dengan yang berpendidikan.

### (3) Status pernikahan

Pasangan hidup dapat memberikan dukungan, motivasi dan bantuan yang dibutuhkan saat pasien mengalami masalah-masalah terkait kondisi kesehatannya, sehingga pasien menjadi lebih percaya diri dalam menjalani kehidupannya (Rosdiana, 2010). Menurut Anees, *et al.*, (2008), faktor resiko utama untuk depresi adalah status perkawinan, buta huruf, jumlah anak, faktor sosial ekonomi, jenis kelamin, hipertensi dan hipoalbuminemia.

### (4) Kualitas hidup

WHOQOL (2004), Model konsep kualitas hidup dari WHO (*The World Health Organization Quality of Life/WHOQOL*) mulai berkembang sejak tahun 1991. Instrumen ini terdiri dari 26 item pertanyaan yang terdiri dari 4 domain, yaitu; 1) Domain kesehatan fisik yang terdiri dari rasa nyeri, energi, istirahat, tidur, mobilisasi, aktivitas, pengobatan dan pekerjaan; 2) Domain psikologi yang terdiri dari: perasaan positif dan negatif, cara berfikir, harga diri, *body image*, spiritual; 3) Domain hubungan sosial terdiri dari : hubungan individu, dukungan sosial, aktivitas seksual; 4) Domain lingkungan

fasilitas kesehatan, mudahnya mendapat informasi, kesehatan, rekreasi, transportasi.

Kualitas hidup adalah sebagai persepsi individu sebagai laki-laki ataupun perempuan dalam hidup ditinjau dari konteks budaya dan sistem nilai dimana mereka tinggal, hubungan dengan standar hidup, harapan, kesenangan, dan perhatian mereka. Hal ini terangkum secara kompleks mencakup kesehatan fisik, status psikologis, tingkat kebebasan, hubungan sosial, dan hubungan kepada karakteristik lingkungan mereka.

Kualitas hidup merupakan kondisi dimana pasien kendati penyakit yang dideritanya dapat tetap merasa nyaman secara fisik, psikologis, sosia maupun spiritual serta secara optimal memanfaatkan hidupnya untuk kebahagiaan dirinya maupun orang lain. Menurut WHOQOL menyebutkan bahwa kualitas hidup terdiri dari 4 dimensi. Keempat dimensi WHOQOL group meliputi:

(a) Kesehatan fisik

Berhubungan dengan kesakitan dan kegelisahan, ketergantungan pada perawatan medis, energi dan kelelahan, mobilitas, tidur dan istirahat, aktifitas kehidupan

. . . . .

**(b) Kesehatan psikologis**

Berhubungan dengan pengaruh positif dan negatif spiritual, pemikiran pembelajaran, daya ingat dan konsentrasi, gambaran tubuh dan penampilan, serta penghargaan terhadap diri sendiri.

**(c) Hubungan sosial**

Terdiri dari hubungan personal, aktivitas seksual, dan hubungan sosial.

**(d) Lingkungan**

Terdiri dari keamanan dan kenyamanan fisik, lingkungan fisik, sumber penghasilan kesempatan memperoleh informasi, keterampilan baru, partisipasi dan kesempatan untuk rekreasi atau aktifitas pada waktu luang.

**2) Faktor Eksternal**

**a) Dukungan keluarga**

Dukungan keluarga adalah keikutsertaan keluarga untuk memberikan bantuan kepada salah satu anggota keluarga yang membutuhkan pertolongan baik dalam hal pemecahan masalah, pemberian keamanan dan peningkatan harga diri. Keluarga memiliki beberapa bentuk dukungan yaitu: dukungan emosional yaitu melibatkan ekspresi cinta, kepercayaan, dan

mengungkapkan perasaan. Dukungan penghargaan yaitu dukungan yang muncul melalui ekspresi penghargaan positif terhadap orang lain, memberikan semangat atau memberikan persetujuan mengenai ide-ide/perasaan individu. Dukungan instrumental yaitu sebuah sumber pertolongan praktis dan konkrit, diantaranya ketaraturan menjalani terapi, kesehatan penderita dalam hal kebutuhan makanan dan minum, istirahat dan terhindarnya penderita dari kelelahan. Dukungan informasional yaitu dukungan yang dapat diberikan berupa nasehat, pengarahan, saran, umpan balik mengenai bagaimana seseorang bertindak

Dukungan keluarga akan mempengaruhi kesehatan secara fisik dan psikologis, dimana dukungan keluarga tersebut dapat diberikan melalui dukungan emosional, informasi ataupun memberikan nasihat. Dukungan keluarga yang didapat oleh pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa menyangkut dukungan dalam masalah finansial, mengurangi tingkat depresi dan ketakutan terhadap kematian serta pembatasan asupan cairan (Brunner & Suddarth, 2002).

Dalam penelitian Suryaningsih (2013), terkait dengan dukungan keluarga terhadap tingkat depresi pada pasien gagal

... ..



lemah, begitu pula ketika bergerak atau menggerakkan bagian tubuhnya.

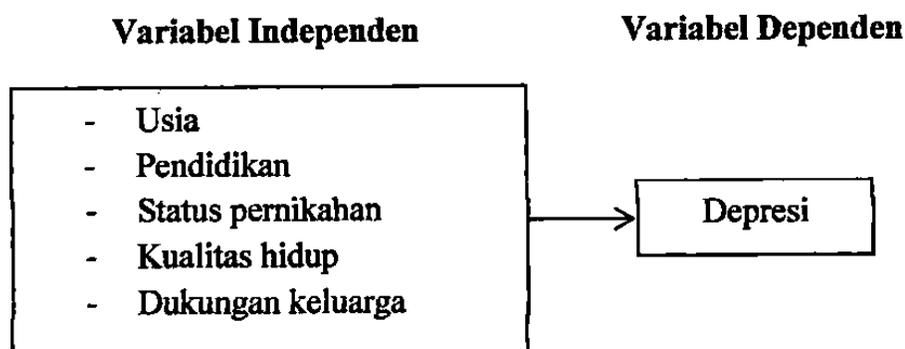
- 10) Perasaan lelah atau merasa capai, lemah dan kehilangan tenaga, bahkan kegiatan kecil terasa sangat berat dan menghabiskan banyak tenaga dan perasaan ini terjadi hampir setiap hari.
- 11) Merasa tidak berharga, merasa bersalah dan selalu memikirkan kegagalan atau kesalahan masa lalu yang berlebihan atau tidak wajar.
- 12) Tiba tiba menangis tanpa sebab yang jelas
- 13) Gangguan fisik yang tidak jelas penyebabnya, seperti sakit kepala atau sakit punggung.
- 14) Sering berfikir untuk bunuh diri atau keinginan untuk mati, atau usaha bunuh diri atau rencana untuk mengakhiri nyawa sendiri.

**f. Skala pengukuran *Beck's Depression Inventory* (BDI)**

*Beck's Depression Inventory* adalah salah satu alat ukur untuk mengukur tingkat depresi seseorang. Skala ini banyak dianggap lebih tepat untuk mengukur tingkat depresi pada pasien gagal ginjal. *Beck Depression Inventori* mengevaluasi 21 gejala depresi yang menggambarkan kesedihan, pesimistik, perasaan gagal, ketidakpuasan, rasa bersalah, harapan akan hukuman, membenci diri sendiri, menuduh diri sendiri, keinginan bunuh diri, menangis, iritabilitas, penarikan diri

tubuh, masalah bekerja, insomnia, kelelahan, anoreksia, kehilangan berat badan, preokupasi somatik dan penurunan libido. Hasil penilaian skor BDI diklasifikasikan menjadi 4 kategori, yaitu nilai 0-9 dikategorikan normal, nilai 10-15 dikategorikan depresi ringan, nilai 16-30 dikategorikan depresi sedang dan bila jumlah nilai >30 dikategorikan depresi berat (Tomb, 2003).

## B. Kerangka Konsep



## C. Hipotesis Penelitian

Berdasarkan rumusan tujuan dan pertanyaan penelitian, maka dapat dirumuskan hipotesis penelitian adalah :

1. Ada hubungan antara usia dengan depresi pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis.
2. Ada hubungan antara pendidikan dengan depresi pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis.
3. Ada hubungan antara status pernikahan dengan depresi pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis.

4. Ada hubungan antara kualitas hidup dengan depresi pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis.
5. Ada hubungan antara dukungan keluarga dengan depresi pada pasien gagal