

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN MANAJEMEN DEPRESI  
TERHADAP TINGKAT DEPRESI PADA PASIEN HEMODIALISA YANG  
MENGALAMI GAGAL GINJAL KRONIK DI RST.TK.II dr.SOEDJONO  
MAGELANG**

**SKRIPSI**

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
Sarjana Keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan  
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang



**Yanah**  
**NIM 17.0603.0074**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS KESEHATAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG  
2019**

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**SKRIPSI**

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN MANAJEMEN DEPRESI  
TERHADAP TINGKAT DEPRESI PADA PASIEN HEMODIALISA YANG  
MENGALAMI GAGAL GINJAL KRONIK DI RST.TK.II dr.SOEDJONO  
MAGELANG**

Telah direvisi dan dipertahankan di hadapan Tim Penguji Skripsi  
Program Strata I Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan  
Universitas Muhammadiyah Magelang

Magelang, 18 Februari 2020

Pembimbing I



**Ns. Retna Tri Astuti, M.Kep**  
NIDN.0602067801

Pembimbing II



**Ns. Sambodo Sriadi Pinilih, M.Kep**  
NIDN. 0613097601

## LEMBAR PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :

Nama : Yanah  
NPM : 17.0603.0074  
Program Studi : Ilmu Keperawatan  
Judul Skripsi : Pengaruh Pendidikan Kesehatan Manajemen  
Depresi Terhadap Tingkat Depresi Pada Pasien  
Hemodialisa Yang Mengalami Gagal Ginjal  
Kronik di RST.Tk II.dr. Soedjono Magelang.

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan Diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Magelang.

### DEWAN PENGUJI

Penguji I : Ns. Sigit Priyanto, M.Kep (.....)  
NIDN. 0611127601  
Penguji II : Ns. Retna Tri Astuti M.Kep (.....)  
NIDN. 0602067801  
Penguji III : Ns. Sambodo Sriadi Pinilih M.Kep (.....)  
NIDN. 0613097601

Mengetahui,

Dekan

Puguh Widiyanto, S.Kp., M.Kep.

NIK. 947308063

Ditetapkan : di Magelang  
Tanggal : 23 Februari 2020

**LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN**  
**HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS**

Dengan ini saya menyatakan bahwa skripsi ini adalah karya saya sendiri dan bukan merupakan karya orang lain, baik sebagian maupun seluruhnya, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya. Apabila kemudian ditemukan adanya pelanggaran terhadap etika keilmuan dalam karya saya ini atau ada klaim dari pihak lain terhadap keaslian karya saya ini maka saya siap menanggung segala resiko/sanksi yang berlaku.

Nama : Yanah  
NPM : 17.0603.0074  
Tanggal : 24 Februari 2020



Yanah

NPM : 17.0603.0074

## **HALAMAN PERSEMBAHAN**

Dengan mengucapkan puji syukur kepada Tuhan YME, kupersembahkan karya kecilku ini untuk orang-orang yang kusayangi dan kucintai :

1. Keluarga tercinta. Terima kasih atas dukungan yang telah kalian ciptakan sehingga membuat saya lebih bersemangat dalam menyelesaikan skripsi ini.
2. Almamaterku, terima kasih telah memberikan bekal ilmu kepada penulis.

## MOTTO

فَإِنَّ مَعَ الْعُسْرِ يُسْرًا

“Karena sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan”

(Q.S. Al-Insyirah : 5)

Nama : Yanah  
Program Studi : S1 Ilmu Keperawatan, Universitas Muhammadiyah Magelang  
Judul : Pengaruh Pendidikan Kesehatan Manajemen Depresi Terhadap Tingkat Depresi Pada Pasien Hemodialisa Yang Mengalami Gagal Ginjal Kronik di RST Tk. II dr. Soedjono Magelang

### Abstrak

**Latar belakang :** Gagal ginjal adalah suatu sindroma klinik yang disebabkan oleh penurunan fungsi ginjal yang bersifat menahun, berlangsung progresif dan irreversible. Gagal ginjal akan mengakibatkan gangguan secara fisiologis dan psikologis. Dampak psikologis diantaranya banyak yang mengalami ketidakstabilan emosi juga depresi. Pendidikan kesehatan dapat diberikan kepada pasien gagal ginjal untuk pencegahan fisik dan psikologis. Perawat dan pasien dapat bekerjasama dalam melakukan manajemen depresi agar tidak terjadi komplikasi lebih lanjut. **Tujuan :** Mengidentifikasi Pengaruh Pendidikan Kesehatan Manajemen Depresi Terhadap Tingkat Depresi Pada Pasien Hemodialisa Yang Mengalami Gagal Ginjal Kronik di RST Tk. II dr. Soedjono Magelang. **Metode :** Penelitian ini menggunakan metode penelitian *Quasi Experiment*. Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan metode *non probability sampling* dengan teknik *puposive sampling* sejumlah 64 responden. Analisis uji hubungan seluruh variable menggunakan uji Wilcoxon dikarenakan data tidak normal. **Hasil :** Dari uji statistik didapatkan bahwa terdapat pengaruh pendidikan kesehatan manajemen depresi terhadap tingkat depresi pada pasien hemodialisa yang mengalami gagal ginjal kronik di RST Tk. II dr. Soedjono Magelang dengan nilai *p-value*: 0,000. **Kesimpulan :** Pendidikan kesehatan manajemen depresi dapat menurunkan tingkat depresi pasien gagal ginjal **Saran :** Diharapkan perawat dapat melakukan asuhan keperawatan perawatan pemberian pendidikan kesehatan manajemen depresi pada pasien gagal ginjal untuk menurunkan tingkat depresi.

**Kata kunci :** depresi, gagal ginjal, pendidikan kesehatan, manajemen depresi

Name : Yanah  
Study Programme : S1 Nursing, Universitas Muhammadiyah, Magelang.  
Title : The Effect of Depression Management Health Education on Depression Level in Hemodialysis Patients Who Have Chronic Kidney Failure at RST Tk. II Dr. Soedjono Magelang

### Abstract

**Background:** Kidney failure is a clinical syndrome caused by chronic kidney function decline, progressive and irreversible. Kidney failure will result in physiological and psychological disorders. Psychological effects include many who experience emotional instability as well as depression. Health education can be given to kidney failure patients for physical and psychological prevention. Nurses and patients can work together in managing depression so that no further complications occur. **Objective:** To identify the effect of Depression Management Health Education on Depression Level in Hemodialysis Patients Who Have Chronic Kidney Failure at RST Tk. II Dr. Soedjono Magelang. **Method:** This study uses a Quasi Experiment research method. The sampling technique in this study used a non-probability sampling method with a purposive sampling technique of 64 respondents. Analysis of the relationship test for all variables using the Wilcoxon test because the data were not normal. **Results:** From the statistical test it was found that there was an influence of depression management health education on depression levels in hemodialysis patients who had chronic kidney failure in RST Tk. II Dr. Soedjono Magelang with p-value: 0,000. **Conclusion:** Depression management health education can reduce the level of depression in patients with renal failure Suggestion: It is expected that nurses can do nursing care care health education for depression management in patients with kidney failure to reduce the level of depression.

**Keywords:** depression, kidney failure, health education, depression management

## KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan Rahmad, Hidayah dan Inayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Skripsi dengan judul **“Pengaruh Pendidikan Kesehatan Manajemen Depresi terhadap Tingkat Depresi pada Pasien Hemodialisa yang Mengalami Gagal Ginjal kronik di RST TK.II dr.Soedjono Magelang”**.

Skripsi ini disusun guna memenuhi salah satu syarat dalam rangka menyelesaikan program ilmu keperawatan di Fakultas Ilmu kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.

Penyusunan skripsi ini banyak mendapatkan bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak sehingga dapat selesai tepat pada waktunya. Untuk itu dalam kesempatan ini penulis akan menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Dr Suliswiyadi,M.Ag Selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Magelang.
2. Puguh Widiyanto, S.Kp, M.Kep selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
3. Ns. Sigit Priyanto, M.Kep., selaku Ketua Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Magelang
4. Ns. Retna Tri Astuti M.kep selaku Dosen pembimbing pertama yang telah banyak memberikan bimbingan dan saran selama penyusunan skripsi ini.
5. Ns. Sambodo Sriadi Pinilih, M.Kep selaku selaku Dosen pembimbing kedua yang telah banyak memberikan bimbingan dan saran selama penyusunan skripsi ini.
6. Seluruh dosen dan staff Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang yang telah memberikan bimbingan selama penulis mengikuti pendidikan sampai selesainya penyusunan skripsi ini.
7. Direktur RST Dr. Soedjono Magelang yang memberikan ijin dalam melakukan penelitian ini.

8. Teman-teman satu angkatan program S1 ilmu keperawatan yang telah memberikan motivasi kepada penulis
9. Suami dan anak-anakku tercinta yang senantiasa mendoakan dan memberi dorongan moral dan semangat untuk terus belajar.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih banyak kekurangan dan kelemahannya. Saran dan kritik yang sifatnya membangun sangat penulis harapkan guna perbaikan skripsi ini. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi pembangunan ilmu pengetahuan pada umumnya dan ilmu keperawatan pada khususnya.

Magelang, 24 Februari 2020

Penulis

## DAFTAR ISI

|                                            |      |
|--------------------------------------------|------|
| HALAMAN JUDUL.....                         | i    |
| LEMBAR PERSETUJUAN.....                    | ii   |
| LEMBAR PENGESAHAN .....                    | iii  |
| LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN..... | iv   |
| HALAMAN PERSEMBAHAN.....                   | v    |
| MOTTO.....                                 | vi   |
| ABSTRAK.....                               | vii  |
| Abstrak.....                               | vii  |
| ABSTRACT.....                              | viii |
| Abstract .....                             | viii |
| KATA PENGANTAR .....                       | ix   |
| DAFTAR ISI.....                            | xi   |
| DAFTAR TABEL .....                         | xiii |
| DAFTAR GAMBAR .....                        | xiv  |
| BAB 1 PENDAHULUAN .....                    | 1    |
| 1.1 Latar Belakang Masalah.....            | 1    |
| 1.2 Rumusan Masalah .....                  | 5    |
| 1.3 Tujuan Penelitian.....                 | 6    |
| 1.4 Manfaat Penelitian.....                | 7    |
| 1.5 Ruang Lingkup Penelitian .....         | 7    |
| 1.6 Keaslian Penelitian .....              | 8    |
| BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....               | 10   |
| 2.1 Konsep Gagal Ginjal Kronis .....       | 10   |
| 2.2 Konsep Pendidikan Kesehatan .....      | 13   |
| 2.3 Konsep Pengetahuan .....               | 22   |
| 2.4 Konsep Depresi .....                   | 25   |
| 2.5 Kerangka Teori.....                    | 31   |
| 2.6 Hipotesis.....                         | 32   |
| BAB 3 METODE PENELITIAN.....               | 33   |

|                                 |                                           |    |
|---------------------------------|-------------------------------------------|----|
| 3.1                             | Rancangan Penelitian .....                | 33 |
| 3.2                             | Kerangka Konsep .....                     | 34 |
| 3.3                             | Definisi Oprasional Penelitian.....       | 34 |
| 3.4                             | Populasi dan Sampel.....                  | 35 |
| 3.5                             | Waktu dan Tempat .....                    | 37 |
| 3.6                             | Alat dan Metode Pengumpulan Data.....     | 37 |
| 3.7                             | Metode Pengolahan dan Analisis Data ..... | 42 |
| 3.8                             | Etika Penelitian.....                     | 44 |
| BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN..... |                                           | 60 |
| 5.1                             | Kesimpulan.....                           | 60 |
| 5.2                             | Saran .....                               | 61 |
| DAFTAR PUSTAKA .....            |                                           | 62 |

## **DAFTAR TABEL**

|                                     |    |
|-------------------------------------|----|
| Tabel 1.1 Keaslian Penelitian.....  | 8  |
| Tabel 3.1 Variabel Dependen.....    | 34 |
| Tabel 3.2 Variabel Independen ..... | 35 |
| Tabel 3.3 Jenis Uji Normalitas..... | 43 |

## **DAFTAR GAMBAR**

|                                                                                                                        |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Gambar 2.1 Kerangka Teori (Arici (2014), Bruner dan Sudart (2013), Kaplan dan Saddock (2010), Notoatmodjo (2012) ..... | 31 |
| Gambar 3.1 Rancangan Penelitian .....                                                                                  | 33 |
| Gambar 3.2 Kerangka Konsep .....                                                                                       | 34 |

## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang Masalah**

Penyakit Ginjal kronis merupakan masalah kesehatan dunia dengan beban biaya kesehatan yang tinggi. Padahal, penyakit dapat dicegah dengan melakukan upaya pencegahan, pengendalian dan tatalaksana. Gagal ginjal kronik (*Chronic Kidney Disease*) merupakan salah satu penyakit tidak menular (*non-communicable disease*) yang perlu mendapatkan perhatian karena telah menjadi masalah kesehatan masyarakat dengan angka kejadiannya yang cukup tinggi. Penyakit Ginjal Kronis di dunia saat ini mengalami peningkatan dan menjadi masalah kesehatan serius, hasil penelitian Global Burden of Disease tahun 2010, Penyakit Ginjal Kronis merupakan penyebab kematian peringkat ke 27 di dunia 30 tahun yang lalu dan meningkat menjadi urutan ke 18 pada tahun 2010. Lebih dari 2 juta penduduk di dunia mendapatkan perawatan dengan dialisis atau transplantasi ginjal dan hanya sekitar 10% yang benar-benar mengalami perawatan tersebut. Sepuluh persen penduduk di dunia mengalami Penyakit Ginjal Kronis dan jutaan meninggal setiap tahun karena tidak mempunyai akses untuk pengobatan (Moeloek, 2018).

Data mengenai penyakit ginjal didapatkan dari hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), Indonesian Renal Registry (IRR), dan sumber data lain. Riskesdas 2013 mengumpulkan data responden yang didiagnosis dokter menderita penyakit gagal ginjal kronis, juga beberapa faktor risiko penyakit ginjal yaitu hipertensi, diabetes melitus dan obesitas. Dalam bulletin Pusat Data Dan Informasi Kementerian Kesehatan RI tentang Situasi Penyakit Ginjal Kronis tahun 2017 menyatakan bahwa, hasil Riskesdas 2013, populasi umur  $\geq 15$  tahun yang terdiagnosis gagal ginjal kronis sebesar 0,2%. Angka ini lebih rendah dibandingkan prevalensi PGK di negara-negara lain, juga hasil penelitian Perhimpunan Nefrologi Indonesia (Pernefri) tahun 2006, yang mendapatkan prevalensi PGK sebesar 12,5%. Hal ini karena Riskesdas 2013 hanya menangkap

data orang yang terdiagnosis PGK sedangkan sebagian besar PGK di Indonesia baru terdiagnosis pada tahap lanjut dan akhir. Hasil Riskesdas 2013 juga menunjukkan prevalensi meningkat seiring dengan bertambahnya umur, dengan peningkatan tajam pada kelompok umur 35-44 tahun dibandingkan kelompok umur 25-34 tahun. Prevalensi pada laki-laki (0,3%) lebih tinggi dari perempuan (0,2%), prevalensi lebih tinggi terjadi pada masyarakat perdesaan (0,3%), tidak bersekolah (0,4%), pekerjaan wiraswasta, petani/nelayan/buruh (0,3%), dan kuintil indeks kepemilikan terbawah dan menengah bawah masing-masing 0,3% (Kemenkes RI, 2017).

Penyebab gagal ginjal disebabkan oleh banyak factor. Gagal ginjal adalah suatu sindroma klinik yang disebabkan oleh penurunan fungsi ginjal yang bersifat menahun, berlangsung progresif dan irreversible. Setiap penyakit yang terjadi pada ginjal akan menyebabkan terganggunya fungsi ginjal terutama berkaitan dengan fungsi pembuangan sisa metabolisme zat gizi keluar tubuh. Gagal ginjal disebabkan oleh beberapa etiologi dan faktor risiko seperti hipertensi dan diabetes melitus merupakan etiologi terbanyak, sehingga deteksi PGK pada kedua populasi ini direkomendasikan dalam berbagai panduan. Jumlah pasien yang menjalani terapi pengganti ginjal, baik hemodialisis, *continuous ambulatory peritoneal dialysis* (CAPD), maupun transplantasi ginjal mengalami peningkatan dari tahun ke tahun karena adanya program JKN (Pringgodigdo dan Lydia, 2016).

Secara umum pada tahap awal penyakit ginjal kronis tidak menunjukkan gejala yang khas sehingga penyakit ini sering terlambat diketahui. Tanda dan gejala yang timbul karena penyakit ginjal sangat umum dan dapat ditemukan pada penyakit lain seperti tekanan darah tinggi, perubahan frekuensi buang air kecil dalam sehari, adanya darah dalam urin, mual dan muntah serta bengkak, terutama pada kaki dan pergelangan kaki. Bila ditemukan tanda dan gejala penyakit ginjal, maka yang harus dilakukan adalah kontrol gula darah pada penderita diabetes, kontrol tekanan darah pada penderita hipertensi, dan pengaturan pola makan yang sesuai dengan kondisi ginjal (Suparti dan Nurjanah, 2018).

Gagal ginjal akan mengakibatkan gangguan secara fisiologis dan psikologis. Keluhan fisik diantaranya termasuk komplikasi intradialisis yang umumnya sering terjadi adalah hipotensi, kram, mual dan muntah, sakit kepala, nyeri dada, nyeri punggung, demam, menggigil, adanya kelemahan otot, kekurangan energi dan merasa letih (Barkan; Armiyati dalam Suparti dan Nurjanah, 2018). Dampak psikologis diantaranya banyak yang mengalami ketidakstabilan emosi juga tekanan psikologis (depresi) spiritual, beban keuangan, pengetahuan penyakit yang tidak memadai, kurangnya dukungan sosial yang mempengaruhi kualitas hidup (Gorji, et al, dalam Suparti dan Nurjanah, 2018).

Prevalensi depresi yang diakibatkan oleh gagal ginjal menurut Andri dalam Handayani, dkk. (2017) menunjukkan prevalensi depresi berat pada populasi umum sekitar 1,1%-15% pada laki-laki dan 1,8%-23% pada wanita, namun pada klien GGK yang menjalani hemodialisa mencapai 47%. Rata-rata prevalensi depresi 5%-58% dan gangguan depresi mayor adalah gangguan kejiwaan yang sangat umum terjadi pada klien GGK tahap akhir angka kejadiannya lebih tinggi dari penyakit kronis lainnya khususnya sekitar 20% mengalami depresi berat (Kiosses and Karathanos dalam Handayani, 2017). Rata-rata 41.6% klien GGK yang menjalani hemodialisa mengalami depresi (Andrade & Sesso dalam Handayani, 2017). Rata-rata banyak penelitian menunjukkan bahwa pasien dengan gagal ginjal akan mengalami depresi dengan prosentasi yang berbeda-beda setiap penelitian (Handayani, dkk., 2017).

Dampak psikologis seperti depresi pasien gagal ginjal yang menjalani program terapi seperti hemodialisis dapat dimanifestasikan dalam serangkaian perubahan perilaku antara lain menjadi pasif, ketergantungan, merasa tidak aman, bingung dan menderita (Brunner dan Suddart dalam Rustina, 2012). Dua pertiga dari pasien yang mendapat terapi dialisis tidak pernah kembali pada aktifitas atau pekerjaan seperti sedia kala. Pasien akan mengalami kehilangan pekerjaan, penghasilan, kebebasan, harapan umur panjang dan fungsi seksual sehingga dapat menimbulkan kemarahan yang akhirnya timbul suatu keadaan depresi sekunder

sebagai akibat dari penyakit sistemik yang mendahuluinya (Asri dalam Rustina, 2012).

Masalah tersebut perlu adanya suatu penanganan/pengobatan yaitu dilakukannya hemodialisa dan obat-obatan yang berfungsi mempertahankan fungsi ginjal. Pengobatan yang dapat ditekankan yaitu menekankan pentingnya pengobatan gaya hidup dalam mengobati pasien dengan terganggunya fungsi renal. Karena gagal ginjal kronik memiliki faktor risiko umum yang sama dengan penyakit kardiovaskular dan diabetes, modifikasi gaya hidup yang diarahkan pada merokok, obesitas, konsumsi alkohol, olahraga dan diet penting dilakukan (Lubis, dkk., 2016). Tindakan lain yang dapat dilakukan untuk mengatasi gagal ginjal adalah dengan melakukannya pendidikan kesehatan yang dilakukan oleh perawat saat pasien melakukan pengobatan di rumah sakit. Penelitian yang dilakukan Nurjanah (2016) mengatakan bahwa dengan memberikan pendidikan kesehatan tentang gagal ginjal akan membuat klien dan keluarga mengenal gagal ginjal dan tercipta suatu kepatuhan terkait pembatasan cairan dan diet pada gagal ginjal. Masalah dalam gagal ginjal tidak hanya fisik saja, namun juga psikologi yaitu depresi. Pasien gagal ginjal akan mengalami fase pengobatan yang cukup lama dan mengakibatkan gangguan psikologis. Depresi adalah terganggunya fungsi manusia yang berkaitan dengan alam perasaan yang sedih dan gejala penyertanya, termasuk perubahan pada pola tidur dan nafsu makan, anhedonia, konsentrasi, psikomotor, kelelahan rasa putus asa dan tidak berdaya (Tartum, dkk., 2016).

Pendidikan kesehatan dapat diberikan kepada pasien gagal ginjal untuk pencegahan fisik dan psikologis. Pendidikan kesehatan adalah suatu proses yang direncanakan untuk mempengaruhi atau mengajak orang lain, baik individu, kelompok atau masyarakat agar melaksanakan perilaku hidup sehat (Nursalam & Efendi, 2010). Perawat dapat melakukan pencegahan baik secara fisik dan psikologis yang terkait dengan gagal ginjal kronis dan depresi dengan memerankan dan fungsinya sebagai educator yaitu dengan cara pemberian

pendidikan kesehatan (*health education*). Pendidikan kesehatan adalah proses yang direncanakan dengan sadar untuk menciptakan peluang bagi individu-individu untuk senantiasa belajar memperbaiki kesadaran (*literacy*) serta meningkatkan pengetahuan dan keterampilannya (*life skills*) demi kepentingan kesehatannya (Nursalam, 2012). Diharapkan dengan dilakukan pendidikan kesehatan akan didapatkan peningkatan pengetahuan sehingga dapat merubah perilaku agar dapat meminimalisir gangguan baik fisik dan psikologis yang berhubungan dengan gagal ginjal kronis dan depresi. Perawat dan pasien dapat bekerjasama dalam melakukan manajemen depresi agar tidak terjadi komplikasi lebih lanjut.

Studi pendahuluan yang dilakukan di unit hemodialisa RST Tk. II dr. Soedjono Kota Magelang ditemukan beberapa informasi yaitu bahwa jumlah pasien langganan hemodialisa dalam 1 bulan sejumlah 146 pasien. Jumlah bed dan alat dialisis sejumlah 33 bed dan mesin. Rata-rata penggunaan bed hampir penuh dalam setiap harinya tergantung jadwal hemodialisa setiap pasien. Pasien yang terjadwal hemodialisa 1 kali dalam seminggu sejumlah 3 pasien dan pasien yang terjadwal hemodialisa 2 kali dalam seminggu sejumlah 143 pasien. Seluruh pasien yang menjalani hemodialisa didiagnosa gagal ginjal. Data wawancara dan observasi pada 10 pasien tentang tingkat depresi bahwa 7 dari 10 mengalami depresi dengan tingkat sedang, sisanya 3 mengalami tingkat depresi yang ringan dikarenakan pasien sudah pasrah terhadap keadaan yang dialaminya. Dari 7 yang mengalami stres sedang dimungkinkan masih mengalami *denial* terhadap keadaan yang dialami, mereka khawatir terhadap keadaan yang dialaminya, dukungan keluarga yang menurun dan faktor lainnya.

## 1.2 Rumusan Masalah

Penyakit gagal ginjal akan mengakibatkan dampak yang serius. Penyakit ini akan mengakibatkan gangguan secara fisiologis dan psikologis. Keluhan fisik diantaranya termasuk komplikasi intradialisis yang umumnya sering terjadi adalah hipotensi, kram, mual dan muntah, sakit kepala, nyeri dada, nyeri punggung,

demam dan menggigil. Dampak psikologis diantaranya banyak yang mengeluhkan adanya kelemahan otot, kekurangan energi dan merasa letih. Dampak psikologis diantaranya banyak yang mengalami ketidakstabilan emosi juga tekanan psikologis (depresi) spiritual, beban keuangan, pengetahuan penyakit yang tidak memadai, kurangnya dukungan sosial yang mempengaruhi kualitas hidup. Sebagai tenaga kesehatan harus dapat memenuhi kebutuhan dari seluruh aspek seperti biologis, psikologis, social, kultural dan spiritual. Pada aspek psikologi, seorang perawat harus dapat memberikan *support system* yang bagus untuk mempertahankan kondisi psikologis yang baik. Keadaan depresi sangat umum dialami oleh pasien dengan gagal ginjal. Diharapkan seorang perawat dapat meminimalisir gangguan depresi tersebut. Dari rumusan masalah tersebut, peneliti tertarik untuk meneliti dengan judul: pengaruh pendidikan kesehatan manajemen depresi terhadap tingkat depresi pada pasien hemodialisa yang mengalami gagal ginjal kronik di RST Tk. II dr. Soedjono Magelang

### **1.3 Tujuan Penelitian**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Untuk mengetahui pengaruh pendidikan kesehatan terhadap tingkat pengetahuan tentang manajemen depresi pada pasien hemodialisa yang mengalami gagal ginjal kronik di RST Tk. II dr. Soedjono Magelang.

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

Tujuan penelitian ini adalah untuk menggali informasi:

- 1.3.2.1 Mengidentifikasi tingkat depresi sebelum diberikan pendidikan kesehatan manajemen depresi di RST Tk. II dr. Soedjono Magelang
- 1.3.2.2 Mengidentifikasi tingkat depresi sesudah diberikan pendidikan kesehatan manajemen depresi di RST Tk. II dr. Soedjono Magelang
- 1.3.2.3 Untuk mengetahui pengaruh pendidikan kesehatan manajemen depresi terhadap tingkat depresi pada pasien hemodialisa yang mengalami gagal ginjal kronik di RST Tk. II dr. Soedjono Magelang.

## **1.4 Manfaat Penelitian**

### **1.4.1 Bagi Pasien**

Diharapkan penelitian ini dapat bermanfaat untuk dapat menurunkan depresi pada pasien gagal ginjal kronik dengan cara melakukan transfer pengetahuan tentang ilmu yang berhubungan dengan gagal ginjal kronik dengan media pendidikan kesehatan.

### **1.4.2 Bagi Perawat**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien terutama pada kasus gagal ginjal kronik. Perawat dapat meningkatkan pengetahuan agar dapat melakukan manajemen depresi pada penyakit ini dikarenakan penderita akan mengalami gangguan psikologis yang berat.

### **1.4.3 Bagi Rumah Sakit**

Diharapkan hasil penelitian ini dapat menjadi acuan untuk rumah sakit dalam memberikan kebijakan kepada perawat agar dapat memberikan intervensi pendidikan kesehatan kepada pasien hemodialisa agar kejadian depresi pada pasien gagal ginjal dapat diminimalisir.

### **1.4.4 Bagi Profesi Keperawatan**

Diharapkan sebagai acuan dalam pemberian asuhan keperawatan yang efektif, perawat dapat melakukan *update* pengetahuan tentang penyakit gagal ginjal kronik dan intervensi yang baru yang lebih efektif untuk mengurangi depresi pada pasien.

### **1.4.5 Bagi Penelitian Selanjutnya**

Diharapkan penelitian ini menjadi sumbangsih keilmuan atau referensi yang berhubungan dengan pengetahuan gagal ginjal kronik dan manajemen depresi pada ruang lingkup ilmu penyakit dalam dalam perluasan wawasan untuk meningkatkan penemuan dalam mengatasi nyeri pada pasien.

## **1.5 Ruang Lingkup Penelitian**

Ruang lingkup penelitian ini masuk dalam ilmu keperawatan jiwa yang akan membahas tentang pengaruh pendidikan kesehatan terhadap tingkat pengetahuan

tentang manajemen depresi pada pasien hemodialisa yang mengalami gagal ginjal kronik di RST Tk. II dr. Soedjono Magelang.

## 1.6 Keaslian Penelitian

**Tabel 1.1 Keaslian Penelitian**

| No | Peneliti                                                                                         | Judul                                                                                                                              | Metode                                                                                                                                                                                                                                                                    | Hasil                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Perbedaan dengan penelitian yang akan dilakukan                                                                                                                                                                                                                                              |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | Suparti, Sri. Nurjanah, Siti. 2018. Prodi Keperawatan Fikes Universitas Muhammadiyah Purwokerto. | Hubungan Depresi dengan Fatigue pada Pasien Hemodialisis                                                                           | - Jenis penelitian deskriptif analitik korelatif dengan 78 sampel.<br>- Kuesioner yang digunakan adalah Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-G dan Zung Self-rating Depression Scale.<br>- Analisis data dengan korelasi pearson dan regresi logistik linier. | - Rata-rata skor fatigue adalah 24,21 dan 44,50 untuk depresi.<br>- Hasil korelasi pearson menunjukkan nilai $r=0,646$ ( $p<0,05$ ). Analisis regresi logistik menunjukkan nilai $R=4,18\%$ yang artinya depresi diprediksikan sekitar 40% oleh fatigue, dan 60% dipengaruhi oleh variabel lain.<br>- Terdapat hubungan yang kuat antara fatigue dan depresi. Skrining dan manajemen depresi juga harus menjadi standar dalam perawatan pasien hemodialisis. | - Lokasi penelitian dan jumlah sampel berbeda<br>- Variabel yang diteliti adalah tingkat pengetahuan, depresi dan manajemen depresi<br>- Jenis penelitian bukan deskriptif tapi korelasi dengan jenis cross sectional.<br>- Analisis uji hubungan dengan menggunakan analisis spearman-rank. |
| 2. | Tartum, Vicka. Kaunang, Theresia. Elim, Christofel. Ekawardani, Neni. 2016.                      | Hubungan lamanya hemodialisis dengan tingkat depresi pada pasangan hidup pasien gagal ginjal kronik di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou | - Metode penelitian yang digunakan ialah analitik observasional<br>- Pendekatan penelitian dengan pendekatan                                                                                                                                                              | - Uji analisis chi-square mendapatkan nilai p sebesar 0,105 ( $p>0,05$ ).<br>- Tidak terdapat hubungan antara lama hemodialisis dengan tingkat depresi pasangan hidup pasien penyakit ginjal                                                                                                                                                                                                                                                                 | - Lokasi penelitian dan jumlah sampel berbeda<br>- Variabel yang diteliti adalah tingkat pengetahuan, depresi dan manajemen                                                                                                                                                                  |

|         |                                                                                                                       |         |                                                                    |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------------------------------------------------------|
| Manado. | potong lintang.                                                                                                       | kronik. | depresi                                                            |
|         | - Penelitian ini menggunakan kuesioner Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) dan data diolah menggunakan SPSS 20.0. |         | - Analisis uji hubungan dengan menggunakan analisis spearman-rank. |
|         | - Uji analisis dengan chi-square                                                                                      |         |                                                                    |

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Gagal Ginjal Kronis**

##### **2.1.1 Definisi Gagal Ginjal Kronis**

Gagal Ginjal Kronik (GGK) atau *Chronic Kidney Disease* (CKD) adalah suatu penurunan fungsi ginjal yang cukup berat dan terjadi secara perlahan dalam waktu yang lama (menahun) yang disebabkan oleh berbagai penyakit ginjal, bersifat progresif dan umumnya tidak dapat pulih (Smeltzer, 2013).

Gagal ginjal kronik atau penyakit renal tahap akhir merupakan gangguan fungsi renal yang progresif dan ireversibel dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit, menyebabkan uremia (retensi urea dan sampah nitrogen lain dalam darah). (Brunner & Suddarth, 2013).

Gagal ginjal kronik adalah penurunan fungsi ginjal yang bersifat persisten dan ireversibel, gangguan fungsi ginjal yang terjadi penurunan laju filtrasi glomerulus yang dapat digolongkan ringan, sedang dan berat. (Mansjoer, 2011)

##### **2.1.2 Etiologi**

Gagal ginjal disebabkan oleh banyak faktor yang menyebabkan. Menurut Price dan Wilson (2012) penyebab gagal ginjal kronik adalah dikarenakan faktor sebagai berikut :

2.1.2.1 Penyakit infeksi tubulointerstitial: Pielonefritis kronik atau refluks nefropati

2.1.2.2 Penyakit peradangan: Glomerulonefritis

2.1.2.3 Penyakit vaskuler hipertensif: Nefrosklerosis benigna, Nefrosklerosis maligna, Stenosis arteria renalis

2.1.2.4 Gangguan jaringan ikat: Lupus eritematosus sistemik, poliarteritis nodosa, sklerosis sistemik progresif

2.1.2.5 Gangguan congenital dan hereditas: Penyakit ginjal polikistik, asidosis tubulus ginjal

2.1.2.6 Penyakit metabolik: Diabetes mellitus, gout, hiperparatiroidisme, amyloidosis

2.1.2.7 Nefropati toksik: Penyalahgunaan analgesi, nefropati timah

2.1.2.8 Nefropati obstruktif: Traktus urinarius bagian atas (batu/calculi, neoplasma, fibrosis, retroperitoneal), traktus urinarius bawah (hipertropi prostat, striktur uretra, anomaly congenital leher vesika urinaria dan uretra)

### **2.1.3 Tanda dan Gejala**

Menurut Arici (2014) bahwa tanda dan gejala dibagi menjadi 2 stadium, yaitu stadium awal dan stadium lanjut. Gejala tersebut secara umum adalah:

#### **2.1.3.1 Stadium Awal**

Pada stadium awal, pasien gagal ginjal akan mengalami tanda-tanda dan gejala sebagai berikut:

- a. Lemah
- b. Nafsu makan berkurang
- c. Nokturia, polyuria
- d. Terdapat darah pada urin, atau urin berwarna lebih gelap
- e. Urin berbuih
- f. Sakit pinggang
- g. Edema
- h. Peningkatan tekanan darah
- i. Kulit pucat

#### **2.1.3.2 Stadium Lanjut**

Pada stadium lanjut, pasien gagal ginjal akan mengalami tanda-tanda dan gejala sebagai berikut:

- a. Umum (lesu, lelah, peningkatan tekanan darah, tanda-tanda kelebihan volume, penurunan mental, cegukan)
- b. Kulit (penampilan pucat, uremic frost, pruritic exexcoriations)

- c. Pulmonari (dyspnea, efusi pleura, edema pulmonari, uremic lung)
- d. Gastrointestinal (anoreksia, mual, muntah, kehilangan berat badan, stomatitis, rasa tidak menyenangkan di mulut)
- e. Neuromuskuler (otot berkedut, sensorik perifer dan motorik neuropati, kram otot, gangguan tidur, hiperrefleksia, kejang, ensefalopati, koma)
- f. Metabolik endokrin (penurunan libido, amenore, impotensi)
- g. Hematologi (anemia, pendarahan abnormal)

#### **2.1.4 Manifestasi Klinis**

Menurut Brunner dan Suddarth (2013) sistem tubuh akan dipengaruhi drastis oleh kondisi uremia, maka pasien akan memperlihatkan tanda dan gejala. Tanda dan gejala yang ditimbulkan yaitu :

##### **2.1.4.1 Manifestasi kardiovaskuler.**

Pada gagal ginjal kronik mencakup hipertensi, gagal jantung kongesti, oedema pulmoner, dan perikarditis.

##### **2.1.4.2 Gejala dermatologi**

Pada system dermatologi yang sering terjadi mencakup rasa gatal yang parah dan butiran uremi.

##### **2.1.4.3 Gejala gastrointestinal,**

Pada system gastrointestinal juga sering terjadi yang mencakup anoreksia, mual, muntah, dan cegukan

#### **2.1.5 Komplikasi**

Apabila gagal ginjal tidak diatasi sesegera mungkin, maka akan menyebabkan komplikasi atau keadaan yang lebih buruk akibat dampak penyakit ini, diantara komplikasi setelah gagal ginjal antara lain:

##### **2.1.5.1 Hiperkalemia**

Hiperkalemia diakibatkan oleh penurunan ekskresi, asidosis metabolik, katabolisme dan masukan diit berlebih.

##### **2.1.5.2 Perikarditis**

Efusi pleura dan tamponade jantung akibat produk sampah uremik dan dialisis yang tidak adekuat.

#### 2.1.5.3 Hipertensi

Hipertensi akibat retensi cairan dan natrium serta malfungsi sistem reninangiotensin-aldosteron.

#### 2.1.5.4 Anemia

Anemia akibat penurunan eritropoetin, penurunan rentang usia sel darah merah.

#### 2.1.5.5 Penyakit Tulang

Penyakit tulang serta kalsifikasi akibat retensi fosfat, kadar kalsium serum rendah, metabolisme vitamin D dan peningkatan kadar aluminium.

#### 2.1.5.6 Asidosis metabolik, Osteodistropi ginjal Sepsis, Neuropati perifer, Hiperuremia.

## 2.2 Konsep Pendidikan Kesehatan

### 2.2.1 Definisi Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan adalah proses yang direncanakan dengan sadar untuk menciptakan peluang bagi individu-individu untuk senantiasa belajar memperbaiki kesadaran (literacy) serta meningkatkan pengetahuan dan keterampilannya (life skills) demi kepentingan kesehatannya (Nursalam, 2012).

Secara umum, pendidikan kesehatan adalah segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain, baik individu, kelompok, atau masyarakat, sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan atau promosi kesehatan. Dan batasan ini tersirat unsur-unsur input (sasaran dan pendidik dari pendidikan), proses (upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain) dan output (melakukan apa yang diharapkan). Hasil yang diharapkan dari suatu promosi atau pendidikan kesehatan adalah perilaku kesehatan, atau perilaku untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang kondusif oleh sasaran dari promosi kesehatan. (Notoadmojo, 2012)

### 2.2.2 Tujuan Pendidikan Kesehatan

Keberhasilan pendidikan kesehatan tidak terlepas apabila terdapat factor-faktor yang mempengaruhinya. Menurut Notoatmojo (2012), ada beberapa faktor yang mempengaruhi keberhasilan promosi kesehatan dalam melakukan pendidikan kesehatan diantaranya yaitu:

a. Promosi kesehatan dalam faktor predisposisi

Promosi kesehatan bertujuan untuk menggugah kesadaran, memberikan atau meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang pemeliharaan dan peningkatan kesehatan bagi dirinya sendiri, keluarganya, maupun masyarakatnya. Disamping itu dalam konteks promosi kesehatan juga memberikan pengertian tentang tradisi kepercayaan masyarakat dan sebagainya, baik yang merugikan maupun yang menguntungkan kesehatan. Bentuk promosi ini dilakukan dengan penyuluhan, pameran, iklan layanan kesehatan, dan sebagainya.

b. Promosi kesehatan dalam faktor-faktor enabling (penguat)

Bentuk promosi kesehatan dilakukan agar dapat memberdayakan masyarakat dan mampu mengadakan sarana dan prasarana kesehatan dengan cara bantuan teknik, memberikan arahan, dan cara-cara mencari dana untuk pengadaan sarana dan prasarana.

c. Promosi kesehatan dalam faktor reinforcing (pemungkin)

Promosi kesehatan ini ditujukan untuk mengadakan pelatihan bagi tokoh agama, tokoh masyarakat, dan petugas kesehatan sendiri dengan tujuan agar sikap dan perilaku petugas dapat menjadi teladan, contoh atau acuan bagi masyarakat tentang hidup sehat

### 2.2.3 Faktor – faktor yang mempengaruhi pendidikan kesehatan

Faktor yang perlu diperhatikan agar pendidikan kesehatan dapat mencapai sasaran dikemukakan oleh Saragih (2010) yaitu :

a. Tingkat Pendidikan

Pendidikan dapat mempengaruhi cara pandang seseorang terhadap informasi baru yang diterimanya. Maka dapat dikatakan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikannya, semakin mudah seseorang menerima informasi yang didapatnya.

b. Tingkat Sosial Ekonomi

Semakin tinggi tingkat sosial ekonomi seseorang, semakin mudah pula dalam menerima informasi baru.

c. Adat Istiadat

Masyarakat kita masih sangat menghargai dan menganggap adat istiadat sebagai sesuatu yang tidak boleh diabaikan.

d. Kepercayaan Masyarakat

Masyarakat lebih memperhatikan informasi yang disampaikan oleh orang-orang yang sudah mereka kenal, karena sudah ada kepercayaan masyarakat dengan penyampai informasi.

e. Ketersediaan waktu di masyarakat

Waktu penyampaian informasi harus memperhatikan tingkat aktifitas masyarakat untuk menjamin tingkat kehadiran masyarakat dalam penyuluhan.

#### **2.2.4 Metode Pendidikan Kesehatan**

Berdasarkan pendekatan sasaran yang ingin dicapai, penggolongan metode pendidikan ada 3 (tiga) menurut Notoatmodjo (2012) yaitu:

a. Metode berdasarkan pendekatan perorangan

Metode ini bersifat individual dan biasanya digunakan untuk membina perilaku baru, atau membina seorang yang mulai tertarik pada suatu perubahan perilaku atau inovasi. Dasar digunakannya pendekatan individual ini karena setiap orang mempunyai masalah atau alasan yang berbeda-beda sehubungan dengan penerimaan atau perilaku baru tersebut. Ada 2 bentuk pendekatannya yaitu bimbingan dan penyuluhan (Guidance and Counseling) dan wawancara

b. Metode berdasarkan pendekatan kelompok

Penyuluh berhubungan dengan sasaran secara kelompok. Dalam penyampaian promosi kesehatan dengan metode ini kita perlu mempertimbangkan besarnya kelompok sasaran serta tingkat pendidikan formal dari sasaran. Ada 2 jenis tergantung besarnya kelompok, yaitu kelompok besar dan kecil.

c. Metode berdasarkan pendekatan massa

Metode pendekatan massa ini cocok untuk mengkomunikasikan pesan-pesan kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat. Sehingga sasaran dari metode ini bersifat umum, dalam arti tidak membedakan golongan umur, jenis kelamin, pekerjaan, status social ekonomi, tingkat pendidikan, dan sebagainya, sehingga pesan-pesan kesehatan yang ingin disampaikan harus dirancang sedemikian rupa sehingga dapat ditangkap oleh massa.

### **2.2.5 Aspek atau Domain Pendidikan Kesehatan**

Pendidikan merupakan usaha yang dilaksanakan secara sadar untuk mewujudkan suasana belajar serta menuntut target pendidik untuk menggali potensi diri serta berperan aktif dalam prosesnya. Seperti kita ketahui selama ini pendidik dan pengajar merupakan satu pengertian namun sebenarnya kedua kata itu berbeda arti, pendidik merupakan seseorang yang melakukan sesuatu untuk membentuk karakter seseorang serta mentransfer nilai-nilai yang ada di dalam kehidupan, sedangkan pengajar merupakan seseorang yang melakukan sesuatu untuk mentransfer ilmu yang sudah dipelajarinya. Belajar merupakan perubahan tingkah laku dan kemampuan manusia dan juga proses perubahan tingkah laku yang relative permanen akibat dari latihan atau pengalaman yang dialami oleh seseorang, sedangkan mengajar merupakan interaksi antara dua orang atau lebih untuk memberikan pengetahuan dan mengubah atau membentuk perilaku seseorang. Domain belajar atau sebutan lainnya, ranah, dapat diartikan sebagai cakupan dalam proses belajar. Menurut Teori Bloom, domain belajar terbagi atas 3, antara lain :

#### **2.2.5.1 Kognitif**

Kognitif adalah aktivitas mental dalam mengenal dan mengetahui tentang dunia. Kognitif mencakup semua aspek intelektual yang terdiri dari kemampuan berpikir, menganalisa, evaluasi, serta pemahaman. Piaget berteori bahwa selama perkembangannya, manusia mengalami perubahan-perubahan dalam struktur berfikir, yaitu semakin terorganisasi, dan struktur berfikir selalu dibangun pada struktur dari tahap sebelumnya. Perkembangan manusia itu disebabkan oleh 4

faktor, yaitu kematangan fisik, pengalaman dengan objek-objek fisik, pengalaman sosial dan ekuilibrasi. Terdapat 5 cakupan dalam kognitif, yaitu:

1. *Knowledge*, dengan pengetahuan maka akan didapatkan sebuah fakta dan informasi baru.
2. *Comprehension*, pemahaman adalah kemampuan untuk memahami materi yang dipelajari.
3. *Application*, aplikasi atau penerapan mencakup penggunaan informasi yang baru diketahuinya untuk diterapkan dalam situasi yang tepat.
4. *Analysis*, konsep analisis di sini adalah mengaitkan gagasan yang satu dengan yang lain dengan cara-cara yang tepat.
5. *Synthesis*, klien mampu menerapkan semua yang dia dapat selama berada di rumah sakit
6. *Evaluation*, klien mampu menyadari kebutuhan akan informasi kesehatan.

#### 2.2.5.2 Afektif

Afektif terdiri dari perilaku, sikap, minat, konsep diri, tanggung jawab, serta pengendalian diri, serta pembentukan karakter seseorang. Ranah afektif menentukan keberhasilan belajar seseorang, terdapat 5 cakupan, yaitu :

##### 1. *Receiving*

Pada tingkat receiving atau attending, target pendidikan memiliki keinginan memperhatikan suatu fenomena khusus atau stimulus, misalnya kelas, kegiatan, musik, buku, dan sebagainya. Tugas pendidik mengarahkan perhatian target pendidik pada fenomena yang menjadi objek pembelajaran afektif. Misalnya pendidik mengarahkan target pendidik agar senang membaca buku, senang bekerjasama, dan sebagainya. Kesenangan ini akan menjadi kebiasaan, dan hal ini yang diharapkan, yaitu kebiasaan yang positif.

##### 2. *Responding*

Responding merupakan partisipasi aktif target pendidik, yaitu sebagai bagian dari perilakunya. Pada tingkat ini target pendidik tidak saja memperhatikan fenomena khusus tetapi ia juga bereaksi. Hasil pembelajaran pada ranah ini menekankan pada pemerolehan respons, berkeinginan memberi respons, atau

kepuasan dalam memberi respons. Tingkat yang tinggi pada kategori ini adalah minat, yaitu hal-hal yang menekankan pada pencarian hasil dan kesenangan pada aktivitas khusus. Misalnya senang membaca buku, senang bertanya, senang membantu teman, senang dengan kebersihan dan kerapian, dan sebagainya.

### 3. *Valueing*

Valueing melibatkan penentuan nilai, keyakinan atau sikap yang menunjukkan derajat internalisasi dan komitmen. Derajat rentangannya mulai dari menerima suatu nilai, misalnya keinginan untuk meningkatkan keterampilan, sampai pada tingkat komitmen. Valueing atau penilaian berbasis pada internalisasi dari seperangkat nilai yang spesifik. Hasil belajar pada tingkat ini berhubungan dengan perilaku yang konsisten dan stabil agar nilai dikenal secara jelas. Dalam tujuan pembelajaran, penilaian ini diklasifikasikan sebagai sikap dan apresiasi.

### 4. *Organizing*

Pada tingkat organization, nilai satu dengan nilai lain dikaitkan, konflik antar nilai diselesaikan, dan mulai membangun sistem nilai internal yang konsisten. Hasil pembelajaran pada tingkat ini berupa konseptualisasi nilai atau organisasi sistem nilai. Misalnya pengembangan filsafat hidup.

### 5. *Characterizing*

Tingkat ranah afektif tertinggi adalah characterization nilai. Pada tingkat ini target pendidik memiliki sistem nilai yang mengendalikan perilaku sampai pada waktu tertentu hingga terbentuk gaya hidup. Hasil pembelajaran pada tingkat ini berkaitan dengan pribadi, emosi, dan sosial. Ada 5 (lima) tipe karakteristik afektif yang penting, yaitu sikap, minat, konsep diri, nilai, dan moral.

#### a. Sikap

Sikap adalah suatu predisposisi yang dipelajari untuk merespon secara positif atau negatif terhadap suatu objek, situasi, konsep, atau orang. Sikap target pendidik terhadap objek misalnya sikap terhadap sekolah atau terhadap mata pelajaran. Sikap target pendidik ini penting untuk

ditingkatkan. Untuk itu pendidik harus membuat rencana pembelajaran termasuk pengalaman belajar target pendidik yang membuat sikap target pendidik terhadap mata pelajaran menjadi lebih positif.

b. Minat

Minat adalah suatu disposisi yang terorganisir melalui pengalaman yang mendorong seseorang untuk memperoleh objek khusus, aktivitas, pemahaman, dan keterampilan untuk tujuan perhatian atau pencapaian. Secara umum minat termasuk karakteristik afektif yang memiliki intensitas tinggi. Penilaian minat dapat digunakan untuk:

- 1) Mengetahui minat target pendidik sehingga mudah untuk pengarahan dalam pembelajaran
- 2) Mengetahui bakat dan minat target pendidik yang sebenarnya,
- 3) Pertimbangan penjurusan dan pelayanan individual target pendidik,
- 4) Menggambarkan keadaan langsung di lapangan/kelas
- 5) Mengelompokkan target pendidik yang memiliki minat sama
- 6) Acuan dalam menilai kemampuan target pendidik secara keseluruhan dan memilih metode yang tepat dalam penyampaian materi,
- 7) Mengetahui tingkat minat target pendidik terhadap pelajaran yang diberikan pendidik
- 8) Bahan pertimbangan menentukan program sekolah
- 9) Meningkatkan motivasi belajar target pendidik.

c. Konsep Diri

Konsep diri adalah evaluasi yang dilakukan individu terhadap kemampuan dan kelemahan yang dimiliki. Arah konsep diri bisa positif atau negatif, dan intensitasnya bisa dinyatakan dalam suatu daerah kontinum, yaitu mulai dari rendah sampai tinggi. Penilaian konsep diri dapat dilakukan dengan penilaian diri. Kelebihan dari penilaian diri adalah sebagai berikut.

- 1) Pendidik mampu mengenal kelebihan dan kekurangan target pendidik
- 2) Target pendidik mampu merefleksikan kompetensi yang sudah dicapai
- 3) Pernyataan yang dibuat sesuai dengan keinginan penanya
- 4) Memberikan motivasi diri dalam hal penilaian kegiatan target pendidik

- 5) Target pendidik lebih aktif dan berpartisipasi dalam proses pembelajaran
- 6) Dapat digunakan untuk acuan menyusun bahan ajar dan mengetahui standar input target pendidik
- 7) Target pendidik dapat mengukur kemampuan untuk mengikuti pembelajaran
- 8) Target pendidik dapat mengetahui ketuntasan belajarnya
- 9) Melatih kejujuran dan kemandirian target pendidik
- 10) Target pendidik mengetahui bagian yang harus diperbaiki
- 11) Target pendidik memahami kemampuan dirinya
- 12) Pendidik memperoleh masukan objektif tentang daya serap target pendidik
- 13) Mempermudah pendidik untuk melaksanakan remedial, hasilnya dapat untuk instropeksi pembelajaran yang dilakukan
- 14) Target pendidik belajar terbuka dengan orang lain
- 15) Target pendidik mampu menilai dirinya
- 16) Target pendidik dapat mencari materi sendiri
- 17) Target pendidik dapat berkomunikasi dengan temannya.

d. Nilai

Nilai merupakan suatu keyakinan tentang perbuatan, tindakan, atau perilaku yang dianggap baik dan yang dianggap buruk. Selanjutnya dijelaskan bahwa sikap mengacu pada suatu organisasi sejumlah keyakinan sekitar objek spesifik atau situasi, sedangkan nilai mengacu pada keyakinan.

e. Moral

Moral berkaitan dengan perasaan salah atau benar terhadap kebahagiaan orang lain atau perasaan terhadap tindakan yang dilakukan diri sendiri. Misalnya menipu orang lain, membohongi orang lain, atau melukai orang lain baik fisik maupun psikis. Moral juga sering dikaitkan dengan keyakinan agama seseorang, yaitu keyakinan akan perbuatan yang berdosa

dan berpahala. Jadi moral berkaitan dengan prinsip, nilai, dan keyakinan seseorang.

#### 2.2.5.3 Psikomotor

Psikomotor terdiri dari praktik, fisik, keterampilan serta motorik. Pengajaran psikomotor, keterampilan, penerapan, serta penggabungan aktivitas mental dan fisik. Terdapat tujuh cakupan, yaitu:

1. Persepsi, berkaitan dengan pemahaman. Keadaan yang menyadari suatu objek atau kualitas penggunaan seluruh organ indra. Seseorang merasakan adanya rangangan sebagai tanda untuk melakukan tugas tertentu. Misalnya, setelah mendengarkan bunyi mobil ambulans, orang tersebut akan menyetir mobilnya ke tepi untuk menghindari kecelakaan.
2. Set, mengeset kesiapan otak untuk menjalankan tindakan psikomotor, yang diset adalah mental, fisik, dan emosi. Ada tiga perangkat, mental, fisik, dan emosi. Sebagai contoh, seseorang menggunakan penilaian untuk menentukan cara terbaik untuk melakukan tindakan motorik. Sebelum melakukan tindakan, seperti bangun dari kursi roda, seseorang berada pada bentuk dan posisi tubuh yang sesuai. Klien mungkin membuat komitmen untuk menjalankan latihan tertentu secara teratur.
3. Respons terbimbing, Akan kinerja suatu tindakan, di bawah bimbingan seorang instruktur. Hal ini merupakan tindakan meniru dari tindakan yang didemonstrasikan. Sebagai contoh, klien menyiapkan injeksi insulin setelah memperhatikan contoh dari perawat dan mencoba untuk menirunya dengan benar.
4. Mekanisme, mekanisme merupakan tingkat perilaku yang lebih tinggi di mana seseorang telah memiliki kepercayaan diri dan ketrampilan dalam melakukan perilaku tertentu. Biasanya ketrampilan menjadi lebih kompleks dan mencakup lebih dari beberapa tahapan daripada ketrampilan terbimbing. Sebagai contoh, klien mampu mengeluarkan sejumlah insulin dengan jarum suntik dari dosis yang berbeda.
5. Respons kompleks terbuka, mencakup yang terdiri dari pola gerakan yang kompleks.. seseorang memperlihatkan ketrampilan secara halus dan benar

tanpa ragu-ragu. Sebagai contoh, klien dapat menyuntikkan insulin secara mandiri pada berbagai tempat penyuntikkan.

6. Adaptasi, terjadi bila seseorang mampu mengubah respon motorik ketika muncul masalah yang tidak diduga. Sebagai contoh, ketika perawat menyuntik, munculnya darah dalam alat suntikan karena diaspirasi mengakibatkan perubahan cara memegang alat suntik.
7. Keaslian, merupakan aktivitas motorik yang paling kompleks yang mencakup penciptaan pola gerakan yang baru. Seseorang bertindak berdasarkan kemampuan dan Keaslian ketrampilan psikomotor yang ada. Sebagai contoh, seorang perawat menggunakan metode yang lain untuk penusukan vena pada klien yang mengalami pembengkakan tangan.

## **2.3 Konsep Pengetahuan**

### **2.3.1 Definisi Pengetahuan**

Pengetahuan merupakan khasanah kekayaan mental yang secara langsung atau tidak turut memperkaya kehidupan kita, pengetahuan merupakan sumber jawaban dari berbagai pertanyaan yang muncul dalam kehidupan (Suriasumantri, 2010)

Pengetahuan adalah hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia yaitu indera penglihatan, indera pendengaran, penciuman , rasa , dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (Notoadmodjo, 2012).

### **2.3.2 Tingkatan Pengetahuan**

Tingkat pengetahuan merupakan hasil dari tahu mengenai suatu objek tertentu setelah melalui panca indera manusia yaitu penglihatan, pendengaran, rasa, dan perabaan. Tingkat pengetahuan merupakan suatu kebutuhan bagi keluarga apabila diikuti dengan pendidikan (Notoadmodjo, 2012). Terdapat beberapa tingkat pengetahuan, yaitu:

#### 2.3.2.1 Tahu (know)

Tahu diartikan hanya sebagai recall (memanggil) memori yang telah ada sebelumnya setelah mengganti sesuatu (Notoadmodjo, 2007). Tahu berarti mengingat suatu materi yang dipelajari atau rangsangan yang diterima sebelumnya. Tahu merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa seseorang itu tahu adalah ia dapat menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, dan menyatakan.

#### 2.3.2.2 Memahami (comprehension)

Memahami merupakan kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasi materi tersebut secara benar. Orang yang paham harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh dan menyimpulkan.

#### 2.3.2.3 Aplikasi (application)

Aplikasi yaitu kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi dan kondisi sebenarnya. Aplikasi yang dimaksud disini seperti penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip. Mempelajari aplikasi berarti kemampuan menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya. Aplikasi di sini dapat diartikan sebagai penggunaan hukum- hukum, rumus, metode, dan prinsip dalam situasi nyata.

#### 2.3.2.4 Analisis (analysis)

Analisis adalah kemampuan seseorang untuk menjabarkan dan atau memisahkan, kemudian mencari hubungan antara komponen-komponen yang terdapat dalam suatu masalah atau objek yang diketahui (Notoadmodjo, 2012). Analisis adalah kemampuan menjabarkan materi atau objek ke dalam bagian-bagian yang lebih masih dalam satu struktur organisasi dan ada kaitannya itu sama lain. Kemampuan analisis dapat dilihat dari penggunaan kata kerja, seperti dapat menggambarkan, membuat bagan, membedakan, memisahkan, dan mengelompokkan.

#### 2.3.2.5 Sintesis (synthesis)

Sintesis menunjukkan suatu kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan dalam suatu hubungan yang logis dari komponen-komponen

pengetahuan yang dimiliki. Sintesis adalah kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang telah ada

#### 2.3.2.6 Evaluasi (evaluation)

Evaluasi adalah kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau objek yang didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau dengan kriteria yang sudah ada. Evaluasi berkaitan dengan kemampuan melakukan justifikasi atau penelitian terhadap suatu materi atau objek. Evaluasi dilakukan dengan menggunakan kriteria sendiri atau kriteria yang telah ada.

### 2.3.3 Faktor Yang Mempengaruhi Tingkat Pengetahuan

Tingkat pengetahuan seseorang berbeda-beda dipengaruhi oleh banyak faktor. Secara umum menurut Notoatmodjo (2012) faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat pengetahuan masyarakat meliputi:

#### 2.3.3.1 Sosial ekonomi

Lingkungan sosial akan mendukung tingginya pengetahuan seseorang. Bila ekonomi baik, tingkat pendidikan tinggi maka tingkat pengetahuan akan tinggi juga. Tradisi yang biasanya turun-temurun baik positif maupun negative dalam suatu kebudayaan dapat mempengaruhi pengetahuan, persepsi, dan sikap terhadap sesuatu, seperti jika budaya lingkungan bersih, masyarakat akan bersikap menjaga lingkungannya agar tetap bersih.

#### 2.3.3.2 Kultur (budaya dan agama)

Budaya sangat berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan seseorang karena informasi yang baru akan disaring sesuai atau tidak dengan budaya yang ada atau agama yang ia anut.

#### 2.3.3.3 Pendidikan

Pendidikan adalah bimbingan yang diberikan kepada seseorang dari orang lain tentang suatu hal agar dapat meningkatkan pemahaman dan dapat memahami materi. Seseorang yang mempunyai tingkat pendidikan lebih tinggi, mudah menerima informasi yang diterima, memiliki pengetahuan lebih serta mempunyai wawasan lebih luas dibandingkan dengan orang yang berpendidikan rendah, tetapi seseorang yang berpendidikan rendah tidak berarti mempunyai pengetahuan

yang rendah. Semakin tinggi tingkat pendidikan, maka ia akan mudah menerima hal baru dan akan mudah menyesuaikan dengan hal baru tersebut.

#### 2.3.3.4 Pengalaman

Pengalaman adalah suatu kejadian atau keadaan yang pernah dialami oleh seseorang dengan cara mengulang kembali pengetahuan yang dapat diperoleh dari diri sendiri maupun orang lain di masa lalu. Pengalaman yang kurang baik cenderung dilupakan oleh seseorang, tetapi jika pengalaman dapat membuat rasa senang secara psikologis maka akan timbul kesan yang tertinggal sehingga menghasilkan sikap yang positif. Pengalaman disini berkaitan dengan pendidikan individu. Dengan pendidikan yang tinggi maka pengalaman akan lebih luas. Hal ini dilakukan dengan cara mengulang kembali pengetahuan yang diperoleh dalam memecahkan masalah yang dihadapi dimasa lalu. Pengalaman dapat didapatkan dari lingkungan pekerjaan baik secara langsung maupun tidak langsung .

## 2.4 Konsep Depresi

### 2.4.1 Definisi Depresi

Depresi adalah gangguan alam perasaan (mood) yang ditandai dengan kemurungan dan kesedihan yang mendalam dan berkelanjutan sehingga hilangnya kegairahan hidup, tidak mengalami gangguan dalam menilai realitas (Reality Testing Ability, masih baik), kepribadian tetap utuh atau tidak mengalami keretakan kepribadian (Splitting of personality), perilaku dapat terganggu tetapi dalam batas-batas normal (Hawari Dadang, 2015).

Depresi adalah suatu gangguan perasaan hati dengan ciri sedih, merasa sendirian, rendah diri, putus asa, biasanya disertai tanda–tanda retardasi psikomotor atau kadang-kadang agitasi, menarik diri dan terdapat gangguan vegetatif seperti insomnia dan anoreksia (Kaplan Sadock, 2011).

### 2.4.2 Penyebab Depresi

Menurut Kaplan dan Saddock (2010), faktor-faktor yang dihubungkan dengan penyebab dapat dibagi atas: faktor biologi, faktor genetik dan faktor psiko sosial.

Dimana ketiga faktor tersebut juga dapat saling mempengaruhi satu dengan yang lainnya

#### 2.4.2.1 Faktor Biologi

Dalam penelitian biopsikologi, norepinefrin dan serotonin merupakan dua neurotransmitter yang paling berperan dalam patofisiologi gangguan mood. Beberapa peneliti juga menemukan bahwa gangguan mood melibatkan patologik dan sistem limbik serta ganglia basalis dan hypothalamus.

#### 2.4.2.2 Faktor Genetik

Data genetik menyatakan bahwa faktor yang signifikan dalam perkembangan gangguan mood adalah genetik. Pada penelitian anak kembar terhadap gangguan depresi berat, pada anak kembar monozigot adalah 50 %, sedangkan dizigot 10 – 25 %.

#### 2.4.2.3 Faktor Psikososial

Mungkin faktor inilah yang banyak diteliti oleh ahli psikologi. Faktor psikososial yang menyebabkan terjadinya depresi antara lain;

##### a. Peristiwa kehidupan dan stress lingkungan

Suatu pengamatan klinik menyatakan bahwa peristiwa atau kejadian dalam kehidupan yang penuh ketegangan sering mendahului episode gangguan mood.

##### b. Faktor kepribadian Premorbid

Tidak ada satu kepribadian atau bentuk kepribadian yang khusus sebagai predisposisi terhadap depresi. Semua orang dengan ciri kepribadian manapun dapat mengalami depresi, walaupun tipetipe kepribadian seperti oral dependen, obsesi kompulsif, histerik mempunyai risiko yang besar mengalami depresi dibandingkan dengan lainnya.

##### c. Faktor Psikoanalitik dan Psikodinamik

Suatu hubungan antara kehilangan objek dan melankoli. Ia menyatakan bahwa kemarahan pasien depresi diarahkan kepada diri sendiri karena mengidentifikasikan terhadap objek yang hilang. Freud percaya bahwa introjeksi merupakan suatu cara ego untuk melepaskan diri terhadap objek yang hilang. depresi sebagai suatu efek yang dapat melakukan sesuatu

terhadap agresi yang diarahkan kedalam dirinya. Apabila pasien depresi menyadari bahwa mereka tidak hidup sesuai dengan yang dicita-citakannya, akan mengakibatkan mereka putus asa.

d. Ketidakberdayaan yang dipelajari

Didalam percobaan, dimana binatang secara berulang-ulang dihadapkan dengan kejutan listrik yang tidak dapat dihindarinya, binatang tersebut akhirnya menyerah dan tidak mencoba sama sekali untuk menghindari kejutan selanjutnya. Mereka belajar bahwa mereka tidak berdaya.

### **2.4.3 Gejala Depresi**

Gejala-gejala yang ditimbulkan sangat bervariasi, mulai dari gejala fisik, psikis dan gejala sosial. Dijelaskan oleh Pieter, dkk., (2011) gejala-gejalanya antara lain:

#### **2.4.3.1 Gejala Fisik**

Gejala fisik yang terjadi pada seseorang yang terkena depresi adalah keluhan fisik (*somatic*), seperti sakit kepala atau pusing, rasa nyeri lampung, mual dan sampai muntah, nyeri dada, sesak nafas, gangguan tidur (sulit tidur), penurunan libido dan agitasi, jantung berdebar-debar, retardasi psikomotor, tidak nafsu makan atau makan berlebihan, depresi, lesu dan kurang bergairah, gerakan lambat dan berat badan turun, dan terjadinya gangguan menstruasi, atau impotensi dan tidak respons pada hubungan seks.

#### **2.4.3.2 Gejala Psikis**

Gejala kognitif terlihat dari ketidakmampuan berfikir logis, kurang konsentrasi, hilangnya daya ingat, dan disorientasi. Gejala afektif meliputi mudah marah, mudah tersinggung, malu, bersalah disertai dengan perasaan terbebani, hilangnya percaya diri, karena mereka selalu menilai dari sisi pribadinya, seperti menilai orang lain sukses, kaya, dan pandai, sementara diri klien merasa tidak mempunyai kemampuan apapun (merasa tidak berguna) dan merasa diri tersaing dalam lingkungan dan putus asa. Gangguan perilaku terlihat dari rasa cemas yang berlebihan dan tidak dapat mengontrol tingkah laku, tidak bisa mengambil keputusan, sedih yang mendalam, wajah tampak murung, merasa tidak

dipedulikan dan pandangan mata kosong sehingga terdapat pemikiran untuk bunuh diri.

#### **2.4.3.3 Gejala Sosial**

Gejala sosial terlihat dari keinginan untuk menyendiri dan tak mau bergaul, merasa malu dan bersalah apabila berkomunikasi dengan orang yang dianggap lebih berhasil, sukses, cantik, dan pandai. Klien merasa minder, kurang percaya diri untuk membina relasi sosial sekalipun pada anggota keluarganya dan tidak memedulikan pada situasi.

Dijelaskan oleh Hawari (2011) depresi adalah suatu jenis perasaan atau emosi dengan komponen psikologik dan komponen somatik, dan termasuk dalam bentuk gangguan kejiwaan pada alam perasaan (*affective/mood disorders*). Gejala klinisnya antara lain:

- a. Afek disforik, yaitu perasaan murung, sedih, gairah hidup menurun, tidak semangat, merasa tidak berdaya;
- b. Perasaan bersalah, berdosa, penyesalan;
- c. Nafsu makan menurun;
- d. Berat badan menurun;
- e. Konsentrasi dan daya ingat menurun;
- f. Gangguan tidur: insomnia (sukar/tidak dapat tidur) atau sebaliknya hipersomnia (terlalu banyak tidur). Gangguan disertai dengan mimpi-mimpi yang tidak menyenangkan, misalnya mimpi orang yang telah meninggal.
- g. Agitasi atau retardasi psikomotor (gaduh gelisah atau lemah tak berdaya);
- h. Hilangnya rasa senang, semangat dan minat, tidak suka lagi melakukan hobi, kreatifitas menurun, produktivitas juga menurun;
- i. Gangguan seksual (libido) menurun;
- j. Pikiran-pikiran tentang kematian, bunuh diri.

Depresi akan menunjukkan symptom (gejala) yang bermacam-macam, menurut Beck (dalam Ginting, 2013) secara garis besar simtom-simtom yang nampak pada penderita depresi dapat diklasifikasikan menjadi empat yaitu :

- a. Simtom afektif meliputi; kesedihan, hilangnya kesenangan, apatis, hilangnya perasaan cinta terhadap orang lain, hilangnya respon terhadap kegembiraan dan kecemasan.
- b. Simtom motivasional; adanya harapan untuk melarikan diri dari kehidupan, (biasanya adanya keinginan untuk bunuh diri) keinginan untuk menghindari dari masalah, meskipun hanya masalah kehidupan sehari-hari.
- c. Simtom kognitif meliputi; kesulitan konsentrasi, perhatian terhadap masalah sempit, kesulitan mengingat, adanya pola pikir yang menyimpang (cognitive distortion) yang meliputi pandangan negatif terhadap dirinya sendiri, dunia dan masa depannya, persepsi keputusan, hilangnya harga diri, rasa bersalah dan penyesalan terhadap dirinya sendiri.
- d. Simtom perilaku, merupakan refleksi simtom-simtom meliputi; kepasifan, menarik diri dari hubungan dengan orang lain. Simtom fisik atau vegetatif meliputi; gangguan tidur, gangguan nafsu makan (meningkat atau bahkan nafsu makan menurun).

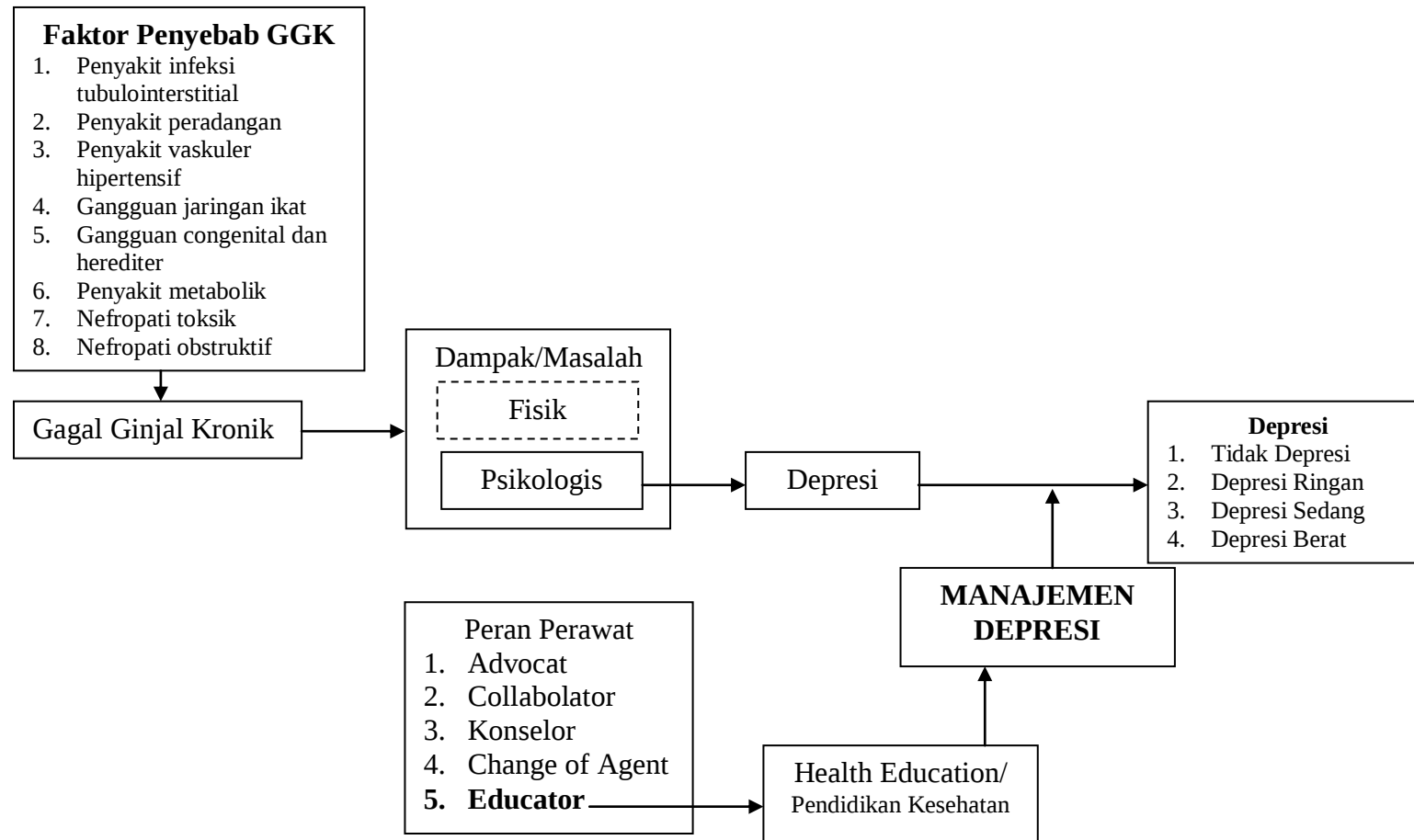
#### **2.4.4 Ciri Kepribadian Depresi**

Depresi dapat menyerang siapapun termasuk di dalamnya orang yang sehat secara jiwa apabila tidak mampu menjauhi/menghindari stressor penyebab depresi. Hawari (2011) menjelaskan orang yang mudah atau rentan terkena depresi apabila orang tersebut memiliki ciri kepribadian antara lain sebagai berikut:

- a. Pemurung, sukar untuk bisa senang, sukar untuk merasa bahagia;
- b. Pesimis menghadapi masa depan;
- c. Memandang diri rendah;
- d. Mudah merasa bersalah dan berdosa;
- e. Mudah mengalah;
- f. Enggan bicara;
- g. Mudah merasa haru, sedih dan menangis;

- h. Gerakan lamban, lemah, lesu, kurang energik;
- i. Seringkali mengeluh sakit ini dan itu (keluhan-keluhan psikosomatik)
- j. Mudah tegang, agitatif, gelisah;
- k. Serba cemas, khawatir, takut;
- l. Mudah tersinggung;
- m. Tidak ada kepercayaan diri;
- n. Merasa tidak mampu, merasa tidak berguna;
- o. Merasa selalu gagal dalam usaha, pekerjaan ataupun studi;
- p. Suka menarik diri, pemalu dan pendiam;
- q. Lebih suka menyisihkan diri, tidak suka bergaul, pergaulan sosial amat terbatas;
- r. Lebih suka menjaga jarak, menghindari keterlibatan dengan orang.
- s. Suka mencela, menkritik, konvensional;
- t. Sulit mengambil keputusan;
- u. Tidak agresif, sikap oposisinya dalam bentuk pasif-agresif;
- v. Pengendalian diri terlampau kuat, menekan dorongan/impuls diri;
- w. Menghindari hal-hal yang tidak menyenangkan;
- x. Lebih senang berdamai untuk menghindari konflik atau konfrontasi.

## 2.5 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori (Arici (2014), Bruner dan Sudart (2013), Kaplan dan Saddock (2010), Notoatmodjo (2012))

## **2.6 Hipotesis**

Hipotesis pada penelitian ini adalah:

2.1.1 Hipotesis pada penelitian ini adalah terdapat pengaruh pendidikan kesehatan terhadap tingkat pengetahuan tentang manajemen depresi pada pasien hemodialisa yang mengalami gagal ginjal kronik di RST Tk. II dr. Soedjono Magelang.

2.1.2 Hipotesis alternatif ini adalah tidak terdapat pengaruh pendidikan kesehatan terhadap tingkat pengetahuan tentang manajemen depresi pada pasien hemodialisa yang mengalami gagal ginjal kronik di RST Tk. II dr. Soedjono Magelang.

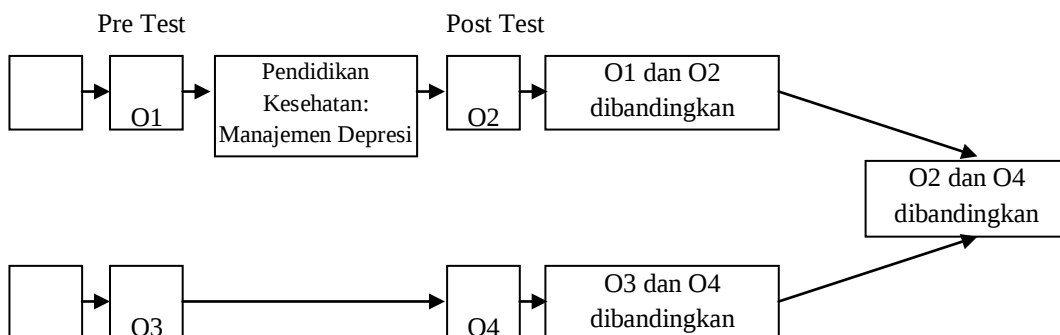
### BAB 3

#### METODE PENELITIAN

Pada metodologi penelitian dijelaskan keseluruhan yang berhubungan dengan pelaksanaan penelitian, seperti rancangan penelitian, sampel, tempat pelaksanaan, pengolahan data, dan lain-lain. Secara detail dijelaskan sebagai berikut:

##### 3.1 Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Quasi Experiment*. Quasi eksperimen adalah eksperimen yang dalam mengontrol situasi penelitian tidak terlalu ketat atau menggunakan rancangan tertentu serta penunjukan subjek penelitian secara tidak acak untuk mendapatkan hasil dari berbagai tingkat faktor penelitian (Dahlan, 2012). Tujuan penelitian quasi eksperimen untuk mengetahui suatu gejala atau pengaruh yang timbul sebagai akibat dari adanya perlakuan tertentu. Pada penelitian ini menggunakan *two group pre post test with control group* yaitu terdiri dari dua kelompok intervensi dan kelompok kontrol (kelompok pembanding). Pada penelitian ini, peneliti melakukan intervensi yaitu pendidikan kesehatan tentang manajemen depresi secara terencana, kemudian dinilai pengaruhnya pada pengujian baik pre dan post test. Rancangan penelitian ini digambarkan sebagai berikut :



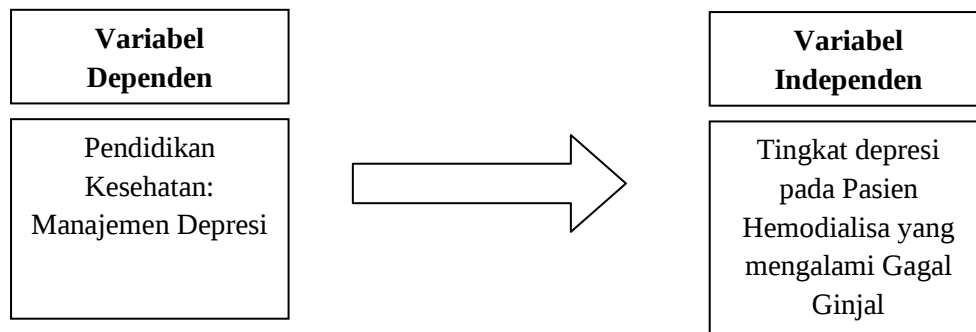
**Gambar 3.1 Rancangan Penelitian**

Keterangan :

- E : Kelompok intervensi/perlakuan  
 O1 : Observasi 1, pengukuran tingkat depresi sebelum intervensi pendidikan kesehatan manajemen depresi pada kelompok intervensi.  
 O2 : Observasi 2, pengukuran tingkat depresi sesudah intervensi pendidikan kesehatan manajemen depresi pada kelompok intervensi.  
 C : Kelompok kontrol/tanpa perlakuan  
 O3 : Observasi 3, pengukuran tingkat depresi pada pengukuran awal kelompok kontrol.  
 O4 : Observasi 4, pengukuran tingkat depresi pada pengukuran akhir kelompok kontrol.

### 3.2 Kerangka Konsep

Gambaran hubungan antar variabel-variabel dalam penelitian ini, disusun kerangka konsep penelitian sebagai berikut:



**Gambar 3.2 Kerangka Konsep**

### 3.3 Definisi Oprasional Penelitian

**Tabel 3.1 Variabel Dependen**

| Variabel                               | Definisi Operasional                                                                                                                                                                                       | Alat Ukur  | Hasil Ukur                          | Skala   |
|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------------------------------|---------|
| Pendidikan kesehatan manajemen depresi | Tindakan pemberian pendidikan kesehatan (edukasi) tentang manajemen depresi meliputi definisi depresi, penyebab depresi, gejala depresi, ciri kepribadian depresi, pencegahan dan penatalaksanaan depresi. | Lembar SOP | 1= Diberikan<br>0 = Tidak diberikan | Nominal |

---

Pendidikan berisikan domain pembelajaran yaitu kognitif, afektif dan psikomotor, dilakukan selama 3 sesi saat pasien masuk terapi hemodialisa, sesi 1 dan 2 dalam 1 pertemuan, sesi 3 dalam 1 pertemuan, setiap pertemuan selama 30-45 menit.

---

**Tabel 3.2 Variabel Independen**

| Variabel        | Definisi Operasional                                                                                                                                                                                               | Alat Ukur                                                     | Hasil Ukur                                                                       | Skala   |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------|
| Tingkat depresi | Depresi adalah gangguan psikologis yang dikaibatkan oleh tekanan keadaan fisik yang mempengaruhi psikologis yang mengalaminya yang prevalensinya dialami oleh pasien gagal ginjal kronis akibat terapi hemodialisa | Kuesioner<br><i>Beck Depression Inventory</i><br>(Sari, 2017) | 1. 1-21: Ringan<br>2. 22-42: Sedang<br>3. 43-63: Berat<br>4. 64-84: Berat Sekali | Ordinal |

### 3.4 Populasi dan Sampel

#### 3.4.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah pasien yang menderita gagal ginjal yang mendapat perlakuan hemodialisa masuk dalam statistik rekam medis RST Tk. II dr. Soedjono Magelang sejumlah 146 orang menurut catatan statistik pasien langganan per bulan.

#### 3.4.2 Sampel

Teknik pengambilan sampel untuk penelitian kuantitatif telah dilakukan di RST Tk. II dr. Soedjono Magelang. Teknik pengambilan sampel untuk penelitian kuantitatif dilakukan di RST Tk. II dr. Soedjono Magelang. Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan metode *non probability sampling* dengan teknik *purposive sampling*. Sugiyono (2012) menyatakan bahwa *purposive sampling* adalah teknik penentuan sampel dengan pertimbangan tertentu. Pemilihan sekelompok subjek dalam *purposive sampling*, didasarkan atas ciri-ciri tertentu yang dipandang mempunyai sangkut paut yang erat dengan ciri-ciri populasi yang sudah diketahui sebelumnya. Dengan kata lain unit sampel yang

dihubungi disesuaikan dengan kriteria-kriteria tertentu yang diterapkan berdasarkan tujuan penelitian. Pengambilan sampel dalam penelitian ini diambil berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi merupakan persyaratan umum yang harus dipenuhi responden untuk dapat diikutsertakan dalam penelitian. Kriteria sampel inklusi dalam penelitian ini yaitu:

- 1) Pasien bersedia menjadi responden
- 2) Pasien gagal ginjal kronik yang telah menjalani terapi hemodialisa minimal 2 kali
- 3) Gagal ginjal yang mengalami depresi ringan hingga sedang
- 4) Pasien dengan jadwal hemodialisa 2 kali dalam seminggu.

Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah:

- 1) Pasien hemodialisa dengan komplikasi
- 2) Pasien lemah dan apatis

Besar atau jumlah sampel yang digunakan dalam penelitian ini akan dihitung menggunakan rumus menurut Nursalam (2014) adalah:

$$n = \frac{N \cdot \alpha^2 \cdot \rho \cdot q}{d^2(N-1) + \alpha^2 \cdot \rho \cdot q}$$

**Keterangan :**

- $n$  = Jumlah sampel  
 $N$  = Jumlah populasi  
 $d$  = Tingkat kesalahan yang dipilih ( $d=0,1$ )  
 $Z$  = Nilai standar normal untuk  $\alpha=0,05$  (1,96)  
 $\rho$  = Proporsi kejadian jika belum diketahui dianggap 50%  
 $q$  = proporsi selain kejadian yang diteliti  $q = 1 - \rho$

Jadi sampel minimal yang diteliti adalah:

$$n = \frac{146 \cdot 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{0,1^2(253-1) + 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}$$

$n = 58,17$  dibulatkan menjadi 58

Untuk mengantisipasi apabila terjadi data yang kurang lengkap atau responden berhenti di tengah penelitian, maka peneliti menambah jumlah sample sejumlah 10%. Koreksi atau penambahan jumlah sampel berdasarkan prediksi sampel *drop out* dari penelitian. Rumus yang digunakan untuk koreksi jumlah sampel adalah:

$$n' = \frac{n}{1 - f}$$

Keterangan:

$n'$  = besar sampel setelah dikoreksi

$n$  = jumlah sampel berdasarkan estimasi sebelumnya

$f$  = prediksi presentase sampel *drop out*, diperkirakan 10% ( $f = 0,1$ ).

Jadi sampel minimal setelah di tambah dengan perkiraan sampel *drop out* adalah:

$$n = \frac{58}{1 - 0,1}$$

$$n = 64,44 \text{ dibulatkan } 64$$

Jadi responden yang digunakan dalam penelitian dibagi menjadi 2 kelompok, 32 untuk kelompok intervensi (perlakuan), 32 untuk kelompok kontrol (tidak diberi perlakuan).

### 3.5 Waktu dan Tempat

#### 3.5.1 Waktu Penelitian

Waktu penelitian ini telah dilakukan Desember 2019 hingga Januari 2020. Dimulai dari pembuatan proposal penelitian hingga pengolahan data dan hasil penelitian.

#### 3.5.2 Tempat Penelitian

Penelitian telah dilaksanakan di RST Tk. II dr. Soedjono Magelang

### 3.6 Alat dan Metode Pengumpulan Data

#### 3.6.1 Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan beberapa instrumen yaitu kuesioner karakteristik responden, kuesioner pengukuran tingkat depresi dan

SOP pendidikan kesehatan manajemen depresi. Secara umum akan dijelaskan sebagai berikut:

#### 3.6.1.1 Kuesioner Karakteristik Responden

Kuesioner karakteristik responden meliputi pertanyaan data demografi pasien seperti nama, usia, jenis kelamin, agama, tingkat pendidikan, jumlah perawatan hemodialisa. Data yang didapatkan akan dianalisa dalam bentuk interpretasi angka, tabel dan narasi.

#### 3.6.1.2 Kuesioner Tingkat Depresi

Tingkat depresi diukur menggunakan alat pengukur tingkat depresi. Alat untuk mengukur Depresi adalah *Beck Depression Inventory*. Pasien menjawab beberapa pertanyaan tentang perasaan pasien dalam kurun waktu 2 minggu terakhir tentang kondisi yang dialami saat ini. Seluruh data kemudian dikumpulkan untuk menjadi data utama pengukuran tingkat depresi. interpretasi data bahwa apabila skor 1-21: ringan, 22-42: sedang, 43-63: berat, 64-84: berat sekali.

#### 3.6.1.3 SOP Pendidikan Kesehatan Manajemen Depresi

Untuk pendidikan kesehatan manajemen depresi, peneliti memberikan intervensi berupa pendidikan kesehatan manajemen depresi diantara kegiatan pre dan post intervensi. Pendidikan kesehatan manajemen depresi mengacu pada SOP yang berhubungan untuk dijadikan pedoman dalam proses pendidikan kesehatan. Sebelum peneliti memberikan tindakan pendidikan kesehatan manajemen depresi, peneliti melakukan. Untuk menguji SOP pendidikan kesehatan manajemen depresi, peneliti telah melakukan uji expert kepada pakar yang mahir dalam ilmu keperawatan pasien yaitu dengan Dosen Keperawatan Jiwa Ns. Khoirul Amin, M.Kep. Uji expert sering dilakukan dalam penelitian di bidang kesehatan.

### 3.6.2 Metode Pengumpulan Data

Metode penelitian yang dilakukan peneliti mencakup kegiatan sebagai berikut:

1. Peneliti melakukan izin ke kampus untuk mendapatkan surat studi pendahuluan untuk kemudian di bawa ke instalasi pendidikan RST Tk. II dr. Soedjono, kemudian melakukan studi pendahuluan.
2. Peneliti melakukan uji proposal penelitian

3. Setelah melakukan ujian proposal, peneliti melakukan ijin ke kampus untuk mendapatkan surat pengambilan data untuk kemudian di bawa ke instalasi pendidikan RST Tk. II dr. Soedjono, kemudian melakukan pengambilan data ke responden yang digunakan untuk penelitian.
4. Peneliti menyiapkan kuesioner tingkat depresi
5. Sebelum dilakukan pengambilan data, peneliti dalam penyebaran kuesioner dan intervensi pendidikan kesehatan manajemen depresi dibantu oleh asisten peneliti.
6. Penelitian ini dalam teknik pengumpulan datanya di bantu oleh asisten peneliti dengan tingkat pendidikan yang ditempuh S1 Ilmu Keperawatan FIKES UMM yang memiliki keilmuan yang memadai untuk melakukan intervensi ini. Peneliti melakukan apersepsi kepada 1 mahasiswa yang telah ditunjuk sebagai asisten peneliti untuk bisa membantu mengobservasi tingkat depresi pasien baik sebelum dan sesudah intervensi, sehingga dalam pengambilan data kepada para responden mempunyai maksud dan tujuan yang sama dan menghasilkan data yang benar agar tidak terjadi bias dengan hasil yang tidak diharapkan. Agar data yang dihasilkan valid, maka harus ada penyamaan persepsi antara peneliti dengan asisten peneliti, yaitu akan diadakan apersepsi kepada asisten peneliti.
7. Apabila asisten peneliti juga melakukan pengumpulan data dan penatalaksanaan pendidikan kesehatan manajemen depresi secara langsung dengan pasien, maka asisten peneliti juga akan dilakukan uji expert bersamaan dengan SOP dan peneliti. Secara ringkas, alur utama pendidikan kesehatan manajemen depresi adalah, peneliti atau asisten peneliti memberikan pendidikan kesehatan manajemen depresi. Peneliti mengumpulkan asisten yang ditunjuk untuk penjelasan lebih lanjut saat proses apersepsi. Uji expert telah dilaksanakan pada 14 November 2019 bersama dosen keperawatan jiwa yang expert di bidangnya.
8. Apersepsi dilakukan dengan cara memberikan contoh penyampaian, penilaian, cara observasi saat pendidikan kesehatan manajemen depresi sesuai SOP yang dibuat. Dengan metode pengamatan observasi seringkali antara peneliti

dengan pengumpul data terjadi perbedaan persepsi terhadap kajian yang diamati. Agar data yang dihasilkan valid, maka harus ada penyamaan persepsi antara peneliti dengan pengumpul data.

9. Peneliti dan asisten peneliti dalam pengambilan data kepada pasien dengan cara melakukan kunjungan ke bangsal perawatan hemodialisa
10. Pertemuan dibagi menjadi 3 kali pertemuan dan 3 sesi. Pertemuan ke 1 (kunjungan pasien pertama) kegiatan yang akan diberikan adalah penjelasan penelitian, *informed consent* atau persetujuan menjadi responden, pengumpulan data melalui pengukuran tingkat depresi sebelum (*pre-test*) dengan mengisi questioner. Dan sebelum *pre-test*, cek terlebih dahulu responden, mengecek jumlah pasien dan kriteria inklusi yang sesuai, apabila sesuai kriteria inklusi maka selanjutnya dapat dilanjutkan ke sesi selanjutnya, Selanjutnya intervensi pemberian pendidikan kesehatan manajemen depresi sesi 1 (domain kognitif). Waktu yang dibutuhkan dari fase orientasi sampai terminasi 45 menit, sedangkan pengisian questioner 1.5 jam (sebelum diberikan perlakuan).
11. Pertemuan ke 2 (hari ke-2) atau sesi 2 melakukan penggalian informasi domain afektif. Pada pertemuan ini, menggunakan media audio, leaflet, dan SOP Penkes sebagai acuan, waktu yang dibutuhkan kurang lebih 30-45 menit.
12. Pertemuan ke 3 (kunjungan ke 3), kegiatan yang dilakukan adalah sesi 3 (domain psikomotor) dengan kegiatan yaitu tindakan relaksasi menggunakan music instrumental dan terbimbing menggunakan media audio dan music, waktu yang dibutuhkan kurang lebih 30-45 menit.
13. Setelah post sesi 3 dilakukan pengukuran tingkat depresi dengan memberikan questioner, sesudah dilakukan rangkaian intervensi pendidikan kesehatan manajemen depresi.
14. Seluruh jawaban kuesioner akan dilakukan tabulasi data, untuk kemudian dilakukan analisis data menggunakan aplikasi SPSS.
15. Analisis data untuk selanjutnya dilakukan interpretasi naratif dan dikembangkan untuk pembahasan lebih lanjut.

16. Apabila intepretasi dan pembahasan sudah sempurna melewati konsultasi dengan pembimbing untuk selanjutnya dilakukan ujian hasil penelitian, proses revisi dan publikasi.
17. Sedangkan untuk kelompok kontrol non perlakuan, setelah sesi 3 khusus kelompok kontrol setelah di laksanakan dan dibagikan juga mengisi questioner, maka peneliti membagikan leaflet depresi dan melakukan penjelasan kepada pasien tujuannya supaya kelompok kontrolpun paham dan mengerti SOP Manajemen Depresi.

### **3.6.3 Teknik Pengumpulan Data**

Penelitian ini dalam teknik pengumpulan datanya di bantu oleh mahasiswa lulusan dari S1 Ilmu Keperawatan FIKES UMM karena telah mendapatkan mata kuliah keperawatan pasien dan keperawatan jiwa sehingga diharapkan mempunyai pengetahuan yang lebih tentang pasien dan gagal ginjal. Peneliti melakukan apersepsi kepada 2 mahasiswa yang telah ditunjuk sehingga dalam pengambilan data kepada para responden mempunyai maksud dan tujuan yang sama dan menghasilkan data yang benar agar tidak terjadi bias penelitian dengan hasil yang tidak diharapkan. Pendidikan kesehatan manajemen depresi diberikan oleh peneliti dan asisten peneliti dalam kegiatan proses hemodialisa, jadi peneliti akan memberikan pendidikan kesehatan manajemen depresi saat pasien menjalani perawatan hemodialisa.

### **3.6.4 Validitas dan Reliabilitas**

Validitas merupakan suatu indeks yang menunjukkan alat ukur itu benar-benar mengukur apa yang diukur. Reliabilitas merupakan indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat ukur itu dapat dipercaya atau diandalkan. Bila sudah ada instrument pengumpulan data yang standar, maka bisa digunakan oleh peneliti (Saryono, 2011). Uji validitas dikatakan valid apabila dinyatakan valid apabila  $r$ -hitung lebih besar dari  $r$ -tabel. Untuk uji reliabilitas dikatakan reliabel apabila menggunakan pendekatan *internal consistency reliability* yang menggunakan *Cronbach Alpha* untuk mengidentifikasi seberapa baik item-item dalam kuesioner berhubungan antara satu dengan yang lainnya. Sebuah faktor dinyatakan reliabel/handal jika koefisien *alpha* lebih besar dari 0,7 (Ghozali,

2011). Peneliti tidak melakukan uji validitas dan realibilitas alat ukur atau instrument dikarenakan Kuesioner *Beck Depression Inventory* terbukti valid dan biasa digunakan dalam pengukuran depresi (Sari, 2017).

### **3.7 Metode Pengelolaan dan Analisis Data**

#### **3.7.1 Metode Pengolahan**

Metode pengolahan data dibagi menjadi 4 macam yaitu:

##### *3.7.1.1 Editing*

merupakan kegiatan untuk melakukan pengecekan isi formulir atau kuesioner apakah jawaban yang berada di kuesioner sudah terisi lengkap, jawaban dan tulisan jelas untuk dibaca, relevan dengan pertanyaan serta konsisten.

##### *3.7.1.2 Coding*

Proses pada bagian ini adalah memberi kode berupa angka untuk memudahkan pengolahan data penelitian ini. Dalam penelitian ini pengkodean dilakukan pada variabel tingkat depresi yaitu: 0 untuk tidak depresi, 1 untuk ringan dan 2 untuk sedang, 3 untuk berat, 4 untuk berat sekali.

##### *3.7.1.3 Processing*

Pemrosesan dalam penelitian ini dilakukan dengan cara memasukan data dari kuesioner ke paket program computer.

##### *3.7.1.4 Clearing*

Mengecekan kembali untuk melihat kemungkinan adanya kesalahan kode, ketidaklengkapan dan sebagainya. Kemudian dilakukan pembetulan atau koreksi.

#### **3.7.2 Analisis Data**

Data yang sudah terkumpul akan dianalisis menggunakan analisis univariat dan bivariat. Secara detail kedua analisis yang digunakan dijelaskan dalam penjelasan berikut ini:

##### **3.7.2.1 Analisis Univariat**

Analisis univariat adalah analisa yang dilakukan menganalisis tiap variabel dari hasil penelitian (Notoadmodjo, 2012). Analisa univariat berfungsi untuk

meringkas kumpulan data hasil pengukuran sedemikian rupa sehingga kumpulan data tersebut berubah menjadi informasi yang berguna. peringkasan tersebut dapat berupa ukuran statistik, tabel, grafik. Analisa univariat dilakukan masing-masing variabel yang diteliti. Pada penelitian ini analisis univariat dilakukan untuk mengetahui karakteristik responden. Pada penelitian ini analisis univariat dilakukan untuk mengetahui karakteristik responden. Variabel pada analisis univariat ini diantaranya adalah data demografi responden dan tingkat depresi. Data dianalisa menggunakan statistik deskriptif untuk mendapatkan dalam bentuk tabulasi, dengan cara memasukkan seluruh data kemudian diolah secara statistik deskriptif yang digunakan untuk melaporkan hasil dalam bentuk distribusi frekuensi dan prosentase (%) dari masing-masing item.

### 3.7.2.2 Analisis Bivariat

Sebelum melakukan uji bivariat kedua variabel, peeliti terlebih dahulu melakukan uji normalitas tingkat depresi. Penelitian yang dilakukan hanya berjumlah 32 (kurang dari 50 responden), sehingga uji normalitas menggunakan uji normalitas *Shapiro-Wilk*. Berikut detail uji normalitas yang akan dilakukan:

**Tabel 3.3 Jenis Uji Normalitas**

| No | Jumlah Responden | Nama Uji Normalitas |
|----|------------------|---------------------|
| 1  | < 50 Responden   | Saphiro Wilk        |
| 2. | ≥ 50 Responden   | Kolmogorov Smirnov  |

Apabila data tingkat depresi berdistribusi normal baik sebelum dan sesudah intervensi pendidikan kesehatan manajemen depresi, makan dapat dilanjutkan untuk uji *paired-samples t-test*. Namun pada penelitian ini hasil uji normalitas dinyatakan tidak normal sesuai uji analisis statistik, sehingga uji yang digunakan adalah uji *Wilcoxon*. Tujuan analisis ini adalah untuk membandingkan rata-rata dua grup yang berhubungan namun data berdistribusi tidak normal. Apabila pendidikan kesehatan manajemen depresi berpengaruh terhadap penurunan tingkat depresi pasien akan memiliki nilai signifikan  $p\ value < 0,05$ .

### **3.8 Etika Penelitian**

Sebelum melakukan penelitian, peneliti memperhatikan etika penelitian yang meliputi beberapa aspek menurut Hidayat (2010) antara lain:

#### **3.1.1 Informed Consent**

*Informed consent* adalah suatu bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden sebelum penelitian akan dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan sebagai responden dalam suatu penelitian. Tujuan dari *informed consent* ini adalah agar responden mengerti akan maksud dan tujuan dari penelitian. Seandainya responden tersebut bersedia maka responden tersebut harus tanda tangan atau dengan cap ibu jari pada lembar persetujuan yang telah disediakan dan seandainya responden tersebut tidak bersedia maka peneliti wajib menghormati hak mereka dan tidak boleh dipaksa. Peneliti dan responden di bangsal Hemodialisa RST Tk. II dr. Soedjono sebelum pengisian kuesioner terlebih dahulu melakukan kesepakatan/persetujuan berupa kesediaan menjadi responden dibuktikan dengan pengisian persetujuan yang ditanda-tangani oleh responden, responden terlebih dahulu membaca surat persetujuan. Apabila responden bersedia, maka akan dilanjutkan menjadi responden, namun apabila menolak tidak digunakan menjadi responden dan mencari responden sesuai jumlah sampel.

#### **3.1.2 Prinsip Beneficience**

Beneficience dilakukan oleh peneliti untuk menjelaskan tujuan dan manfaat kepada responden tentang penelitian yang dilakukan. Penelitian yang dilakukan oleh peneliti memberikan banyak manfaat tidak hanya untuk responden tetapi juga untuk masyarakat banyak. Peneliti juga menyampaikan kepada responden tentang asas kemanfaatan serta tujuan dilakukan penelitian ini. Tujuan dan manfaat diberikan pendidikan kesehatan manajemen depresi adalah untuk menurunkan depresi pasien hemodialisa yang mengalami gagal ginjal. Bagi peneliti memberikan manfaat yaitu bertambahnya wawasan tentang kelimuan jiwa.

#### **3.1.3 Prinsip Nonmaleficience**

*Nonmaleficience* seorang peneliti harus melakukan penjelasan kepada responden bahwa penelitian yang akan dilakukan tidak akan membahayakan responden.

Responden dalam menjawab kuesioner, mungkin akan mengakibatkan resiko malu atau kurang nyaman terhadap responden. Untuk mengatasi hal tersebut dapat diantisipasi dengan memberikan kesempatan kepada responden bertanya, dan menawarkan dalam mengisi kuesioner tersebut membutuhkan bantuan tidak. Peneliti menyampaikan kepada responden tentang penelitian yang akan dilakukan tidak mengandung unsur yang membahayakan, responden diberi kesempatan dan berhak untuk bertanya secara detail terkait isi penelitian.

#### **3.1.4 Prinsip Keadilan (*Justice*)**

Justice merupakan keadilan peneliti terhadap semua responden tanpa harus membedakan mereka, karena setiap responden mempunyai hak yang sama dalam penelitian ini. Peneliti dalam mengambil responden menjadi sampel di bangsal Hemodialisa RST Tk. II dr. Soedjono tidak membedakan responden berdasarkan agama, suku, ras, sosial ekonomi, budaya dan semua mendapat kesempatan yang sama menjadi responden selagi masuk dalam kriteria inklusi.

#### **3.1.5 Prinsip *Anonimity***

Peneliti wajib memberikan jaminan kepada responden dengan tidak menyertakan nama dari responden pada alat ukur yang digunakan. Peneliti menyampaikan kepada responden bahwa dalam penelitian ini tidak mencantumkan identitas namun hanya menggunakan identitas saja. Peneliti juga menyampaikan seluruh informasi yang diberikan oleh peneliti digunakan hanya untuk keperluan penelitian dan tidak boleh menyebarkan identitas.

#### **3.1.6 Kerahasiaan *Confidentiality***

Confidentiality merupakan kerahasiaan yang harus dijamin oleh peneliti kepada responden dari hasil penelitian, baik dari informasi maupun masalah-masalah lain dan hanya kelompok tertentu yang dilaporkan hasil penelitiannya. Peneliti menyampaikan kepada responden jaminan kerahasiaan atas informasi yang diberikan kepada peneliti baik data diri, jawaban kuesioner dan data pendukung yang dibutuhkan.

## **BAB 5**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **5.1 Kesimpulan**

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan pada mengenai pengaruh pendidikan kesehatan manajemen depresi terhadap tingkat depresi pada pasien hemodialisa di RST Tk. II dr. Soedjono Kota Magelang diperoleh beberapa kesimpulan.

Karakteristik responden di RST Tk. II dr. Soedjono yaitu jenis kelamin jenis kelamin pada kelompok intervensi terbanyak pada jenis kelamin perempuan sejumlah 17 responden (53,1%), pada kelompok kontrol jenis kelamin terbanyak dengan jenis kelamin perempuan dengan jumlah 18 pasien (56,2%). Gambaran tingkat pendidikan terbanyak pada kelompok intervensi dengan kategori SMA/K sejumlah 17 pasien (53,1%), pada kelompok kontrol terbanyak dengan tingkat pendidikan SMA/K sejumlah 13 pasien (40,6%). Gambaran usia pada kelompok kelompok perlakuan rata-rata usia adalah 49,93 (50) tahun, nilai tengah usia 50 tahun, usia yang sering muncul 34 tahun, usia terendah 25 tahun dan usia tertinggi 79. Pada kelompok kontrol rata-rata usia adalah 46,12 (46) tahun, nilai tengah usia 47 tahun, usia yang sering muncul 32 tahun, usia terendah 18 tahun dan usia tertinggi 72.

Gambaran tingkat depresi pada kelompok intervensi sebelum dilakukan perlakuan pendidikan kesehatan manajemen depresi terbanyak pada kategori sedang sejumlah 21 pasien (65,6%), setelah perlakuan pendidikan kesehatan manajemen depresi terhadap tingkat depresi terbanyak pada kategori ringan sejumlah 20 pasien (62,5%). Pada kelompok kontrol yang tidak diberikan perlakuan dilakukan perlakuan pendidikan kesehatan manajemen depresi (sebelum) terbanyak pada kategori sedang sejumlah 19 pasien (59,4%), tingkat depresi pada kelompok yang tidak diberi perlakuan pendidikan kesehatan manajemen depresi (sebelum) kategori ringan dan sedang seimbang sejumlah 16 pasien (50,0%).

Terdapat pengaruh yang signifikan pengaruh pendidikan kesehatan manajemen depresi terhadap penurunan tingkat depresi baik pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dengan uji *Wilcoxon* dengan nilai *p-value* 0,000, akan tetapi

penurunan depresi lebih besar pada kelompok perlakuan sebesar 5,56 lebih besar dibandingkan kelompok kontrol sebesar 2,28..

## **5.2 Saran**

Hasil penelitian diharapkan menjadi acuan kepada beberapa pihak untuk melakukan perubahan yang lebih baik lagi untuk meminimalisir tingkat depresi.

### **5.2.1 Bagi Perawat**

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi acuan dalam pemberian asuhan keperawatan jiwa di rumah sakit sesuai dengan fungsi profesinya dan diharapkan dapat meminimalisir tingkat depresi melalui program pendidikan kesehatan manajemen depresi dengan cara menerapkan peran profesinya yaitu *change of agent* atau sistem pembaharuan yang lebih baik melalui program terapi ini di bangsal hemodialisa.

### **5.2.2 Bagi Rumah Sakit**

Diharapkan penelitian ini bagi RST Tk. II dr. Soedjono Kota Magelang diharapkan dapat diimplikasi dengan diterapkannya standar operasional prosedur intervensi pendidikan kesehatan manajemen depresi dalam asuhan keperawatan sebagai peran tenaga kesehatan, terutama perawat dalam hal *educator* untuk mempersiapkan pasien hemodialisa ketika mengalami depresi.

### **5.2.3 Bagi Ilmu Keperawatan**

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi sumbangsih untuk ilmu keperawatan spesifik pada ilmu keperawatan jiwa sehingga diharapkan kedepannya hasil ini disarankan menjadi pedoman mengenai pendidikan kesehatan manajemen depresi kepada klien hemodialisa.

### **5.2.4 Bagi Peneliti Selanjutnya**

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi acuan penelitian selanjutnya, agar mampu mengevaluasi beberapa hasil yang kurang sesuai dengan tujuan penelitian untuk menemukan hasil yang signifikan dalam mengatasi masalah. Diharapkan untuk penelitian selanjutnya dapat meneliti faktor lain yang dapat mempengaruhi tingkat depresi seperti lama perawatan hemodialisa terhadap tingkat depresi.

## DAFTAR PUSTAKA

- Arici, M., 2014, *Management of Chronic Kidney Disease*, Sringer-Verlag, Berlin Heidelberg.
- Brunner & Suddarth, (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8 volume 2*. Jakarta EGC
- Handayani, Buntar. Hamid, Achir Yani. Mustikasari. 2017. *Penurunan Tingkat Depresi Klien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa Dengan Logoterapi Medical Ministry Dan Terapi Komitmen Penerimaan*. Akademi Keperawatan PELNI Jakarta. Kelompok Keilmuan Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Jurnal JUMANTIK Volume 2 nomor 2, 2017 | 78
- Kemenkes RI. 2018. *Cegah Dan Kendalikan Penyakit Ginjal Dengan Cerdik Dan Patuh*. Tersedia: <http://www.depkes.go.id/article/print/18030700007/cegah-dan-kendalikan-penyakit-ginjal-dengan-cerdik-dan-patuh.html>.  
Dipublikasikan Pada : Rabu, 07 MARET 2018 00:00:00.
- Lubis, Abdurrahim R. Tarigan, Radar R. Nasution, Bayu R. Ramadani, Sumi. Vegas, Arina. 2016. *Pedoman Penatalaksanaan Gagal Ginjal Kronik*. Divisi Nefrologi- Hipertensi Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara RSUP. H Adam Malik Medan
- Mansjoer, Arief. (2010), *Kapita Selekta Kedokteran, edisi 4*, Jakarta : Media Aesculapius.
- Moeloek, Nila F. 2018. *Air Bagi Kesehatan : Upaya Peningkatan Promotif Preventif Bagi Kesehatan Ginjal Di Indonesia*. Gerakan Masyarakat Hidup Sehat Kementerian Kesehatan RI.
- Nurjanah, Ririn Eko Putri. 2016. *Penerapan Pendidikan Kesehatan Tentang Gagal Ginjal Untuk Meningkatkan Pengetahuan Dan Kepatuhan Pada Keluarga Dengan Gagal Ginjal Di Wilayah Kerja Puskesmas Gombang II*. STIKES Muhammadiyah Gombang Program Studi DIII Keperawatan.
- Price SA, Wilson LM. 2012. *Patofisiologi konsep klinis proses-proses penyakit, edisi ke-6*. Jakarta: EGC.

- Pringgodigdo, Nugroho dan Lydia, Aida. 2016. *Kondisi Kesehatan Ginjal Masyarakat Indonesia dan Perkembangannya*. Perhimpunan Nefrologi Indonesia. 9th Annual Report of Indonesian Renal Registry.
- Rustina. 2012. *Gambaran Tingkat Depresi Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisis Di RSUD dr. Soedarso Pontianak Tahun 2012*. Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Tanjungpura Pontianak
- Sari, Susanti Ambar. 2017. *Gambaran Tingkat Depresi Pada Pasien Gagal Ginjal Kronis Yang Menjalani Terapi Hemodialisa Di Rumah Sakit Umum Daerah Wates Yogyakarta*. Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Jenderal Achmad Yani Yogyakarta
- Smeltzer, S. C. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah Brunner and Suddarth*. Edisi 12. Jakarta: Kedokteran EGC.
- Suparti, Sri. Nurjanah, Siti. 2018. *Hubungan Depresi dengan Fatigue pada Pasien Hemodialisis*. Prodi Keperawatan Fikes Universitas Muhammadiyah Purwokerto. JHeS, Vol 2, No 1, Maret 2018, Hal. 63 - 75 ISSN print: 2549-3345, ISSN online: 2549-3353 DOAJ: <http://doaj.org/toc/2549-3353> Google scholar: <https://scholar.google.co.id> Sinta: [sinta.ristekdikti.go.id](https://sinta.ristekdikti.go.id) Tersedia online di <https://ejournal.unisayogya.ac.id>
- Tartum, Vicka. Kaunang, Theresia. Elim, Christofel. Ekawardani, Neni. 2016. *Hubungan lamanya hemodialisis dengan tingkat depresi pada pasangan hidup pasien gagal ginjal kronik di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado*. Skripsi Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi: Jurnal e-Clinic (eCl), Volume 4, Nomor 1, Januari-April 2016
- Wijaya, Adi. 2015. *Kualitas Hidup Pasien Penyakit Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisis Dan Mengalami Depresi*. Universitas Indonesia <http://www.digilib.ui.ac.id/opac/themes/libri2/detail.jsp?id=108527>