

## Depresi Pada Pasien Hemodialisa Perempuan Lebih Tinggi

Diyah Candra Anita<sup>1\*</sup>, Ilham Setya Husada<sup>2</sup>

<sup>1,2</sup> Prodi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kesehatan, Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta

\*Email: diyah.candra@gmail.com

---

### Abstrak

**Keywords:**

Depresi,  
Hemodialisa, Gagal  
Ginjal Kronik  
(GGK), Gender

Gagal ginjal kronis memerlukan pengobatan hemodialisa dalam jangka waktu yang lama. Hal tersebut dapat menimbulkan depresi yang ditandai dengan perubahan perilaku seperti penolakan, marah, perasaan takut, rasa tidak berdaya, putus asa, cemas bahkan bunuh diri. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran depresi pada pasien hemodialisa berdasarkan jenis kelamin. Metode penelitian yang digunakan *descriptive comparison* dan *correlation* dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian dilakukan pada pasien hemodialisa di RSUD Wates Kulon Progo. Teknik pengambilan sampel menggunakan *total sampling*. Sampel pada penelitian ini berjumlah 64 responden. Instrumen penelitian menggunakan kuesioner *Beck's Depression Inventory (BDI)*. Uji analisis menggunakan uji *mann whitney* dan *coefficient contingency*. Hasil penelitian menunjukkan pasien hemodialisa mayoritas berusia 45-54 tahun (32,8%), berjenis kelamin laki-laki (57,8%), berpendidikan SD&SMP (51,6%), berstatus sudah menikah (90,6%), tidak bekerja (28,1%), serta tidak mengalami depresi (45,3%). Terdapat perbedaan bermakna antara depresi pada laki-laki dan perempuan ( $p=0,013$ ), namun tidak ada hubungan antara tingkat depresi dengan jenis kelamin (0,080). Kehilangan minat seksual (1,1875) dan perubahan dalam pola tidur (1,1406) adalah hal yang sering dikeluhkan. Saran untuk perawat adalah lebih memperhatikan emosional pada pasien hemodialisa perempuan supaya bisa mereduksi depresi yang dialaminya.

## 1. PENDAHULUAN

Pertumbuhan jumlah penderita gagal ginjal kronis (GGK) semakin meningkat dari tahun ke tahun. Penyakit GGK merupakan keadaan dimana terjadi penurunan fungsi ginjal yang cukup berat secara perlahan-lahan (menahun). Penyakit ini bersifat progresif dan biasanya tidak bisa pulih kembali (*irreversible*) [1].

Tubuh pasien GGK mengalami kegagalan dalam mempertahankan metabolisme serta keseimbangan cairan dan elektrolit sehingga menyebabkan uremia. Kegagalan tersebut ditandai dengan menurunnya kemampuan filtrasi glomerular (GFR), yaitu kurang dari 60 mL/menit per 1,73 m<sup>3</sup> selama lebih dari 3 bulan dengan atau tanpa kerusakan ginjal [2].

Salah satu terapi untuk mempertahankan hidup pasien GGK adalah hemodialisis. Hemodialisis merupakan prosedur cuci darah dimana darah dikeluarkan dari tubuh penderita dan beredar dalam sebuah mesin diluar tubuh yang disebut dialiser [3].

Terapi hemodialisis akan merubah ritme kehidupan seseorang, baik bagi pasien maupun keluarganya. Perubahan yang terjadi meliputi pola makan, pola tidur, terapi obat-obatan, dan aktivitas kehidupannya. Perubahan tersebut mengakibatkan hilangnya kebebasan, ketergantungan kepada pengasuh, gangguan perkawinan, keluarga maupun kehidupan sosial, dan mengalami kehilangan pendapatan yang dapat menyebabkan depresi dan penurunan kualitas hidup [4].

Depresi merupakan gangguan psikologis yang paling umum pada pasien hemodialisis. Depresi mempengaruhi kira-kira sepertiga pasien hemodialisis dan berhubungan dengan hasil klinis yang buruk, sehingga dapat meningkatkan resiko rawat inap dan kematian [5].

Pasien hemodialisis seringkali mengalami gejala-gejala depresi seperti perubahan suasana hati berupa kesedihan, kesepian dan apatis, timbul perasaan untuk menyalahkan diri sendiri, keinginan untuk menghukum diri sendiri, adanya perubahan gangguan tidur, gangguan makan, kehilangan nafsu seksual, serta perubahan terhadap aktivitas, bahkan sampai berkeinginan untuk

binuh diri. Selain itu masalah finansial dan perasaan takut akan kematian juga sangat berpengaruh pada kondisi psikologis sehingga memperberat kondisi depresi pasien [6].

Penelitian sebelumnya yang telah dilakukan Vasilopoulou menyebutkan bahwa pada pasien yang menjalani hemodialisis 47,8% memiliki tingkat stres yang tinggi dan 38,2% memiliki tingkat depresi tinggi [7]. Penelitian lainnya telah dilakukan di rumah sakit Samsung Changwon (Korea), menyebutkan bahwa depresi berkorelasi positif dengan usia, pekerjaan, pendapatan, pendidikan, indeks komorbiditas, tingkat hemoglobin, konsentrasi albumin dan skor stress pada pasien hemodialisis [8].

Sebuah penelitian menyebutkan bahwa perubahan peran dan penurunan interaksi sosial serta kehilangan pekerjaan bisa menyebabkan laki-laki menjadi rentan terhadap masalah-masalah mental termasuk depresi. Setiap karakter dan sifat yang berbeda baik perempuan maupun laki-laki dalam keadaan psikologis yang terganggu harus diberi dukungan, sehingga hal-hal yang berdampak buruk dapat segera diatasi atau diminimalkan permasalahan depresinya [9].

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui perbedaan depresi pada pasien hemodialisis berdasarkan jenis kelamin. Penelitian ini diharapkan mampu menjadi rujukan untuk melaksanakan asuhan keperawatan yang tepat pada pasien hemodialisis yang mengalami depresi.

## 2. METODE

Desain penelitian ini menggunakan metode kuantitatif komparasidan korelasi dengan pendekatan *cross sectional*. Sample yang digunakan dalam penelitian ini adalah 64 responden dengan teknik total sampling. Instrumen dalam penelitian ini menggunakan data demografi responden dan kuisioner *Beck's Depression Inventory* (BDI). Analisis data menggunakan statistik non parametric, yaitu uji beda Mann-whitney.

Penelitian ini sudah mendapatkan izin etik dari Komisi Etik Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta dengan nomor 763/KEP-UNISA/XII/2018. Penelitian dilakukan pada tanggal 14-19 Januari 2019 di ruang hemodialisa RSUD Wates Kulonprogo.

### 3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Data Demografi

Data Demografi	Frekuensi (n=64)	%
<b>Usia</b>		
17-25 tahun	1	1,60
26-35 tahun	7	10,90
36-45 tahun	6	9,40
46-55 tahun	21	32,80
56-65 tahun	20	31,20
>= 65 tahun	9	14,10
<b>Jenis Kelamin</b>		
Laki-laki	37	57,80
Perempuan	27	42,20
<b>Suku Bangsa</b>		
Jawa	64	100,00
Luar Jawa	0	0
<b>Status Pernikahan</b>		
Menikah	60	93,80
Tidak menikah	4	6,20
<b>Pendidikan</b>		
Tidak sekolah	2	3,10
SD & SMP	33	51,60
SMA & PT	29	45,30
<b>Pekerjaan</b>		
Tidak Bekerja	19	29,70
Ibu Rumah Tangga	16	25,00
Wiraswasta	19	29,70
PNS/TNI/POLRI	4	6,20
Pensiunan	6	9,40

#### 3.1 Usia dengan kejadian GJK

Berdasarkan tabel 1. diketahui bahwa sebagian besar responden berada pada usia 46-55 tahun (32,30%). Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Nurchayati yang menyebutkan bahwa rerata usia pasien yang menjalani hemodialisa akibat gagal ginjal kronik berusia 44,82 tahun [10]. Menurut International Renal Registry (IRR), sebagian besar pasien hemodialisa berada pada umur 45-65 tahun [11].

Penuaan akan menyebabkan penurunan nilai GFR dan *renal blood flow* (RBF) secara progresif. Penurunan GFR akan menyebabkan penurunan rata-rata aliran plasma dan penurunan koefisien pada kapiler glomerulus. Penurunan hambatan pada arteriolar afferent berhubungan dengan peningkatan tekanan *hydraulic* pada kapiler glomerulus. Perubahan hemodinamik tersebut terjadi akibat adanya perubahan struktur ginjal pada penuaan, seperti: (1) kehilangan massa renal; (2) hyalinisasi pada arteriole afferent; (3) peningkatan glomerular sclerotic; dan (4) fibrosis tubulointersitial. Penuaan juga akan mengganggu aktivitas dan responsifitas

terhadap stimulus vasoactive, seperti penurunan respon tubuh untuk melakukan vasokonstriksi maupun vasodilatasi, penurunan aktivitas regulasi terhadap mekanisme renin-angiotensin dan nitric oxide [12, 13].

#### 3.2 Jenis kelamin dengan kejadian GJK.

Berdasarkan tabel 1. diketahui bahwa sebagian besar responden pada penelitian ini berjenis kelamin laki-laki (57,80%). Hal ini sejalan dengan penelitian Sagala yang menyebutkan bahwa 71,90% pasien hemodialisa berjenis kelamin laki-laki [14]. Riskesdas juga menyebutkan bahwa sebagian besar pasien hemodialisa berjenis kelamin laki-laki yaitu 4,17% permil [15].

Saryono & Handoyo mengemukakan bahwa faktor anatomi saluran kemih laki-laki yang lebih panjang memungkinkan prevalensi GJK menjadi lebih tinggi [16]. Kondisi tersebut memungkinkan tingginya hambatan pengeluaran urin dari kantong kemih, berupa penyempitan saluran (*stricture*) ataupun tersumbatnya saluran oleh batu [13].

Hormone sex juga berkontribusi terhadap terjadinya GJK. Progresifitas GJK pada perempuan diketahui lebih lambat dibandingkan pada laki-laki. Hal ini disebabkan adanya perubahan pada *Renin-Angiotensin system* (RAS) yaitu pada interaksi antara 17 $\beta$ -estradiol (E2) dan Angiotensin II. E2 yang menurun di tingkat jaringan, mampu menurunkan aktivitas Angiotensin II dan *Angiotensin Converting Enzyme* (ACE). Sebaliknya, testosterone akan meningkatkan aktivitas RAS [12].

Perubahan lain yang juga dipengaruhi oleh hormon sex adalah kadar Nitric oxide (NO). NO merupakan sitokin yang memiliki efek perlindungan pada ginjal karena mencegah penurunan sel mesangial dan produksi matriks. Penelitian menunjukkan bahwa sintesis dan produksi NO pada perempuan lebih besar dibandingkan laki-laki [12].

Ketidaksesuaian kadar metalloprotease juga dipengaruhi oleh faktor jenis kelamin, terutama kaitannya dengan difungsi renal. Metalloprotease mampu memecah matriks yang dapat membantu mencegah ekspansi matriks ginjal. Kadar metalloprotease meningkat pada perempuan dibandingkan pada laki-laki [12].

Iseki mengemukakan bahwa hormon androgen pada lelaki mampu meningkatkan risiko terjadinya disfungsi renal melalui efek negatif yang dimilikinya. Androgen dapat meningkatkan fibrosis dan produksi matriks mesangial, menstimulasi RAS sehingga meningkatkan retensi sodium, yang berakibat pada peningkatan tekanan darah (hipertensi). Kondisi inilah yang mengawali terjadinya GGK [17].

Perempuan diketahui memiliki hormon estrogen lebih banyak, yang salah satunya berfungsi untuk menghambat pembentukan osteoklas agar tidak berlebihan menyerap tulang sehingga kadar kalsium seimbang. Kalsium memiliki efek protektik dengan mencegah penyerapan oksalat yang bisa membentukbatuginjal sebagai salah satu penyebab terjadinyaGGK [18].

### 3.3 Depresi pada pasien hemodialisa

**Tabel 2.** Distribusi Frekuensi Kejadian Depresi Pada Responden

Tingkat Depresi	Frekuensi (n=)	Persentase (%)
Tidak ada depresi	29	45,30
Ringan	13	20,30
Sedang	11	17,20
Berat	11	17,20
Jumlah	64	100,00

Berdasarkan data pada tabel 2. didapatkan data bahwa sebagian besar responden (45,30%) tidak mengalami depresi. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang menunjukkan bahwa responden GGK yang tidak mengalami depresi (56,25%)[19].

Salah satu faktor yang mempengaruhi depresi adalah mekanisme koping seseorang dalam menghadapi situasi yang dialaminya. Mekanisme koping merupakan cara yang dilakukan individu dalam menyelesaikan masalah. Mekanisme koping itu dibagi menjadi dua, yaitu maladaptif dan adaptif. Mekanisme koping adaptif merupakan hal yang mendukung integrasi. Apabila seseorang memiliki mekanisme koping adaptif, maka depresi bisa tereduksi [20].

Mekanisme koping yang sering digunakan pada pasien penyakit terminal adalah spiritual koping. Agama dan spiritual menekankan konstruksi dalam perawatan kesehatan. Agama dan spiritual merupakan

upaya untuk menemukan makna bagi kehidupan, sehingga individu tetap memiliki harapan dan tetap merasa damai ketika menderita penyakit kronik [21].

Sebagian besar responden mengungkapkan bahwa penyakit GGK yang diderita merupakan bagian takdir dari Allah yang harus dijalani. Beberapa responden mengungkapkan bahwa saat cemas, mereka mengatasinya dengan doa dan dzikir.

Penelitian sebelumnya mengungkapkan, terapi dzikir dan doa dengan pernafasan yang teratur dapat mempengaruhi kerja otak, terutama cortex cerebri. Dzikir mampu mempengaruhi gelombang otak sehingga mampu menata motivasi, menurunkan kesedihan, stress, gelisah, dan depresi [22].

Mekanisme koping spiritual tidak selamanya membawa efek positif bagi seseorang. Efek negatif yang mungkin muncul seperti: mempertanyakan keberadaan Tuhan, merasa Tuhan tidak berlaku adil, dan mendefinisikan kondisi sebagai bentuk hukuman dari Tuhan [23].

Penting bagi para profesional kesehatan, terutama perawat, yang terus-menerus berada disisi pasien, untuk memahami makna spiritualitas dan agama bagi pasien. Fenomena ini dapat menjadi bagian dari perawatan holistik dalam praktik klinis.

Tabel 2. juga menyebutkan bahwa sekitar 17,20% responden mengalami depresi sedang dan berat. Sebagian besar penderita penyakit kronis, seperti GGK – mengalami penurunan kesehatan, perubahan pola makan, dan menurunnya sistem pertahanan tubuh.

Penelitian sebelumnya menyebutkan pasien harus menjalani perawatan di ruang khusus (hemodialisa), perubahan pola hidup seperti pembatasan cairan dan diit, serta aktivitas medical check up secara rutin. Perubahan yang dialami baik fisik maupun sosial, yang apabila tidak diatasi dengan baik, akan menimbulkan komplikasi neuropsikiatri [24].

Depresi merupakan akibat neuropsikiatrik yang paling sering muncul pada pasien GGK. Penelitian Teles menyebutkan depresi pada pasien prahemodialis biasanya lebih tinggi dibanding pasien intradialisis [25].

Depresi mampu mempengaruhi proses pengobatan pasien. Depresi dapat

meningkatkan sitokin pro-inflamasi yang akan menyebabkan aterosklerosis, gangguan fungsi saraf otonom, gangguan produksi kortisol dan norepinefrin, serta meningkatkan agregasi platelet yang akan mempercepat komplikasi penyakit jantung pada GGK [26].

Dukungan keluarga dan dukungan dari lingkungan sekitarnya yang kurang, dapat menyebabkan pasien hemodialisis merasa sendiri dalam menghadapi beban hidup yang berkaitan dengan penyakitnya. Dukungan keluarga diperlukan supaya pasien tetap

semangat dalam menjalani program medikasi serta memunculkan harapan hidup.

Depresi dapat menurunkan kualitas hidup serta meningkatkan peluang kematian akibat GGK. Depresi pada pasien GGK sering disalahartikan sebagai efek dari hiperurisemia, seperti anoreksia, kelelahan, dan gangguan tidur [25]. Oleh karena itu, supaya depresi bisa tertangani sejak dini, maka perawat harus melakukan pengkajian berkala mengenai depresi dengan menggunakan instrumen yang tersedia.

**Tabel 3.** Rerata Jawaban Kuesioner *Beck's Depression Inventory* Tiap Responden

No.	Pernyataan	Jawaban responden* (n=64)				
		Mean	Tidak pernah	Kadang-kadang	Cukup sering	Hampir selalu
1.	Kesedihan	0,5156	40 (62,5%)	18 (28,1%)	3 (4,7%)	3 (4,7%)
2.	Pesimistik	0,4062	43 (67,2%)	17 (26,6%)	3 (4,7%)	1 (1,6%)
3.	Kegagalan masa lalu	0,4844	39 (60,9%)	20 (31,3%)	4 (6,3%)	1 (1,6%)
4.	Kehilangan kesenangan	0,5469	40 (62,5%)	17 (26,6%)	3 (4,7%)	4 (6,3%)
5.	Perasaan bersalah	0,7031	33 (51,6%)	17 (26,6%)	14 (21,9%)	0 (0,0%)
6.	Perasaan merasa dihukum	0,5469	14 (64,1%)	16 (25,0%)	2 (3,1%)	5 (7,8%)
7.	Benci diri sendiri	0,4062	40 (62,5%)	22 (34,4%)	2 (3,1%)	0 (0,0%)
8.	Pengkritikan terhadap diri saya	0,5313	43 (67,2%)	12 (18,8%)	5 (7,8%)	4 (6,3%)
9.	Pikiran atau keinginan untuk bunuh diri	0,2969	51 (79,7%)	9 (14,1%)	2 (3,1%)	2 (3,1%)
10.	Menangis	0,5469	44 (68,8%)	11 (17,2%)	3 (4,7%)	6 (9,4%)
11.	Tidak bisa istirahat	0,4219	46 (71,9%)	11 (17,2%)	5 (7,8%)	2 (3,1%)
12.	Kehilangan minat	0,4063	48 (75,0%)	8 (12,5%)	6 (9,4%)	2 (3,1%)
13.	Keraguan	0,5312	39 (60,9%)	18 (28,1%)	5 (7,8%)	2 (3,1%)
14.	Ketidakterartian	0,5781	36 (56,3%)	19 (29,7%)	9 (14,1%)	0 (0,0%)
15.	Kehilangan energi	0,8594	27 (42,2%)	23 (35,9%)	10 (15,6%)	4 (6,3%)
16.	Perubahan dalam pola tidur	1.1406	23 (35,9%)	20 (31,3%)	10 (15,6%)	11 (17,2%)
17.	Mudah tersinggung	0,8750	19 (29,7%)	37 (57,8%)	5 (7,8%)	3 (4,7%)
18.	Perubahan dalam selera makan	0,6094	34 (53,1%)	21 (32,8%)	9 (14,1%)	0 (0,0%)
19.	Kehilangan berat badan	0,6094	33 (51,6%)	25 (39,1%)	4 (6,3%)	2 (3,1%)
20.	Kesulitan berkonsentrasi	0,7969	24 (37,5%)	33 (51,6%)	3 (4,7%)	4 (6,3%)
21.	Kehilangan minat seks	1.1875	25 (39,1%)	16 (25,0%)	9 (14,1%)	14 (21,9%)

**Tabel 4.** Tabulasi Silang Jawaban Kuesioner *Beck's Depression Inventory* Berdasarkan Jenis Kelamin

No.	Pernyataan	Jawaban responden* (n=64)			
		Laki-laki		Perempuan	
		Mean	SEM	Mean	SEM
1.	Kesedihan	0,2703	0,07402	0,8519	0,19759
2.	Pesimistik	0,3243	0,09534	0,5185	0,14491
3.	Kegagalan masa lalu	0,3243	0,09534	0,7037	0,14921
4.	Kehilangan kesenangan	0,3243	0,10997	0,8519	0,19024
5.	Perasaan bersalah	0,5946	0,12532	0,8519	0,16627
6.	Perasaan merasa dihukum	0,4865	0,13210	0,6296	0,19354
7.	Benci diri sendiri	0,3243	0,08711	0,5185	0,11158
8.	Pengkritikan terhadap diri saya	0,3243	0,12287	0,8148	0,19272
9.	Pikiran atau keinginan untuk bunuh diri	0,2162	0,08781	0,4074	0,16242
10.	Menangis	0,2432	0,11234	0,9630	0,21669
11.	Tidak bisa istirahat	0,2432	0,09807	0,6667	0,17703
12.	Kehilangan minat	0,3243	0,12287	0,5185	0,16339
13.	Keraguan	0,4054	0,12532	0,7037	0,14921
14.	Ketidakberartian	0,5405	0,12613	0,6296	0,13235
15.	Kehilangan energi	0,7838	0,15075	0,9630	0,17281
16.	Perubahan dalam pola tidur	0,8919	0,16794	1,4815	0,21596
17.	Mudah tersinggung	0,8919	0,12725	0,8519	0,13820
18.	Perubahan dalam selera makan	0,4865	0,10698	0,7778	0,15408
19.	Kehilangan berat badan	0,4865	0,12020	0,7778	0,14454
20.	Kesulitan berkonsentrasi	0,6757	0,12287	0,9630	0,16436
21.	Kehilangan minat seks	1,1081	0,19291	1,2963	0,23152
	Total rerata	0,2703	0,07402	0,8519	0,19759

**Tabel 5.** Tabulasi silang depresi berdasarkan jenis kelamin

Variabel		Jenis kelamin				Total	
		Laki-laki		Perempuan		f	%
		f	%	f	%		
Kategori_BDI	Tidak depresi	21	32,81	8	12,50	29	45,31
	Depresi ringan	8	12,50	5	7,81	13	20,31
	Depresi sedang	4	6,25	7	10,94	11	17,19
	Depresi berat	4	6,25	7	10,94	11	17,19
Total		37	57,81	27	42,19	64	100,00

**Tabel 6.** Uji Beda *Mann-Whitney* Dan Uji Korelasi *Coefficien Contingency* Depresi Berdasarkan Jenis Kelamin

Uji statistik	p-value	Interpretasi
Uji beda <i>mann whitney</i>	0,013	Ada perbedaan bermakna
Uji korelasi <i>coefficient contingency</i>	0,080	Tidak ada hubungan

### 3.4 Depresi pasien hemodialisis berdasarkan jenis kelamin

Berdasarkan data yang diperoleh pada tabel 3. disebutkan rata-rata tertinggi hasil pengkajian BDI responden yaitu: kehilangan minat seksual (1,1875); perubahan dalam pola tidur (1,1406); perasaan mudah tersinggung (0,875); kehilangan energi/lemas (0,8594); dan kesulitan berkonsentrasi (0,7969).

Tabel 4. menunjukkan bahwa rerata depresi yang dialami laki-laki (0,2703) lebih rendah dibandingkan perempuan (0,8519). Data di tabel 5. menunjukkan bahwa responden laki-laki yang tidak mengalami

depresi (32,81%) lebih tinggi dibanding responden perempuan (12,50%). Responden laki-laki yang mengalami depresi sedang maupun berat (6,25%) lebih rendah dibandingkan responden perempuan (10,94%).

Tabel 6. menunjukkan data bahwa tidak terdapat hubungan antara tingkat depresi dengan jenis kelamin ( $p=0,080$ ;  $p>0,050$ ). Namun demikian, hasil uji beda menunjukkan bahwa terdapat perbedaan bermakna antara tingkat depresi dengan jenis kelamin ( $p=0,013$ ;  $p<0,050$ ).

WHO menyatakan bahwa depresi akan menjadi masalah mental kedua tertinggi pada tahun 2020. Depresi tidak bisa diremehkan begitu saja, karena selain berefek buruk pada kualitas hidup, depresi juga berpotensi menyebabkan bunuh diri.

Penelitian menunjukkan bahwa depresi pada perempuan lebih sering terjadi dibandingkan laki-laki. Terdapat beberapa faktor yang melatarbelakangi kondisi tersebut, yaitu: Pertama, faktor biologis. Apabila dibandingkan laki-laki, perempuan memiliki kerentanan genetik dan perubahan kadar hormon yang lebih tinggi, khususnya ketika akan melahirkan maupun menjelang menopause. Kedua, berdasarkan aspek psikologis. Perempuan cenderung lebih pemikir dibandingkan laki-laki. Kualitas kehidupan perempuan secara umum sangat

dipengaruhi oleh kehidupan asmara yang dimilikinya, sehingga apabila muncul masalah dalam hubungan, wanita akan lebih mudah depresi. Ketiga, berdasarkan aspek sosiobudaya. Perempuan sering menghadapi berbagai kondisi yang membuatnya mudah stress dibandingkan laki-laki. Hal itu disebabkan karena multi-peran yang sering dijalankannya, seperti berkarier, membesarkan anak, merawat orang tua, dan lain sebagainya. Perempuan juga memiliki angka harapan hidup yang lebih panjang dibandingkan laki-laki. Kondisi tersebut akan memicu perasaan kesepian dan menurunnya kesehatan ketika lanjut usia [27].

Sebuah penelitian menjelaskan perbedaan antara cara laki-laki dan perempuan dalam mengendalikan emosi, yaitu berfokus pada hormon stress yang disebut *corticotropin releasing factor* (CRF).

Hormon CRF lebih erat terikat pada protein stress di sel-sel otak perempuan. Kondisi tersebut menyebabkan perempuan lebih sensitif. Otak laki-laki dapat mengurangi kadar protein stress untuk menghentikan ikatan terhadap hormon CRF [28].

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian sebelumnya, yang menjelaskan bahwa pasien GGK perempuan lebih tertekan dan lebih tinggi skor depresinya dibandingkan laki-laki [29]. Perempuan lebih menunjukkan gejala depresi yaitu ingin bunuh diri dibandingkan pada laki-laki.

Penelitian Shirazian *et al.* menyebutkan bahwa depresi pasien hemodialisis berkaitan dengan peran perempuan sebagai istri dan sebagai ibu dari anak-anaknya, yang harus merawat dan memelihara keluarganya. Ketidakmampuan menjalankan peran tersebut membuat perempuan merasa tidak berguna, yang akan menstimulus pikiran-pikiran negatif pada dirinya [30].

Pasien hemodialisis laki-laki juga mengalami depresi terkait dengan perannya dalam keluarga, yaitu peran sebagai tulang punggung keluarga yang harus memberikan penghidupan untuk diri dan keluarga. Adanya perubahan kemampuan fisik pada pasien hemodialisis menyebabkan tidak mampu mempertahankan pekerjaan sehingga mayoritas tidak bekerja. Hal itulah yang menyebabkan laki-laki merasa gagal dalam

melakukan perannya sebagai kepala keluarga [31].

Tabel 4. menunjukkan bahwa rerata skor BDI tertinggi pada jenis kelamin laki-laki dan perempuan adalah kehilangan minat seks (Laki-laki: 1,1081 dan perempuan: 1,4815), perubahan pola tidur (Laki-laki: 0,8919 dan perempuan: 1,4815), kehilangan energi (Laki-laki: 0,7838 dan perempuan: 0,9630), serta kesulitan berkonsentrasi (Laki-laki: 0,6757 dan perempuan: 0,9630).

### 3.1.1 Depresi fungsi seksual pada pasien hemodialisis

Kesehatan seksual dan kesejahteraan psikologis pasien dengan GGK merupakan masalah penting yang harus dipertimbangkan dalam praktik keperawatan. Perawat harus mempertimbangkan masalah psikologis pasien dan hubungannya dengan pasangan guna mempertimbangkan masalah seksual secara holistik dalam kerangka praktik keperawatan.

Fungsi seksual memainkan peran penting dalam kehidupan individu. Beberapa kondisi patologi fisik atau psikologis dapat menyebabkan disfungsi seksual. Disfungsi seksual sering terjadi pada pasien GGK dalam terapi hemodialisis, dan seringkali berdampak buruk pada kualitas hidup pasien [32].

Menurut WHO, seksualitas dipengaruhi oleh interaksi faktor fisik, emosional, intelektual, dan sosial yang mempengaruhi kepribadian, komunikasi, dan cinta. Ini adalah kondisi kesejahteraan yang memungkinkan tidak hanya fisik, tetapi juga integritas emosional, intelektual dan sosial, yang pada gilirannya mempengaruhi pengembangan kepribadian, komunikasi, dan berbagi cinta untuk orang sebagai makhluk seksual [33].

Seksualitas adalah sumber keberadaan manusia dan merupakan bagian penting dari kehidupan manusia. Seksualitas memengaruhi banyak aspek kehidupan mulai dari kelahiran hingga kematian.

Fungsi seksual yang buruk dapat berefek negatif pada kepercayaan diri dan harga diri. Apabila kondisi tersebut tidak teratasi, maka akan berdampak negatif pada hubungan perkawinan maupun sosial [34].

Diabetes, yang merupakan salah satu penyebab utama GGK sering dikaitkan dengan disfungsi seksual pada pria dan

wanita. Disfungsi seksual lebih sering terjadi pada pria dengan GGK. Disfungsi ereksi dilaporkan sekitar 70% pada pasien hemodialisis, dan 90% pada lanjut usia. Angka tersebut jauh lebih tinggi dari populasi umum. Obat yang digunakan dalam pengobatan hipertensi dan depresi pada pasien GGK sering mempengaruhi fungsi ereksi, mengurangi hasrat seksual, kapasitas orgasme dan kepuasan seksual, dan menyebabkan ejakulasi dini pada pria [28].

Penelitian sebelumnya juga menyatakan bahwa, 86% pasien hemodialisis mengalami penurunan libido, ejakulasi dini, atau stamina menurun saat melakukan hubungan seksual. Oligospermia dan penurunan motilitas sperma juga sering terjadi. 30% menderita ginekomastia pada laki-laki yang menjalani hemodialisis [28].

Masalah seksual pada wanita dengan hemodialisis adalah penurunan keinginan, peningkatan kekeringan vagina, ketidakpuasan dan rasa sakit selama hubungan seksual [35, 36], dan amenorea [28].

Basok mengemukakan bahwa disfungsi seksual terjadi pada 75% dengan hemodialisis, 66,7% pasien dengan dialisis peritoneal, dan 50% pada transplantasi ginjal [37]. Penelitian yang dilakukan oleh Mor, menyebutkan bahwa 81% perempuan dengan hemodialisis tidak melakukan aktivitas seksual [38].

Meskipun seksualitas adalah salah satu pemicu stres terpenting dalam hidup pasien GGK, disfungsi seksual pada pasien hemodialisis jarang sekali diatasi. Terlepas dari adanya masalah tersebut, sangat sedikit pasien yang mendiskusikannya dengan petugas kesehatan. Banyak gejala GGK membaik dengan pengobatan dialisis, namun, masalah disfungsi seksual tetap ada selama proses perawatan [28].

Menurut Potter and Perry, kegiatan seksual tidak hanya mengarah pada berhubungan intim saja, tetapi banyak cara lain untuk melakukan hubungan seksual. Jika merasa takut berhubungan intim karena adanya suatu penyakit/adanya keluhan, maka dapat dilakukan dengan cara lain seperti sentuhan, ciuman, pelukan dan saling mencintai dan menyayangi [37].

Dalam kerangka pendekatan keperawatan holistik, pengembangan lingkungan yang sesuai dimana pasien dapat

mendiskusikan masalah seksual mereka dengan nyaman adalah sangat penting. Evaluasi fungsi seksual dalam perencanaan perawatan pasien, dan menawarkan lebih banyak program pelatihan pasien tentang perlindungan kesehatan seksual juga merupakan intervensi yang diperlukan [28].

Juga sangat penting bahwa perawat yang bekerja di ruang hemodialisis memiliki kemampuan observasi dan komunikasi yang baik, sehingga perawat efektif dalam menangani, dan menyelesaikan, masalah yang mungkin timbul pada pasien dialisis. Oleh karena itu, akan sangat bermanfaat bagi para perawat hemodialisis untuk diberikan program pelatihan pendidikan guna meningkatkan keterampilan mereka dalam mengelola masalah pasien hemodialisis.

### 3.1.2 Perubahan pola tidur pada pasien hemodialisis

Tabel 3. Menunjukkan bahwa sekitar 17,2% responden mengeluhkan hampir selalu mengalami gangguan pola tidur. Gangguan tidur merupakan masalah umum diantara pasien dialysis. Penelitian sebelumnya menyebutkan bahwa 80% pasien mengeluhkan gangguan tidur, seperti: memulai dan mempertahankan tidur, perasaan gelisah, kram kaki secara tiba-tiba, sensasi tertedak saat tertidur, dan adanya perasaan mengantuk saat siang hari. Gangguan tidur yang umum terjadi pada pasien yang melakukan terapi hemodialisa seperti *Restless Leg Syndrome (RLS)*, *Sleep Apnea*, *Excessive Daytime Somenolence* dan *insomnia*. Gangguan pola tidur pada pasien hemodialisis biasanya disertai kenaikan angka morbiditas dan mortalitas [39].

Menurut penelitian, penyebab gangguan tidur pada pasien hemodialisa adalah kecemasan dan depresi yang diakibatkan oleh stress yang tidak tertangani dengan baik. Adanya peningkatan neuro-inflamatori yang menimbulkan gangguan alam perasaan dan lebih lanjut akan mengakibatkan gangguan pada system cardiovascular dan system pernafasan [40].

Gangguan tidur juga disebabkan karena anemia, rendahnya hemoglobin, defisiensi zat besi, dan tingginya transferrin dalam darah. Hal ini akan menyebabkan terjadinya palpitasi, mudah lelah, sakit kepala, dan



iritabilitas – yang mendasari kejadian insomnia [40].

Pasien hemodialisis memiliki kadar fosfat dan fosfor yang tinggi akan menyebabkan gangguan tidur berupa RLS. Nilai albumin yang rendah juga dapat menyebabkan keluarnya cairan dari pembuluh darah sehingga menyebabkan edema pada tungkai dan asites. Edema pada tungkai menimbulkan keluhan RLS semakin berat, sedangkan asites akan menyebabkan sesak nafas sehingga mengakibatkan kualitas tidur pasien menurun [41, 42].

Penurunan kadar hormone melatonin juga terjadi pada pasien GGK. Penelitian menyebutkan meskipun pasien GGK dilakukan hemodialisis, kadar hormone melatonin tersebut tetap rendah, terutama di malam hari. Kondisi tersebut mengakibatkan pasien GGK mengalami insomnia [42].

Maung *et al.* mengemukakan bahwa insomnia pada pasien hemodialisis bisa diatasi dengan terapi farmakologi dan non farmakologi. Terapi farmakologi dengan pemberian 3 mg melatonin terbukti efektif dan aman bagi ginjal. Terapi non farmakologi yang direkomendasikan berupa terapi perilaku kognitif, akupresur, latihan fisik, dan terapi perubahan modalitas dialysis [42].

Perempuan mengalami gangguan tidur lebih sering dibandingkan laki-laki. Hal ini dipengaruhi faktor hormonal, yaitu estrogen. Kadar estrogen dapat mempengaruhi jalur neurotransmitter sehingga irama sirkadian dan jam biologis perempuan tidak berjalan lancar. Pada perempuan menopause, penurunan estrogen akan menyebabkan perasaan gelisah, keringat dingin di malam hari, yang dapat mengganggu kualitas tidur [43, 44].

#### 4. KESIMPULAN

Hasil penelitian menunjukkan pasien hemodialisa mayoritas berusia 45-54 tahun (32,8%), berjenis kelamin laki-laki (57,8%), berpendidikan SD&SMP (51,6%), berstatus sudah menikah (90,6%), tidak bekerja (28,1%), serta tidak mengalami depresi (45,3%). Terdapat perbedaan bermakna antara depresi pada laki-laki dan perempuan ( $p=0,013$ ), namun tidak ada hubungan antara tingkat depresi dengan jenis kelamin (0,080). Saran untuk perawat adalah lebih

memperhatikan emosional pada pasien hemodialisa perempuan supaya bisa mereduksi depresi yang dialaminya.

#### UCAPAN TERIMAKASIH

Terima kasih kepada Adelia Rizki, Dewi Rinjani, Dwi Astuti, dan Febriana Restini.

#### REFERENSI

- [1]. Anita D. Status Nutrisi Pasien Gagal Ginjal Kronis Dengan Diabetes Mellitus Dan Non-Diabetes Mellitus. *Media Ilmu Kesehatan*. 2016; 5(2): p. 92-98.
- [2]. Perez-Gomez M, Bartsch L, Castillo-Rodriguez E, Fernandez-Prado R, Fernandez-Fernandez B, Martin-Cleary C, et al. Clarifying the concept of chronic kidney disease for non-nephrologists. *Clin Kidney J*. 2019; 12(2): p. 258-261.
- [3]. Supriyadi, Wagiyo, Widowati S. Tingkat Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik Terapi Hemodialisis. *Kemas: Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 2011; 6(2): p. 107-112.
- [4]. Sufiana, Anita D. Living Quality Based on The Period of Haemodialysis. *Jurnal Ners dan Kebidanan Indonesia*. 2017; 5(3): p. 63-69.
- [5]. Chilcot J, Moss-Morris R, Artom M, Harden L, Picariello F, Hughes H, et al. Psychosocial and clinical correlates of fatigue in haemodialysis patients: the importance of patients' illness cognitions and behaviours. *s. International Journal of Behavioral Medicine*. 2015; 23(3): p. 271-281.
- [6]. Azahra M. Peran Konsep Diri Dan Dukungan Sosial Terhadap Depresi Pada Penderita Gagal Ginjal Yang Menjalani Terapi Hemodialisi. Thesis. Yogyakarta: Universitas Ahmad Dahlan, Fakultas Psikologi; 2012.
- [7]. Vasilopoulou C, Bourtsi E, Giaple S, Koutelekos I, Theofilou P, Polikandrioti M. The Impact of Anxiety and Depression on the Quality of Life of Hemodialysis Patients. *Glob J Health*

- Sci. 2016 Jan; 8(1): p. 45-55.
- [8]. Lee Y, Kim M, Cho S, Kim S. Association of depression and anxiety with reduced quality of life in patients with predialysis chronic kidney disease. *Int J Clin Pract.* 2013 Apr; 67(4): p. 363-368.
- [9]. Sutinah, Maulani. Hubungan Pendidikan, Jenis Kelamin Dan Status Perkawinan Dengan Depresi Pada Lansia Perkawinan Dengan Depresi Pada Lansia. *Journal Endurance.* 2017 Jun; 2(2): p. 209-216.
- [10]. Nurchayati S. Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisis Di Rumah Sakit Islam Fatimah Cilacap Dan Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas. Thesis. Jakarta: Universitas Indonesia, Fakultas Ilmu Keperawatan; 2010.
- [11]. IRR. Program Indonesian Renal Registry. [Online].; 2015 [cited 2010 01 12]. Available from: Hyperlink "<https://www.indonesianrenalregistry.org/data/indonesian%20renal%20registry%202016>."
- [12]. Weinstein J, Anderson S. The Aging Kidney: Physiological Changes. *Adv Chronic Kidney Dis.* 2010; 17(4): p. 302-307.
- [13]. Anita D. The Levels Of Blood Ureum Nitrogen (Bun) And Creatinine In The Patients Of Chronic Renal Failure With And Without Diabetes. In *International Conference of Health Science*; 2015; Yogyakarta. p. 228-243.
- [14]. Sagala D. Analisa faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di RSUP H Adam Malik Medan. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Imelda.* 2015; 1.
- [15]. Riskesdas. Riset Kesehatan Dasar. Riset nasional. Jakarta: Kementerian Kesehatan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan; 2018.
- [16]. Saryono, Handoyo. Kadar Ureum dan Kreatinin Darah Pada Pasien Yang Menjalani Terapi Hemodialisis Di Rumah Sakit Umum Margono Soekarjo Purwokerto. Naskah publikasi. 2006.
- [17]. Iseki K. Gender Differences in Chronic Kidney Disease. *Kidney Int.* 2008; 74: p. 415-417.
- [18]. Anita D, Novitasari D. Kepatuhan Pembatasan Asupan Cairan Terhadap Lama Menjalani Hemodialisa. In *Seminar Nasional Universitas Muhammadiyah*; 2017; Semarang. p. 104-112.
- [19]. Putri R, Sembiring L, Bebasari E. Gambaran Kualitas Hidup Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Terapi Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis Di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau Dengan Menggunakan Kuesioner KDQOL-SF. Skripsi. Riau: Universitas Riau, Fakultas Kedokteran; 2014.
- [20]. Almubarok M, Sukmarini L. Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Yang Menjalani Hemodialisis Dengan Metode Single Use dan Re-Use Di RSPAD Gatot Subroto dan RS PGI Cikini Jakarta. *Ners Jurnal Keperawatan.* 2016 October; 12(2): p. 100-115.
- [21]. Fitri A, Nadjmir, Syaiful A. Gambaran Tingkat Depresi pada Pasien Penyakit Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis di RSUP DR. M. Djamil Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas.* 2015; 4(1). 2015; 4(1): p. 115-120.
- [22]. Muhammad A, Mulyanti. Mekanisme Koping Berhubungan dengan Tingkat Depresi pada Mahasiswa Tingkat Akhir. *Jurnal Ners dan Kebidanan Indonesia.* 2015 June; 3(2): p. 71-76.
- [23]. Valcanti C, Lopes E, Mesquita A, Nogueira D, Carvalho E. Religious/spiritual coping in people with chronic kidney disease undergoing hemodialysis. *Rev Esc Enferm USP.* 2012; 46(4): p. 837-843.
- [24]. Prayitno S. Doa Dan Dzikir Sebagai Metode Menurunkan Depresi Penderita Dengan Penyakit Kronis. In *Seminar Psikologi & Kemanusiaan*;

- 2015; Malang. P. 354-358.
- [25]. Hawthorne D, Youngblut J, Brooten D. Use Of Spiritual Coping Strategies By Gender, Race/Ethnicity And Religion At 1 And 3 Months After Infant's/Child's Intensive Care Unit Death. *J Am Assoc Nurse Pract.* 2018 Oct.; 29(10): P. 591-599.
- [26]. Cengic B, Resic H. Depression In Hemodialysis Patients. *Bosn J Basic Med Sci.* 2010; 10(1).
- [27]. Teles F, Azeved V, Miranda C, Miranda M, Teixeira M, Elias R. Depression In Hemodialysis Patients: The Role Of Dialysis Shift. *Clinics (Sao Paulo).* 2014 Mar; 69(3): P. 198-202.
- [28]. Keskin G, Gümüş A, Yiğitoğlu G. Sexual Dysfunctions And Related Variables With Sexual Function In Patients Who Undergo Dialysis For Chronic Renal Failure. *J Clin Nurs.* 2019 June;; P. 257-269.
- [29]. World Health Organization (WHO). Developing Sexual Health Programmes. ; 2010. Report No.: WHO/RHR/HRP/10.22.
- [30]. Fimela. Fimela. [Online].; 2018 [Cited 2020 February 8. Available From: Hyperlink "<https://www.fimela.com/beauty-health/read/3806201/6-alasan-wanita-lebih-rentan-depresi-daripada-pria>"
- [31]. Merup. Detikhealth. [Online].; 2010 [Cited 2020 February 8. Available From: Hyperlink "<https://health.detik.com/hipup-sehat-detikhealth/d-1379271/perempuan-dua-kali-lebih-rentan-stres-karena-pengaruh-hormon>"
- [32]. Theofilou P. Depression and Anxiety in Patients with Chronic Renal Failure: The Effect of Sociodemographic Characteristics. *International Journal of Nephrology.* 2011 June; p. 1-6.
- [33]. Agustiningasih N. Gambaran Depresi Pada Pasien Hemodialisis. *J.K Mesencephalon.* 2018 Apr; 3(3): p. 136-141.
- [34]. Shirazian S, Grant C, Aina O, Khorassani F, Ricardo A. Depression in Chronic Kidney Disease and End Stage Renal Disease: Similarities and Differences in Diagnosis, Epidemiology, and Management. *Kidney International Reports;* 2016.
- [35]. Cho M, Shin G. Gender-based on the survival of chronic renal failure patients under hemodialysis for more than 20 years. *Applied Nursing Research.* 2016; 32: p. 262-268.
- [36]. Noviati E, Sukmawati I, Purnamasari P, Masru'ah I. Pola Seksualitas Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Terapi Hemodialisa. In Seminar Nasional Keperawatan "Tren Perawatan Paliatif sebagai Peluang Praktik Keperawatan Mandiri"; 2018. p. 42-49.
- [37]. Potter , Perry. *Buku Ajar Pundamental Keperawatan.* 4th ed. Jakarta: EGC; 2012.
- [38]. Basok E, Atsu N, Rifaioglu M, Kantarci G, Yildirim A, Tokuc R. Assessment of female sexual function and quality of life in predialysis, peritoneal dialysis, hemodialysis, and renal transplant patients. *International Urology and Nephrology.* 2009; 4: p. 473-481.
- [39]. Mor M, Sevick M, Shields A, Green J, Palevsky P, Arnold R, et al. Sexual function, activity, and satisfaction among women receiving maintenance hemodialysis. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology.* 2013; 9: p. 128-134.
- [40]. Edalat-Nejad M, Haqhverdi F, Hossein-Tabar T, Ahmadian M. Melatonin improves sleep quality in hemodialysis patients. *Indian J Nephrol.* 2013 Jul; 23(4): p. 264-269.
- [41]. Kosmadakis G, Medcalf J. Sleep disorders in dialysis patients. *Int J Artif Organs.* 2008; 31(11): p. 919-27.
- [42]. Maung S, Sara A, Chapman C, Cohen D, Cukor D. Sleep disorders and chronic kidney disease. *World J*

- Nephrol. 2016 May; 5(3): p. 224-232.
- [43]. Pai M, Hsu S, Yang S, Ho T, Lai C, Peng Y. Sleep disturbance in chronic hemodialysis patients: the impact of depression and anemia. Ren Fail. 2007; 29(6): p. 673-677.
- [44]. Rossa V. Suara website. [Online].; 2018 [cited 2020 2 7. Available from: Hyperlink  
"https://www.suara.com/lifestyle/2018/04/14/150000/jenis-kelamin-ternyata-memengaruhi-pola-tidur"  
<https://www.suara.com/lifestyle/2018/04/14/150000/jenis-kelamin-ternyata-memengaruhi-pola-tidur> .