Hubungan Dukungan Sosial dengan Derajat Depresi Pasien Penyakit Ginjal Kronis yang Menjalani Hemodialisis di RSUD Dr.Moewardi

*The Relationship of Social Support with Depression in Chronic Kidney Disease Patient Undergoing Hemodyalisis at RSUD Dr.Moewardi*

**Dwi Adhi Nugraha, Istar Yuliadi, Rifai Hartanto**

Faculty of Medicine, Sebelas Maret University

***ABSTRACT***

***Background:*** *Chronic kidney disease incidences are expected to rise. One of the most pshycopatological problems in hemodyalisis patient is depression. Depression will decrease compliance, immnune dysfunction, and poor nutrition. This study aimed to know prevalence of depression and to search wether there were some relationship between social support with depression in hemodyalisis at RSUD Dr.Moewardi.*

***Methods:*** *This was an analitic observational study. Two measurement tools were used in this study, they were Beck Depression Inventor (BDI) and modified Multidimensional Support of Perceived Social Support* (MSPSS)*. 30 patients were involved in this study. Statistic tests used in this study were Pearson test and Spearman test.*

***Results:*** *Depression was found in 43.33% chronic kidney disease patient undergoing hemodyalisis, with BDI cutoff >15. Mean of BDI score was 16.3 and deviation standard score was 7.433. Depression has significant negative relationship with family support, r = -0.480 and p = 0.007 (< 0.05). No significant relationship between social support from other source outside family with degree of depression.*

***Conclusions:*** *Depression was found in hemodyalisis patients at RSUD Dr.Moewardi. Degree of depression could be decreased by family support.*

***Keywords*:** *Social support, depression, chronic kidney disease, hemodyalisis*

|  |
| --- |
| **PENDAHULUAN** |

Penyakit ginjal kronis merupakan gangguan *irreversible* pada fungsi ginjal yang berkembang selama bertahun-tahun. Disaat ginjal tidak lagi menjalankan kebanyakan fungsinya maka secara klinis penderita dinyatakan mengalami gagal ginjaldan dialisis atau transplantasi dibutuhkan untuk memperpanjang hidup (Goddard et al., 2007; Mitch, 2007).

Menurut WHO (2008) dan *Global Burden of Disease* (GBD) penyakit pada sistem genitourinaria, termasuk penyakit ginjal kronis, menempati peringkat ke-19 penyebab kematian di dunia. Di Asia Tenggara penyakit pada sistem genitourinaria merupakan penyebab kematian sebanyak 279 dari total 15.279 kematian dan merupakan penyebab kecacatansebanyak 4.518 dari total 442.979 (WHO, 2008). Di Malaysia, dengan populasi 18 juta, diperkirakan terdapat 1.800 kasus baru gagal ginjal pertahunnya. Di negara-negara berkembang lainnya, insiden ini diperkirakan sekitar 40-60 kasus perjuta penduduk per tahun (Suwitra dalam Sudoyo et al., 2009). Hasil laporan Sub Bagian Catatan Medik RSUD Dr. Moewardi, pada tahun 2011 ditemukan prevalensi penyakit ginjal kronik yang membutuhkan tindakan hemodialisis sebanyak 212 kasus.

Meningkatnya jumlah penderita penyakit ginjal kronis berdampak pada peningkatan kebutuhan terapi pengganti ginjal misalnya dengan dialysis (Goddard et al.*,*2007). Dialisis dapat mencegah kematian akan tetapi tidak menyembuhkan dan mengembalikan fungsi ginjal sehingga tidak jarang penderita menjalani dialisis seumur hidupnya. Prognosis untuk penyakit gagal ginjal sendiri termasuk buruk, angka kematian 20% setiap tahunnya meskipun penderita telah melakukan dialisis (Mitch, 2007).

Depresi merupakan masalah psikopatologikal yang umum pada pasien penyakit ginjal kronis terutama yang sedang menjalani dialisis. Menurut Cukor *et al.* (2007) di Amerika angka depresi pada pasien dengan penyakit ginjal sekitar 10% dari total populasi sedangkan angka depresi pada pasien yang menjalani dialisis meningkat menjadi 20-30%.

Salah satu hal yang berpengaruh terhadap derajat depresi pada pasien penyakit ginjal kronis yang menjalani dialisis adalah adanya dukungan sosial yang diterima. Pasien yang merasa tidak puas terhadap dukungan sosial dari keluarganya cenderung mengalami depresi (Tezel et al., 2011). Dukungan sosial yang kecil pada pasien yang menjalani dialisis juga akan membuat pasien cenderung mengabaikan perintah dokter, kecenderungan memiliki kualitas hidup yang buruk, dan kematian yang lebih cepat (*American Society of Nephrologist*, 2010).

Berdasarkan uraian di atas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang adanya prevalensi depresi dan adanya hubungan antara dukungan sosial dengan derajat depresi yang dialami pasien penyakit ginjal kronis yang menjalani hemodialisis di RSUD Dr. Moewardi.

|  |
| --- |
| **SUBJEK DAN METODE** |

Jenis penelitian ini adalah observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Dalam penelitian ini faktor pengaruh dan hal yang dipengaruhi diukur satu kali dalam waktu yang bersamaan. Penelitian dilakukan pada tanggal 13-18 April 2012 di ruang hemodialisis RSUD Dr.Moewardi. Pengambilan sampel dilakukan dengan teknik *purposive sampling*. Sampel yang dimasukan ke dalam penelitian harus memenuhi kriteria inklusi dan tidak memenuhi kriteria eksklusi. Berikut ini adalah rinciannya:

* 1. Kriteria inklusi
1. Sampel terdiagnosis oleh dokter mengalami penyakit ginjal kronis,
2. Sampel diharuskan menjalani hemodialisis oleh dokter,
3. Sampel berusia diatas 18 tahun,
4. Bersedia mengikuti penelitian.
	1. Kriteria eksklusi
5. Sampel menjalani hemodialisis untuk yang pertama kalinya,
6. Sampel tidak dapat berbahasa Indonesia.

Sampel yang terpilih kemudian mengisi kuesioner BDI yang digunakan untuk mengukur derajat depresi dan MSPSS yang digunakan untuk mengukur besar dukungan sosial, didampingi oleh peneliti. Hasil yang didapat dianalisis dengan uji korelasi *Pearson* jika data terdistribusi normal dan uji korelasi *Spearman* jika data tidak terdistribusi normal. Untuk melihat kenormalan distribusi data dilakukan uji *Saphiro wilk.* Sebelumnya peneliti melakukan validasi ulang kuesioner MSPSS.

Responden dianggap depresi jika skor BDI > 15. Pada populasi umum skor BDI > 10 sudah bisa dinyatakan mengalami depresi. Hal ini dikarenakanan sulitnya membedakan gejala depresi dengan gejala uremia (Cohen et al., 2007).

|  |
| --- |
| **HASIL** |

Penelitian dilakukan pada tanggal 13-18 April 2012 di ruang hemodialisis RSUD Dr.Moewardi. Didapatkan 30 responden yang mengikuti penelitian ini, sebaran data responden bisa dilihat pada tabel 1. Responden akan dianggap mengalami depresi jika skor BDI > 15. Dengan cara tersebut, maka didapatkan13 responden mengalami depresi (43.33%) dan 17 responden tidak mengalami depresi (56.67%). Didapatkan skor maksimum yang diperoleh responden adalah 32 dan skor minimumnya adalah 3, dengan rata-rata skor sebesar 16.3 dan Standar Deviasi 7.433.

Tabel 4.1. Deskripsi Sebaran Data Responden

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Jenis data | Jumlah | Persentase |
| Jenis kelamin Laki-laki Perempuan | 1812 | 60%40% |
| Usia ≤ 40 tahun > 40 tahun | 1119 | 36.7%63.3% |
| Status Pekerjaan Bekerja Tidak bekerja | 1812 | 60%40% |
| Status Perkawinan Menikah Tidak menikah | 246 | 80%20% |
| Pendidikan Terakhir SMA atau lebih rendah Lebih tinggi dari SMA | 237 | 76.7%23.3% |
| Biaya Hemodialisis Dengan asuransi Tanpa asuransi | 255 | 83.3%16.7% |
| Lama Menjalani Hemodialisis ≤ 1 tahun > 1 tahun | 2010 | 66.7%33.3% |
| Frekuensi Hemodialisis 1x/minggu 2x/minggu | 1614 | 53.3%46.7% |
| Kehadiran Pengantar Keluarga Sendiri | 246 | 80%20% |

Setelah mengisi kuesioner BDI, setiap responden mengisi kuesioner MSPSS, hasilnya dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 2. Sebaran Data Skor MSPSS

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Skala Ukur | Maks | Min | SD | Rata- rata |
| Keluarga | 16 | 12 | 1.3 | 15.1 |
| Teman | 16 | 10 | 1.9 | 12.7 |
| *Significant Other* | 16 | 9 | 1.6 | 11.9 |
| Total MSPSS tanpa *item* nomor 4 dan 6 | 40 | 26 | 3.2 | 32.6 |

Pada tabel di atas dapat terlihat bahwa sumber dukungan sosial yang diterima oleh reponden kebanyakan berasal dari keluarga dengan skor rata-rata skala keluarga MSPSS sebesar 15.7 dengan Standar Deviasi 1.3. Skor maksimum skala keluarga MSPSS yang dimiliki responden adalah 16 dan skor minimum sebesar 12. Pada tabel di atas juga terlihat jika dukungan dari *significant other* memiliki skor terendah dengan nilai rata-rata 11.9 dengan Standar Deviasi sebesar 1.6.

Hasil uji normalitas skor MSPSS dan BDI dengan menggunakan uji *Saphiro wilk* menunjukan bahwa keduanya terdistribusi normal. Skor MSPSS memiliki p = 0.181 dan skor BDI memiliki p = 0.371. Karena keduanya terdistribusi normal maka dilakukan uji parametrik korelasi *Pearson* untuk mengetahui apakah ada hubungan antara skor MSPSS dan skor BDI. Dari hasil perhitungan didapatkan nilai korelasi *Pearson* (r) = -0.84 dengan p = 0.658. Hasil ini menunjukan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara skor MSPSS dan skor BDI.

Dalam penelitian ini bukan hanya skor total MSPSS yang dihubungkan dengan skor BDI tetapi juga menguji statistik skor tiap skala ukur MSPSS dengan skor BDI. Langkah pertama yang dilakukan adalah menguji normalitas data. Di bawah ini adalah tabel normalitas data setiap nilai skala ukur MSPSS yang diisi oleh responden:

Tabel 3. Nilai Normalitas Data Setiap Skala Ukur MSPSS

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Skala ukur  | Skor normalitas | Simpulan |
| Keluarga | 0.00 | Sebaran data tidak normal |
| Teman | 0.05 | Sebaran data normal |
| *Significant other* | 0.08 | Sebaran data normal |

Pada tabel di atas didapatkan bahwa skala ukur teman dan *significant other* terdistribusi normal sedangkan skala ukur keluarga terdistribusi tidak normal. Karena tidak semua data terdistribusi normal maka peneliti melakukan uji korelasi non-parametrik *Spearman*, hasilnya dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 4. Hubungan Tiap Skala Ukur MSPSS dengan BDI

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hubungan yang Dicari | Nilai korelasi *Spearman* (r) | Nilai p |
| Skala ukur keluarga-BDI | -0.48 | 0.007 |
| Skala ukur teman-BDI | -0.12 | 0.521 |
| Skala ukur *significant other­*-BDI | 0.08 | 0.67 |

Tabel di atas menunjukan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara skor skala ukur teman dengan skor BDI dan skor skala ukur *significant other* dengan skor BDI, tetapi terdapat hubungan negatif yang signifikan antara skor skala ukur keluarga dengan skor BDI dengan besar nilai korelasi *Spearman* (r) = -0.48 atau bisa dikatakan kuat hubungan negatifnya sedang. Dukungan keluarga menjelaskan penurunan gejala depresi sebanyak 23.04%, sisanya dijelaskan oleh variabel lain

Dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara dukungan sosial yang diberikan oleh keluarga terhadap derajat depresi pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis, tetapi tidak terdapat hubungan antara dukungan sosial yang diberikan oleh orang di luar keluarga terhadap derajat depresi pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis.

|  |
| --- |
| **PEMBAHASAN** |

Dalam penelitian ini tidak didapatkan adanya hubungan dukungan sosial dengan derajat depresi pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis, tetapi terdapat hubungan negatif yang signifikan antara dukungan keluarga dengan derajat depresi pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis di RSUD Dr. Moewardi Surakarta dengan r = -0.48 dan p = 0.007 (p < 0.05).

Hal tersebut disebabkan dua skala ukur yang lain yaitu dukungan teman dan dukungan *significant other* tidak memberikan korelasi yang signifikan. Secara keseluruhan dapat dikatakan bahwa dukungan keluarga lebih berarti dibandingkan dukungan orang lain di luar keluarga dalam mengurangi gejala depresi pada pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis di RSUD Dr.Moewardi Surakarta.

Dukungan keluarga dalam penelitian ini menjelaskan penurunan gejala depresi sebanyak 23.04%, sisanya dijelaskan oleh variabel lain. Nilai dukungan tertinggi yang diterima pasien berasal dari keluarga dengan skor rata-rata 15.1 dan Standar Deviasi sebesar 1.311, nilai dukungan terendah berasal dari *significant other* dengan skor rata-rata 11.9 dan standar deviasi sebesar 1.6. Dalam penelitian ini digunakan skor maksimal tiap skala ukur MSPSS sebesar 16.

Penelitian yang dilakukan Tezel et al. (2011) di Turki memaparkan bahwa terdapat hubungan negatif antara dukungan keluarga dengan derajat depresi pasien yang menjalani hemodialisis dengan r = -0.169 dan p = < 0.05. Dukungan keluarga diukur dengan *Perceived Social Support from Family Scale* dan derajat depresi dengan BDI. Dalam penelitian ini hanya dukungan keluarga yang diukur tanpa diperhitungkan dukungan dari sumber yang lain. Disebutkan bahwa dukungan keluarga akan lebih bermakna dibandingkan dukungan dari sumber lain karena adanya budaya ketimuran, karena hubungan setiap orang dengan keluarganya sangat kuat. Jenis dukungan keluarga yang paling berpengaruh adalah dukungan emosi dan instrumental. Keduanya dapat meningkatkan kepatuhan terapi, memberikan efek *buffering* stres, dan memperbaiki fungsi sistem imun. Kesemuanya dapat memperbaiki dan meningkatkan kualitas hidup, juga kualitas kesehatan. Hasil tersebut sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan peneliti yaitu terdapat hubungan negatif antara dukungan keluarga dengan derajat depresi.

Bayat et al. (2011) melakukan evaluasi psikologis pada pasien hemodialisis di Iran. Salah satu yang diukur dalam penelitian ini adalah mencari hubungan antara dukungan sosial dengan depresi. Dukungan sosial diukur dengan MSPSS dan depresi diukur dengan *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS). Hasilnya tidak didapatkan hubungan yang signifikan antara tiap skala ukur MSPSS, yaitu dukungan keluarga, teman, dan *significant other* dengan depresi. Dalam penelitian ini disebutkan bahwa sumber dukungan sosial yang terbesar didapatkan dari keluarga. Disebutkan bahwa faktor budaya dan agama di Iran membuat setiap anggota keluarga akan peduli terhadap anggota keluarganya yang sakit. Dalam penelitian yang dilakukan peneliti didapatkan bahwa keluarga adalah sumber dukungan terbesar.

Penelitian di Indonesia tentang dukungan sosial dengan derajat depresi pasien yang menjalani hemodialisis juga telah dilakukan oleh Marthan et al*.* (2006) di RS DR.Sardjito Jogjakarta, yaitu terdapat hubungan negatif dengan r= -0.512 dan p = 0.03. Dalam penelitian tersebut dukungan yang diperhitungkan adalah skor dukungan sosial menurut Sarafino meliputi sumber primer yaitu dukungan yang berasal dari keluarga dan sahabat; sumber sekunder meliputi teman, tetangga, kenalan, dan rekan kerja; dan sumber tersier meliputi dukungan dari instansi serta petugas kesehatan. Dukungan terbesar berasal dari sumber primer dan sumber primer-sekunder masing-masing sebesar 37.5%, di sisi lain dukungan terkecil berasal dari sumber tersier dengan persentase 3.1%. Hal tersebut sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti dimana dukungan terbesar yang diterima pasien berasal dari keluarga.

Meskipun data yang telah disebutkan di atas menyebutkan bahwa sumber dukungan terbesar adalah keluarga dan dukungan keluarga berhubungan dengan penurunan gejala depresi, hal ini tidak sekaligus menganggap bahwa dukungan dari teman maupun *significant other* tidak bermanfaat. Menurut Kimmel (2001) dukungan teman terhadap pasien dialisis memiliki peranan yang unik. Dukungan yang diterima dari teman memiliki hubungan negatif dengan mediator neuroendokrin yang berhubungan dengan mortalitas dan berhubungan positif dengan mediator yang berhubungan dengan *survival.* Swartz et al*.* (2008) melakukan penelitian tentang interaksi pasien dengan staf dan kesehatan mental pada pasien dialisis kronik. Dinyatakan bahwa sifat terbuka, dimana terdapat interaksi berbagi informasi personal, secara signifikan dapat memprediksi penurunan derajat depresi.

Dukungan sosial diyakini memiliki peran penting dalam adaptasi seseorang saat mengalami penyakit kronis. Dukungan sosial juga dihubungkan dengan perbaikan *outcomes* pasien terhadap penyakit kronis. Meskipun hubungan antara dukungan sosial dan *illness* konsisten serta kuat, namun mekanisme yang mendasari belum kuat. Kandidat untuk mediator antara dukungan sosial dan meningkatnya kesehatan adalah akses dan penggunaan yang lebih baik terhadap layanan kesehatan, kepatuhan terapi yang lebih baik, dan fungsi psikologik, neuroendokrin, atau imunologik yang lebih baik (Cukor et al., 2007).

 Dalam penelitan ini peneliti juga menghitung besarnya prevalensi depresi pasien yang menjalani hemodialisis di RSUD Dr.Moewardi. Dari 30 responden sebanyak 43.3% di antaranya mengalami depresi setelah diukur dengan BDI. Nilai *cut off* BDI yang dipakai adalah >15, bukan dengan nilai *cut off* BDI >10. Hal ini dipilih oleh peneliti karena menurut Cohen et al*.* (2007) nilai *cut off* BDI >15 memiliki sensitivitas dan spesifisitas yang lebih baik dalam mendiagnosis depresi pada pasien gagal ginjal, karena sulitnya membedakan gejala uremia dan gejala depresi. Skor BDI rata-rata dalam penelitian ini adalah 16.3 (skor maksimum 63), dengan Standar Deviasi 7.4.

Menurut Cukor et al*.* (2007), prevalensi depresi pada pasien hemodialisis di Amerika diperkirakan sebesar 20-30%. Hal ini tampaknya bervariasi berdasarkan daerah, alat ukur, dan skor yang digunakan dalam menentukan apakah seseorang dianggap mengalami depresi atau tidak. Dari Penelitian yang dilakukan oleh Tezel et al*.* (2011) di Turki terhadap 127 pasien, menghasilkan prevalensi depresi sebesar 74.8% dengan skor rata-rata BDI sebesar 23.2 dan deviasi standar sebesar 10.5. Nilai *cut off* yang dipakai adalah 17. Penelitian lain yang dilakukan Bayat et al*.* (2011) terhadap 95 pasien hemodialisis di Iran menggunakan HADS didapatkan prevalensi depresi sebesar 43.6%.

Di Indonesia sendiri penelitian tentang depresi pada pasien hemodialisis sudah pernah dilakukan. Misalnya, penelitian oleh Wijaya (2005) di RS Cipto Mangunkusumo Jakarta terhadap 61 pasien hemodialisis, menghasilkan prevalensi depresi sebesar 31.1% dengan skor rata-rata BDI sebesar 20.6. Nilai *cut off* BDI yang dipakai dalam penelitian Wijaya (2005) adalah > 10. Prevalensi lain didapat dari penelitian yang dilakukan Prasetya (2011) di RSUP H. Adam Malik Medan yaitu sebesar 64.8% menggunakan alat ukur BDI-II. Skor BDI-II rata-rata sebesar 19.3 dan Standar Deviasi sebesar 10.7.

Disebutkan bahwa terdapat kesamaan antara gejala depresi dengan uremia pada pasien gagal ginjal seperti *fatigue*, gangguan kognitif, gangguan nafsu makan, dan tidur (Cohen et al*.,* 2007; Kimmel, 2001). Dari penjelasan tersebut kemungkinan butir kuesioner BDI yang memiliki gejala tumpang tindih antara depresi dan uremia adalah butir pertanyaan tentang gangguan kognitif, motivasional yang berhubungan dengan rasa lelah, dan gangguan vegetatif.

Depresi merupakan hal umum pada pasien penyakit ginjal terminal yang menjalani dialisis. Depresi dapat mempengaruhi *outcomes* pasien gagal ginjal melalui perubahan respons imun dan stres, status nutrisi, dan berkurangnya kepatuhan atau akses terhadap serangkaian terapi. Beberapa penelitian menghubungkan depresi dengan peningkatan mortalitas (Cukor et al*.,* 2007). Untuk menangkal efek buruk depresi terhadap *outcomes* maka usaha *screening* terhadap depresi dibutuhkan untuk pasien penyakit ginjal terminal (Cohen et al*.,* 2007).

Penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti ini memiliki beberapa kelemahan di antaranya adalah ukuran sampel yang terlalu kecil, masih banyaknya faktor yang tidak terkontrol, dan tidak adanya kuesioner dukungan sosial yang khusus ditujukan untuk pasien yang menjalani hemodialisis yang telah teruji validitas maupun reliabilitasnya.

|  |
| --- |
| **SIMPULAN** |

Berdasarkan hasil penelitian, dapat disimpulkan:

1. Didapatkan adanya hubungan dukungan keluarga dengan derajat depresi pada pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis di RSUD Dr.Moewardi (r = -0.480 dan p = 0.007).
2. Prevalensi depresi pada pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis di RSUD Dr. Moewardi sebesar 43.3% diukur menggunakan BDI dengan skor *cut off* >15.
3. Pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis di RSUD Dr. Moewardi memiliki dukungan sosial dari keluarga yang lebih besar jika dibandingkan dengan dukungan sosial dari teman ataupun orang di luar keluarga dan teman.

|  |
| --- |
| **SARAN** |

Berdasarkan hasil penelitian, peneliti memberikan beberapa saran seperti di bawah ini:

1. Pasien penyakit ginjal kronis yang menjalani hemodialisis membutuhkan dukungan sosial dari berbagai pihak mulai dari keluarga, teman, maupun petugas kesehatan untuk mengurangi kemungkinan depresi. Meskipun dalam penelitian ini yang paling berpengaruh adalah dukungan keluarga, bukan berarti pihak lain tidak dibutuhkan. Kurangnya dukungan yang diberikan oleh *significant other* (orang di luar keluarga dan teman, misalnya petugas kesehatan) perlu menjadi perhatian. Petugas kesehatan dapat memberikan informasi sejelas-jelasnya tentang kondisi pasien, memberikan pendidikan kesehatan pada pasien, berempati, memberi kehangatan, dan lain-lain.
2. Besarnya prevalensi depresi pasien penyakit ginjal kronis yang menjalani hemodialisis di RSUD Dr.Moewardi perlu menjadi perhatian pelayan kesehatan. Hal yang dapat dilakukan misalnya dengan mengikutsertakan psikiater berkolaborasi dengan dokter spesialis penyakit dalam untuk menangani pasien di ruang hemodialisis.
3. Perlu dilakukan *screening* depresi pada pasien yang menjalani hemodialisis untuk mengurangi efek buruk dari depresi.

|  |
| --- |
| **UCAPAN TERIMA KASIH** |

Peneliti mengucapkan terima kasih kepada Djoko Suwito, dr., Sp.KJ dan Hardjono, Drs., M.Si. yang telah memberikan bimbingan dan saran dalam penyelesaian tulisan ini.

|  |
| --- |
| **DAFTAR PUSTAKA** |

American Society of Nephrologist (2010). *Social Support is Critical to Dialysis Patients Health*. <http://www.aakp.org/newsletters/Renal-Flash/November-2010/Social-Support/> - diakses Januari 2012

Bayat A, Kazemi R, Toghiani A, Mohebi B, Tabatabaee MN, Adibi N (2011). Psychological Evaluation in Hemodialysis Patients. *J Pak Med Assoc*.62 (3) Suppl.1, pp:1-5

Cohen SD, Norris L, Acquaviva K, Peterseon RA, Kimmel PL (2007). Screening, Diagnosis, and Treatment of Depression in Patients with End-Stage Renal Disease. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology 2*. 6, pp: 1332–42

Cukor D, Cohen SD, Peterson RA, Kimmel PL (2007). Psychosocial Aspect of Chronic Disease: ESRD as a Paradigmatic Illness. *J Am Soc Nephrol*. 18, pp: 3042-55

Goddard J, Turner AN, Cumming AD, Stewart LH (2007). Kidney and Urinary Tract Disease. In: Boon NA, Colledge NR, Walker BR, Hunter J. *Davidson’s Principles & Practice of Medicine*. 20th Edition. Chunhill Livingstone

Kimmel PL (2001). Pshycosocial Factors on Dialysis Patient.Nephrology Forum. *Kidney International*. 59, pp: 1599–613

Marthan, AP, Mariyono., Purwanta. (2006). Hubungan Dukungan Sosial dengan Tingkat Depresi Pasien yang Menjalani Hemodialisis. *JIK vol. 01/No.02*, hal: 82-6

Mitch WE (2007). Chronic Kidney Disease. In: Arend WP, Armitage JO, Clemmons DR, Drazen JM, Griggs RC, LaRusso N. *Cecil Medicine*. 23rd Edition. Philadelpia: Elsevier.

Prasetya H. (2011). Pengaruh Depresi terhadap Kualitas Hidup Pasien Penyakit Ginjal Kronis yang Menjalani Hemodialisis. Medan: Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara. *Mini Thesis*. <http://repository.usu.ac.id/handle/123456789/21451> – diakses Januari 2012

Suwitra K (2009). Penyakit Ginjal Kronis.Dalam: Sudoyo AW, Setiyohadi B, Alwi I, Simadibrata M, Setiati S. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta: Interna Publishing, hal: 1035-39

Swartz RD, Perry E, Brown S, Swartz J, Vinokur A (2008). Patient-Staff Interactions and Mental Health in Chronic Dialysis Patients. *Health Social Work*.33(2), pp:87-92

Tezel A, Karabulutlu E, Sahin O (2011). Depression and Perceived Social Support from Family in Turkish Patients with Chronic Renal Failure Treated by Hemodialysis.  *J Res Med Sci*.16(5), pp: 666–73

Thong MS, Kaptein AA, Krediet RT, Boeschoten EW, Dekker FW (2006). Social Support Predict Survival in Dialysis Patients. *Nephrol Dial Transplant.* 22. pp: 845–50

Wijaya, A. (2005). Kualitas Hidup Pasien Penyakit Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis dan Mengalami Depresi. *Thesis*. http://eprints.lib.ui.ac.id/id/eprint/1293 - diakses Maret 2012

World Health Organization (2008). The Global Burden of Disease 2004 Update. Switzerland.*WHO*.<http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf> – diakses Januari 2012