



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH TERAPI SUPORTIF TERHADAP
KEMAMPUAN KELUARGA MERAWAT KLIEN GAGAL GINJAL
KRONIK (GGK) YANG MENJALANI HEMODIALISA
DI RUMAH SAKIT PELNI JAKARTA`**

TESIS

SRI ATUN WAHYUNINGSIH

0906594753

**PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
DEPOK, JULI 2011**



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH TERAPI SUPORTIF TERHADAP
KEMAMPUAN KELUARGA MERAWAT KLIEN GAGAL GINJAL
KRONIK (GGK) YANG MENJALANI HEMODIALISA
DI RUMAH SAKIT PELNI JAKARTA**

TESIS

**Diajukan sebagai prasyarat untuk memperoleh gelar
Magister Ilmu Keperawatan**

**SRI ATUN WAHYUNINGSIH
0906594753**

**PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
DEPOK, JULI 2011**

PERSETUJUAN PEMBIMBING

Penelitian dengan Judul :

PENGARUH TERAPI SUPORTIF TERHADAP KEMAMPUAN KELUARGA MERAWAT KLIEN GAGAL GINJAL KRONIK (GGK) YANG MENJALANI HEMODIALISA DI RUMAH SAKIT PELNI JAKARTA

Telah diperiksa dan disetujui oleh pembimbing dan telah diperkenankan untuk dilaksanakan

Ujian Sidang Tesis

Depok, Juli 2011

Pembimbing I,

(Mustikasari, S.Kp., MARS)

Pembimbing II,

(Agung Waluyo, Ph.D)

PERSETUJUAN PEMBIMBING

Penelitian dengan Judul :

PENGARUH TERAPI SUPORTIF TERHADAP KEMAMPUAN KELUARGA MERAWAT KLIEN GAGAL GINJAL KRONIK (GGK) YANG MENJALANI HEMODIALISA DI RUMAH SAKIT PELNI JAKARTA

Telah diperiksa dan disetujui oleh pembimbing dan telah diperkenankan untuk melaksanakan
Ujian Hasil Penelitian

Depok, Juli 2011

Pembimbing I,

(Mustikasari, S.Kp., MARS)

Pembimbing II,

(Agung Waluyo, Ph.D)

LEMBAR PERSETUJUAN

Tesis ini telah diperiksa dan disetujui oleh pembimbing serta telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Tesis Program Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Depok, Juli 2011

Pembimbing I,

(Mustikasari, S.Kp., MARS)

Pembimbing II,

(Agung Waluyo, Ph.D)

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Sri Atun Wahyuningsih
NPM : 0906594753
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Judul Tesis : Pengaruh Terapi Suportif terhadap Kemampuan Keluarga Merawat Klien Gagal Ginjal Kronik (GGK) yang Menjalani Hemodialisa di Rumah Sakt PELNI Jakarta

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan pada Program Studi Magister Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing I : Mustikasari, S.Kp.,MARS

Pembimbing II : Agung Waluyo, Ph.D

Penguji III : Ns. Tantri Widyarti U, M.Kep., Sp.KepJ

Penguji IV : Ice Yulia Wardani, M.Kep.,Sp.KepJ

Ditetapkan di : Depok
Tanggal : 14 Juli 2011

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua baik sumber yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Sri Atun Wahyuningsih
NPM : 0906594753
Tanda Tangan :
Tanggal : Juli 2011



**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK
KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Sri Atun Wahyuningsih
NPM : 0906594753
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Kekhususan : Keperawatan Jiwa
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif (Non-Excusive Royalty Free Right) atas karya ilmiah saya yang berjudul 'Pengaruh Terapi Suportif terhadap Kemampuan Keluarga Merawat Klien Gagal Ginjal Kronik (GGK) yang Menjalani Hemodialisa di Rumah Sakit PELNI Jakarta' beserta perangkat yang ada (jika diperlukan).

Dengan Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pengkalan data (database), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta ijin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 18 Juli 2011

Yang menyatakan,

Sri Atun Wahyuningsih

PROGRAM PASCASARJANA

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN UNIVERSITAS INDONESIA

Tesis, Juli 2011

Sri Atun Wayhuningsih

Pengaruh Terapi Suportif terhadap Kemampuan Keluarga yang Merawat Klien Gagal Ginjal Kronik (GGK) yang Menjalani Hemodialisa di Rumah Sakt PELNI Jakarta

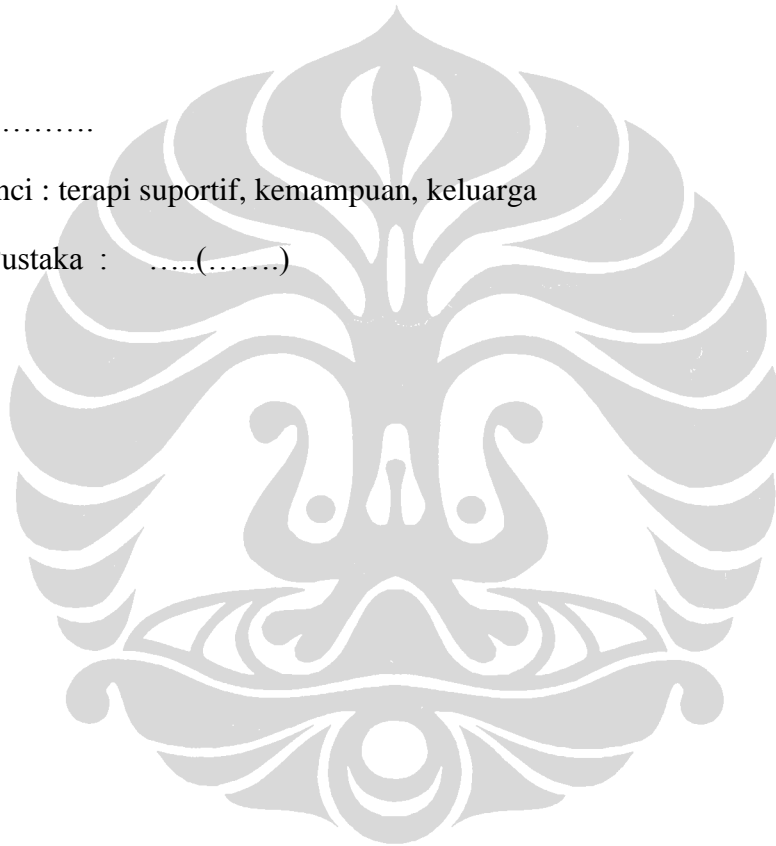
xv + hal +tabel + ... skema + lampiran

Abstrak

.....

Kata kunci : terapi suportif, kemampuan, keluarga

Daftar Pustaka :(.....)



DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Biodata

Nama : Sri Atun Wahyuningsih
Tempat/ Tanggal lahir : Kebumen, 15 Juli 1969
Jenis Kelamin : Perempuan
Pekerjaan : Staff Pengajar Keperawatan Jiwa AKPER RS
PELNI Jakarta
Alamat Instansi : Jl. KS Tubun No 92-94 Jakarta Barat
Alamat Rumah : Perumahan Pondok Ungu Permai Sektor V Blok C4
No 15 Bahagia Bekasi Utara

Riwayat Pendidikan

FIK UI : Lulus tahun 2003
D III Keperawatan UNJANI : Lulus tahun 1991
Cimahi
SMAN Gombang Kebumen : Lulus tahun 1988
SMPN I Karanganyar Kebumen : Lulus tahun 1985
SDN III Wonorejo Karanganyar : Lulus tahun 1982

Riwayat Pekerjaan

Perawat klinik : Tahun 1993 – 1997
Staff Pengajar AKPER RS PELNI : 1997- sekarang

**PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA**

TESIS, JULI 2011
SRI ATUN WAHYUNINGSIH

Pengaruh Terapi Suportif terhadap Kemampuan Keluarga Merawat Klien Gagal Ginjal Kronik (GGK) yang Menjalani Hemodialisa di Rumah Sakit PELNI Jakarta

xvi + 100 + 19 tabel + 4 .skema + 8 lampiran

ABSTRAK

Tujuan penelitian ini untuk mengetahui pengaruh terapi suportif terhadap kemampuan keluarga merawat klien GGK yang menjalani hemodialisa di Rumah Sakit PELNI Jakarta. Disain penelitian adalah *quasi eksperimen* dengan *desain pre-post design with control group*. Data diambil sebelum dan sesudah pemberian terapi suportif. Sampel penelitian diperoleh secara *consecutive sampling* berjumlah 45 untuk kelompok intervensi dan 45 kelompok control yang memenuhi kriteria inklusi. Hasil penelitian didapatkan perbedaan signifikan skor kemampuan merawat setelah dilakukan Terapi Suportif. Terdapat peningkatan yang bermakna pada kemampuan kognitif sebesar 4,84, afektif 4,4 dan kemampuan psikomotor sebesar 5,98 dibandingkan yang tidak mendapatkan terapi suportif pada kelompok control ($p = \alpha$). Rekomendasi penelitian ini adalah agar dapat dilakukan terus menerus di Ruang Hemodialisa Rumah Sakit PELNI Jakarta dan dapat mengupayakan terapi spesialisik guna memberikan pelayanan keperawatan yang komprehensif.

Kata kunci: GGK, hemodialisa, keluarga, kemampuan, terapi suportif,

The aim of this research is to know about the impact of supportive therapy on family ability against GGK client during hemodialysis care on PELNI Hospital Jakarta. Research method is the experiment quation by designing pre-post design with control group. The data were taken before and after giving supportive therapy. The experiment samples are gotten by 45 consecutive sampling for intervention group and 45 control group. The experiment result found that there are significant increasing on cognitive capability about 4.84, affective 4,4 and psychomotor capability about 5,98 with compared to non supportive therapy on control group ($p \text{ value} = 0.000$). This research recommended to Hemodialysis room in Pelni Hospital Jakarta is able to manage specific therapy for comprehensive nursing service.

Keyword: ability, family, GGK, hemodialysis, supportive therapy

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iii
ABSTRAK	v
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR BAGAN.....	ix
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
1. PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	9
1.3. Tujuan Penelitian.....	10
1.4. Manfaat Penelitian.....	10
2. TINJAUAN PUSTAKA	
2.1. Konsep Gagal Ginjal Kronik	
2.1.1. Pengertian	12
2.1.2. Faktor Penyebab.....	12
2.1.3. Patofisiologi	13
2.1.4. Terapi Hemodialisa	15
2.1.5. Komplikasi	16
2.2. Konsep Keluarga	
2.2.1. Pengertian	
2.2.2. Fungsi	16
2.2.3. Peran Keluarga.....	17
2.2.4. Konflik Peran.....	18
2.2.5. Peran Formal.....	19
2.2.6. Peran Informal.....	20
2.2.7. Kemampuan Keluarga.....	
2.2.8. Dukungan Sosial.....	20
2.3. Faktor-faktor yang mempengaruhi.....	20
	20
	22
	23

2.4. Konsep Terapi Suportif Keluarga	
2.4.1. Pengertian	23
2.4.2. Tujuan	24
2.4.3. Indikasi	25
2.4.4. Manfaat	26
2.4.5. Prinsip	26
2.4.6. Karakteristik kelompok dan Jumlah anggota.....	27
2.4.7. Aturan	28
2.4.8. Pengorganisasian kelompok.....	29
2.4.9. Waktu Pelaksanaan.....	29
2.4.10. Tempat.....	30
2.4.11. Kegiatan.....	30
2.4.12. Pelaksanaan	31
3. KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DEFINISI OPERASIONAL	
3.1. Kerangka Teori.....	33
3.2. Kerangka Konsep Penelitian.....	35
3.3. Hipotesis Penelitian.....	38
3.4. Definisi Operasional.....	39
4. METODE PENELITIAN	
4.1. Jenis dan Rancangan Penelitian.....	44
4.2. Populasi dan Sampel Penelitian.....	45
4.2.1. Populasi	45
4.2.2. Sampel Penelitian.....	46
4.3. Tempat Penelitian.....	48
4.4. Waktu Penelitian.....	48
4.5. Etika Penelitian.....	48
4.6. Alat Pengumpul Data.....	50
4.7. Uji Coba.....	51
4.8. Prosedur Pengambilan Data.....	52
4.9. Tahap Persiapan.....	52
4.10. Tahap Pelaksanaan.....	53
4.11. Analisa Data	53
4.11.1. Pengolahan Data.....	58
4.11.2. Analisa Data.....	60
5. HASIL PENELITIAN	
5.1. Analisa Univariat	64
5.2. Karakteristik keluarga.....	64

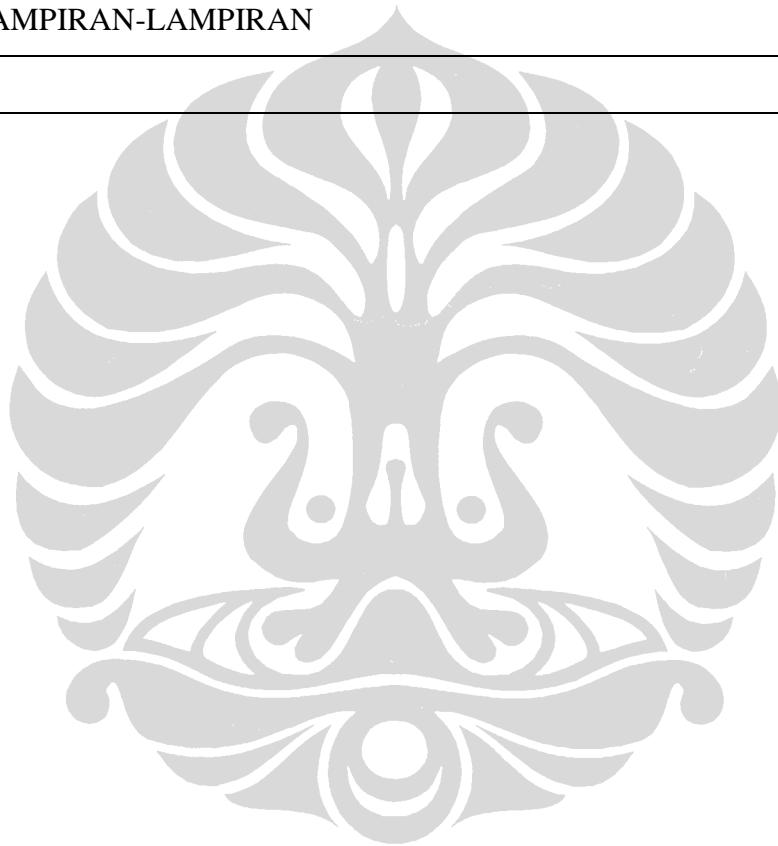
5.3.Kemampuan Keluarga	67
5.4.Analisa Bivariat	
1. Kesetaraan Karakteristik Keluarga berdasarkan Usia dan Lama Merawat	70
2. Kesetaraan Karakteristik hubungan keluarga, jenis kelamin, pendidikan, Pekerjaan dan status perkawinan.....	71
3. Perbedaan kemampuan keluarga sebelum dan sesudah terapi suportif.	
4. Perbedaan kemampuan kelompok control sebelum dan sesudah terapi suportif.....	75
5. Perbedaan kemampuan keluarga pada kelompok intervensi dan kontrol sebelum diberikan terapi suportif pada kelompok intervensi...	76
6. Perbedaan kemampuan keluarga kelompok control dan kelompok intervensi setelah terapi suportif pada kelompok intervensi.....	77
7. Hubungan Usia dan lama dirawat dengan kemampuan keluarga setelah diberikan terapi suportif.....	78
8. Hubungan antara hubungan keluarga, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan dan status perkawinan.....	80
6. PEMBAHASAN	
6.1. Diskuasi Hasil Penelitian	
6.1.1. Kemampuan keluarga.....	82
6.1.1.1. Kemampuan keluarga merawat klien GGK sebelum terapi suportif	83
6.1.1.2. Perubahan Kemampuan sesudah mendapatkan terapi suportif	87
6.1.2. Fak tor yang berkontribusi terhadap kemampuan keluarga.....	90
6.1.2.1. Faktor hubungan keluarga.....	91
6.1.2.2. Faktor usia keluarga.....	92
6.1.2.3. Faktor jenis kelamin.....	93
6.1.2.4. Faktor pekerjaan	94
6.1.2.5. Faktor tingkat pendidikan.....	96
6.1.2.6. Faktor status perkawinan.....	97
6.1.2.7. Faktor Lama merawat	98
6.1.3. Keterbatasan penelitian.....	98
6.1.3.1. Keterbatasan keadaan responden.....	98
6.1.3.2. Keterbatasan variable dan tempat penelitian.....	99
6.1.3.3. Keterbatasan instrument.....	100
6.1.3.4. Keterbatasan waktu penelitian.....	100
6.1.4. Implikasi	
6.1.4.1. Pelayanan keperawatan	101
6.1.4.2. Keilmuan dan pendidikan keperawatan.....	102
6.1.4.3. Kepentingan penelitian.....	103

BABVII SIMPULAN DAN SARAN

- A. Simpulan.....
- B. Saran
- 1. Aplikasi Keperawatan.....
- 2. Keilmuan
- 3. Metodologi

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN-LAMPIRAN



DAFTAR BAGAN

Bagan	3.1.	Kerangka Teori	35
Bagan	3.2.	Kerangka Konsep Penelitian.....	38
Bagan	4.1.	Rancangan Penelitian.....	44
Bagan	4.2.	Kerangka Kerja Terapi Suportif.....	55



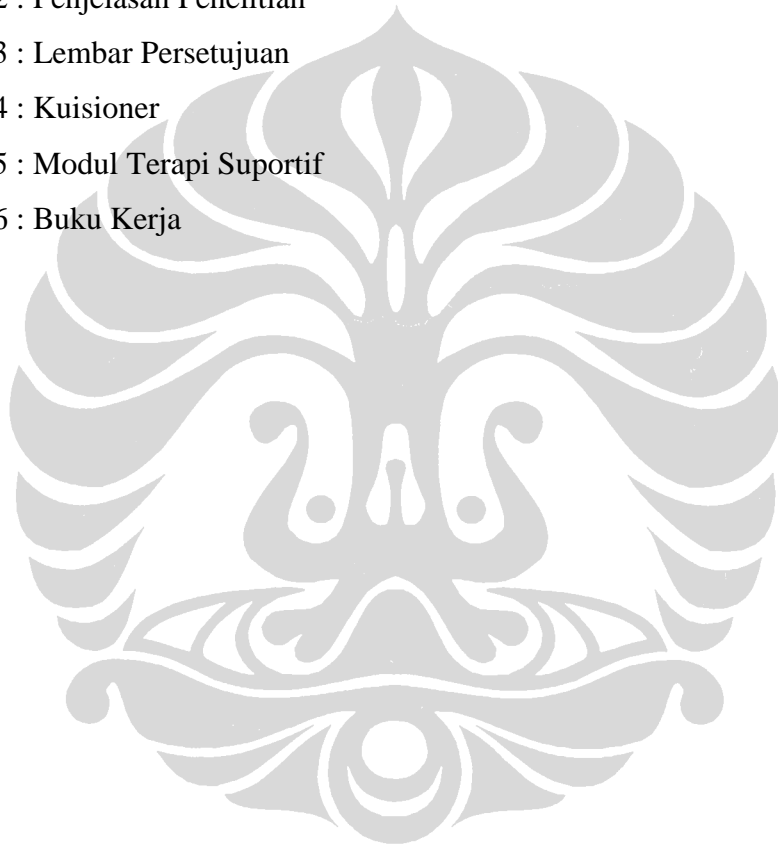
DAFTAR TABEL

Tabel	3.3.	Definisi Operasional.....	40
Tabel	4.3.	Analisis Kesetaraan dan Bivariat dan Variabel Penelitian Pengaruh Terapi Suportif terhadap Kemampuan keluarga Merawat klien GGK	62
Tabel	5.1.	Distribusi Usia dan Lama Merawat pada keluarga yang merawat Klien GGK pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol.....	64
Tabel	5.2.	Distribusi Keluarga yang merawat Klien GGK menurut Hubungan keluarga, Jenis Kelamin, Pekerjaan, Pendidikan dan Status Perkawinan pada Kelompok Intervensi Dan Kelompok Kontrol.....	65
Tabel	5.3.	Distribusi Kemampuan Keluarga merawat Klien GGK <i>Sebelum</i> dilakukan Terapi Suportif	67
Tabel	5.4.	Distribusi Kemampuan keluarga merawat Klien GGK <i>Sesudah</i> dilakukan Terapi Suportif.....	68
Tabel	5.5.	Analisis Kesetaraan Karakteristik Usia dan Lama Merawat Klien GGK pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol	69
Tabel	5.6.	Analisis Kesetaraan Karakteristik hubungan Keluarga, Jenis Kelamin, Pekerjaan, Pendidikan, Status Perkawinan antara Kelompok Intervensi dengan Kelompok Kontrol Keluarga merawat Klien GGK.....	71
Tabel	5.7.	Distribusi rata-rata Kemampuan keluarga merawat Klien GGK pada kelompok intervensi <i>Sebelum</i> dan <i>Sesudah</i> dilakukan Terapi Suportif	72
Tabel	5.8.	Distribusi Rata-rata Kemampuan Keluarga pada Kelompok Kontrol menurut Sebelum dan Sesudah Terapi Suportif pada Kelompok Intervensi	73
Tabel	5.9.	Distribusi Rata-rata Kemampuan keluarga merawat Klien GGK pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol <i>Sebelum</i> dilakukan Terapi Suportif	75
Tabel	5.10.	Distribusi Rata-rata Kemampuan keluarga merawat Klien GGK pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol menurut Pengukuran <i>Sesudah</i> dilakukan Terapi Suportif	76
Tabel	5.11.	Analisis Hubungan Usia dan Lama Merawat dengan Kemampuan keluarga merawat Klien GGK pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Sesudah dilakukan Terapi Suportif	77
Tabel	5.12.	Analisis Hubungan antara Hubungan Keluarga, Jenis Kelamin, Pekerjaan, Pendidikan dan Status Perkawinan	

dengan Kemampuan keluarga merawat Klien GGK pada
Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Sesudah
dilakukan Terapi Suportif 79

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Jadwal Pelaksanaan Terapi Suportif
- Lampiran 2 : Penjelasan Penelitian
- Lampiran 3 : Lembar Persetujuan
- Lampiran 4 : Kuisisioner
- Lampiran 5 : Modul Terapi Suportif
- Lampiran 6 : Buku Kerja



BUKU KERJA

TERAPI SUPORTIF CAREGIVER/KELUARGA KLIEN GGK YANG MENJALANI HEMODIALISA DI RUMAH SAKIT PELNI JAKARTA



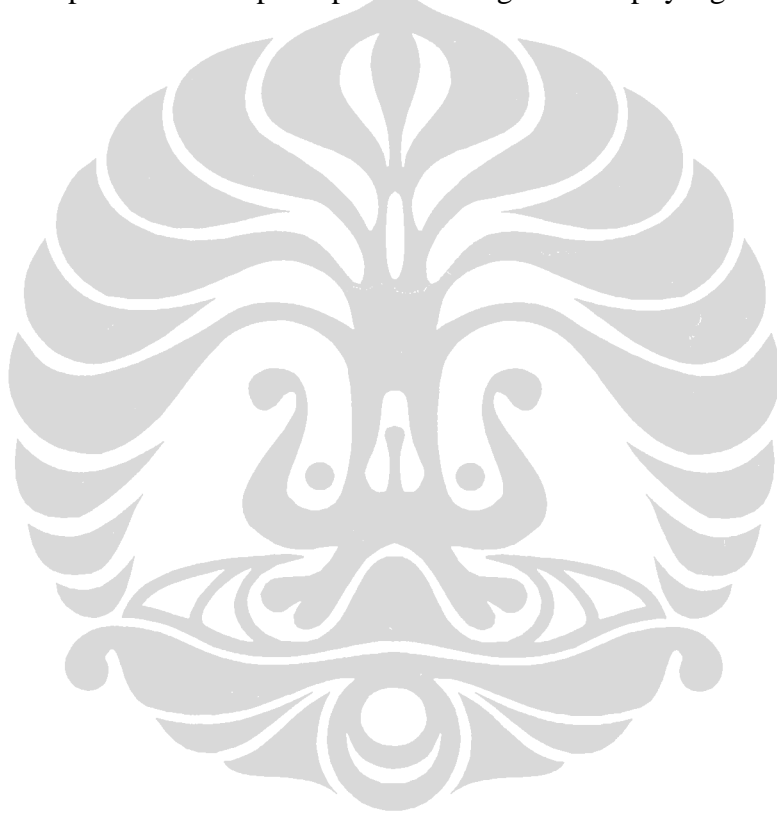
Nama kelompok : _____

Nama Keluarga : _____

Alamat : _____

PETUNJUK PENGGUNAAN :

1. Tulislah nama kelompok, nama keluarga, dan alamat.
2. Bawalah buku ini setiap kali mengikuti kegiatan terapi.
3. Isi setiap bagian dalam buku ini sesuai sesi yang diikuti berdasarkan petunjuk yang diberikan.
4. Buku ini merupakan buku kerja Terapi Suportif, dimana isi dari buku ini merupakan catatan pencapaian dari kegiatan terapi yang dilakukan.



Sesi I: Mengidentifikasi kemampuan keluarga dan sistem pendukung yang ada.

Hari/Tanggal :

Masalah atau hambatan dalam merawat klien GGK yang hemodialisa	Sumber pendukung yang dimiliki

Sesi II: Menggunakan sistem pendukung di dalam rumah, monitor hasil, dan hambatannya

Hari/Tanggal :

No	Sistem pendukung di dalam keluarga	Dilakukan	Tidak dilakukan	Keterangan

Sesi III : Menggunakan sistem pendukung di luar keluarga, monitor hasil, dan hambatannya

Hari/Tanggal :

No	Sistem pendukung di luar keluarga	Dilakukan	Tidak dilakukan	Keterangan

Sesi IV : Mengevaluasi hasil dan hambatan penggunaan sumber pendukung baik di dalam maupun di luar keluarga

Hari/Tanggal :

Hambatan dalam menggunakan sistem pendukung di dalam keluarga	Hambatan dalam menggunakan sistem pendukung di luar keluarga

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1.Latar Belakang

Gagal ginjal kronik (GGK) merupakan gangguan fungsi ginjal yang bersifat progresif dan *irreversible*, menyebabkan penurunan kemampuan ginjal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan maupun elektrolit, sehingga timbul gejala uremia berupa retensi urea dan sampah nitrogen lain dalam darah (Smeltzer, 2008). Etiologi GGK yang menjalani hemodialisa adalah glomerulonefritis, diabetes mellitus, obstruksi, infeksi, dan hipertensi (Suwitra, 2009).

Prevalensi populasi GGK di Amerika Serikat atau di negara industri pada stadium 4 atau 5 sebesar 0,4 %. Variasi insidensi dan prevalensi GGK pada stadium 5 yang diberikan terapi sangat tinggi terutama di negara industri (Price, 2006). Prevalensi GGK dengan Diabetes terdapat lebih dari 50% kasus dan GGK dengan hipertensi sebesar 30% (Tierney, 2000). Ini menunjukkan insidensi penyakit GGK adalah merata di seluruh dunia walaupun terjadi di Negara maju. Sedangkan menurut data Yayasan Peduli Ginjal (Yadugi), tahun 2008 di Indonesia terdapat 40.000 penderita GGK pada tahun 2010 meningkat menjadi 70.000. Namun menurut Suharjono (2008) prevalensi GGK di Indonesia sebanyak 6,2% atau 104 ribu orang dari populasi penduduk Indonesia. Sementara di wilayah DKI Jakarta terdapat sekitar 5.000 penduduk yang menderita gagal ginjal kronik (Endang, 2010) Berdasarkan studi dokumentasi dari pencatatan dan pelaporan di Rumah Sakit PELNI pada tahun 2008 menunjukkan 11.454 klien yang menjalani rawat inap terdapat 380 GGK (3,32%), tahun 2009 11.310 terdapat klien GGK sebanyak 416 (3,28%) , dan tahun 2010 dari 11.440 terdapat klien GGK sebanyak 445 (3,8%). Dilihat dari data tersebut terjadi peningkatan dari tahun ke tahun.

Peningkatan klien gagal ginjal kronik tersebut memerlukan berbagai penanganan medis diantaranya dengan hemodialisa, dialisis peritoneal atau hemofiltrasi, pembatasan cairan dan obat untuk mencegah komplikasi serius, lamanya penanganan tergantung pada penyebab dan luasnya kerusakan ginjal. Salah satu tindakan medis pada klien yang mengalami gagal ginjal kronik yaitu hemodialisa (Price, 2006).

Beberapa klien dapat dilakukan 1 – 2 kali dalam seminggu secara terus menerus sepanjang hidupnya. Klien akan mengalami ketergantungan terhadap mesin hemodialisa (Price, 2006). Bila klien sudah diberikan jadwal 2 kali dalam seminggu, maka klien tersebut harus mengikutinya, bahkan apabila ada beberapa klien yang membutuhkan waktu lebih dari 2 kali dalam seminggu. Artinya klien yang seharusnya datang ke unit hemodialisa 2 kali dalam seminggu, tetapi klien tersebut datang sebelum waktunya, karena klien sudah mengalami sesak, tidak dapat berkemih dan badan dalam keadaan bengkak. Terbukti bahwa klien GJK harus menyediakan waktunya untuk mendatangi pelayanan kesehatan untuk dilakukan hemodialisa. Menurut Suharjono (2008) ada berbagai macam akibat dari keadaan tersebut termasuk ketidakpatuhan klien dalam diet dan membatasi minum, diantaranya klien menjadi edema seluruh tubuh, mengalami sesak nafas dan bahkan dapat terjadi status uremik.

Prevalensi GJK yang dilakukan terapi hemodialisa di Amerika Serikat lebih dari 260.000 klien (Tierney, 2000). Sedangkan di Inggris prevalensi GJK dengan terapi hemodialisa rendah, hal ini diasumsikan bahwa klien yang hilang tidak pernah teridentifikasi atau tidak pernah dirujuk ke nefrologis. Tidak ditemukan data pasti tentang alasan yang menyebabkan klien GJK tidak menjalani hemodialisa, apakah dari kurangnya alat hemodialisa atau pemberian terapi lain. Menurut Endang (2010) di Jakarta hanya sekitar 3.000 klien GJK yang dapat menikmati pelayanan hemodialisa. Ini membuktikan bahwa tidak semua klien GJK mendapatkan terapi hemodialisa. Menurut data di Rumah Sakit Pelni pada Desember 2010 klien yang menjalani hemodialisa terdapat 138 klien yang rutin menjalani hemodialisa, laki-laki 80 orang (58%) dan 58 orang pada perempuan (42%). Ada beberapa klien yang tidak mau menjalani hemodialisa karena tidak mengetahui fungsi dan tujuan hemodialisa serta banyaknya klien yang menyatakan keberatan secara finansial. Klien melakukan hemodialisa dengan berbagai keterbatasan.

Padahal terapi hemodialisa bagi penderita GJK merupakan upaya untuk mencegah kematian atau memperpanjang usia (Smeltzer, 2008). Namun demikian, hemodialisa tidak dapat menyembuhkan atau memulihkan penyakit ginjal. Hemodialisa juga tidak mampu mengimbangi hilangnya aktivitas metabolik atau endokrin oleh ginjal dan dampak dari gagal ginjal serta terapi terhadap kualitas hidup klien. Klien harus

menjalani dialisis sepanjang hidupnya atau sampai mendapat ginjal baru melalui operasi pencangkokan. Untuk mendapatkan ginjal baru sangat sulit didapatkan karena masih banyak anggapan dari masyarakat bila tidak mempunyai salah satu ginjal akan mempengaruhi kondisi tubuh seseorang. tindakan tersebut juga masih jarang terjadi di Indonesia.

Jumlah klien GGK yang menjalani hemodialisa di rawat jalan di Rumah Sakit PELNI Jakarta berjumlah 138 tersebut dilakukan tindakan hemodialisa sesuai dengan jadwal, bila hari Senin dengan Rabu, Selasa dengan Kamis, Rabu dengan Sabtu. Jumlah tersebut belum ditambah dengan klien GGK yang sedang dirawat di ruang perawatan. Ini membuktikan terjadi peningkatan jumlah yang signifikan, dan semakin banyak jumlah klien yang memerlukan tindakan hemodialisa. Pada klien GGK yang menjalani hemodialisa dapat mengakibatkan perubahan-perubahan baik perubahan biologis maupun psikologis.

Perubahan psikologis juga terjadi diantaranya tidak dapat tidur, cemas dan khawatir memikirkan penyakitnya, bosan dengan tindakan hemodialisa yang terus menerus dan waktu yang dibutuhkan dalam 1 kali tindakan yang memerlukan 4-5 jam. Klien juga dapat mengalami kecemasan, ketidakberdayaan, keputusasaan, bosan dan harga diri rendah situasional serta gangguan citra tubuh (Black, 2005). Perubahan-perubahan tersebut dapat mengakibatkan klien mengalami penurunan motivasi, klien tidak mau melakukan hemodialisa yang seharusnya sudah dijadwalkan, tidak mau membatasi cairan dan diet, tidak mempunyai gairah hidup, pesimis dan mempunyai perasaan yang negative terhadap diri sendiri sampai merasa kehilangan.

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan peneliti pada Januari 2011 terhadap beberapa klien saat awal divonis menderita GGK dan harus menjalani hemodialisa ditemukan shock, tidak menerima dan stres. Stres adalah realitas kehidupan setiap hari yang tidak dapat dihindari. Stres disebabkan oleh perubahan yang memerlukan penyelesaian (Keliat, 1999). Klien merasakan bahwa menderita GGK adalah akhir dari segalanya, menganggap hidupnya tidak berguna, akan membebani keluarga dan tidak dapat bekerja kembali. Ini terbukti dari hasil penelitian Kristyaningsih,(2009) sebanyak 20 % klien mengalami depresi. Hal ini terjadi karena klien GGK merasakan kehilangan salah satu organ yang tidak dapat diganti dengan organ tubuh lainnya.

Menurut Kubler-Ross (1969 dalam Videbeck, 2008), tahapan klien yang mengalami kehilangan adalah menyangkal (*denial*) dan marah (*anger*). Sedangkan menurut Bowlby (1980 dalam Videbeck, 2008) klien merasakan penyangkalan terhadap kehilangan, memprotes kehilangan yang tetap ada dan adanya disorganisasi kognitif, keputusan emosional dan sulit melakukan fungsi sehari-hari. Umumnya klien GGK dapat melewati tahapan-tahapan ini sangat bervariasi sesuai dengan kemampuan klien dan mekanisme koping yang dimiliki. Koping yang baik, serta mempunyai pandangan yang luas pada klien akan mempercepat reorganisasi seseorang di masa yang akan datang. Rasa kehilangan yang berkepanjangan mengakibatkan klien mengalami penurunan motivasi diri (Videbeck, 2008).

Individu dengan hemodialisa jangka panjang sering merasa khawatir akan kondisi sakitnya yang tidak dapat diramalkan dan mengalami gangguan dalam kehidupannya. Mereka biasanya menghadapi masalah finansial, kesulitan akan mempertahankan pekerjaan, dorongan seksual yang menghilang serta impotensi, depresi akibat sakit yang kronis dan ketakutan terhadap kematian. Klien berusia muda khawatir terhadap perkawinan mereka, anak-anak yang dimilikinya dan beban yang ditimbulkan pada keluarga mereka. Beban ekonomi yang tinggi dan gaya hidup terencana sangat diperlukan untuk kelangsungan tindakan hemodialisa (Smeltzer, 2008).

Selain terapi hemodialisa pada klien GGK juga perlu dilakukan terapi medis lain pada klien GGK seperti pembatasan cairan, diet, obat dan tindakan hemodialisa tersebut membutuhkan kepatuhan yang tinggi agar dapat meningkatkan kualitas hidup klien dan tidak terjadi hal makin memburuk. Kepatuhan tersebut perlu didukung oleh keluarga untuk membantu meringankan beban klien. Rutinitas dan kebutuhan waktu yang digunakan klien menjadikan klien mengalami kebosanan. Kebosanan tersebut juga dapat menyebabkan menurunnya motivasi pada klien. Misalnya seharusnya sesuai jadwal saat hemodialisa, namun klien tidak mau atau bosan sehingga tidak datang ke hemodialisa. (Suharjono, 2008). Hal tersebut harus didukung oleh keluarga untuk memotivasi, menjelaskan dan mengantar ke pelayanan kesehatan tersebut.

Klien GGK yang mengalami kelemahan fisik tidak mampu mengunjungi fasilitas kesehatan sendiri, sehingga diperlukan bantuan orang lain. Jarang sekali klien datang sendiri ke tempat pelayanan kesehatan tanpa pendamping atau dukungan dari keluarga

dalam melakukan terapi. Klien dan keluarga memerlukan bantuan, penjelasan dan dukungan selama masa hemodialisa. Anggota keluarga mungkin takut untuk menyentuh dan mengajak bicara kepada klien selama prosedur dilakukan namun demikian mereka perlu didorong dan dibantu untuk melakukannya (Smeltzer, 2008). Hal tersebut menyebabkan klien mengalami ketergantungan yang terus-menerus sampai keluarga tersebut mampu memenuhi kebutuhan sehari-hari klien.

Menurut Lubis (2006) keadaan ketergantungan terhadap tindakan medis ini dapat mengakibatkan terjadinya perubahan dalam kehidupan klien GGK. Perubahan dalam kehidupan yang dimaksud adalah perubahan bio-psiko-sosial-spiritual. Perubahan bio diantaranya mengatur pola hidup yaitu makan, pembatasan cairan, pola aktifitas istirahat yang seimbang. Perubahan fisik tersebut dapat mengakibatkan perubahan psikologis klien akibat dari mengalami kelemahan, tidak mampu melakukan kegiatan dan tidak berdaya. Hal tersebut dapat mengakibatkan klien merasa tidak mampu dan tidak berdaya karena keterbatasan fisiknya, sehingga klien menjadi malu/minder, tidak mau bertemu dengan orang lain, tidak melakukan kegiatan sosial atau mengalami perubahan secara sosial. Perubahan spiritualnya klien merasa tidak mampu melakukan kegiatan keagamaan.

Dampak dari perubahan yang terjadi pada klien akan mempengaruhi keluarga baik secara ekonomi, perhatian, kebosanan, merasakan beban yang berat dan menganggap hanya keluarga sendiri yang mempunyai permasalahan yang sama. Dampak yang berlangsung lama akan menyebabkan konflik dalam keluarga. Konflik dalam keluarga tersebut dapat mengakibatkan stress keluarga dan dapat mengganggu struktur keluarga. Tindakan manajemen stress dalam keluarga dapat menyelesaikan permasalahan-permasalahan yang berhubungan dengan beban keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami penyakit kronis.

Menurut Keliat (2003) manajemen stres adalah kemampuan pengelolaan sumber daya (manusia) secara efektif untuk mengatasi gangguan atau kekacauan mental dan emosional yang muncul karena tanggapan (respon). Tujuan manajemen stres adalah memperbaiki kualitas hidup individu agar menjadi lebih baik. Status ekonomi dalam keluarga juga akan sangat mempengaruhi stres baik dalam individu atau secara keseluruhan.

Keluarga tersebut dapat mengalami ketimpangan ekonomi, yang seharusnya biaya tersebut dapat diperlukan untuk kebutuhan yang lain, namun digunakan untuk pemeliharaan kesehatan keluarga. Status ekonomi ditentukan oleh jumlah penghasilan yang diperoleh keluarga. Perlu juga diketahui siapa yang menjadi pencari nafkah dalam keluarga, dana tambahan ataupun bantuan yang diterima oleh keluarga, bagaimana keluarga mengaturnya secara finansial. Selain itu juga perawat perlu mengetahui sejauhmana pendapatan tersebut memadai serta sumber-sumber apa yang dimiliki oleh keluarga terutama yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan untuk kesehatan anggota keluarga yang mengalami sakit. Perlu pengaturan keuangan yang baik agar keluarga mampu melanjutkan kelangsungan hidup dengan cukup secara ekonomi, seperti pada keluarga yang mempunyai anggota keluarga dengan hemodialisa.

Dukungan keluarga merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi dalam meningkatkan motivasi klien dalam perawatan hemodialisa. Penderita tidak bisa melakukannya sendiri, mengantar ke pusat hemodialisa dan melakukan kontrol ke dokter. Tanpa adanya dukungan keluarga mustahil program terapi hemodialisa bisa dilakukan sesuai jadwal. Menurut Friedman (1998) dukungan keluarga dapat diberikan dalam beberapa bentuk, yaitu: dukungan informasi, dukungan penghargaan, dukungan peralatan dan dukungan emosional. Keterlibatan keluarga serupa dengan pemberdayaan sistem yang berupaya untuk membantu individu (anggota keluarga) untuk mengontrol diri dan mempengaruhi komunitas dalam pemberdayaan individu dan keluarga (sistem dalam komunitas) dengan tujuan meningkatkan pengetahuan, ketrampilan dan kapasitas keluarga agar dapat menjadi pelindung yang handal untuk keluarganya sendiri (Keliat, 2003). Keluarga merupakan bagian yang paling dekat dan menetap bersama anggota keluarga dan keluarga harus mampu merawat anggota keluarganya yang sakit. Sampai saat ini, keluarga masih tetap merupakan bagian terpenting dari jaringan sosial individu. Keluarga adalah unit terkecil dari suatu masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang terkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan (DepKes, 1998).

Keterlibatan keluarga ini ditujukan untuk membangun hubungan yang didasari oleh kesamaan pemahaman dan empati dengan *caregiver* (pemberi perawatan) dengan berfokus pada kekuatan pemberi perawatan untuk membantu mereka mengidentifikasi sumber daya di masyarakat. Keterlibatan keluarga meliputi upaya peningkatan kemampuan keluarga untuk memenuhi pengobatan anggota, membantu keluarga dalam mengurangi *disability* social dan personal anggota, membantu keluarga membangun harapan dan memberi cukup pengaruh dalam lingkungan rumah. Keterlibatan tersebut membantu keluarga dalam meningkatkan kemampuan vokasional klien, memberi dukungan emosi pada pemberi perawatan, dan mengembangkan kelompok swabantu untuk memberi dukungan yang bermanfaat dan membuat jejaring antar keluarga (Murthy, 2003). Berdasarkan hal tersebut bahwa dukungan dan keterlibatan dari keluarga akan mempengaruhi anggota keluarga yang lain. Bila keluarga tidak mampu memberikan dukungan atau tidak mampu merawat anggota keluarganya yang sedang sakit, maka anggota keluarga tersebut akan menjadi lebih parah. Suatu tindakan diperlukan untuk meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat klien GGK sebagai anggota keluarga serta keluarga mampu memotivasi anggota keluarga yang sakit agar tetap semangat dalam menjalani hemodialisa. Respon keluarga terhadap klien GGK yang menjalani hemodialisa dapat berupa kebosanan mengantarkan klien ke tempat pelayanan kesehatan secara rutin, hilangnya harapan masa depan bagi klien dan merasa ketergantungan dengan orang lain. Salah satu kemampuan keluarga dalam memberi dukungan terhadap anggota keluarga dapat ditingkatkan dengan memberikan suatu tindakan yaitu psikoterapi.

Beberapa psikoterapi keluarga dari berbagai literature terdiri dari *Psychotherapy Group, Family Therapy, Family Education, Self Help Group* (Videbeck, 2006), *Supportive Group* (Rockland, 1993 dalam Stuart, 2005); Teschinsky, 2000 dalam Videbeck, 2006), dan *Multiple Family Therapy* (Anderson,dkk., 1986 dalam Bell.,dkk, 1997). Berbagai psikoterapi yang berguna dalam mengoptimalkan keterlibatan keluarga dalam merawat gangguan fisik, yaitu terapi suportif (*supportive group*).

Pemberian Terapi suportif pada keluarga dengan klien GGK yang menjalani hemodialisa sangat diperlukan guna membantu keluarga untuk menyelesaikan masalah. Masalah dalam keluarga tersebut diantaranya beban ekonomi karena tindakan hemodialisa membutuhkan biaya yang tinggi dan rutin secara terus menerus.

Beban secara psikologis yaitu keluarga harus mau mengantar anggota keluarga ke tempat pelayanan kesehatan dengan menunggu terapi hemodialisa dapat mengakibatkan kejenuhan. Waktu yang dibutuhkan antara 4-5 jam juga dapat digunakan oleh keluarga untuk hal yang lain. Dampak yang terjadi bila tidak diberikan terapi suportif pada keluarga adalah terganggunya struktur dan peran keluarga seperti terjadinya ketidakharmonisan, merasa diabaikan dan merasa tidak perlu diperhatikan serta tidak mampu memenuhi kebutuhan dalam keluarga. pada klien juga akan mengalami beban psikologis yang berarti diantaranya klien merasa menjadi beban dalam keluarga. Pemberian terapi suportif akan memberikan keuntungan pada keluarga seperti keluarga dapat mengekspresikan masalah yang dihadapi, keluarga tidak merasa bahwa hanya sendirian saja yang mengalami beban, keluarga mendapatkan *support system* dari keluarga lain. Setiap anggota keluarga lain akan saling mendukung dan saling memahami permasalahan dalam keluarganya.

Terapi suportif merupakan alternatif pilihan terapi yang ditujukan untuk meningkatkan kemampuan keluarga sebagai *support system*. *Supportive Group* merupakan terapi yang diorganisasikan untuk membantu anggota saling bertukar pengalaman mengenai masalah tertentu agar dapat meningkatkan kopingnya. *Supportive group* ditujukan untuk mengurangi beban keluarga dan meningkatkan koping keluarga serta meningkatkan dukungan social (Fadden, 1998, Wituk, dkk dalam Chien, dkk., 2006). Maksud didirikannya *supportive group* adalah untuk memberikan dukungan, fokus untuk pemulihan, aksi social termasuk kebijakan organisasi. Tujuan dan harapan dalam *group* adalah pengalaman kelompok yang positif. Tujuan penting adalah resolusi permasalahan dengan segera, memberikan motivasi dan perubahan perilaku individu.

Hasil penelitian tentang terapi suportif banyak dilakukan diantaranya oleh Hernawaty (2009) dan Widiastuti (2010) didapatkan peningkatan kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor keluarga. hasil tersebut menunjukkan bahwa kemampuan kelompok keluarga yang mendapatkan terapi suportif keluarga meningkat lebih tinggi secara bermakna dibandingkan dengan kelompok keluarga yang tidak mendapatkan terapi suportif keluarga. Terapi suportif keluarga ini masih direkomendasikan bagi keluarga yang mempunyai anggota keluarga yang mengalami sakit. Ini membuktikan pentingnya terapi suportif keluarga guna membangkitkan dan memberikan dukungan

terhadap klien dan keluarga sehingga klien merasa diperhatikan oleh keluarga. Bagi keluarga juga mendapatkan pengetahuan bagaimana cara merawat anggota keluarga yang baik dan benar.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan maka dapat disimpulkan bahwa terjadi peningkatan klien GGK dari tahun ke tahun. Salah satu tindakan medis adalah hemodialisa. Pada klien GGK yang menjalani hemodialisa akan mengalami perubahan fisik, psikologis, spiritual dan sosial. Pada klien yang sudah mengalami perubahan tersebut dibutuhkan peran dari anggota keluarganya untuk memberikan suatu perhatian kepada klien GGK. Salah satu bentuk kemampuan keluarga adalah mengetahui cara merawat, mengetahui keadaan klien, komplikasi yang terjadi baik sebelum, saat dan sesudah klien menjalani hemodialisa. Bentuk terapi yang dapat diberikan pada keluarga adalah terapi suportif keluarga yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat klien GGK yang menjalani hemodialisa. Di Rumah Sakit PELNI belum pernah dilakukan penelitian pemberian terapi suportif baik pada keluarga maupun pada klien. Oleh karena itu peneliti ingin mengembangkan suatu terapi psikososial yaitu terapi suportif pada *caregiver*, dengan pertanyaan penelitian yang dapat dikemukakan dalam penelitian ini adalah : Apakah ada pengaruh terapi suportif terhadap kemampuan keluarga merawat klien GGK yang menjalani hemodialisa di ruang Hemodialisa di Rumah Sakit PELNI Jakarta?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh terapi suportif terhadap kemampuan keluarga dalam merawat klien GGK yang menjalani hemodialisa di Rumah Sakit PELNI Jakarta

1.3.2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus penelitian ini adalah:

1.3.2.1 Diketahui karakteristik responden di Ruang Hemodialisa Rumah Sakit Peln Jakarta meliputi hubungan keluarga, usia, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, status perkawinan dan lama merawat.

1.3.2.2. Diketahui kemampuan keluarga dalam merawat klien GGK yang menjalani hemodialisa sebelum dilakukan terapi suportif.

- 1.3.2.3. Diketahui kemampuan keluarga dalam merawat klien GGK yang menjalani hemodialisa sesudah dilakukan terapi suportif.
- 1.3.2.4. Diketahui perbedaan kemampuan keluarga dalam merawat klien GGK yang menjalani hemodialisa sebelum dan sesudah dilakukan terapi suportif pada kelompok yang mendapatkan terapi suportif.
- 1.3.2.5. Diketahui perbedaan kemampuan keluarga dalam merawat klien GGK yang menjalani hemodialisa sebelum dan sesudah dilakukan terapi suportif pada kelompok yang tidak mendapatkan terapi suportif.
- 1.3.2.6. Diketahui perbedaan kemampuan keluarga dalam merawat klien GGK yang menjalani hemodialisa sebelum dan sesudah dilakukan terapi suportif pada kelompok yang mendapatkan terapi suportif dan tidak mendapatkan terapi suportif.
- 1.3.2.7. Diketahui hubungan karakteristik keluarga meliputi hubungan keluarga, usia, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, status perkawinan dan lama merawat terhadap kemampuan keluarga dalam merawat klien GGK yang menjalani hemodialisa

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.2. Manfaat Aplikatif

- 1.4.2.2. Menambah wawasan dan pengetahuan peneliti dalam menerapkan terapi suportif sebagai terapi kelompok yang dapat dilakukan oleh seorang spesialis keperawatan jiwa.
- 1.4.2.3. Meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat klien GGK yang menjalani hemodialisa
- 1.4.2.4. Meningkatkan kualitas asuhan keperawatan jiwa khususnya keadaan psikososial klien GGK yang menjalani hemodialisa sehingga secara tidak langsung dapat meningkatkan peran keluarga.

1.4.3. Manfaat Keilmuan

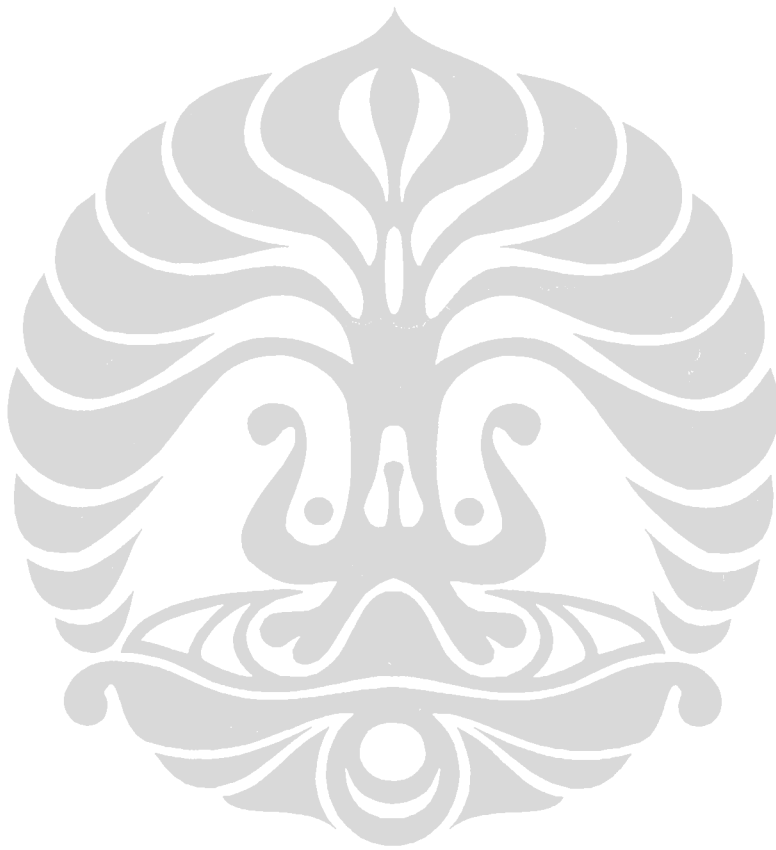
- 1.4.3.2. Metode terapi suportif sebagai salah satu terapi spesialis keperawatan jiwa bagi kelompok keluarga yang merawat klien GGK yang menjalani hemodialisa yang bermanfaat untuk mengembangkan terapi kelompok lainnya.
- 1.4.3.3. Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai dasar praktek serta sebagai bahan pembelajaran dalam pendidikan keperawatan.

1.4.3.4. Hasil penelitian ini dapat memperkuat pentingnya terapi suportif sebagai terapi kelompok yang esensial dalam keperawatan jiwa.

1.4.4. Manfaat Metodologi

1.4.4.2. Dapat menerapkan teori atau metode yang terbaik dalam menerapkan kemampuan keluarga dalam merawat klien GGK yang menjalani hemodialisa.

1.4.4.3. Hasil penelitian berguna sebagai rujukan bagi penelitian lain dalam keperawatan jiwa khususnya pada Terapi Suportif Keluarga.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Sebagai landasan dan rujukan dalam penelitian, bab ini menjabarkan beberapa konsep dan teori yang terkait dengan bidang penelitian yang meliputi: Konsep Gagal Ginjal Kronik, Konsep Keluarga, dan Terapi Suportif.

2.1. Konsep Gagal Ginjal Kronik (GGK)

2.1.1. Pengertian

Gagal ginjal kronik (GGK) merupakan gangguan fungsi ginjal yang progresif dan ireversibel, yang menyebabkan ketidakmampuan ginjal gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan maupun elektrolit, sehingga timbul gejala uremia (retensi urea dan sampah nitrogen lain dalam darah). (Smeltzer, 2008). Menurut Price (2006) GGK adalah merupakan perkembangan gagal ginjal yang progresif dan lambat (biasanya berlangsung beberapa tahun), ginjal kehilangan kemampuannya untuk mempertahankan volume dan komposisi cairan tubuh dalam keadaan asupan makanan normal. GGK adalah kerusakan ginjal progresif yang berakibat fatal dan ditandai dengan uremia dan limbah nitrogen lainnya yang beredar dalam darah (Black, 2005). Menurut peneliti GGK merupakan keadaan klinis kerusakan ginjal yang progresif dan ireversibel berasal dari berbagai penyakit yang berlangsung lambat sehingga ginjal tidak mampu mempertahankan metabolisme tubuh dan keseimbangan cairan elektrolit serta terjadi uremia.

2.1.2. Faktor Penyebab

Etiologi pada penyakit GGK yang sering terjadi adalah karena glomerulonefritis, diabetes melitus, obstruksi dan infeksi pada ginjal, hipertensi (Suwitra, 2009). Menurut Price (2006) etiologi GGK yang tersering adalah penyakit peradangan, penyakit vaskuler hipertensi, gangguan jaringan ikat, nepropati toksik, nepropati obstruktif, penyakit metabolik dan penyakit infeksi. Hal ini didukung oleh data yang beredar *Renal Data Sistem* pada tahun 2000 penyebab GGK paling banyak

ditemukan yaitu penyakit diabetes dan hipertensi yaitu 34% dan 21 % serta penyakit glomerulonefritis menduduki penyebab tersering ketiga yaitu (17%).

2.1.3. Patofisiologi

Menurut Suwitra (2009) GGK pada awalnya tergantung pada penyakit yang mendasarinya, tapi dalam perkembangan selanjutnya proses yang terjadi kurang lebih sama. Proses adaptasi ini berlangsung singkat, yang pada akhirnya diikuti oleh proses maladaptif berupa sklerosis nefron yang masih tersisa. Proses ini akhirnya diikuti dengan penurunan fungsi nefron yang progresif. Pengurangan massa ginjal mengakibatkan hipertropi struktural dan fungsional nefron yang masih tersisa (*surviving nephrons*) sebagai upaya kompensasi, yang diperantari oleh molekul vasoaktif seperti sitokin dan hal ini mengakibatkan terjadinya hiperfiltrasi yang diikuti oleh peningkatan tekanan kapiler dan aliran darah glomerulus.

Menurut Price (2006) berdasarkan proses perjalanan penyakit dari berbagai penyebab pada akhirnya akan terjadi kerusakan nefron. Bila nefron rusak maka akan terjadi penurunan laju filtrasi glomerulus dan terjadilah penyakit gagal ginjal kronik yang mana ginjal mengalami gangguan dalam fungsi eksresi dan dan fungsi non-eksresi. Gangguan fungsi non-eksresi diantaranya adalah gangguan metabolisme vitamin D yaitu tubuh mengalami defisiensi vitamin D yang mana vitamin D berguna untuk menstimulasi usus dalam mengabsorpsi kalsium, maka absorpsi kalsium di usus menjadi berkurang akibatnya terjadi hipokalsemia dan menimbulkan demineralisasi tulang yang akhirnya tulang menjadi rusak. Penurunan sekresi eritropoetin sebagai faktor penting dalam stimulasi produksi sel darah merah oleh sumsum tulang menyebabkan produk hemoglobin berkurang dan terjadi anemia sehingga peningkatan oksigen oleh hemoglobin (*oksihemoglobin*) berkurang maka tubuh akan mengalami keadaan lemas dan tidak bertenaga.

Suwitra (2009) gangguan klirens ginjal terjadi akibat penurunan jumlah glomerulus yang berfungsi. Penurunan laju filtrasi glomerulus dideteksi dengan memeriksa klirens kreatinin urine tampung 24 jam yang menunjukkan penurunan klirens kreatinin dan peningkatan kadar kreatinin serum. Retensi cairan dan natrium dapat mengakibatkan edema, CHF dan hipertensi. Hipotensi dapat terjadi karena aktivasi aksi rennin angiotensin dan kerjasama keduanya meningkatkan sekresi aldosteron. Kehilangan garam mengakibatkan resiko hipotensi dan hipovolemia. Muntah dan diare menyebabkan perpindahan air dan natrium sehingga status uremik memburuk. Suwitra (2009).

Anemia terjadi akibat produksi eritropoietin yang tidak memadai, memendeknya usia sel darah merah, defisiensi nutrisi dan kecenderungan untuk mengalami perdarahan akibat status uremik pasien terutama dari saluran pencernaan. Eritropoietin yang diproduksi oleh ginjal menstimulasi sumsum tulang untuk menghasilkan sel darah merah dan produksi eritropoietin menurun sehingga mengakibatkan anemia berat yang disertai dengan keletihan, angina dan sesak nafas (Black, 2005).

Ketidakseimbangan kalsium dan fosfat merupakan gangguan metabolisme. Kadar kalsium dan fosfat tubuh memiliki hubungan timbal balik. Jika salah satunya meningkat maka fungsi yang lain akan menurun. Dengan menurunnya filtrasi melalui glomerulus ginjal maka meningkatkan kadar fosfat serum, dan sebaliknya, kadar serum kalsium menurun. Penurunan kadar kalsium serum menyebabkan sekresi hormon dari kelenjar paratiroid, tetapi gagal ginjal tubuh tidak dapat merespon secara normal terhadap peningkatan sekresi parahormon sehingga kalsium di tulang menurun, menyebabkan terjadinya perubahan tulang dan penyakit tulang.

Komplikasi pada GJK yaitu hipertensi, anemia, osteodistrofi renal, payah jantung, asidosis metabolik, gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit (sodium, kalium dan klorida) (Black, 2005). Pasien gagal ginjal memerlukan

berbagai penanganan medis diantaranya dengan hemodialisa, dialisis peritoneal atau hemofiltrasi, pembatasan cairan dan obat untuk mencegah komplikasi serius, lamanya penanganan tergantung pada penyebab dan luasnya kerusakan ginjal.

2.1.4. Terapi Hemodialisa

2.1.4.1. Pengertian

Penatalaksanaan konservatif pada GJK adalah penentuan dan pengobatan penyebab, mengatur cairan dan garam, pengendalian hipertensi, modifikasi terapi obat. Penatalaksanaan medis yang lain yaitu terapi pengganti ginjal diantaranya *dialysis peritoneal*, transplantasi ginjal dan hemodialisa (Price, 2006). Hemodialisa adalah suatu mesin ginjal buatan terutama terdiri dari membran semipermeabel dengan darah di satu sisi dan cairan dialisis di sisi lain. Ada dua tipe dasar alat dialisis yang digunakan sekarang ini. Alat dialisis lempeng paralel, terdiri dari dua lapisan tipis yang dijepit oleh dua penyokong yang kaku yang membentuk suatu amplop yang disebut *membrane semipermeabel* (Price, 2006). Sedangkan menurut Black, 2005 hemodialisa adalah lintasan darah melalui selang di luar tubuh ke ginjal buatan dimana pembuangan zat terlarut dan kelebihan cairan.

2.1.4.2. Cara pemberian hemodialisa

Hemodialisa rumatan biasanya dilakukan tiga kali seminggu, dan lama suatu pengobatan berkisar dari 3 sampai 5 jam, bergantung pada jenis sistem dialisis yang digunakan dan keadaan klien (Price, 2006). Menurut (Gutch, 1999) hemodialisa adalah suatu proses yang digunakan untuk mengeluarkan cairan dan produk limbah dari dalam tubuh ketika ginjal tidak mampu melaksanakan proses tersebut. Hemodialisa juga merupakan suatu proses pembuatan zat terlarut dan cairan dari darah melewati membran semipermeabel. Prinsip hemodialisa yaitu difusi, osmosis dan ultra filtrasi. Alat hemodialisa adalah sehelai membran sintetik yang semipermeabel menggantikan glomerulus serta tubulus

renal dan bekerja sebagai filter bagi ginjal yang terganggu fungsinya. Tindakan hemodialisa ini memerlukan waktu 4-5 jam pada setiap sekali tindakan.

Tujuan hemodialisa adalah untuk mengambil zat-zat nitrogen yang toksik dari dalam darah dan mengeluarkan air yang berlebihan. Pada hemodialisa, aliran darah yang penuh toksin dan limbah nitrogen dialirkan dari tubuh pasien ke dialiser tempat darah tersebut dibersihkan dan kemudian dikembalikan ke tubuh pasien. Sebagian besar dialiser merupakan lempengan rata atau ginjal buatan yang berserat berongga yang berisi ribuan tubulus selofan yang halus dan bekerja sebagai membran semipermeabel. Aliran darah akan melewati tubulus tersebut sementara cairan dialisat bersirkulasi di sekelilingnya. Pertukaran limbah dari darah ke dalam cairan dialisat akan terjadi melalui tubulus membran semipermeabel (Smeltzer, 2008).

2.1.4.3. Komplikasi Hemodialisa

Berbagai komplikasi hemodialisa merupakan kondisi abnormal yang terjadi pada saat klien menjalani hemodialisa adalah hal yang umum. Efek hemodialisa adalah dapat menyebabkan hipotensi, emboli udara, pruritus, gangguan keseimbangan cairan, kram otot, nyeri dada, aritmia, hemolisis, nyeri kepala, mual dan muntah, pada laki-laki dapat mengakibatkan impotensi (Black, 2005).

2.2. Konsep Keluarga

2.2.1. Pengertian Keluarga

Keluarga adalah dua orang atau lebih yang disatukan oleh ikatan-ikatan kebersamaan dan ikatan emosional dan yang mengidentifikasi diri mereka sebagai bagian dari keluarga (Friedman, 1998). Keluarga adalah kumpulan dua atau lebih individu yang berbagi tempat tinggal atau berdekatan satu dengan lainnya; memiliki ikatan emosi; terlibat dalam posisi sosial; peran dan tugas-

tugas yang saling berhubungan; serta adanya rasa saling menyayangi dan memiliki (Murray dan Zentner, 1997 dalam Friedman, 1998). Sedangkan menurut Peraturan Pemerintah nomor 21 tahun 1994 Bab I ayat 1 keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari suami-istri, atau suami, istri dan anaknya, atau ayah dan anaknya, atau ibu dan anaknya.

Menurut peneliti, keluarga adalah sekumpulan orang yang masih ada hubungan darah yang disatukan oleh ikatan kebersamaan, emosional yang memperhatikan kebutuhan dan keunikan anggota keluarga. Keluarga adalah sebagai sumber pendukung bagi anggota keluarga. Keluarga adalah unit terkecil dari suatu masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang terkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan (DepKes, 1998).

Berdasarkan uraian di atas menunjukkan bahwa keluarga juga merupakan suatu sistem. Sebagai sistem keluarga mempunyai anggota yaitu ayah, ibu dan anak atau semua individu yang tinggal dalam rumah tinggal tersebut. Anggota keluarga tersebut saling berinteraksi, interelasi, dan interdependensi untuk mencapai tujuan bersama. Keluarga merupakan sistem yang terbuka sehingga keluarga dapat dipengaruhi oleh supra sistem yaitu lingkungan atau masyarakat dan sebaliknya. Oleh karena itu betapa pentingnya peran dan fungsi keluarga dalam membentuk manusia sebagai anggota masyarakat yang sehat bio-psiko-sosial dan spiritual. Jadi sangatlah tepat bila keluarga sebagai titik sentral pelayanan keperawatan. Diyakini bahwa keluarga yang sehat akan mempunyai anggota yang sehat.

2.2.2. Fungsi Keluarga

Lima fungsi dasar keluarga yang dikemukakan oleh Friedman (1998) yaitu: a) Fungsi Afektif yaitu menghargai b). Fungsi Sosialisasi ;keluarga memberikan kebebasan bagi anggota keluarga yang menderita penyakit dalam bersosialisasi dengan lingkungan sekitar. Bila keluarga tidak memberikan kebebasan pada

anggotanya, maka akan mengakibatkan anggota keluarga menjadi sepi. Keadaan ini mengancam status emosi menjadi labil dan mudah stress. c). Fungsi Ekonomi keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga d) Fungsi Reproduksi untuk mempertahankan generasi dan kelangsungan keluarga dan e) Fungsi Perawatan Kesehatan keluarga berfungsi untuk melaksanakan praktek asuhan keperawatan, yaitu untuk mencegah terjadinya gangguan kesehatan dan/atau merawat anggota keluarga yang sakit.

Menurut Peraturan Pemerintah (PP) nomor 21 tahun 1994 BAB I pasal 1 ayat 2 ada beberapa fungsi keluarga di antaranya adalah: 1) Fungsi Cinta kasih yaitu dengan memberikan landasan yang kokoh terhadap hubungan anak dengan anak, suami dengan istri, orang tua dengan anaknya serta hubungan kekerabatan antar generasi, sehingga keluarga menjadi wadah utama bersemainya kehidupan yang penuh cinta kasih lahir dan batin. Cinta menjadi pengarah dari perbuatan-perbuatan dan sikap-sikap yang bijaksana. 2) Fungsi Melindungi, yaitu menambahkan rasa aman dan kehangatan pada setiap anggota keluarga. Pemenuhan kebutuhan anggota keluarga sangat diperlukan, baik kebutuhan fisik, psikologis, emosional, pendidikan.

Menurut peneliti fungsi keluarga yang akan digunakan dalam penelitian terkait dengan kemampuan keluarga adalah dalam fungsi afektif, disini keluarga yang tidak menghargai anggota keluarganya yang menderita penyakit, maka akan menimbulkan stressor tersendiri bagi penderita. Hal ini akan menimbulkan suatu keadaan yang dapat menambah seringnya terjadi kekambuhan karena kurangnya partisipasi keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit. dimana klien GGK memerlukan perhatian dan penghargaan dari keluarga. Fungsi keluarga secara ekonomi, apabila keluarga tidak mampu memenuhi kebutuhan secara ekonomi dan tidak mempunyai tempat untuk mengembangkan kemampuan individu dalam meningkatkan penghasilan maka keluarga akan mengalami kekurangan finansial dalam merawat anggota keluarga. Fungsi cinta kasih, bila

tidak ada dalam keluarga akan terjadi ketidakharmonisan. Fungsi melindungi, bila tidak ada maka anggota keluarga akan merasa tidak aman. Hal ini membuktikan bahwa keluarga mempunyai fungsi yang penting dalam merawat anggota keluarganya. Anggota keluarga yang sakit sangat memerlukan perhatian dan cinta kasih, hal ini klien akan merasakan mendapat penghargaan dari keluarga, merasa masih dibutuhkan oleh keluarga.

2.2.3. Peran Keluarga

Peran adalah seperangkat tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang sesuai kedudukannya dalam suatu sistem (Kozier, 1995). Peran dipengaruhi oleh keadaan sosial baik dari dalam maupun dari luar dan bersifat stabil. Kemampuan keluarga dalam memberikan asuhan kesehatan akan mempengaruhi status kesehatan keluarga. Kesanggupan keluarga melaksanakan pemeliharaan kesehatan dapat dilihat dari tugas kesehatan keluarga. Berikut ini tugas keluarga menurut Friedman (1998), adalah sebagai berikut: mengenal masalah kesehatan; keluarga mampu mengidentifikasi masalah-masalah dalam keluarga. Fungsi keluarga membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat, yaitu keluarga mampu membuat keputusan dan merencanakan tindakan keperawatan keluarga, dalam melakukan perawatan keluarga yakni keluarga mampu merawat anggota keluarga sebelum anggota keluarga membawa anggota keluarga ke tempat pelayanan kesehatan. Keluarga juga mampu mempertahankan atau menciptakan suasana rumah yang sehat, untuk kelangsungan hidup anggota keluarga, serta tetap mempertahankan hubungan dengan menggunakan fasilitas kesehatan masyarakat. Keluarga akan menggunakan fasilitas kesehatan sesuai dengan kemampuan keluarga.

2.2.4. Konflik Peran

Konflik terjadi ketika okupan dari suatu posisi merasa bahwa ia berkonflik dengan harapan-harapan yang tidak sesuai (Hardi dan Hardi, 1998) sumber dari ketidakseimbangan tersebut boleh jadi disebabkan oleh adanya perubahan-perubahan dalam harapan yang terjadi dari perilaku, orang lain, atau dalam

lingkungan. Konflik peran terdiri dari a) Konflik antar peran adalah konflik yang terjadi jika pola-pola perilaku atau norma-norma dari suatu peran tidak kongruen dengan peran lain yang dimainkan secara bersamaan oleh individu. Konflik ini disebabkan oleh ketidakseimbangan perilaku yang berkaitan dengan berbagai peran atau besarnya tenaga berlebihan yang dibutuhkan oleh peran-peran ini, misalnya kasus keluarga atau perkawinan. b) Konflik peran antar pengirim (*intersender role conflict*) adalah suatu konflik dimana di dalamnya dua orang atau lebih memegang harapan-harapan yang berkonflik, menyangkut pemeranan suatu peran (Mubarak, 2006) c) *Person- role conflict* meliputi suatu konflik antara nilai-nilai internal individu dan nilai-nilai eksternal yang dikomunikasikan kepada pelaku oleh orang lain, dan melemparkan pelaku ke dalam situasi yang penuh dengan stress peran.

2.2.5. Peran-peran formal Keluarga

Keluarga membagi peran secara merata kepada para anggota keluarga seperti cara masyarakat membagi peran-perannya. Ada peran yang membutuhkan ketrampilan dan kemampuan tertentu, ada peran lain yang tidak terlalu kompleks dapat didelegasikan kepada mereka yang kurang terampil atau kepada mereka yang kurang memiliki kekuasaan. Peran formal dalam keluarga seperti pencari nafkah, ibu rumah tangga, sopir, pengasuh anak, manajer keuangan dan lain-lain. Jika dalam keluarga hanya terdapat sedikit orang yang memenuhi peran ini, dengan demikian lebih banyak tuntutan dan kesempatan bagi orang untuk memerankan beberapa peran pada waktu yang berbeda. Jika seseorang anggota keluarga meninggalkan rumah dan karenanya ia tidak memenuhi suatu peran, anggota lain mengambil alih kekosongan ini dengan memerankan perannya agar tetap berfungsi. Menurut Nye dan Gecas (1976) mengidentifikasi 6 peran dasar yang membentuk posisi sebagai suami – ayah dan istri- ibu : peran sebagai *provider* atau penyedia, sebagai pengatur rumah tangga, perawatan anak, sosialisasi anak, rekreasi, persaudaraan, peran terapeutik, dan peran seksual.

2.2.6. Peran Informal

Peran informal bersifat *implicit* biasanya tidak tampak ke permukaan dan dimainkan hanya untuk memenuhi kebutuhan - kebutuhan emosional individu atau untuk menjaga keseimbangan dalam keluarga (Satir, 1967). Menurut Kievit (1968) peran informal mempunyai tuntutan yang berbeda, tidak terlalu didasarkan pada usia, jenis kelamin dan lebih didasarkan pada atribut-atribut personalitas atau kepribadian anggota keluarga individual.

2.2.7. Kemampuan Keluarga

Perilaku manusia sangat kompleks yang terdiri dari 3 domain yaitu kognitif, afektif dan psikomotor (Bloom, 1956 dalam Potter dan Perry, 2005). Ketiga domain tersebut lebih dikenal pengetahuan, sikap dan praktik.

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting karena digunakan untuk menerima informasi baru dan mengingat informasi tersebut. Saat keluarga diberikan informasi baru, maka keluarga tersebut akan membentuk tindakan keluarga yang merujuk pada pikiran rasional, mempelajari fakta, mengambil keputusan dan mengembangkan pikiran (Craven, 2006). *Caregiver* dengan klien GJK diperlukan pengetahuan yang tinggi untuk memberikan pemahaman dan keyakinan tentang perawatan dan meningkatkan motivasi klien agar klien dapat menjalankan hemodialisa secara rutin dan menyadari fungsi dan manfaat hemodialisa untuk diri sendiri. Apabila *caregiver* diberikan pendidikan kesehatan oleh perawat, *caregiver* dapat menerapkan pengetahuannya dalam merawat klien. *Caregiver* dapat mengatur diet, cairan, dan jadwal hemodialisa klien, sehingga klien menjadi disiplin dalam perawatan untuk diri sendiri.

Afektif adalah perpaduan antara perasaan atau ekspresi dan penerimaan sikap, opini dan nilai (Potter and Perry, 2005). Setiap individu mempunyai karakteristik perilaku yang kompleks (Krathwohl,dkk, 1964, dalam Potter dan Perry, 2005). Sikap atau afektif merupakan reaksi/respon yang masih tertutup dari keluarga

terhadap stimulus atau objek (Notoatmodjo, 2003). Afektif terdiri dari penerimaan, respon, nilai, organisasi dan karakter (Potter dan Perry, 2005). Afektif dapat berupa perubahan keyakinan, sikap, nilai, sensitivitas dan situasi emosi, serta lebih sulit diukur (Craven, 2006). *Caregiver* klien GGK akan merasakan, menerima dan mampu mengekspresikan keinginan atau perasaan yang dirasakan oleh klien. *Caregiver* dapat merubah keyakinan terhadap diri sendiri dan mempunyai sikap yang baik terhadap klien. Klien akan menjadi patuh bukan karena dari orang lain melainkan kepentingan dan keyakinan diri yang kuat.

Psikomotor termasuk integrasi kemampuan mental dan muskulo, seperti kemampuan untuk berjalan, makan (Potter dan Perry, 2005). Psikomotor atau kemampuan praktek merujuk pada pergerakan muskuler yang merupakan hasil dari koordinasi pengetahuan dan menunjukkan penguasaan terhadap suatu tugas atau ketrampilan (Craven, 2006). *Caregiver* pada klien GGK dapat melakukan tindakan keperawatan dengan cara mampu mengantar ke tempat pelayanan kesehatan saat klien terjadi penurunan status kesehatannya. *Caregiver* juga dapat membantu klien dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari untuk pemenuhan kebutuhan dasarnya.

Karakteristik utama pada kemampuan keluarga adalah kemampuan untuk manajemen stres yang produktif. Kelelahan fisik, emosi, dan sosial serta beban finansial selama merawat anggota keluarga dengan GGK yang menjalani hemodialisa sering melanda anggota keluarga sehingga dapat mengakibatkan masalah kesehatan keluarga. Hal ini dikarenakan menurunnya daya tahan tubuh dan problema interpersonal pada anggota keluarga serta berkurangnya *stress tolerance* dan kelelahan.

2.2.8. Dukungan Sosial

Menurut Sarafino (1994) dukungan sosial dapat diberikan dalam beberapa bentuk, yaitu: a) dukungan informasi (*informational support*) yaitu bentuk

dukungan memberikan informasi, umpan balik tentang situasi dan kondisi individu. Seperti memberikan rujukan langsung, mendorong atau adanya timbal balik. b) dukungan penghargaan (*esteem support*) yaitu berupa penghargaan positif pada individu, pemberi semangat, persetujuan pada pendapat individu, perbandingan yang positif dengan individu lain. Bentuk dukungan ini akan membantu individu dalam membangun harga diri dan kompetensi. Bentuk ini khususnya digunakan selama individu menilai stres, seperti ketika seseorang didapatkan menderita suatu penyakit. c) dukungan peralatan (*tangible or instrumental support*) yaitu penyediaan materi untuk pertolongan langsung seperti pinjaman uang, menyediakan waktu untuk menolong individu yang sedang sakit. d) Dukungan emosional yaitu bentuk dukungan membuat individu merasa nyaman, yakin, empati, diperdulikan (*caring*), dicintai, oleh sumber dukungan sosial sehingga individu dapat menghadapi masalah dengan baik.

2.2.9. Faktor-faktor yang mempengaruhi

Kemampuan keluarga memberikan perawatan kepada klien dipengaruhi oleh berbagai faktor. Menurut Green (1980) dalam Notoatmodjo, (2007), faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan meliputi *predisposing factor, enabling, dan reinforcing factor*. a) *Predisposing factor* atau faktor predisposisi atau pemudah. Faktor ini mencakup pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kesehatan, tradisi dan kepercayaan masyarakat terhadap hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan, sistem nilai yang dianut masyarakat, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi (Green, 1980 dalam Notoatmodjo, 2007). Kebutuhan dukungan sosial dipengaruhi oleh sumber stressor, dan sumber koping lainnya seperti aset ekonomi, kemampuan dan ketrampilan individu, teknik pertahanan, usia, gender, status sosial ekonomi, serta karakteristik lingkungan (Laraia, 2005). Berdasarkan uraian ini menunjukkan faktor pendidikan, usia, jenis kelamin, pekerjaan penting untuk diteliti sebagai faktor yang mempengaruhi kemampuan seseorang. b) *Enabling factor* (faktor pemungkin) yaitu mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat, termasuk fasilitas pelayanan kesehatan seperti rumah sakit. Puskesmas, poliklinik, posyandu,

posbindu, pos obat desa, dokter atau bidan praktek swasta. Faktor ini pada dasarnya mendukung atau memungkinkan terwujudnya perilaku kesehatan. c) *Reinforcing factor* (faktor penguat) meliputi sikap dan perilaku tokoh masyarakat (toma), tokoh agama (toga), para petugas kesehatan yang ada di masyarakat. Termasuk undang-undang, peraturan-peraturan baik di pusat maupun di daerah yang terkait dengan kesehatan. Keberadaan mereka sangat dibutuhkan keluarga untuk membantu klien dan anggota keluarga lainnya dalam meningkatkan status kesehatan, seperti Jaminan kesehatan yang dapat digunakan klien dalam melakukan hemodialisa.

2.3. Konsep Terapi Suportif Keluarga

2.3.1. Pengertian

Terapi suportif adalah suatu terapi yang dipilih dan langsung dapat digunakan pada klien dalam keadaan sangat krisis dan mempunyai fungsi yang rendah pada gejala psikologis serta dapat digunakan pada klien dengan gangguan mental (Stuart dan Laraia, 2005). Kelompok suportif merupakan sekumpulan orang-orang yang berencana, mengatur dan berespon secara langsung terhadap isu-isu dan tekanan yang khusus maupun keadaan yang merugikan. Tujuan awal dari grup ini didirikan adalah memberikan suport dan menyelesaikan pengalaman isolasi dari masing-masing anggotanya (Grant-Iramu, 1997 dalam Hunt, 2004). *Supportive group* hampir mirip dengan *self help group*, hanya saja pada *supportive group* fasilitator kelompok merupakan orang profesional yang terlatih dalam pekerjaan sosial, psikologi, keperawatan dan lainnya yang dapat memberikan arti dan aturan kepemimpinan yang benar dalam kelompok.

Demikian pengertian terapi suportif keluarga yang mempunyai anggota keluarga yang sakit GGK yang menjalani hemodialisa adalah mengetahui kemampuan dan pengalaman keluarga dalam menghadapi masalah kesehatan sehingga keluarga mampu memanfaatkan sistem pendukung baik di dalam maupun di luar keluarga. Keluarga mengetahui dan mampu mengekspresikan pengalaman, pikiran, perasaan serta dapat *sharing* dengan keluarga lain.

2.3.2. Tujuan

Tujuan terapi kelompok bervariasi tergantung dari kebutuhan klien dan kemampuan dari terapis dengan mempertahankan hubungan terhadap tingkah laku untuk membantu pengetahuan klien agar menjadi baik (Carson, 2000). Sedangkan menurut Grant-Iramu, 1997 dalam Hunt (2004) maksud didirikannya *supportive group* atau terapi suportif adalah untuk memberikan suport terhadap keluarga sehingga mampu menyelesaikan krisis yang dihadapinya dengan cara membangun hubungan yang bersifat suportif antara klien-terapis, fokus untuk pemulihan, aksi sosial termasuk kebijakan organisasi. Tujuan dan harapan dalam *group* adalah pengalaman kelompok yang positif. Tujuan penting adalah resolusi permasalahan dengan segera, meningkatkan ketrampilan koping keluarga, meningkatkan kemampuan keluarga menggunakan sumber kopingnya, meningkatkan otonomi keluarga dalam keputusan tentang pengobatan, meningkatkan kemampuan keluarga mencapai kemandirian seoptimal mungkin, serta meningkatkan kemampuan mengurangi *distress* subyektif dan respons koping yang maladaptif.

Terapi suportif keluarga merupakan terapi yang sering digunakan di *setting* rumah sakit dan di masyarakat yang pada awalnya dikembangkan oleh Lawrence Rocland (1989, dalam Bedell, dkk., 1997) dan pelaksanaannya ditujukan secara individu. Seiring dengan perkembangan jaman, terapi suportif dapat diberikan secara individu maupun secara kelompok. Terapi suportif juga dapat diberikan secara kelompok pada keluarga (Scott dan Dixon, 1995).

Demikian dalam rangka meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit, pemberian terapi ini sangat tepat karena anggotanya dapat memperoleh dukungan dari anggota yang lainnya sehingga keluarga merasa bebannya berkurang dalam merawat klien. Penerapan terapi ini dapat dimulai dengan membahas masalah yang ringan atau sedang sampai masalah yang berat. Informasi-informasi yang akurat tentang penyakit gagal ginjal kronik,

perubahan setelah dilakukan hemodialisa, cara perawatan di rumah, bantuan medis dan psikologis yang dapat meringankan beban keluarga. Penjelasan ini memperkuat pentingnya diberikan terapi suportif pada keluarga akan kebutuhan dalam merawat anggota keluarga yang sakit. Pemberian terapi ini diharapkan keluarga dapat meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit karena keluarga mendapatkan kesempatan membahas kendala yang dihadapi sesama klien bahkan dapat bertukar pengalaman dengan keluarga lain.

2.3.3. Indikasi

Menurut Kyrouz dan Humphreys (2008) pada klien gangguan jiwa, penurunan berat badan, rehabilitasi karena ketergantungan obat, klien *diabetic*, *caregiver*, kelompok lanjut usia, kanker dan penyakit kronik. Indikasi keperawatan ditemukan pada pasien dengan: a) potensial pertumbuhan dan perkembangan; gangguan kepribadian, gangguan dalam belajar, autisme, tuna grahita, retardasi mental, penurunan berat badan, nervosa bulimia b) masalah keperawatan resiko; resiko bunuh diri, ketidakberdayaan keputusan c) masalah gangguan kesehatan jiwa dan fisik; gangguan jiwa, penyakit fisik seperti penyakit kronis dan terminal (*cancer*) Carson (2000). Menurut Stuart dan Laraia (2005) pada klien schizophrenia, keadaan-keadaan klien yang terbatas dalam perasaan, ansietas, *post trauma syndrome*, gangguan makan, gangguan penyalahgunaan zat dan penyakit-penyakit fisik yang dapat mempengaruhi kondisi psikis.

2.3.4. Manfaat

Manfaat terapi suportif menurut (Kyrouz dan Humphreys, 2008) adalah: a) Anggota kelompok dapat saling memberikan dukungan, menyampaikan alternatif penyelesaian masalah, serta menciptakan kenyamanan antar anggota dengan cara mengatasi masalah yang dihadapi b) Kelompok memberikan kesempatan bagi anggota kelompok mengembangkan cara baru c) Individu dapat melihat bahwa bukan individu sendiri yang mengalami kesulitan, melalui terapi yang diterima anggota kelompok mendapatkan harapan dan bantuan selama

proses terapi. d) adanya iklim saling percaya, anggota kelompok merasa bebas untuk memberikan perawatan/solusi antar anggota e) saat anggota kelompok merasa nyaman, anggota kelompok akan dapat bicara bebas. Menurut Stuart dan Laraia (2005) terapi kelompok dapat memberikan dukungan diantara anggota kelompok dengan berbagai populasi.

2.3.5. Prinsip

Pemberian terapi suportif keluarga ada beberapa prinsip yang harus diperhatikan (Chien, Chan, dan Thompson, 2006), yaitu :a) hubungan saling percaya. Aturan dan cara agar terapi ini berhasil maka diperlukan keterlibatan keluarga secara aktif dalam terapi dan terapispun harus memiliki sifat hangat, empati, fokus, tidak menghakimi, kohesif dan menentramkan (Stuart dan Laraia, 2005). Terapis menganggap klien adalah sebagai *partner* dan memberikan otonomi pada klien secara utuh serta klien mempunyai hak dalam memutuskan tujuan hidupnya. b) memikirkan ide dan alternatif pemecahan masalah. Terapis membantu keluarga menyelesaikan krisis yang sedang dihadapi meskipun krisisnya berat dan cara berbagi ide dan alternative perawatan (Appelbaum, 2005). c) mendiskusikan area tabu (tukar pengalaman mengenai rahasia dan konflik internal secara psikologis). Terapis berperan serta aktif dan langsung dapat memberikan pertolongan pada keluarga untuk meningkatkan fungsi sosial dan ketrampilan kopingnya. Terapis harus mengembangkan pikiran dan perasaan melalui ekspresi verbal (Appelbaum, 2005). d) menghargai situasi yang sama dan bertindak bersama. Terapis menunjukkan rasa empati, ketertarikan atau keseriusan terhadap masalah yang dihadapi keluarga dan tidak pernah menganggap keluarga lebih rendah. Terapis selalu memandang sebagai *partner* atau kedudukan keluarga sejajar dengan terapis agar keluarga bisa lebih terbuka dan mau menerima masukan dari terapis tanpa mengganggu hak otonomi klien. e) adanya sistem dukungan yang membantu (*mutual support and assistance*). Menurut Stuart dan Laraia (2005) terapis menghindari interogasi, konfrontasi, maupun interpretasi, dan selalu merespon pertanyaan anggota. Fokus utama adalah membantu menyediakan atau membangun sistem pendukung. f) pemecahan masalah secara individu.

Dukungan kemampuan diberikan kepada keluarga agar dapat mencapai atau mempertahankan sehat yang adaptif dapat dengan menceritakan setiap perkembangan yang terjadi dalam keluarga. g) *Supportive group* adalah kelompok *self supporting*. anggota *supportif group* berbagi pengetahuan dan harapan terhadap pemecahan masalah serta menemukan solusi melalui kelompok. Pembiayaan untuk pelaksanaan kegiatan ditanggung bersama anggota kelompok.

Kesimpulannya bahwa pemberian terapi suportif keluarga perlu memperhatikan komunikasi dua arah, menghormati pendapat keluarga dan mendorong anggota keluarga untuk saling membantu satu sama lain.

2.3.6. Karakteristik Kelompok dan jumlah anggota

Menurut Townsend (2009) ada beberapa pendapat tentang jumlah anggota dalam terapi kelompok yaitu 4-7 orang, 2-15 orang, 4-12 orang, tetapi lebih efektif dilakukan dengan jumlah 7-8 orang. Pada anggota kelompok yang lebih sedikit akan memungkinkan tidak cukup interaksi, kecuali anggota kelompok cukup komunikatif. Menurut Townsend (2009) jumlah yang besar dapat memberikan kesempatan kepada anggota untuk belajar dari anggota kelompok lain. Kelompok kecil berjumlah 10 -12 orang, homogen, berpartisipasi penuh, mempunyai otonomi, kepemimpinan kolektif, keanggotaan sukarela, non politik dan saling membantu. Jumlah kelompok yang ideal adalah 7-10 orang (Stuart dan Laraia, 2005). Jumlah kelompok adalah yang dinamis antara 10 -15 lebih efektif karena dengan jumlah tersebut akan menstrasfer informasi kesehatan dengan baik, diantaranya tentang topic pengobatan, prevensi, atau tanda-tanda tentang cara manajemen stress (Carson, 2000).

Karakteristik kelompok adalah homogen ditinjau dari diagnose medis, pola perilaku, ras, social ekonomi, latar belakang pendidikan akan lebih efektif. Pada anggota kelompok berpartisipasi penuh dan mempunyai otonomi,

keanggotaannya sukarela dan non politik, setiap anggota saling membantu dan dapat melakukan pertemuan di luar sesi.

Penelitian ini, peneliti menggunakan kelompok dengan jumlah 10-12 orang dalam setiap kelompok. Jumlah ini dianggap efektif untuk sebuah kegiatan yang membutuhkan peran aktif anggotanya dan komunikatif sehingga kegiatan ini dapat berlangsung dan dapat dipertahankan dalam keadaan yang kondusif serta meminimalkan gangguan.

2.3.7. Aturan

Aturan kelompok menurut Fortinash (2004) dalam *supportive group* adalah sebagai berikut Kooperatif, norma dan kohesif, menjaga keamanan dan keselamatan kelompok, mengekspresikan perasaan dan keinginan berbagi pengalaman penggunaan waktu efektif dan efisien, menjaga kerahasiaan, komitmen untuk berubah, mempunyai rasa memiliki, berkontribusi, dapat menerima satu sama lain, mendengarkan, saling ketergantungan, mempunyai kebebasan, loyalitas, dan mempunyai kekuatan. Menurut Stuart dan Laraia (2005) norma berhubungan dengan perilaku, akan menjaga perilaku dengan dasar yang akan datang, sekarang dan hari kemarin. Ini sangat penting untuk diketahui oleh anggota kelompok termasuk kualitas komunikasi dan interaksi antara anggota kelompok. Aturan tersebut termasuk tujuan dan pendekatan, pengontrolan konflik saat terjadi interaksi, interpretasi sosial, adanya ketergantungan antar anggota kelompok, dan adanya kohesif.

2.3.8. Pengorganisasian kelompok

Menurut Stuart dan Laraia (2005) *Leader* adalah perawat harus konsisten dalam memonitor kelompok dan secara hati-hati, membantu anggota kelompok sesuai dengan kemampuan serta tujuan yang akan dicapai. Tugas *leader* adalah a) memimpin jalannya diskusi b) memilih topik pertemuan sesuai dengan daftar masalah bersama dengan anggota kelompok c) menentukan lama pertemuan (120 menit) d) mempertahankan suasana yang bersahabat agar anggota dapat

kooperatif, produktif dan berpartisipasi. e) membimbing diskusi dan menstimulasi anggota kelompok f) memberikan kesempatan peserta untuk mengekspresikan masalahnya, berpartisipasi dan mencegah monopoli saat diskusi dan memahami opini yang diberikan anggota kelompok.

Anggota kelompok adalah klien atau *caregiver* bertugas mengikuti jalannya proses pelaksanaan *supportive group* sesuai dengan yang kesepakatan kelompok dan *leader*. Anggota kelompok juga harus berpartisipasi aktif selama proses kegiatan berlangsung. Memberikan masukan, umpan balik selama proses diskusi, dan melakukan simulasi menggunakan komunikasi terbuka dan saling menghormati antar anggota kelompok (Stuart dan Laraia, 2005).

2.3.9. Waktu pelaksanaan

Menurut Stuart dan Laraia (2005) waktu yang minimal antara 20 sampai 40 menit dan waktu maksimal antara 60 sampai 120 menit pada sesi awal. Waktu tersebut digunakan untuk persiapan, pertemuan inti dan terakhir untuk menyimpulkan dan memberikan rencana tindak lanjut untuk keluarga. Waktu pelaksanaan sesuai dengan kesepakatan kelompok. Pertemuan dilaksanakan seminggu sekali, seminggu dua kali atau dua minggu sekali disesuaikan dengan kebutuhan kelompok. Alokasi waktu yang diperlukan selama kegiatan adalah 50 menit.

Waktu pelaksanaan terapi ini yang dilakukan yaitu dalam seminggu 2 kali, untuk hari Senin dengan Kamis, Selasa dengan Jum'at dan Rabu dengan Sabtu. Waktu yang dibutuhkan antara 40 – 60 menit, saat keluarga menunggu klien menjalani hemodialisa.

2.3.10. Tempat pelaksanaan

Menurut Stuart dan Laraia (2005) dapat dilakukan di *setting* rumah sakit dan di masyarakat sebagai dasar perawatan klien gangguan jiwa. Tempat pelaksanaan terapi ini menggunakan *setting* komunitas dapat dilakukan di rumah salah satu

keluarga, balai pertemuan, ataupun sarana lainnya yang tersedia di masyarakat dan di rumah sakit (Videbeck, 2006).

Penelitian ini dilakukan di ruang tunggu hemodialisa Rumah Sakit PELNI Jakarta, ruangan tersebut memungkinkan karena ruangnya berada di samping ruangan hemodialisa, sehingga keluarga dapat merasakan kenyamanan dan dapat sewaktu-waktu menjenguk klien.

2.3.11. Kegiatan

Kegiatan ini dipimpin oleh perawat, dapat terstruktur atau tidak struktur bervariasi sesuai kebutuhan, seperti alternatif *meeting* dimana waktu dibagi menjadi kegiatan yang terstruktur sesuai dengan alokasi waktu yaitu awal pertemuan, pertemuan inti dan akhir dari pertemuan, dan tidak terstruktur, atau semua pertemuan memiliki alokasi waktu untuk *sharing*, cerita atau setengah pertemuan untuk pembicara cara perawatan klien di rumah atau kegiatan lain.

Kegiatan dapat berupa: *reading* dalam rentang topik: cara perawatan klien gagal ginjal kronik, koping pada saat kritis, *Art* dan *drawing*, *Game* dan latihan, menulis, mendatangkan pembicara / tamu yang berkompeten untuk memberikan materi yang sesuai dengan topik yang disepakati, *Role Play*, *Imaginative* tehnik, *sharing stories* personal dan pengalaman.

Penelitian ini pertemuan terstruktur, yaitu *caregiver* mengisi daftar hadir, menyepakati aturan-aturan dalam kelompok yang telah dibuat bersama-sama, *caregiver* memberikan pengalaman dan *sharing* dengan *caregiver* lain, pertemuan ini dibantu oleh perawat ruangan, yang melakukan intervensi spsialis adalah perawat spesialis.

2.3.12. Pelaksanaan

Strategi pelaksanaan *supportif group* dilaksanakan dalam 4 sesi yakni sesi pertama mengidentifikasi kemampuan keluarga dan sistem pendukung yang ada,

sesi 2 adalah menggunakan sistem pendukung dalam keluarga, sesi 3 adalah sistem menggunakan sistem pendukung di luar keluarga dan sesi 4 adalah mengevaluasi hasil dan hambatan penggunaan sumber. Setiap sesi dapat dilakukan beberapa kali sesuai dengan keberhasilan setiap sesi (Tim Kekhususan Jiwa FIKUI, 2009) yang telah dimodifikasi oleh peneliti sesuai dengan keadaan dan gangguan fisik yaitu pada klien GGK yang menjalani hemodialisa.

Keempat sesi kegiatan tersebut adalah :

Sesi I : Mengidentifikasi kemampuan keluarga dan sumber pendukung yang ada

Kegiatan yang dilakukan adalah mendiskusikan dengan keluarga/*caregiver* tentang masalah yang ada pada masing-masing *caregiver* yang diketahui tentang gagal ginjal kronik, cara yang biasa dilakukan keluarga dalam merawat klien dan hambatan dalam merawat serta sumber pendukung yang ada. *Caregiver* lain untuk memberikan pendapat cara perawatan klien GGK di rumah sehingga dapat *sharing*. Selain itu memotivasi keluarga untuk mengungkapkan pendapat dan pikirannya tentang berbagai macam informasi yang mereka ketahui baik dari tempat pelayanan kesehatan atau dari orang lain yang dapat memperburuk keadaan klien, memberi umpan balik positif kepada keluarga mengenai perawatan anggota keluarga yang mengalami gagal ginjal kronik yang sudah benar dilakukannya selama ini, memberikan reinforcement ke *caregiver* yang telah mampu mengungkapkan pengalaman, dan memberi masukan serta penjelasan mengenai gagal ginjal kronik yang belum diketahui/belum dipahami. Penjelasan tersebut dapat menggunakan *leaflet* atau lembar balik, sehingga keluarga dapat mempelajari sendiri di rumah. Hasil dari sesi pertama adalah kelompok *caregiver* memiliki daftar masalah yang ditulis dalam buku kerja.

Sesi II : menggunakan sistem pendukung dalam keluarga, monitor dan hambatannya

Kegiatan yang dilakukan adalah mendiskusikan dengan keluarga mengenai kemampuan positif menggunakan sistem pendukung dalam keluarga dan

hambatannya, melatih serta meminta keluarga untuk mendemonstrasikan menggunakan sistem pendukung dalam keluarga dengan melibatkan anggota keluarga lainnya. Hasil dari sesi ini adalah memiliki daftar kemampuan dalam menggunakan sistem pendukung yang ada dalam keluarga mampu melakukan *role play* menggunakan sistem pendukung yang ada dalam keluarga, mengetahui cara menggunakan sistem pendukung yang ada dalam keluarga dan mampu memonitor dalam pelaksanaan, hasil serta hambatan menggunakan sistem pendukung yang ada dalam keluarga.

Sesi III: Menggunakan sistem pendukung di luar keluarga, memonitor dan hambatannya

Kegiatan yang dilakukan adalah mendiskusikan dengan *caregiver* mengenai kemampuan positifnya menggunakan sistem pendukung di luar keluarganya yaitu dengan cara meminta bantuan atau dukungan dari tenaga kesehatan dan hambatannya, melatih serta meminta keluarga untuk melakukan demonstrasi cara menggunakan sistem pendukung di luar keluarga dengan melibatkan anggota keluarga lainnya. Hasil dari sesi ketiga ini adalah memiliki daftar kemampuan dan penggunaan sistem pendukung yang ada di luar keluarga.

Sesi IV : mengevaluasi hasil dari hambatan penggunaan sumber

Kegiatan yang dilakukan adalah tiap peserta mengevaluasi pengalaman yang dipelajari dan mencapai tujuan, mendiskusikan hambatan dan kebutuhan yang diperlukan berkaitan dengan penggunaan sumber pendukung yang ada baik di dalam maupun di luar keluarga dan cara memenuhi kebutuhan tersebut serta mendiskusikan kelanjutan perawatan setelah program terapi.

Hasil dari sesi ini *caregiver* mampu mengungkapkan hambatan dan upaya menggunakan dari dalam maupun luar keluarga. Semua hasil tercatat dalam buku kerja.

BAB 3

KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

Bab ini menguraikan kerangka teori, kerangka konsep, hipotesis dan definisi operasional yang memberikan arah pada pelaksanaan penelitian dan analisis data.

3.1. Kerangka Teori

Kerangka teori ini merupakan uraian dari kerangka teoritis yang digunakan sebagai landasan teori dalam penelitian ini. Kerangka teori ini disusun dengan modifikasi konsep-konsep teori yang diuraikan dalam Tinjauan Teoritis yaitu tentang gagal ginjal kronik (GGK), konsep keluarga, dan konsep terapi suportif keluarga.

Gagal ginjal kronik (GGK) merupakan gangguan fungsi ginjal yang progresif dan ireversibel, yang menyebabkan ketidakmampuan ginjal gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan maupun elektrolit, sehingga timbul gejala uremia (retensi urea dan sampah nitrogen lain dalam darah). (Smeltzer, 2005). Etiologi GGK yang menjalani hemodialisa adalah glomerulonefritis, diabetes melitus, obstruksi dan infeksi, hipertensi (Suwitra, 2009). Komplikasi pada GGK yaitu hipertensi, anemia, osteodistrofi renal, payah jantung, asidosis metabolic, gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit (sodium, kalium dan klorida) (Black, 2005).

Hemodialisa adalah suatu mesin ginjal buatan terutama terdiri dari membran semipermeabel dengan darah di satu sisi dan cairan dialysis di sisi lain. Hemodialisa rumatan biasanya dilakukan tiga kali seminggu, dan lama suatu pengobatan berkisar dari 3 sampai 5 jam, bergantung pada jenis sistem dialisis yang digunakan dan keadaan klien (Price, 2006). Tujuan hemodialisa adalah untuk mengambil zat-zat nitrogen yang toksik dari dalam darah dan mengeluarkan air yang berlebihan. Pada hemodialisa, aliran darah yang penuh toksin dan limbah nitrogen dialirkan dari tubuh pasien ke *dialyzer* tempat darah tersebut dibersihkan dan kemudian dikembalikan ke tubuh pasien. Efek hemodialisa adalah dapat menyebabkan hipotensi, emboli udara, pruritus,

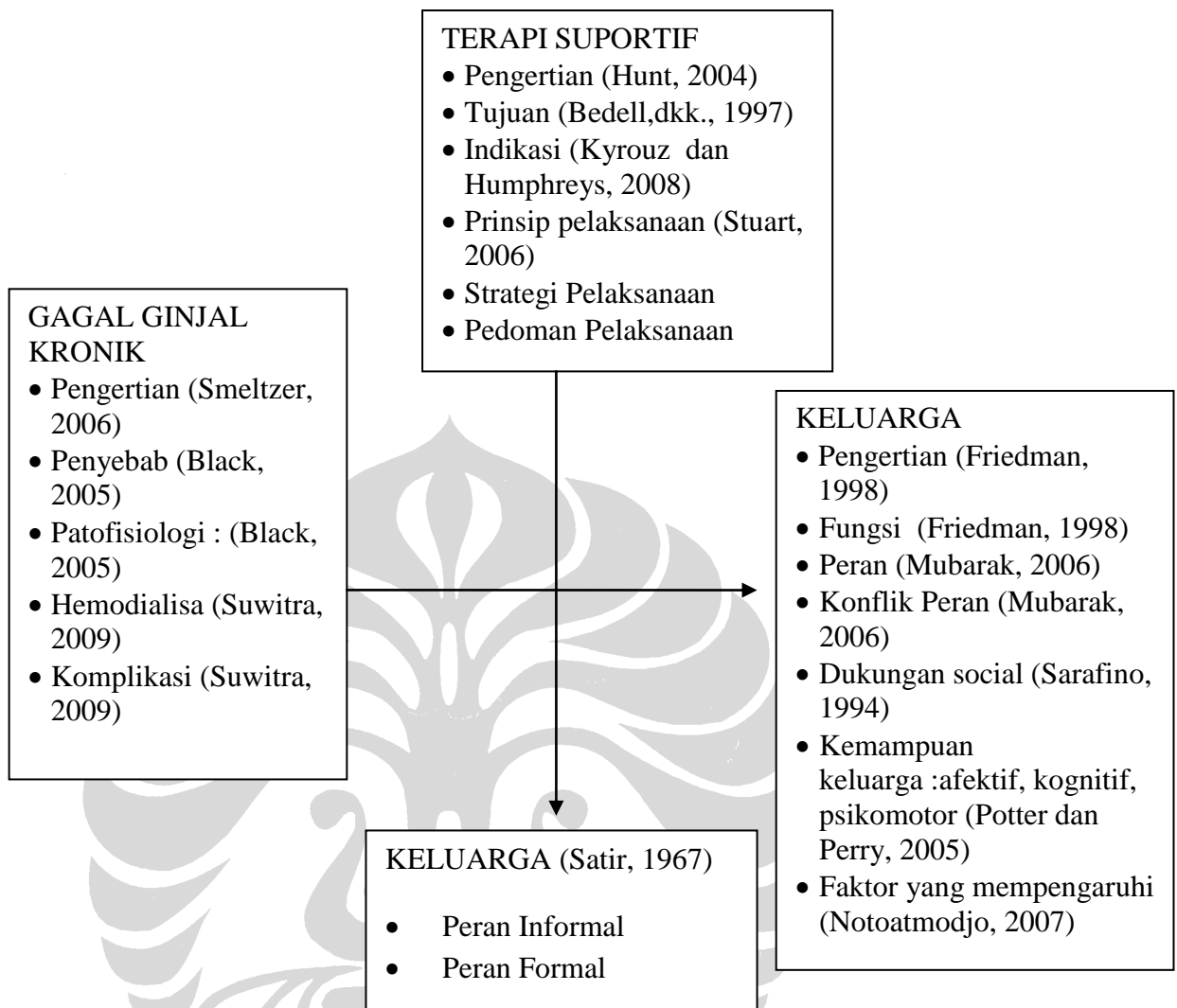
gangguan keseimbangan cairan, kram otot, nyeri dada, aritmia, hemolisis, nyeri kepala, mual dan muntah, pada laki-laki dapat mengakibatkan impotensi (Black, 2005).

Keluarga adalah dua orang atau lebih yang disatukan oleh ikatan-ikatan kebersamaan dan ikatan emosional dan yang mengidentifikasikan diri mereka sebagai bagian dari keluarga (Friedman, 1998). Sedangkan menurut Peraturan Pemerintah nomor 21 tahun 1994 Bab I ayat 1 keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari suami-istri, atau suami, istri dan anaknya, atau ayah dan anaknya, atau ibu dan anaknya.

Menurut Friedman (1998) fungsi keluarga afektif, social, ekonomi, reproduksi dan perawatan kesehatan. Tugas keluarga adalah mengenal, mengidentifikasikan masalah, merawat, mempertahankan lingkungan dan menggunakan fasilitas kesehatan. Dukungan keluarga yaitu informasi, instrument, penghargaan dan emosi.(Sarafino, 1999). Kemampuan keluarga adalah afektif, kognitif, dan psikomotor (Potter dan Perry, 2006). Menurut Green (1980) dalam Notoatmodjo, (2007), faktor- faktor yang mempengaruhi kesehatan meliputi : *predisposing faktor, enabling, dan reinforcing faktor*.

Kelompok suportif merupakan sekumpulan orang-orang yang berencana, mengatur dan berespon secara langsung terhadap isu-isu dan tekanan yang khusus maupun keadaan yang merugikan. Tujuan awal dari grup ini didirikan adalah memberikan suport dan menyelesaikan pengalaman isolasi dari masing-masing anggotanya (Grant-Iramu, 1997 dalam Hunt, 2004). Tujuan penting adalah resolusi permasalahan dengan segera, meningkatkan ketrampilan koping keluarga, meningkatkan kemampuan keluarga menggunakan sumber kopingnya, meningkatkan otonomi keluarga dalam keputusan tentang pengobatan, meningkatkan kemampuan keluarga mencapai kemandirian seoptimal mungkin, serta meningkatkan kemampuan mengurangi *distress* subyektif dan respons koping yang *maladaptive*.

Bagan 3.1. Kerangka Teori



3.2. Kerangka Konsep Penelitian

Berdasarkan kerangka teori di atas, maka konsep penelitian ini adalah :

3.2.1. Variabel *Dependen* (Variabel Terikat)

Variabel dependen adalah variabel yang dipengaruhi atau menjadi akibat karena variabel bebas (Hidayat, 2007). Komplikasi penderita GGK yang menjalani hemodialisa yaitu secara fisik ditemukan hipotensi, emboli udara, pruritus, gangguan keseimbangan cairan, kram otot, nyeri dada, aritmia, hemolisis, nyeri kepala, mual dan muntah, pada laki-laki dapat mengakibatkan impotensi (Black, 2005). Akibat dari komplikasi akan menyebabkan gangguan psikologis diantaranya gangguan harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusan. Gangguan psikologis tersebut dapat mengakibatkan klien mengalami penurunan motivasi karena dengan

rutinitas menjalani hemodialisa dan kebosanan yang mempercepat perburukan kondisi klien.

Kondisi klien yang terus menerus membutuhkan hemodialisa akan berdampak pada finansial keluarga. Dalam satu kali hemodialisa membutuhkan biaya yang cukup besar, walaupun saat ini sudah ada bantuan dari pemerintah untuk klien yang kurang mampu. Namun pada kenyataannya klien tetap membutuhkan biaya untuk transportasi menuju tempat pelayanan kesehatan. Financial yang banyak akan mengganggu perekonomian keluarga dan membuat beban keluarga menjadi sangat berat. Kondisi tersebut akan mempengaruhi keluarga dalam menanggapi stres.

3.2.3. Variabel *Independen* (Variabel Bebas)

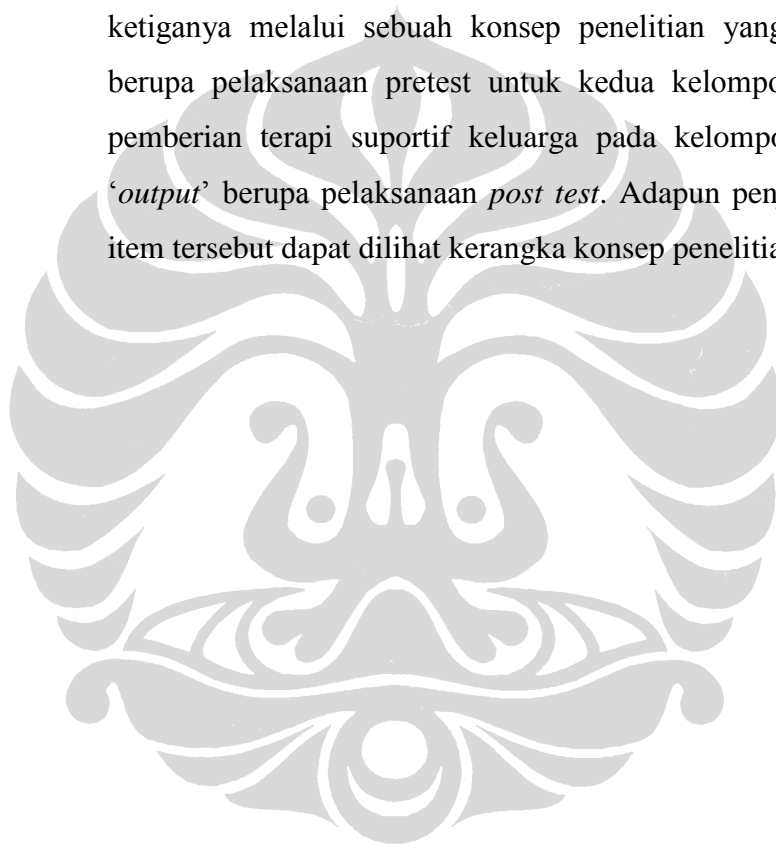
Variabel *independen* merupakan variabel yang menjadi sebab perubahan atau timbulnya variabel dependen (terikat) (Hidayat, 2007). Variabel *independen* dalam penelitian ini adalah terapi suportif keluarga yang diberikan kepada keluarga klien GJK yang menjalani hemodialisa, karena terapi suportif merupakan salah satu jenis psikoterapi untuk memberikan suport terhadap keluarga sehingga mampu menyelesaikan masa krisis yang dihadapinya dengan cara membangun hubungan yang bersifat suportif antara klien-terapis, fokus untuk pemulihan, aksi social termasuk kebijakan organisasi. Tujuan penting adalah resolusi permasalahan dengan segera, meningkatkan ketrampilan koping keluarga, meningkatkan kemampuan keluarga menggunakan sumber kopingnya, meningkatkan otonomi keluarga dalam keputusan tentang pengobatan, meningkatkan kemampuan keluarga mencapai kemandirian seoptimal mungkin, serta meningkatkan kemampuan mengurangi distress subyektif dan respons koping yang maladaptif.

3.2.4. Variabel *Confounding* (Variabel Perancu)

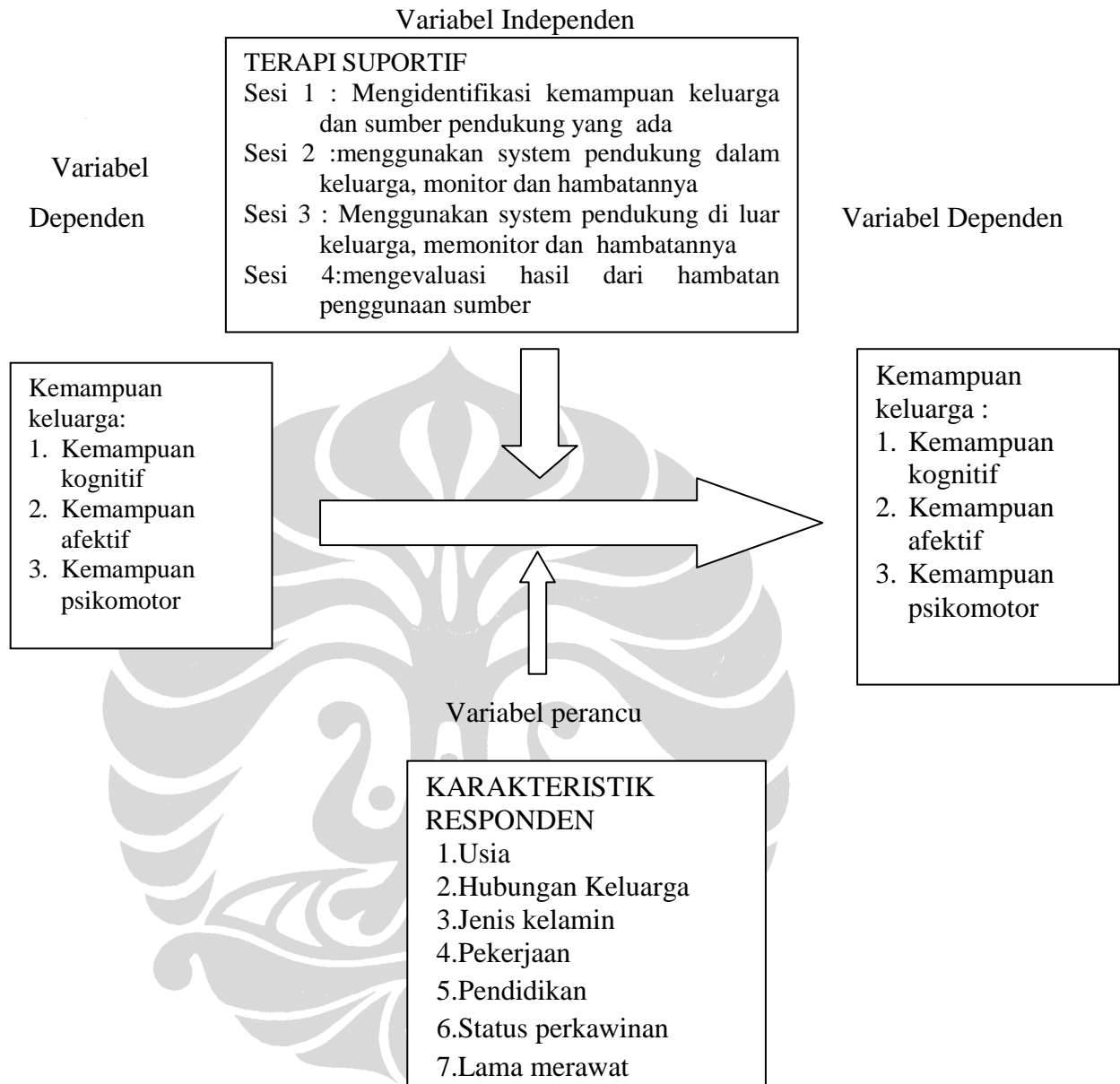
Variabel *confounding* merupakan karakteristik pasien GJK yang menjalani hemodialisa yang dapat mempengaruhi penelitian ini. Beberapa faktor dalam karakteristik responden yang diduga dapat mempengaruhi variabel dependen dan independen dalam penelitian ini, adalah usia terkait dengan

asumsi insiden kemampuan dalam merawat pada tingkatan usia tertentu; jenis kelamin terkait dengan asumsi kemampuan dan pekerjaan pada laki-laki lebih tinggi dari wanita; pekerjaan, pendidikan dan status perkawinan terkait dengan asumsi tingkat kedekatan hubungan keluarga dan finansial; lama sakit dan lama menjalani hemodialisa terkait asumsi dukungan keluarga dan faktor ekonomi.

Ketiga variabel tersebut di atas merupakan variabel yang saling mempengaruhi dalam penelitian ini. Penelitian mencari hubungan antara ketiganya melalui sebuah konsep penelitian yang memuat item '*input*' berupa pelaksanaan pretest untuk kedua kelompok, item '*proses*' yaitu pemberian terapi suportif keluarga pada kelompok intervensi dan item '*output*' berupa pelaksanaan *post test*. Adapun penjabaranan terkait ketiga item tersebut dapat dilihat kerangka konsep penelitian dalam bagan 3.2.



Bagan 3.2 Kerangka Konsep Penelitian



3.3. Hipotesis Penelitian

Hipotesis dapat diartikan sebagai suatu jawaban yang bersifat sementara terhadap permasalahan penelitian, sampai terbukti melalui data yang terkumpul (Arikunto, 2006). Berdasarkan konsep teori yang ada, maka hipotesis yang muncul dalam penelitian ini adalah :

3.3.1. Ada perbedaan terhadap kemampuan keluarga dalam merawat klien GGK yang menjalani hemodialisa setelah diberikan terapi suportif keluarga

Dengan uraian hipotesis alternatif dalam penelitian ini adalah:

- 3.3.1.1. Ada perbedaan kemampuan keluarga dalam merawat klien GGK yang menjalani hemodialisa pada sebelum dan sesudah diberikan terapi suportif pada kelompok intervensi.
- 3.3.1.2. Ada perbedaan kemampuan keluarga dalam merawat klien GGK yang menjalani hemodialisa pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi.
- 3.3.1.3. Ada hubungan karakteristik keluarga dari hubungan keluarga, usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan dan lama merawat klien terhadap kemampuan keluarga dalam merawat klien GGK yang menjalani hemodialisa.

3.4. Definisi Operasional, Variabel Penelitian dan Skala Pengukuran

Definisi operasional adalah mendefinisikan variabel secara operasional dan berdasarkan karakteristik yang diamati, sehingga memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena (Hidayat, 2007). Definisi operasional dalam penelitian ini ditentukan dengan menggunakan parameter yang dijadikan ukuran dalam penelitian yang dapat diuraikan seperti pada tabel 3.3.

**Tabel 3.3. Definisi Operasional Data Demografi (Responden/ Keluarga)
(Variabel *Confounding*, *Dependen*, dan *Independen*)**

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
A Variabel Confounding (Karakteristik Keluarga)					
1.	Usia	Umur responden yang dihitung sejak lahir sampai dengan ulang tahun terakhir.	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang usia responden	Dinyatakan dalam tahun	Rasio
2.	Jenis Kelamin	Merupakan perbedaan dari jenis kelamin responden	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang jenis kelamin responden	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
3.	Hubungan keluarga	Hubungan kekeluargaan antara responden dengan klien terikat secara emosional, ikatan perkawinan, atau ikatan darah	Alat ukur: kuisisioner berupa pertanyaan mengenai hubungan responden dengan klien.	Dinyatakan dengan memilih salah satu pilihan 1. Suami/istri 2. Ayah/Ibu 3. Anak 4. Adik/kakak 5. Paman/bibi	Nominal
4.	Pekerjaan	Usaha yang dilakukan baik di dalam maupun di luar rumah untuk mendapatkan penghasilan/imbala n yang sesuai dengan usahanya	Satu item pertanyaan dalam kuisisioner A tentang pekerjaan responden	1. PNS 2. BUMN 3. Swasta 4. Tidak bekerja	Nominal
5.	Pendidikan	Jenjang pendidikan formal yang telah ditempuh berdasarkan ijazah terakhir yang dimiliki	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang pendidikan terakhir responden	1. SMA 2. Diploma 3. S 1 4. S 2	Ordinal
6.	Status perkawinan	Ikatan yang sah antara laki-laki dan perempuan dalam menjalani kehidupan berumah tangga	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang status perkawinan pasien	1. Kawin 2. Tidak Kawin Catatan : Belum kawin, janda, duda termasuk dalam tidak kawin	Nominal
7.	Lama merawat klien	Jumlah bulan lama keluarga merawat anggota keluarga yang sakit sampai dengan terakhir saat pengambilan data	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang lama sakit responden	Dinyatakan dalam bulan	Rasio

B. Variabel Dependen

8.	Kemampuan keluarga	Kesanggupan seseorang melakukan sesuatu sesuai dengan pengembangan pikirannya			
	a. Kemampuan kognitif	Segala sesuatu yang diketahui keluarga mengenai pengertian sumber dukungan, sumber dukungan dan alasan penggunaan sumber dukungan	Alat ukur kemampuan keluarga kognitif menggunakan kuisioner B no 1-15 pernyataan Likert dengan jawaban diberi nilai 1 untuk responden menjawab sangat tidak setuju, 2 untuk responden menjawab tidak setuju, 3 untuk responden menjawab setuju, 4 untuk responden menjawab sangat setuju	Rentang nilai antara 15-60 dan dinyatakan dengan <i>mean, median, SD, CI</i> 95% dan maksimal—minimal	Interval
	b. Kemampuan afektif	Segala sesuatu yang berkaitan dengan aspek perasaan dan emosi keluarga berupa: kemampuan empati, kemampuan menggunakan sumber dukungan dalam keluarga, kemampuan menggunakan sumber dukungan di luar keluarga	Alat ukur kuisioner B no 1-5 menggunakan Likert dengan jawaban diberi nilai 1 untuk responden menjawab sangat tidak setuju, 2 untuk responden menjawab tidak setuju, 3 untuk responden menjawab setuju, 4 untuk responden menjawab sangat setuju	Rentang nilai antara 5-20 dan dinyatakan dengan <i>mean, median, SD, CI</i> 95% dan maksimal—minimal	Interval
	c. Kemampuan psikomotor	Segala tindakan yang dapat dilakukan keluarga berupa: memberi	Alat ukur kuisioner dari no 1-8 Likert dengan	Rentang nilai antara 8-32 dan dinyatakan dengan <i>mean,</i>	Interval

perhatian, menggunakan sumber dukungan dalam keluarga dan kemampuan menggunakan sumber dukungan di luar keluarga	jawaban diberi nilai 1 untuk responden menjawab sangat tidak setuju, 2 untuk responden menjawab tidak setuju, 3 untuk responden menjawab setuju, 4 untuk responden menjawab sangat setuju	<i>median,SD, CI</i> 95% dan maksimal--minimal
--	---	---

C. Variabel Independen

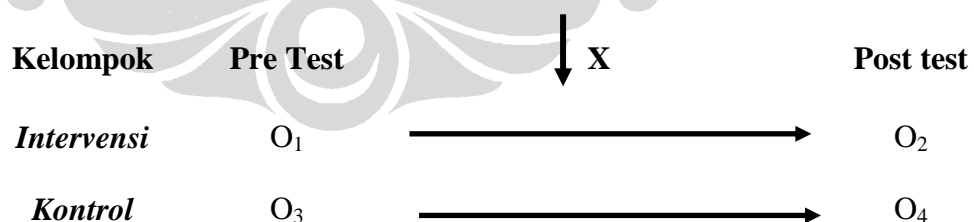
Terapi Suportif	Kegiatan terapi yang dilakukan dengan tujuan memberikan support terhadap keluarga sehingga mampu menyelesaikan krisis yang dihadapinya dengan cara membangun hubungan yang bersifat suportif Terapi ini terdiri 4 sesi / pertemuan. Sesi I : Mengidentifikasi kemampuan keluarga dan sumber pendukung yang ada Sesi II: adalah menggunakan sistem pendukung dalam keluarga, sesi III adalah menggunakan sistem pendukung di luar keluarga dan sesi IV adalah mengevaluasi hasil dan hambatan penggunaan sumber	Buku catatan harian keluarga pasien GGK yang menjalani Hemodialisa dan buku raport terhadap hasil evaluasi terhadap pelaksanaan terapi suportif yang dipegang peneliti.	1. Dilakukan terapi suportif 2. Tidak dilakukan terapi suportif	Nominal
-----------------	---	---	--	---------

BAB 4 METODE PENELITIAN

4.1. Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain penelitian “*Quasi Experimental Pre-Post Test Control Group*” dengan intervensi terapi suportif keluarga. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui kemampuan keluarga dalam merawat klien GGK yang menjalani hemodialisa sebelum dan sesudah diberikan perlakuan atau intervensi berupa pemberian terapi suportif keluarga. Penelitian ini membandingkan dua kelompok keluarga klien GGK yang menjalani terapi hemodialisa di ruang Hemodialisa di RS PELNI Jakarta, yaitu kelompok intervensi (kelompok yang diberikan terapi suportif) dan kelompok kontrol (kelompok yang tidak diberikan terapi suportif) namun diberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan gagal ginjal kronik. Hal ini sesuai dengan pendapat Sastroasmoro dan Ismael (2008) yang menyatakan bahwa pada penelitian eksperimen, peneliti melakukan alokasi subyek yang diberikan perlakuan, dan mengukur hasil (efek) intervensinya. Adapun skema pelaksanaan tergambar dalam bagan berikut di bawah ini.4.1.

Bagan 4.1.
Rancangan Penelitian



Keterangan:

- X : Perlakuan (intervensi) Terapi Suportif Keluarga
- O₁ : Kemampuan keluarga pada kelompok intervensi sebelum mendapatkan terapi suportif

- O₂ : Kemampuan keluarga pada kelompok intervensi sesudah mendapatkan terapi suportif.
- O₃ : Kemampuan keluarga pada kelompok kontrol sebelum kelompok intervensi mendapatkan perlakuan terapi suportif.
- O₄ : Kemampuan keluarga pada kelompok kontrol setelah kelompok intervensi mendapatkan perlakuan terapi suportif.
- O₂ - O₁: Kemampuan keluarga setelah dilakukan terapi suportif pada kelompok intervensi
- O₄-O₃ : Perubahan kemampuan keluarga pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah kelompok intervensi mendapatkan perlakuan terapi suportif.
- O₂-O₄ : Adanya perbedaan kemampuan keluarga antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi setelah mendapatkan terapi suportif.

4.2. Populasi dan Sampel Penelitian

4.2.1. Populasi

Populasi adalah sejumlah besar subjek penelitian yang mempunyai karakteristik tertentu yang disesuaikan dengan ranah dan tujuan penelitian (Sastroasmoro dan Ismael, 2008). Pendapat lain menyatakan populasi adalah seluruh set individual atau elemen yang memenuhi kriteria *sampling* (Burn dan Grove dalam Hamid, 2008). Populasi penelitian ini adalah keluarga klien GGK yang menjalani terapi hemodialisa rutin di ruang Hemodialisa Rumah Sakit PELNI Jakarta pada bulan Maret 2011 yang berjumlah 138 klien. Setelah dilakukan identifikasi tidak semua klien diantar oleh keluarga dan peneliti menentukan sampel setiap kelompok 11 sampai 12 responden.

Menurut data dari bagian rekam medik Rumah Sakit PELNI Jakarta yang menjelaskan bahwa jumlah rata-rata klien yang menjalani terapi hemodialisa di ruangan ini dalam kurun waktu 2 bulan

terakhir (Desember 2010 – Januari 2011) sejumlah 138 klien setiap minggu. Ruang Hemodialisa di Rumah Sakit PELNI baru pindah pada tahun 2008 berada di lantai 3 Poliklinik. Awalnya di samping ruang ICU dan dengan penambahan mesin sebanyak 7 mesin. Mesin hemodialisa yang tersedia sudah 27 mesin dan selalu penuh pada siang hari. Pembagian 2 mesin untuk klien klien yang HBSAg positif dan 25 untuk klien umum.

4.2.2. Sampel Penelitian

Sampel penelitian adalah sebagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi atau mewakili dari populasi yang diteliti. Sampel harus dapat menggambarkan populasi yang sebenarnya dan jumlah sampel atau subjek sangat menentukan manfaat penelitian (Sastroasmoro dan Ismael, 2008). Menurut Sastroasmoro dan Ismael (2008) sampel yang digunakan dalam penelitian harus memenuhi inklusi, yakni karakteristik umum subjek penelitian pada populasi. Semakin besar sampel maka semakin representatif sampel tersebut, karena semakin mendekati jumlah populasi. Sampel penelitian ini adalah keluarga/*caregiver* yang mempunyai anggota keluarga GGK yang tercatat sebagai klien tetap yang menjalani terapi hemodialisa di ruang Hemodialisa Rumah Sakit PELNI Jakarta dengan kriteria inklusi sebagai berikut:

- a. *Caregiver* yang masih mempunyai ada hubungan keluarga pada keluarga klien GGK yang rutin menjalani hemodialisa di Rumah Sakit PELNI Jakarta
- b. Bersedia jadi responden
- c. *Caregiver* berpendidikan minimal SLTA

Teknik pengambilan sampel merupakan suatu proses seleksi sampel yang digunakan dalam penelitian dari populasi yang ada, sehingga jumlah sampel akan mewakili keseluruhan populasi yang ada (Hidayat, 2007). Dalam penelitian ini teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *Consecutive sampling* yaitu pengambilan sampel berdasarkan pada semua

subyek yang datang dan memenuhi kriteria pemilihan dimasukkan dalam penelitian sampai jumlah subyek yang diperlukan telah terpenuhi (Sastroasmoro dan Ismael, 2008). Besar sampel dalam penelitian ditentukan berdasarkan jumlah populasi berdasarkan rumus besar sampel (Lemeshow, S. et al., 1990) sebagai berikut:

Keterangan:
$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2} P(1-P) \cdot N}{d^2(N-1) + Z^2_{1-\alpha/2} P(1-P)}$$

n : Besar sampel

N : Besar populasi

Z_{1- α/2} : Harga kurva normal tingkat kesalahan yang ditentukan dalam penelitian pada (α = 0,1 = 1,65)

P : estimasi proporsi populasi 50%

d : toleransi deviasi yang dipilih yaitu 10%

Berdasarkan perhitungan dengan menggunakan rumus diatas, maka:

$$n = \frac{1,65 \times 0,5(1-0,5) \times 138}{0,1^2 \times (138-1) + 0,5(1-0,5) \cdot (1-0,5)}$$

$$n = 40,0836 \text{ dibulatkan menjadi } 40$$

Maka besar sampel untuk penelitian ini adalah 40 responden untuk setiap kelompok baik kelompok intervensi maupun kelompok kontrol.

Dalam upaya mengantisipasi kemungkinan adanya *drop out* dalam proses penelitian, maka perlu penambahan jumlah sampel agar besar sampel tetap terpenuhi dengan rumus berikut ini (Sastroasmoro dan Ismael, 2008):

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

Keterangan :

n' : Ukuran sampel setelah revisi

n : Ukuran sampel asli

1 - f : Perkiraan proporsi *drop out*, yang diperkirakan 10 % (f = 0,1)

maka :

$$n = \frac{40}{(1 - 0,1)}$$

$$n = 44,4444 \text{ dibulatkan menjadi } 45$$

Berdasarkan rumus tersebut diatas, maka jumlah sampel akhir yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah 45 responden untuk setiap kelompok (45 kelompok intervensi dan 45 untuk kelompok kontrol), sehingga jumlah total sampel adalah 90 responden. Selama penelitian berlangsung, peneliti dapat mencapai jumlah sampel sesuai dengan yang diinginkan yaitu sejumlah 90 responden.

Teknik pengambilan sampel, peneliti telah menentukan subyek pada klien GGK yang menjalani hemodialisa pada hari Senin dan Selasa diambil sebagai kelompok intervensi dan untuk hari Rabu pagi dan sore sebagai kelompok kontrol. Peneliti menggunakan cara ini karena populasi sudah diketahui dan tidak terlalu banyak serta mempertimbangkan jumlah populasi yang ada untuk menghindari bias. Setiap anggota populasi memiliki kesempatan yang sama untuk menjadi sampel dalam penelitian ini.

4.2.3.Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Ruang Hemodialisa Rumah Sakit PELNI Jakarta, dengan alasan di Rumah Sakit PELNI belum pernah dilakukan suatu terapi spesialis keperawatan khususnya keperawatan jiwa..

4.2.4.Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan selama empat minggu (16 Mei sampai dengan 4 Juni 2011)

4.2.5.Etika Penelitian

Sebelum penelitian dilakukan, peneliti menyampaikan surat ijin ke Direktur utama Rumah Sakit PELNI dan dilanjutkan ke kepala ruang hemodialisa. Peneliti menyampaikan tujuan dan waktu penelitian termasuk responden yang dipilih yaitu *caregiver* yang mengantar anggota keluarganya menjalani hemodialisa ke beberapa perawat yang saat itu dinas dan mohon disampaikan

ke perawat lainnya. Semua responden yang menjadi subjek penelitian akan diberikan informasi tentang rencana, tujuan, manfaat dan gambaran umum serta peran yang diharapkan dari responden melalui informal tertulis kepada Kepala Ruang Hemodialisa. Semua responden berhak untuk menerima atau menolak sebagai responden dibuktikan dengan responden menandatangani *inform consent* atau tidak menandatangani.

Menurut Hamid (2008) etika penelitian terhadap subyek penelitian ini juga meliputi penjelasan tentang manfaat penelitian bagi responden (*beneficence*) dimana responden dijelaskan tentang manfaat terapi suportif; hak dan martabat responden dihormati dimana peneliti menjunjung tinggi kebebasan hak responden mengikuti penelitian tanpa adanya paksaan atau efek yang merugikan bagi responden; hak privasi klien dijaga dan dihormati dimana selama pengumpulan data dan pelaksanaan intervensi terapi suportif peneliti berupaya menjaga privasi responden. Penelitian ini, *caregiver* diberikan penjelasan tentang terapi suportif baik tujuan, manfaat, jumlah sesi, waktu dan lama terapi. *Caregiver* mempunyai kebebasan dan tidak memaksa responden untuk tidak mengikuti atau tidak melanjutkan terapi.

Anonimitas (kerahasiaan data demografi) dimana hasil kuisioner diberikan kode responden yang hanya diketahui oleh peneliti, data *caregiver* tidak diberi nama hanya diberi kode yang hanya diketahui oleh peneliti serta peneliti menyampaikan ke *caregiver* untuk tidak menceritakan atau membocorkan data-data yang diperlukan. Peneliti menyampaikan data tersebut akan tetap dirahasiakan dan tidak diceritakan kepada siapapun. Setelah penelitian selesai, data tersebut akan dimusnahkan.

Confidentiality dilakukan dimana seluruh data hasil penelitian hanya diketahui oleh peneliti dan jika sudah selesai digunakan, maka data dimusnahkan. Peneliti menjaga rahasia identitas *caregiver*. Untuk menjaga kerahasiaan *caregiver*, semua responden diberikan lembar pernyataan dalam amplop. Azas adil (*justice*) juga dilakukan oleh peneliti, di mana kedua

kelompok diberikan intervensi keperawatan. Peneliti akan memberikan terapi suportif pada kelompok intervensi dan untuk kelompok kontrol diberikan terapi generalis berupa memberikan pendidikan kesehatan tentang cara perawatan klien GGK yang menjalani hemodialisa di rumah.

4.2.6. Alat Pengumpul Data

Pengumpulan data merupakan hal yang menentukan dalam sebuah penelitian. Pemilihan instrument yang tepat dan sesuai akan memberikan hasil informasi yang memuaskan dan dapat mengurangi bias. Pada pengumpulan data primer, peneliti menggunakan kuisisioner. Pada penelitian ini, peneliti menggunakan dua kuisisioner untuk *caregiver* dan klien sebagai berikut:

Kuisisioner A : mengenai karakteristik *caregiver* berisi tentang hubungan keluarga, usia, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan terakhir, status perkawinan, lama merawat klien. Cara mengisi kuisisioner adalah, pada usia diisi dalam jumlah tahun, lama merawat klien diisi dalam jumlah bulan. Sedangkan jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, hubungan dengan keluarga memilih salah satu jawaban dengan cara memberikan silang.

Pada kuisisioner B untuk *caregiver*, peneliti menggunakan kuisisioner untuk mengukur kemampuan afektif, kognitif dan psikomotor menggunakan konsep domain Bloom (1956) yang telah dikembangkan oleh Oshima (2005) mengenai *family support system*. Penelitian Oshima, instrumen mengenai afektif terdiri dari 25 pernyataan, sedangkan dalam penelitian Hernawaty telah dimodifikasi yang disesuaikan dengan pengukuran kemampuan afektif, kognitif dan psikomotor terdiri dari 15 pernyataan pada setiap kemampuan. Semua pernyataan dalam bentuk skala *Likert*. Bila jawaban sangat setuju nilai 4, setuju diberi nilai 3, tidak setuju diberi nilai 2, sangat tidak setuju diberi nilai 1, pernyataan *favorable* terdapat pada kuisisioner kemampuan kognitif no 1 – 15, kemampuan afektif pada

pernyataan no 1,6,7,10,11,13 dan no 15. Untuk kemampuan psikomotor terdapat pada no 1, 5 – 15. Pernyataan *unfavorable* bila jawaban sangat tidak setuju nilai 4, tidak setuju nilai 3, setuju nilai 2 dan sangat setuju nilai 1 terdapat pada kuisioner B kemampuan afektif no 2-5, 8, 9, 12 dan 14. Untuk kemampuan psikomotor terdapat pada no 2, 3 dan 4. Responden memberikan *checklist* (√).

4.2.7. Uji Coba Instrumen Penelitian

Uji coba instrumen dilakukan untuk melihat validitas dan reliabilitas alat pengumpul data sebelum instrumen digunakan. Uji coba ini dilakukan pada 15 orang responden yaitu pada keluarga/*caregiver* tentang kemampuan keluarga dalam merawat klien GGK yang menjalani hemodialisa pada responden yang berbeda dan jadwal terapi hemodialisa pada hari yang berbeda dengan mempertimbangkan karakteristik yang hampir sama dengan responden pada keluarga. Yaitu pada *caregiver* yang mengantar klien pada hari Rabu pagi dan sore.

Instrumen penelitian yang digunakan merupakan alat yang dipakai untuk mengumpulkan data yang merupakan lembar kuisioner penelitian. Instrumen ini meliputi kuisioner A yang berisi data demografi responden dan kuisioner B yang berisi pernyataan-pernyataan tentang kemampuan keluarga. Instrumen ini telah dimodifikasi peneliti yaitu peneliti yaitu kuisioner demografi responden dan kuisioner kemampuan keluarga merawat klien GGK yang menjalani hemodialisa. Instrumen penelitian ini telah dikonsultasikan dengan pembimbing yang merupakan pakar Keperawatan Jiwa di Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia dan telah diuji terhadap tingkat validitas reliabilitasnya. Uji validitas dalam penelitian ini menggunakan uji korelasi *Pearson Product Moment* dengan hasil valid apabila nilai r hasil (kolom *corrected item – total correlation*) antara masing-masing item pernyataan lebih besar dari r tabel (Hastono, 2007).

Reliabilitas instrumen merujuk pada konsistensi dari pengukuran itu sendiri. Konsistensi terjadi antara item dalam tes yang sama, antara dua bentuk instrument yang sama yang diberikan pada waktu yang berbeda. Dengan kata lain reliabilitas adalah antara ketergantungan, stabilitas, konsistensi, prediktabilitas (dapat diramalkan), akurasi. Reliabilitas adalah seberapa konsisten suatu teknik pengukuran mengukur konsep yang diteliti (Hamid, 2008). Instrumen yang reliabel adalah instrumen yang bila digunakan beberapa kali untuk mengukur obyek yang sama akan menghasilkan nilai yang sama. Uji reliabilitas dipandang sebagai pengukur besarnya kesalahan acak dalam teknik pengukuran yang erat hubungannya dengan karakteristik ketergantungan, konsistensi, ketepatan dan perbandingan. Karena semua teknik pengukuran mengandung kesalahan acak, tingkat reliabilitas biasanya ditampilkan dalam bentuk *correlation coefficient*, dengan 1,00 menunjukkan reliabilitas sempurna dan 0,00 menunjukkan tidak reliabel. Untuk instrument yang sudah dikembangkan dengan baik, tingkat koefisien terendah yang diterima adalah 0,80. Sedangkan instrumen yang baru dikembangkan, biasanya reliabilitas 0,70 masih dianggap *reliable* (Burns dan Grove, 1997 dalam Hamid, 2008). Uji reliabilitas berfokus pada tiga aspek yaitu stabilitas (*stability*), kesetaraan (*equivalence*), dan homogenitas (*homogeneity*).

Hasil uji instrumen kemampuan kognitif *reliable* dengan nilai *Cronbach's Coefficient-Alpha* sebesar $r = 0,883$ dibandingkan dengan r tabel (*Cronbach's Alpha if item deleted*) didapatkan semua *reliable*. Hasil uji instrumen kemampuan afektif *reliable* dengan nilai *Cronbach's Coefficient-Alpha* sebesar $r=0,328$ didapatkan yang *reliable* pada item nomor 2, 3,4, 5 dan 6 dibandingkan nilai r table. Hasil uji instrumen kemampuan keluarga psikomotor *reliable* dengan nilai *Cronbach's Coefficient-Alpha* 0,502 dibandingkan r table 0,228. Didapatkan nilai *reliable* pada nomor 5,6, 8, 10, 11, 12, 13 dan 15. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa instrumen penelitian yang digunakan valid.

Tabel 4.1
Uji coba instrument Penelitian

Variable Kemampuan	Sebelum diuji	Setelah diuji
Kognitif	15	15
Afektif	15	5
Psikomotor	15	8

4.2.8. Prosedur Pengambilan Data

4.2.8.1. Tahap Persiapan

Langkah awal peneliti adalah mengurus ijin penelitian dari mulai FIK UI dan dari Rumah Sakit PELNI Jakarta. Setelah mendapatkan ijin, peneliti mengidentifikasi jumlah keluarga yang mengantar klien GGK yang menjalani hemodialisa yang memenuhi inklusi sampel penelitian. Setelah mendapatkan izin, peneliti melakukan uji kuisisioner yang dilanjutkan dengan melaksanakan pengambilan data (*pre test*) pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol yang dalam hal ini peneliti dibantu oleh 4 orang perawat ruangan yang sebelumnya telah mendapatkan penjelasan cara mengisi kuisisioner tersebut. Penjelasan ini dilakukan untuk menghindari *misspersepsi*. Setiap responden diberikan waktu yang cukup untuk menjawab seluruh pernyataan yang ada dalam kuisisioner. Bila responden mengalami kesulitan dalam memahami pernyataan-pernyataan dalam kuisisioner, maka perawat ruangan membantu (mendampingi) responden. Kegiatan ini juga disertai dengan peneliti memberikan *role play* terhadap kemampuan perawat dengan mengobservasi saat mereka melakukan pengambilan data dengan memberikan dan menjelaskan kuisisioner pada responden. Setelah data terkumpul, peneliti dibantu dengan keempat perawat ruangan tersebut melakukan pengecekan terhadap kuisisioner, bila kuisisioner belum lengkap maka responden dianjurkan untuk mengisinya. Kemudian peneliti menentukan kelompok kontrol dan kelompok intervensi tanpa bantuan perawat ruangan. Kemudian menentukan

jumlah responden pada setiap kelompok terdiri dari 11 - 12 responden pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol.

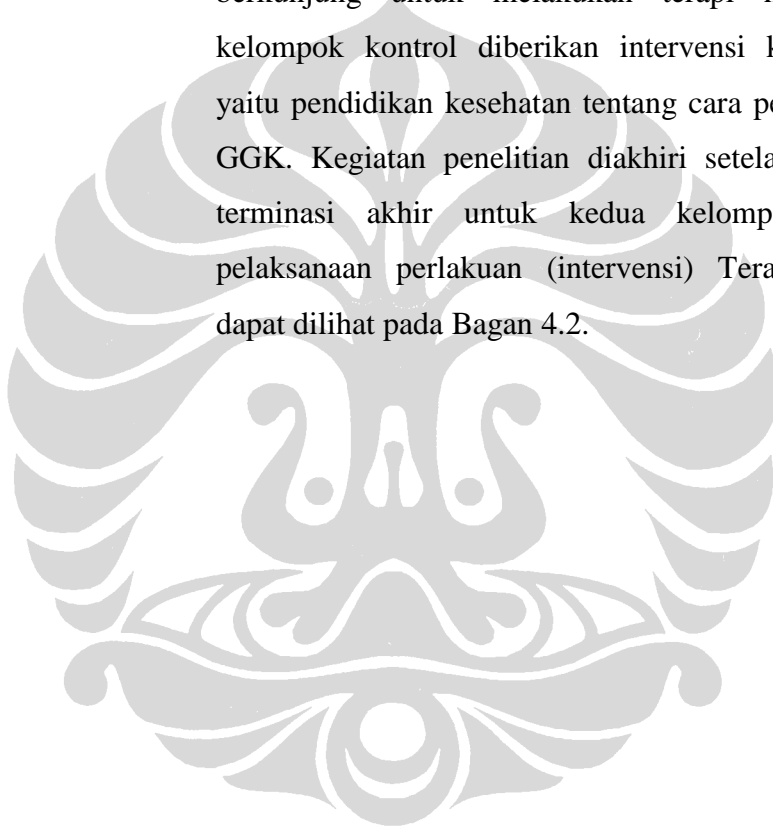
4.2.8.2. Tahap Pelaksanaan

Keluarga yang sebagai responden dikumpulkan di ruang samping hemodialisa. Tahap ini dilaksanakan *pre test*, pelaksanaan terapi dan *post test*. Setelah menandatangani *inform consent*, selanjutnya dilakukan *pre test* dengan diberikan instrumen data demografi (A), instrumen B untuk kemampuan keluarga baik kognitif, afektif dan psikomotor. Responden tinggal memberi tanda *checklist* pada kolom yang disediakan. Setelah mengisi kuisisioner, responden diminta menyerahkan kembali kuisisioner *pre test* yang telah diisi.

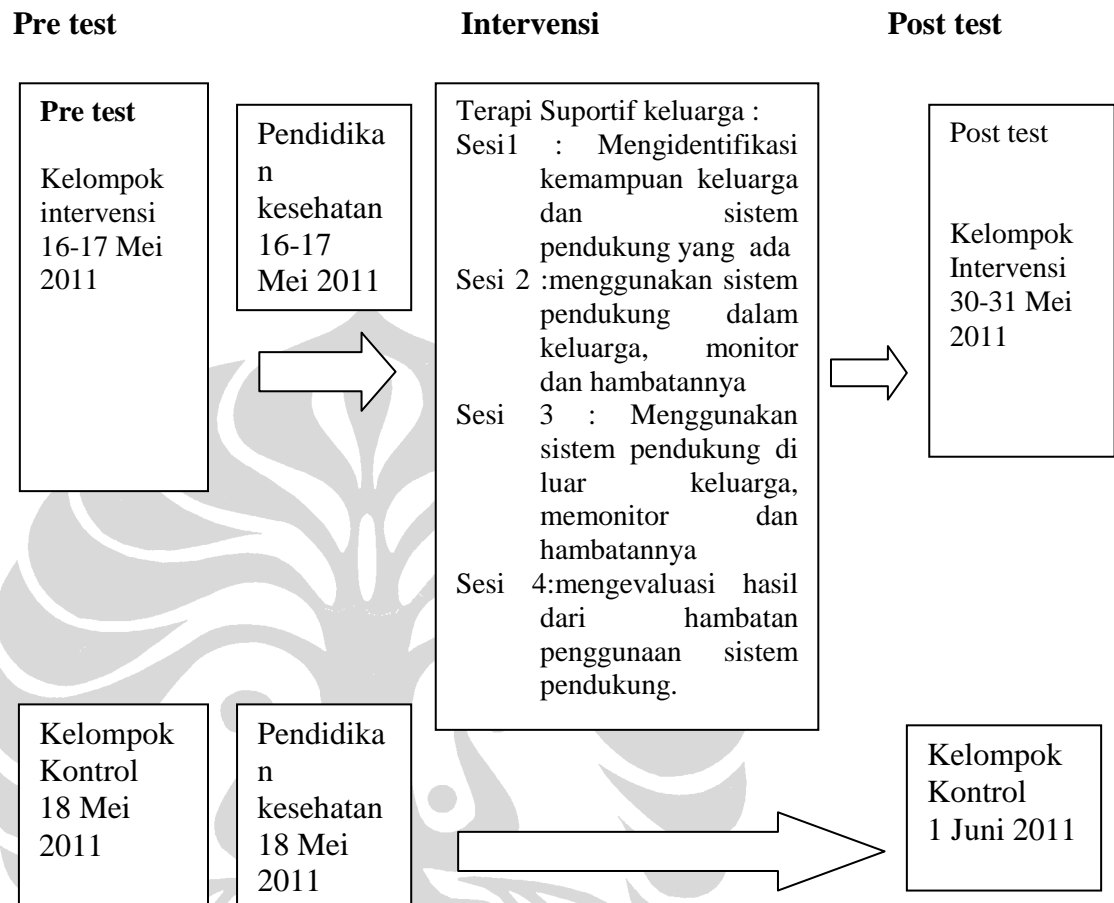
Selanjutnya peneliti memberikan penjelasan kepada keluarga sebelum dilakukan terapi suportif akan diberikan pendidikan kesehatan oleh perawat ruangan dalam 1 kali pertemuan setiap kelompok. Pelaksanaan intervensi terapi suportif terdiri dari 4 sesi. Setiap sesi dapat dilakukan 1 kali pertemuan pada setiap kelompoknya. Untuk kelompok hari Senin pagi terdiri dari 11 keluarga mulai jam 10.00 – 11.00, pada kelompok sore hari terdiri dari 12 keluarga dengan pemberian terapi jam 15.00 – 16.00 kelompok hari selasa pagi terdiri dari 11 keluarga mulai jam 10.00 – 11.00 dan untuk kelompok sore dilakukan jam 15.00 – 16.00 terdiri dari 11 keluarga. Peneliti menggunakan waktu tersebut sudah sesuai dengan kondisi ruangan, dengan asumsi sebelum jam tersebut biasanya klien GGK sedang diberikan suntikan vitamin dan masih dalam masa transisi antara pemakaian alat hemodialisa dengan kondisi klien sehingga keluarga tidak berani meninggalkan klien. Bila dilakukan setelah jam 11 pada pagi hari biasanya klien merasakan pegal bahkan kram pada tubuhnya, sehingga keluarga selalu mendampingi klien.

Pelaksanaan terapi menggunakan modul dan buku kerja yang sudah dirancang oleh peneliti sebelumnya dan telah dimodifikasi sesuai dengan tujuan penelitian. Setelah sesi keempat dilaksanakan, maka dilanjutkan dengan kegiatan *post test* untuk kelompok intervensi.

Kegiatan *post test* untuk kelompok kontrol dilaksanakan pada pertemuan kelima saat keluarga mengantar klien GGK datang berkunjung untuk melakukan terapi hemodialisa. Untuk kelompok kontrol diberikan intervensi keperawatan generalis yaitu pendidikan kesehatan tentang cara perawatan klien dengan GGK. Kegiatan penelitian diakhiri setelah peneliti melakukan terminasi akhir untuk kedua kelompok. Kerangka kerja pelaksanaan perlakuan (intervensi) Terapi Suportif keluarga dapat dilihat pada Bagan 4.2.



Bagan 4.2.
Kerangka Kerja Terapi Suportif Keluarga terhadap kemampuan keluarga dalam merawat klien GGK yang menjalani hemodialisa



Pada tahap ini, peneliti dibantu oleh perawat ruangan telah melakukan intervensi generalis pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. pemberian terapi suportif yang memiliki 4 sesi kepada responden kelompok intervensi, yaitu:

a. Sesi I : Mengidentifikasi kemampuan keluarga dan sistem pendukung yang ada

Kegiatan yang dilakukan adalah mendiskusikan dengan keluarga tentang masalah yang ada pada masing-masing peserta yang diketahui tentang gagal ginjal kronik, cara yang biasa dilakukan keluarga dan hambatan dalam merawat serta penggunaan sistem pendukung yang ada. Selain itu

memotivasi keluarga untuk mengungkapkan pendapat dan pikirannya tentang berbagai macam informasi yang mereka ketahui, memberi umpan balik positif kepada keluarga mengenai perawatan anggota keluarga yang mengalami gagal ginjal kronik yang sudah benar dilakukannya selama ini, dan memberi masukan serta penjelasan mengenai gagal ginjal kronik yang belum diketahui/belum dipahami. Hasil dari langkah pertama adalah kelompok memiliki daftar masalah. Sesi 1 dapat dilakukan dalam 1 kali pertemuan sesuai dengan evaluasi akhir.

b. Sesi II : menggunakan sistem pendukung dalam keluarga, monitor dan hambatannya

Kegiatan yang dilakukan adalah mendiskusikan dengan keluarga mengenai kemampuan positif menggunakan sistem pendukung dalam keluarga dan hambatannya, melatih serta meminta keluarga untuk mendemonstrasikan menggunakan sistem pendukung dalam keluarga dengan melibatkan anggota keluarga lainnya. Hasil dari sesi ini adalah memiliki daftar kemampuan dalam menggunakan sistem pendukung yang ada dalam keluarga, mampu melakukan *role play* tentang cara menggunakan sistem pendukung yang ada dalam keluarga, mengetahui cara menggunakan sistem pendukung yang ada dalam keluarga dan mampu memonitor dalam pelaksanaan, hasil serta hambatan menggunakan sistem pendukung yang ada dalam keluarga. Sesi ini dapat dilakukan dalam 1 kali pertemuan.

c. Sesi III: Menggunakan sistem pendukung di luar keluarga, memonitor dan hambatannya

Kegiatan yang dilakukan adalah mendiskusikan dengan keluarga mengenai kemampuan positifnya menggunakan sistem pendukung di luar keluarganya dan hambatannya, melatih serta meminta keluarga untuk melakukan demonstrasi cara menggunakan sistem pendukung di luar keluarga dengan melibatkan anggota keluarga lainnya. Hasil dari sesi ke tiga ini adalah memiliki daftar kemampuan dan menggunakan

sistem pendukung yang ada di luar keluarga. kegiatan dalam sesi ini dapat dilakukan dalam 1 kali pertemuan.

d. Sesi IV : mengevaluasi hasil dari hambatan penggunaan sumber

Kegiatan yang dilakukan adalah tiap peserta mengevaluasi pengalaman yang dipelajari dan mencapai tujuan, mendiskusikan hambatan dan kebutuhan yang diperlukan berkaitan dengan penggunaan sumber pendukung yang ada baik di dalam maupun di luar keluarga dan cara memenuhi kebutuhan tersebut serta mendiskusikan kelanjutan perawatan setelah program terapi. Hasil dari sesi ini keluarga mampu mengungkapkan hambatan dan upaya menggunakan dari dalam maupun luar keluarga. Sesi ini dilakukan dalam 1 kali pertemuan. Setelah sesi 4 ini, maka responden untuk dianjurkan tetap mengikuti pertemuan – pertemuan sejenis seperti *Self Help Group*.

Waktu pelaksanaan terapi suportif untuk kelompok intervensi di setiap pertemuan dibuat berdasarkan kesepakatan antara peneliti dengan responden. Hal ini mempertimbangkan kesempatan keluarga mengantar klien menjalani hemodialisa. Proses pemberian terapi suportif, peneliti mengamati kemampuan responden dalam pembuatan catatan harian secara mandiri. Melalui buku catatan harian responden, peneliti mencatat hasil evaluasi respon keluarga terhadap pelaksanaan terapi suportif pada buku kerja perawat. Penjelasan pelaksanaan terapi suportif dalam penelitian ini dapat dilihat pada Modul Pelaksanaan Terapi Suportif.

Untuk kelompok kontrol, peneliti tidak memberikan intervensi pemberian terapi suportif, namun hanya diberikan intervensi keperawatan generalis oleh perawat ruangan yang telah dilatih dan diberikan contoh (*role play*) sebelumnya oleh peneliti yaitu pendidikan kesehatan tentang cara merawat klien GGK yang menjalani hemodialisa di rumah.

Setelah proses intervensi terapi suportif diberikan pada responden kelompok intervensi, maka peneliti melakukan kegiatan *post tes* dengan memberikan kembali kuisisioner B pada responden. Pelaksanaan *post test* untuk responden pada kelompok intervensi dilakukan setelah sesi 4, yaitu untuk kelompok Senin – Kamis dilakukan pada hari senin pada minggu berikutnya, untuk kelompok Selasa – Jum'at dilakukan pada hari Selasa pada minggu berikutnya, sedangkan untuk kelompok kontrol dilakukan pada kunjungan ke lima setelah diberikan kuisisioner 1 (*pre test*). Kegiatan *post tes* ini bertujuan untuk mengevaluasi adanya perubahan terhadap kemampuan keluarga dalam merawat klien setelah diberikan terapi suportif pada kelompok intervensi.

4.2.9. Analisa Data

Analisa data dilakukan dengan mencermati banyaknya tanda *checklist* (✓) dalam setiap kolom. Jumlah *checklist* dikalikan frekuensi pada masing-masing kolom. Pada insrtumen B, pemilihan jawaban untuk pernyataan sangat setuju dan setuju sebenarnya berada pada sisi atau kubu setuju sedangkan jawaban tidak setuju dan sangat setuju berada pada sisi atau tidak setuju (Arikunto, 2006). Penilaian ditetapkan berdasarkan gradasi dimana nilai 4 dikalikan 15 item pernyataan sama dengan 60 sebagai nilai tertinggi dan nilai 1 dikalikan 15 sebagai nilai terendah.

4.2.9.1. Pengolahan Data

Pengolahan data pada penelitian ini dilakukan dengan tahapan sebagai berikut :

a. Editing Data

Instrumen yang telah diisi oleh responden diperiksa ulang kelengkapan pengisian datanya, kesalahan atau ada jawaban dari kuisisioner yang belum diisi oleh responden. Seluruh kuisisioner yang masuk berjumlah 90 kuisisioner dan telah terisi dengan lengkap mulai dari penjelasan penelitian dan *informed consent* yang telah ditandatangani responden,

serta instrumen penelitian kemampuan keluarga dalam merawat klien GGK (Kuisisioner A dan B).

b. *Coding Data*

Coding merupakan kegiatan merubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka/bilangan (Hastono, 2007). Peneliti memberi kode pada setiap respon responden untuk memudahkan dalam pengolahan data dan analisis data. Setelah *editing*, data kemudian diberi kode terutama untuk membedakan kelompok intervensi dan kelompok kontrol, yaitu untuk kelompok intervensi diberikan kode K.In.1, K.In.2.....dan seterusnya. Dan untuk kelompok kontrol diberikan kode K.K.1, K.K.2,...dan seterusnya. Untuk data demografi diberikan kode D1, D2, D3 dan seterusnya.

Pemberian kode (*coding*) juga diberikan untuk seluruh variabel katagorik, seperti jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, status perkawinan berdasarkan definisi operasional dalam tabel 3.1. Sedangkan data numerik seperti usia dan lama merawat. Demikian halnya dengan kemampuan keluarga peneliti tidak melakukan pengkategorian data hasil pre – post test agar memudahkan dalam proses analisis bivariatnya.

c. *Entry Data*

Kegiatan *entry* data meliputi memasukkan data hasil jawaban responden terhadap kuisisioner dalam bentuk kode ke program komputer dan diproses dengan paket program yang sudah ada di komputer.

d. *Cleaning Data*

Cleaning data adalah suatu kegiatan pembersihan seluruh data agar terbebas dari kesalahan sebelum dilakukan analisa data, baik kesalahan dalam pengkodean maupun dalam membaca kode, kesalahan juga dimungkinkan terjadi pada saat memasukkan data ke komputer.

Pengecekan kembali terhadap kemungkinan adanya data yang invalid, sehingga data yang salah diperbaiki dan kemudian dianalisis.

4.2.9.2. Analisis Data

a. Analisis Univariat

Analisis univariat adalah analisis yang bertujuan untuk menjelaskan/ mendeskriptifkan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti (Hastono, 2007). Analisis ini dilakukan terhadap variabel *confounding* dan variabel dependen dalam penelitian ini, yaitu tentang karakteristik responden dari usia, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, lama merawat dan kemampuan keluarga dalam merawat klien GGK yang menjalani terapi hemodialisa di Rumah Sakit PELNI Jakarta.

Karakteristik responden dibagi dalam dua kelompok, yaitu kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Analisis data numerik terdiri dari variabel usia dan lama merawat klien GGK yang menjalani hemodialisa yang telah dijalani dilakukan dengan *sentral tendensi* guna mendapatkan nilai mean, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal serta *Confident Interval* (CI 95%). Data katagorik variabel jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan menggunakan distribusi frekuensi dan proporsi. Analisis univariat juga dilakukan untuk mengetahui kemampuan keluarga dalam merawat klien juga menggunakan *sentral tendensi* guna mendapatkan nilai mean, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal serta *Confident Interval* (CI 95%) dari variabel tersebut.

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat adalah analisis untuk menguji hubungan yang signifikan antara dua variabel, atau bisa juga untuk mengetahui apakah ada perbedaan yang signifikan antara dua atau lebih kelompok (Hastono, 2007). Pemilihan uji statistik yang akan digunakan untuk analisis data didasarkan pada skala data, jumlah populasi/sampel dan jumlah variabel yang diteliti (Sugiyono, 2007). Analisis bivariat dilakukan untuk membuktikan hipotesis penelitian.

Sebelum analisis bivariat dilaksanakan, maka dilakukan terlebih dahulu uji kesetaraan untuk mengidentifikasi varian variabel antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol. Uji kesetaraan dilakukan untuk mengidentifikasi kesetaraan karakteristik keluarga, kemampuan keluarga dalam merawat klien antara kelompok intervensi dan kontrol.

Kesetaraan variabel *confounding* yaitu karakteristik responden meliputi variabel usia dan lama merawat menggunakan uji *t independen*, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan dan status perkawinan menggunakan uji *Chi Square*. Selanjutnya peneliti melakukan analisis perbedaan kemampuan keluarga pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dan sesudah penelitian, yaitu dengan menggunakan uji *Dependen t-Test*.

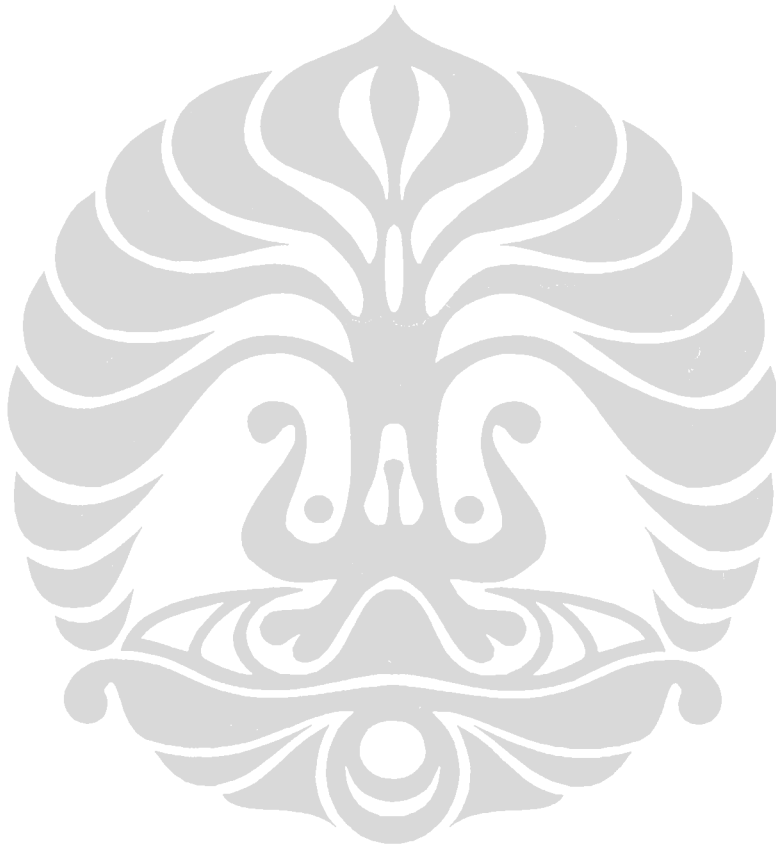
Peneliti juga menganalisis hubungan variabel *confounding* dengan variabel dependen, yaitu karakteristik usia, hubungan keluarga, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, status perkawinan, lama merawat klien GGK yang menjalani terapi hemodialisa. Hubungan karakteristik keluarga menurut usia dan lama merawat klien GGK yang menjalani hemodialisa terhadap kemampuan keluarga dalam merawat klien setelah dilakukan pemberian atau intervensi terapi suportif, dianalisis dengan menggunakan uji *Pearson*. Sedangkan hubungan antara karakteristik klien menurut jenis kelamin, hubungan keluarga, pekerjaan, pendidikan, status perkawinan terhadap kemampuan keluarga dalam merawat klien setelah dilakukan pemberian atau intervensi terapi suportif, dianalisis dengan menggunakan uji *t Independen* dan pendidikan dan hubungan keluarga menggunakan uji *Anova*.

Untuk lebih mempermudah melihat metode analisis yang akan dilakukan untuk masing-masing variabel dalam penelitian ini, maka dapat dilihat pada tabel 4.3.

Tabel 4.3 Analisis Kesetaraan dan Bivariat dan Variabel Penelitian Pengaruh Terapi Suportif terhadap Kemampuan keluarga Merawat klien GGK di Ruang Hemodialisa RS PELNI Jakarta Tahun 2011

A. Analisis Kesetaraan Karakteristik Responden (Klien GGK yang menjalani hemodialisa)			
No.	Kelompok Intervensi	Kelompok Kontrol	Cara Analisis
1.	Usia (data numerik)	Usia (data numerik)	Uji <i>t Independen</i>
2.	Jenis Kelamin (data katagorik)	Jenis Kelamin (data katagorik)	<i>Chi- Square</i>
3.	Pekerjaan (data katagorik)	Pekerjaan (data katagorik)	<i>Chi- Square</i>
4.	Pendidikan (data katagorik)	Pendidikan (data katagorik)	<i>Chi- Square</i>
5.	Status perkawinan (data katagorik)	Status perkawinan (data katagorik)	<i>Chi- Square</i>
6.	Lama Merawat (data numerik)	Lama Merawat (data numerik)	Uji <i>T Independen</i>
7.	Hubungan Keluarga (data katagorik)	Hubungan keluarga (data katagorik)	<i>Chi Square</i>
B. Analisis Variabel Dependen (kemampuan keluarga)			
No.	Variabel Kemampuan Keluarga		Cara Analisis
1.	Kemampuan keluarga pada kelompok intervensi sebelum penelitian (data numerik)	Kemampuan keluarga pada kelompok intervensi sesudah penelitian (data numerik)	<i>t test dependen</i>
2.	Kemampuan keluarga pada kelompok kontrol sebelum penelitian (data numerik)	Kemampuan keluarga pada kelompok kontrol sesudah penelitian (data numerik)	<i>t test dependen</i>
3.	Kemampuan keluarga pada kelompok intervensi sesudah penelitian (data numerik)	Kemampuan keluarga pada kelompok kontrol sesudah penelitian (data numerik)	<i>t test independen</i>
C. Analisis Variabel Confounding (Karakteristik Responden) dengan Variabel Dependen : kemampuan keluarga			
No	Variabel Confounding (Karakteristik Responden)	Variabel Dependen (kemampuan keluarga)	Cara Analisis
1.	Usia (data numerik)	Kemampuan keluarga sesudah diberikan terapi (Data numerik)	<i>Pearson</i>
2.	Jenis Kelamin (data katagorik)		<i>Uji T Independen</i>
3.	Pekerjaan (data katagorik)		<i>Anova</i>
4.	Pendidikan (data katagorik)		<i>Anova</i>
5.	Status perkawinan (data katagorik)		<i>Uji T Independen</i>

6.	Hubungan keluarga (data katagorik)	<i>Anova</i>
7.	Lama merawat klien (data numerik)	<i>Pearson</i>



BAB 5

HASIL PENELITIAN

Bab lima ini menjelaskan hasil penelitian tentang pengaruh Terapi Suportif terhadap Kemampuan keluarga dalam Merawat Klien Gagal Ginjal Kronik (GGK) yang Menjalani Hemodialisa di Ruang Hemodialisa Rumah Sakit PELNI Jakarta yang dilaksanakan pada tanggal 16 Mei sampai dengan tanggal 4 Juni 2011. Responden berjumlah 90 orang adalah keluarga yang mengantar klien GGK menjalani terapi hemodialisa secara rutin terdiri dari 45 orang untuk kelompok intervensi dan 45 orang untuk kelompok kontrol sesuai kriteria inklusi yang telah ditentukan.

Hasil penelitian selanjutnya diolah sesuai dengan rencana analisis data yang direncanakan. Hasil penelitian yang dijabarkan berikut ini terdiri dari dua bagian, yaitu analisis *univariat*, kesetaraan dan *bivariat*.

5.1. Analisis Univariat

5.1.1. Karakteristik keluarga yang mengantar klien GGK yang menjalani hemodialisa

Karakteristik keluarga GGK meliputi hubungan keluarga, usia, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, status perkawinan dan lama merawat klien. Hasil analisa menggambarkan analisis distribusi responden pada kelompok intervensi yang diberikan terapi suportif dan kelompok kontrol yang tidak diberikan terapi suportif.

5.1.1.1. Usia dan Lama Merawat Klien GGK

Karakteristik keluarga menurut usia, lama merawat klien GGK merupakan variabel numerik sehingga dianalisis dengan menggunakan *sentral tendensi* guna mendapatkan nilai *mean*, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal serta *Confident Interval* (CI 95%) dan hasil analisisnya disajikan pada tabel 5.1. berikut:

Tabel 5.1. Distribusi Rerata Usia dan Lama Merawat pada Keluarga Merawat Klien GGK pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Tahun 2011 ($n_1 = 45$, $n_2 = 45$)

Variabel	Jenis Kelompok	Mean	Median	SD	Min-Maks	95% CI
Usia	Intervensi	48,93	50,00	12,727	25 - 75	45,11 – 52,76
	Kontrol	49,16	50,00	13,142	18 - 70	45,21 – 53,10
Lama merawat	Intervensi	29,73	24,00	33,901	5 - 180	19,55 – 39,92
	Kontrol	34,29	24,00	38,677	1 - 180	22,67 – 45,91

n_1 = sampel kelompok intervensi, n_2 = kelompok kontrol

Berdasarkan tabel 5.1. dapat dilihat pada variabel usia didapatkan hamper sama antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Hasil tersebut menunjukkan bahwa rerata usia keluarga pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada usia dewasa tengah.

Berdasarkan tabel 5.1. dapat dilihat pada variabel lama merawat klien GGK didapatkan rerata 29,73 pada kelompok intervensi dan 34,29 pada kelompok kontrol, sehingga dapat dikatakan bahwa lama merawat pada kedua kelompok berbeda, tetapi pada nilai tengah sama (24 bulan).

5.1.1.2. Hubungan keluarga, Jenis Kelamin, Pekerjaan, Pendidikan dan Status Perkawinan.

Karakteristik keluarga meliputi: hubungan keluarga, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan dan status perkawinan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol adalah sebagaimana yang tergambar pada tabel 5.2.

Tabel 5.2. Distribusi Frekuensi berdasarkan Hubungan Keluarga, Jenis Kelamin, Pekerjaan, Pendidikan dan Status Perkawinan pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Tahun 2011 ($n_1 = 45$, $n_2=45$)

Karakteristik	Kelompok Intervensi (n = 45)		Kelompok Kontrol (n = 45)		Jumlah (N = 90)	
	N	%	n	%	n	%
1. Hubungan keluarga						
a. Suami/istri	32	71,1	29	64,4	61	67,70
b. Ibu/ ayah	3	6,7	3	6,7	6	6,7
c. Anak	8	17,8	9	20,0	17	18,9
d. Adik/Kakak	1	2,2	2	4,4	3	3,3
e. Paman/Bibi	1	2,2	2	4,4	3	3,3
2. Jenis Kelamin						
a. Laki-laki	11	24,4	15	33,3	26	28,85
b. Perempuan	34	75,6	30	66,7	64	71,15
3. Pekerjaan						
a. PNS	10	22,2	13	28,9	23	25,50
b. BUMN	2	4,4	3	6,7	5	5,55
c. Swasta	8	17,8	8	17,8	16	17,8
d. Tidak bekerja	25	55,6	21	46,7	46	51,15
4. Pendidikan						
a. SMA/SMU	31	68,9	31	68,9	62	68,9
b. Diploma	8	17,8	6	13,3	14	15,55
c. S1	5	11,1	5	11,1	10	11,1
d. S2	1	2,2	3	6,7	4	4,45
5. Status Perkawinan						
a. Kawin	36	80,0	36	50,0	72	65
b. Tidak Kawin	9	20,0	9	50,0	18	35

Berdasarkan tabel 5.2. menunjukkan bahwa hubungan keluarga, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan dan status perkawinan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol memiliki proporsi yang hampir sama dan secara keseluruhan mayoritas keluarga pada kedua kelompok sebagai istri atau suami, berjenis perempuan, tidak bekerja, pendidikan SMU/SMA dan status menikah.

5.1.2. Kemampuan Keluarga

Hasil analisa menggambarkan distribusi kemampuan keluarga pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah diberikan terapi suportif serta pada kelompok kontrol yang tidak diberikan terapi suportif. Uraian analisis menggunakan analisis deskriptif. Analisis kemampuan keluarga dapat disajikan pada tabel 5.3. sebagai berikut:

5.1.2.1. Kemampuan kognitif keluarga sebelum dilakukan terapi Suportif pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Tabel 5.3. Distribusi Rerata Kemampuan Kognitif Keluarga Sebelum Dilakukan Terapi Suportif pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Di Rumah Sakit PELNI Jakarta 2011 ($n_1=45$, $n_2=45$)

Variabel Kemampuan (Pre test)	Kelompok Intervensi				Kelompok Kontrol			
	Mean	Median	SD	Min-Maks	Mean	Median	SD	Min-Maks
Kognitif	47,73	46	5,222	40-60	47,11	46	5,122	40-60

n_1 = sampel kelompok intervensi, n_2 = sampel kelompok kontrol

Berdasarkan tabel 5.3. menunjukkan bahwa nilai rerata pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum pemberian terapi suportif adalah hampir sama.

5.2.2.2. Kemampuan afektif keluarga sebelum dilakukan terapi Suportif pada Kelompok Intervensi dan kelompok Kontrol

Tabel 5.4. Distribusi Rerata Kemampuan Afektif Keluarga Sebelum dilakukan Terapi Suportif pada Kelompok Intervensi dan kelompok Kontrol Di Rumah Sakit PELNI Jakarta 2011 ($n_1=45$, $n_2=45$)

Variabel Kemampuan (Pre test)	Kelompok Intervensi				Kelompok Kontrol			
	Mean	Median	SD	Min-Maks	Mean	Median	SD	Min-Maks
Afektif	13,42	13	1,373	11-16	13,73	14	1,629	22-30

n_1 = sampel kelompok intervensi, n_2 = sampel kelompok kontrol

Berdasarkan tabel 5.4. menunjukkan bahwa nilai rerata pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum perlakuan terapi suportif adalah hampir sama.

5.2.2.3. Kemampuan Psikomotor Keluarga Sebelum dilakukan Terapi Suportif pada Kelompok Intervensi dan kelompok Kontrol

Tabel 5.5. Distribusi Rerata Kemampuan Psikomotor Keluarga Sebelum Dilakukan Terapi Suportif pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Di Rumah Sakit PELNI Jakarta 2011 ($n_1=45$, $n_2=45$)

Variabel Kemampuan (Pre test)	Kelompok Intervensi				Kelompok Kontrol			
	Mean	Median	SD	Min-Maks	Mean	Median	SD	Min-Maks
Psikomotor	24,71	25	1,375	20-28	25,31	25	2,054	22-30

n_1 = sampel kelompok intervensi, n_2 = sampel kelompok kontrol

Berdasarkan tabel menunjukkan bahwa kemampuan psikomotor pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol nilai rerata sebelum pemberian terapi suportif adalah hampir sama.

5.2. Uji Kesetaraan antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Uji kesetaraan dilakukan untuk menentukan apakah antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol telah memenuhi asas homogenitas. Uji kesetaraan dilakukan pada kedua kelompok berdasar karakteristik yang terdapat pada variabel *confounding*, yaitu karakteristik keluarga terdiri dari usia, lama merawat, hubungan keluarga, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan status perkawinan. Uji kesetaraan juga dilakukan terhadap nilai kemampuan keluarga pada kedua kelompok sebelum dilakukan terapi suportif.

5.2.1. Kesetaraan Karakteristik Demografi Keluarga

Hasil penelitian dikatakan valid apabila tidak terdapat perbedaan secara bermakna antara karakteristik pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Untuk melihat kesetaraan karakteristik usia dan lama merawat klien GKG pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilakukan dengan menggunakan *independent sample t-test* dan hasil analisis disajikan pada tabel 5.6.

5.2.1.1.Usia dan Lama merawat

Analisis kesetaraan usia dan lama merawat antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dapat dilihat pada tabel 5.6 sebagai berikut :

Tabel 5.6. Analisis Kesetaraan Karakteristik Usia dan Lama Merawat pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Tahun 2011 ($n_1 = 45, n_2=45$)

Variabel	Kelompok	Mean	SD	SE	t	<i>p</i> value
Usia	Intervensi	48,93	12,727	1,897	-0,081	0,039
	Kontrol	49,16	13,142	1,959		
Lama merawat	Intervensi	29,73	33,901	5,054	-0,554	0,892
	Kontrol	34,29	38,677	5,766		

Berdasarkan tabel 5.6 hasil analisis uji t independent didapatkan bahwa rata-rata pada usia ada perbedaan usia pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol $p= 0,039$ ($p<0,05$). Artinya usia antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol tidak setara. Hal ini dikarenakan usia tertua kelompok intervensi lebih tua dibandingkan kelompok kontrol, selain itu hasil pengamatan peneliti didapatkan usia responden bervariasi.

Hasil table 5.6. menunjukkan tidak ada perbedaan lama merawat antara kelompok intervensi dan kelompok control $p=0,892$ ($p>0,05$). Artinya bahwa lama merawat pada kedua kelompok setara.

5.2.1.2.Kesetaraan karakteristik keluarga yang merawat klien GGK

berdasarkan hubungan keluarga, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, dan status perkawinan.

Untuk melihat kesetaraan karakteristik hubungan keluarga, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan status perkawinan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilakukan dengan menggunakan *chi square* dan hasil analisis disajikan pada tabel 5.7

Tabel 5.7. Analisis Kesetaraan Karakteristik Hubungan Keluarga, Jenis Kelamin, Pekerjaan, Pendidikan, Status Perkawinan antara Kelompok Intervensi dengan Kelompok Kontrol di Ruang Hemodialisa Rumah Sakit PELNI Jakarta tahun 2011 ($n_1 = 45$, $n_2=45$)

Karakteristik	Kelompok Intervensi ($n_1 = 45$)		Kelompok Kontrol ($n_2 = 45$)		Jumlah (N = 90)		p value
	N	%	n	%	n	%	
1. Hubungan keluarga							
a. Suami/istri	32	71,1	29	64,4	61	67,70	0,649
b. Ibu/ ayah	3	6,7	3	6,7	3	6,7	
c. Anak	8	17,8	9	20,0	17	18,9	
d. Adik/kakak	1	2,2	2	4,4	3	3,3	
e. Paman/bibi	1	2,2	2	4,4	3	3,3	
2. Jenis Kelamin							
a. Laki-laki	11	24,4	15	33,3	26	28,85	0,486
b. Perempuan	34	75,6	30	66,7	64	71,15	
3. Pekerjaan							
a. PNS	10	22,2	13	28,9	23	25,50	0,816
b. BUMN	2	4,4	3	6,7	5	5,55	
c. Swasta	8	17,8	8	17,8	16	17,8	
d. Tidak bekerja	25	55,6	21	46,7	46	51,15	
4. Pendidikan							
a. SMA/SMU	31	68,9	31	68,9	62	68,9	0,733
b. Diploma	8	17,8	6	13,3	14	15,55	
c. S1	5	11,1	5	11,1	10	11,1	
d. S2	1	2,2	3	6,7	4	4,45	
5. Status Perkawinan							
a. Kawin	36	80,0	36	50,0	72	80	0,604
b. Tidak Kawin	9	20,0	9	50,0	18	20	

Hasil analisis tabel 5.7. menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan proporsi hubungan keluarga, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, status perkawinan yang merawat pada klien GGK antara kelompok intervensi dan kontrol dengan $p > 0,005$. Artinya hubungan keluarga, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan dan status perkawinan pada kedua kelompok setara.

5.2.2. Kesetaraan Kemampuan Keluarga pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Sebelum dilakukan Terapi Suportif

Untuk melihat kesetaraan kemampuan keluarga pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum (*pre-test*) pemberian terapi suportif diuji dengan *independent sample t-test*.

Bagian ini menjelaskan terlebih dahulu distribusi kemampuan keluarga merawat klien GGK pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol *sebelum* dilakukan terapi suportif pada kelompok intervensi dan hasil analisis disajikan pada tabel 5.8.

Tabel 5.8. Analisis Kesetaraan Kemampuan Kognitif Keluarga Merawat Klien GGK pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol *Sebelum* dilakukan Terapi Suportif di Ruang Hemodialisa Rumah Sakit PELNI Tahun 2011 (n₁= 45, n₂=45)

Kemampuan Kognitif (pre test)	Mean	SD	t	p
Intervensi	48,47	5,290	0,550	0,220
Kontrol	47,11	5,122		

Hasil analisis kemampuan kognitif keluarga merawat klien GGK menunjukkan bahwa pada tidak ada perbedaan kemampuan kognitif keluarga merawat klien GGK *sebelum* dilakukan terapi suportif pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol (p=0,920). Artinya kemampuan kognitif pada kedua kelompok setara.

Tabel 5.9. Analisis Kesetaraan Kemampuan Afektif Keluarga Merawat Klien GGK pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol *Sebelum* Dilakukan Terapi Suportif di Ruang Hemodialisa Rumah Sakit PELNI Tahun 2011 (n₁= 45, n₂=45)

Kemampuan Afektif (pre test)	Mean	SD	t	p
Intervensi	13,42	1,373	0,151	0,330
Kontrol	13,73	1,629		

Hasil analisis kemampuan afektif keluarga merawat klien GGK menunjukkan bahwa pada tidak ada perbedaan kemampuan afektif keluarga merawat klien GGK *sebelum* dilakukan terapi suportif pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol (p=0,330). Artinya kemampuan afektif pada kedua kelompok setara.

Tabel 5.10. Analisis Kesetaraan Kemampuan Psikomotor Keluarga Merawat Klien GGK pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol *Sebelum* dilakukan Terapi Suportif di Ruang Hemodialisa Rumah Sakit PELNI Tahun 2011 ($n_1=45, n_2=45$)

Kemampuan Afektif (<i>pre test</i>)	Mean	SD	t	p
Intervensi	24,71	1,375	0,005	0,107
Kontrol	25,31	2,054		

Hasil analisis kemampuan psikomotor keluarga merawat klien GGK menunjukkan bahwa pada tidak ada perbedaan kemampuan psikomotor keluarga merawat klien GGK *sebelum* dilakukan terapi suportif pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol ($p=0,107$). Artinya kemampuan psikomotor pada kedua kelompok setara.

5.3. Uji Bivariat Kemampuan Keluarga dalam Merawat Klien GGK

Bagian ini menjelaskan kemampuan keluarga sebelum dan sesudah dilakukan terapi suportif pada kelompok intervensi, kemampuan keluarga sebelum dan sesudah pada kelompok kontrol setelah kelompok intervensi diberikan terapi suportif. Kemampuan keluarga pada kelompok kontrol sebelum (*pre test*) dan sesudah (*post test*) pemberian terapi suportif pada kelompok intervensi diuji dengan *dependent sample t-test (paired test)*.

5.3.1. Kemampuan Kognitif Keluarga Sebelum dan Sesudah diberikan terapi Suportif pada kelompok intervensi

Tabel 5.11. Analisa Kemampuan Kognitif Sebelum dan Sesudah Terapi Suportif pada Kelompok Intervensi di Ruang Hemodialisa Rumah Sakit PELNI Tahun 2011 ($n_1=45$)

Kelompok	Variabel	Mean	SD	SE	t	p-value
Intervensi	Kemampuan Kognitif					
	a. Sebelum	48,47	5,290	0,789	-8,654	0,000
	b. Setelah	53,31	3,641	0,573		
	Selisih	4,84				

Berdasarkan tabel 5.11. didapatkan selisih rata-rata kemampuan kognitif sebelum dan sesudah pemberian terapi suportif sebesar 4,84. Hasil uji *t test dependent* didapatkan $p=0,000$ artinya ada

perbedaan kemampuan kognitif sebelum dan sesudah pemberian terapi suportif kelompok intervensi.

5.3.2. Kemampuan Afektif Keluarga Sebelum dan Sesudah diberikan terapi Suportif pada kelompok kontrol

Tabel 5.12. Analisa Kemampuan Afektif Sebelum dan Sesudah Terapi Suportif pada Kelompok Intervensi di Ruang Hemodialisa Rumah Sakit PELNI Tahun 2011 (n₁= 45)

Kelompok	Variabel	n	Mean	SD	SE	t	p-value
Intervensi	Kemampuan Afektif						
	a. Sebelum	45	13,42	1,373	0,205	-13,817	0,089
	b. Setelah	45	17,82	2,026	0,302		
	Selisih		4,4				

Berdasarkan tabel 5.12. didapatkan selisih rata-rata kemampuan afektif sebelum dan sesudah pemberian terapi suportif sebesar 4,4. Hasil uji *t test dependent* didapatkan $p=0,000$ artinya ada perbedaan kemampuan afektif sebelum dan sesudah pemberian terapi suportif kelompok intervensi.

5.3.3. Kemampuan psikomotor sebelum dan sesudah pada kelompok intervensi

Tabel 5.13. Analisa Kemampuan Psikomotor Sebelum dan Sesudah pada Kelompok Intervensi di Ruang Hemodialisa Rumah Sakit PELNI Tahun 2011 (n₁= 45)

Kelompok	Variabel	Mean	SD	SE	t	p-value
Intervensi	Kemampuan Psikomotor				-	
	a. Sebelum	24,71	1,375	0,783	25,25	0,117
	b. Setelah	30,69	1,814	0,176	0	
	Selisih	5,98				

Berdasarkan tabel 5.13. didapatkan selisih rata-rata kemampuan psikomotor sebelum dan sesudah pemberian terapi suportif sebesar 5,98. Hasil uji *t test dependent* didapatkan $p=0,000$ artinya ada perbedaan kemampuan psikomotor sebelum dan sesudah pemberian terapi suportif kelompok intervensi.

5.3.4. Kemampuan kognitif sebelum dan sesudah pada kelompok kontrol

Tabel 5.14. Analisa Kemampuan Kognitif Sebelum dan Sesudah pada Kelompok Kontrol di Ruang Hemodialisa Rumah Sakit PELNI Tahun 2011 (n₂= 45)

Kelompok	Variabel	Mean	SD	SE	t	p-value
Kontrol	Kemampuan Kognitif					
	a. Sebelum	47,11	5,122	0,764	-6,853	0,000
	b. Setelah	50,33	4,538	0,676		
	Selisih	3,22				

Berdasarkan tabel 5.14. didapatkan selisih rata-rata kemampuan kognitif sebelum dan sesudah sebesar 3,22. Hasil uji *t test dependent* didapatkan $p=0,000$ artinya tidak ada perbedaan kemampuan kognitif sebelum dan sesudah pada kelompok kontrol.

5.3.5. Kemampuan afektif sebelum dan sesudah pada kelompok intervensi dan kontrol

Tabel 5.15. Analisa Kemampuan Afektif Sebelum dan Sesudah pada Kelompok Kontrol di Ruang Hemodialisa Rumah Sakit PELNI Tahun 2011 (n₂= 45)

Kelompok	Variabel	Mean	SD	SE	t	p-value
Kontrol	Kemampuan Afektif					
	a. Sebelum	13,73	1,629	0,243	-4,967	0,002
	b. Setelah	14,98	1,588	0,237		
	Selisih	1,25				

Berdasarkan tabel 5.15. didapatkan selisih rata-rata kemampuan afektif sebelum dan sesudah sebesar 1,25. Hasil uji *t test dependent* didapatkan $p=0,000$ artinya tidak ada perbedaan kemampuan afektif sebelum dan sesudah pada kelompok kontrol.

5.3.6. Kemampuan psikomotor sebelum dan sesudah pada kelompok kontrol

Tabel 5.16. Analisa Kemampuan Psikomotor Sebelum dan Sesudah pada Kelompok Kontrol di Ruang Hemodialisa Rumah Sakit PELNI Tahun 2011 (n₂= 45)

Kelompok	Variabel	Mean	SD	SE	t	p-value
Kontrol	Kemampuan Psikomotor					
	a. Sebelum	25,31	2,054	0,306	-4,151	0,130
	b. Setelah	26,78	1,744	0,260		
Selisih	1,47					

Berdasarkan tabel 5.16. didapatkan selisih rata-rata kemampuan psikomotor sebelum dan sesudah sebesar 1,47 (p=0,130). Hasil uji *t test dependent* didapatkan p=0,000 artinya ada perbedaan kemampuan psikomotor sebelum dan sesudah pada kelompok kontrol.

5.3.7. Kemampuan Kognitif sesudah pemberian Terapi suportif pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Tabel 5.17. Analisa Kemampuan Kognitif Sesudah pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Ruang Hemodialisa Rumah Sakit PELNI Tahun 2011 (n₁= 45, n₂ =45)

Variabel kemampuan	Kelompok	mean	SD	t	p
Kognitif	Intervensi	53,31	0,543	2,742	0,007
	Kontrol	50,33	4,538		
Afektif	Intervensi	17,82	2,026	7,413	0,000
	Kontrol	14,98	1,588		
Psikomotor	Intervensi	30,69	1,814	12,449	0,000
	Kontrol	26,78	1,744		

Berdasarkan tabel 5.17. didapatkan bahwa kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sesudah pemberian terapi suportif terjadi peningkatan yang bermakna. Hasil uji *t test independent* didapatkan p=0,000 artinya ada perbedaan kemampuan kognitif, afektif, psikomotor sesudah pemberian pada kedua kelompok.

Tabel 5.17. Analisis Hubungan Usia dan Lama Merawat dengan Kemampuan keluarga merawat Klien GGK pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Sesudah Dilakukan Terapi Suportif di Ruang Hemodialisa Rumah Sakit PELNI Jakarta Tahun 2011 ($n_1= 45, n_2=45$)

Variabel	r	p value
Usia		
a.Kognitif	0,117	0,272
b. Afektif	0,079	0,458
c. Psikomotor	0,832	0,832
Lama Merawat		
a.Kognitif	0,066	0,538
b.Afektif	0,008	0,938
c.Psikomotor	-0,010	0,022

Berdasarkan tabel 5.17. didapatkan bahwa analisis antara usia dan lama merawat pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol menunjukkan tidak ada hubungan antara usia dan lama merawat terhadap kemampuan keluarga dalam merawat klien GGK artinya tidak ada hubungan usia dan lama merawat ($p > 0,05$) pada kedua kelompok.

5.4. Hubungan antara Hubungan Keluarga, Jenis Kelamin, Pekerjaan, Pendidikan dan Status Perkawinan *sesudah* dilakukan Terapi Suportif

Tabel 5.18. Analisis Hubungan antara Status menikah dan Jenis Kelamin pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Sesudah dilakukan Terapi Suportif di Ruang Hemodialisa Rumah Sakit PELNI Jakarta Tahun 2011 (N = 90)

Variabel	mean	SD	SE	p
Status Menikah				
a. Menikah	96,61	6,700	0,790	0,901
b. Tidak menikah	96,83	7,172	1,691	
Jenis Kelamin				
a. Perempuan	96,88	6,924	1,358	0,809
b. Laki-laki	96,56	6,740	0,842	

Berdasarkan tabel 5.18. didapatkan bahwa tidak ada perbedaan antara status menikah, jenis kelamin dengan kemampuan keluarga

dalam merawat klien GGK yang menjalani hemodialisa pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol $p=0,901$ dan $p=.809$ ($p>0,05$). Artinya status menikah dan jenis kelamin antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol tidak ada hubungan dengan kemampuan keluarga merawat klien GGK yang menjalani hemodialisa di Rumah Sakit PELNI Jakarta.

Tabel 5.19. Analisis Hubungan antara Pekerjaan, Pendidikan dan Hubungan Keluarga terhadap Kemampuan Keluarga pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Sesudah dilakukan Terapi Suportif di Ruang Hemodialisa Rumah Sakit PELNI Jakarta Tahun 2011 ($n_1=45$, $n_2 = 45$)

Variabel	mean	SD	95% CI	p
Pekerjaan				
a. PNS	52,13	3,279	50,74-53,55	0,860
b. BUMN	52	3,391	47,79-56,21	
c. Swasta	52,66	5,234	49,27-54,85	
d. Tidak bekerja	50,98	4,460	49,65-52,30	
Pendidikan				
a. SMA/SMU	95,94	7,231	94,10-97,77	0,432
b. D 3	99,07	4,906	96,24-101,90	
c. S 1	97,80	5,959	93,54-102,06	
d. S 2	96,50	6,137	86,73-106,27	
Hubungan Keluarga				
a. Suami/istri	97,36	67,28	95,64-99,08	0,552
b. Ayah/ibu	95,83	7,055	88,43-103,24	
c. Anak	95,53	7,324	91,76-99,30	
d. Adik/kakak	10,00	1,414	80,29-103,24	
e. paman/bibi	96,66	2,828	68,59-119-41	

Berdasarkan tabel 5.19. didapatkan tidak ada perbedaan antara pekerjaan $p=0,860$, pendidikan $p=0,432$, hubungan keluarga $p=0,552$ ($p>0,05$) pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Artinya pekerjaan, pendidikan, hubungan keluarga pada kedua kelompok tidak ada hubungan dalam merawat klien GGK yang menjalani hemodialisa di Rumah Sakit PELNI Jakarta.

BAB 6 PEMBAHASAN

Bab enam ini menguraikan tentang pembahasan yang meliputi interpretasi dan diskusi hasil penelitian seperti yang telah dipaparkan dalam bab sebelumnya. Bahasan yang akan diuraikan tentang interpretasi karakteristik responden, kemampuan keluarga sebelum dan sesudah diberikan terapi suportif pada kelompok intervensi, kemampuan keluarga pada kelompok kontrol sebelum diberikan terapi suportif pada kelompok intervensi, kemampuan keluarga pada kelompok kontrol setelah dilakukan terapi suportif pada kelompok intervensi. Pembahasan tentang hubungan karakteristik terhadap kemampuan keluarga pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Pembahasan ini disajikan dalam bentuk diskusi yang ditinjau dari kesesuaian dan kesenjangan hasil penelitian sebelumnya serta dengan berbagai konsep dan teori yang berhubungan dengan variabel penelitian. Dalam bab ini juga dipaparkan keterbatasan yang ditemui selama proses penelitian berlangsung serta bagaimana implikasi hasil penelitian terhadap pelayanan dan penelitian.

Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran tentang pengaruh terapi suportif terhadap kemampuan keluarga merawat klien GGK yang menjalani hemodialisa di Ruang Hemodialisa Rumah Sakit PELNI Jakarta. Penelitian ini juga bertujuan untuk mengetahui perbedaan kemampuan keluarga merawat klien GGK pada kelompok intervensi yang mendapatkan terapi suportif dan kelompok kontrol yang tidak mendapatkan terapi suportif.

6.1. Kemampuan Keluarga dalam Merawat Klien GGK yang menjalani hemodialisa *sebelum* dan *sesudah* diberikan Terapi Suportif pada Kelompok Intervensi.

Hasil analisis kemampuan keluarga sebelum terapi suportif pada kemampuan kognitif sebesar 48,47, kemampuan afektif sebesar 13,42 dan psikomotor 24,71. Kemampuan pada kelompok kontrol didapatkan kemampuan kognitif sebesar 47,11, kemampuan afektif 13,73 dan 25,31 pada kemampuan psikomotor, dengan nilai p value 0,000 sehingga dapat disimpulkan bahwa

tidak ada perbedaan yang signifikan antara kemampuan keluarga pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Hasil penelitian memperlihatkan bahwa pada kelompok yang mendapatkan terapi suportif menunjukkan adanya peningkatan pada kemampuan kognitif sebesar 4,84 pada kemampuan afektif sebesar 4,4 dan kemampuan psikomotor meningkat sebesar 5,98 yang bermakna antara kemampuan keluarga sebelum mendapatkan terapi suportif dan setelah mendapatkan terapi suportif dengan hasil uji statistik *p* value sebesar 0,000 sehingga dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan yang signifikan antara kemampuan keluarga yang merawat klien GGK yang diberikan terapi suportif. Hasil penelitian ini sesuai dengan pendapat Kraiger, dkk (1993, dalam Anonim, 2009) bahwa pengetahuan dasar seseorang dapat meningkat melalui pendidikan yang diperoleh baik formal (sekolah, universitas) maupun dari nonformal (pengalaman-pengalaman). Uraian di atas menjelaskan bahwa terapi suportif sebagai terapi yang berfokus pada penggunaan sumber informal bagi keluarga dalam meningkatkan kemampuannya merawat anggotanya yang mengalami sakit.

Menurut teori kemampuan keluarga dalam memberikan asuhan kesehatan mempengaruhi status kesehatan keluarga Friedman (1998), adalah sebagai berikut: mengenal masalah kesehatan; keluarga mampu mengidentifikasi masalah-masalah dalam keluarga. Fungsi keluarga membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat, yaitu keluarga mampu membuat keputusan dan merencanakan tindakan keperawatan keluarga, dalam melakukan perawatan keluarga yakni keluarga mampu merawat anggota keluarga sebelum anggota keluarga membawa anggota keluarga ke tempat pelayanan kesehatan.

Kemampuan keluarga terdiri dari 3 domain yaitu suportif, afektif dan psikomotor (Bloom, 1956 dalam Potter dan Perry, 2005). Saat keluarga diberikan informasi baru, maka keluarga tersebut akan membentuk tindakan keluarga yang merujuk pada pikiran rasional, mempelajari fakta, mengambil

keputusan dan mengembangkan pikiran (Craven, 2006). *Caregiver* dengan klien GJK diperlukan pengetahuan yang tinggi untuk memberikan pemahaman dan keyakinan tentang perawatan dan meningkatkan motivasi klien agar klien dapat menjalankan hemodialisa secara rutin dan menyadari fungsi dan manfaat hemodialisa untuk diri sendiri. Afektif terdiri dari penerimaan, respon, nilai, organisasi dan karakter (Potter dan Perry, 2005). *Caregiver* klien GJK akan merasakan, menerima dan mampu mengekspresikan keinginan atau perasaan yang dirasakan oleh klien. *Caregiver* pada klien GJK dapat melakukan tindakan keperawatan dengan cara mampu mengantar ke tempat pelayanan kesehatan saat klien terjadi penurunan status kesehatannya. *Caregiver* juga dapat membantu klien dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari untuk pemenuhan kebutuhan dasarnya.

Menurut Rogers (1942, dalam Wibowo, 2009) bahwa manusia itu mempunyai kemampuan belajar yang alami. Uraian di atas menjelaskan bahwa kemampuan keluarga untuk mempelajari hal-hal yang baru selama terapi suportif mempengaruhi peningkatan kemampuan keluarga.

Berkaitan dengan peningkatan yang terjadi pada ketiga kemampuan baik kognitif, afektif dan psikomotor, kemungkinan adanya kegiatan terapi suportif. Hal ini dapat dibuktikan dalam penelitian Hernawaty (2009) didapatkan peningkatan kemampuan kognitif sebesar 7,16 dengan p value 0,000, peningkatan kemampuan afektif sebesar 3,57 dengan p value 0,005 dan peningkatan yang bermakna juga pada kemampuan psikomotor yakni sebesar 13,00 dengan p value 0,000. Hasil uji statistik dapat disimpulkan bahwa pada alpha 5% sebelum dan sesudah terapi kelompok suportif ada peningkatan yang bermakna rerata kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor.

Sedangkan menurut Widiastuti pada penelitian tentang pengaruh terapi kelompok suportif terhadap kemampuan keluarga dalam melatih *self care* anak tunanetra ganda di SLB G Rawanipala di Jakarta tahun 2010 didapatkan terjadi peningkatan kemampuan kognitif sebesar 1,2 dengan p value 0,024,

pada afektif sebesar 5,85 dengan p value 0,000 dan psikomotor sebesar 5,00 dengan p value 0,000. Hasil uji statistik dapat disimpulkan bahwa nilai alpha 5% sesudah diberikan terapi terjadi peningkatan yang bermakna pada rerata kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor.

Dari kedua peneliti di atas, peneliti sependapat bahwa terjadi peningkatan yang signifikan terhadap kemampuan keluarga setelah diberikan terapi suportif sangat bermakna. Sedangkan pada kelompok kontrol hanya diberikan intervensi keperawatan generalis yaitu pendidikan kesehatan perawatan klien GGK yang menjalani hemodialisa di Rumah Sakit PELNI Jakarta. Dapat disimpulkan bahwa untuk menyelesaikan atau mengatasi masalah keluarga dalam merawat klien GGK yang menjalani hemodialisa rutin membutuhkan intervensi keperawatan spesialistik.

Meskipun kondisi akhir pada kelompok intervensi belum mencapai nilai maksimal yaitu 180, namun sudah menunjukkan hasil yang cukup bermakna dalam merawat klien GGK bila dibandingkan dengan kelompok kontrol yang mendapatkan terapi suportif. Dapat peneliti asumsikan bahwa kemampuan keluarga dalam merawat klien GGK dapat terus meningkat jika terapi suportif yang telah diajarkan kepada keluarga klien GGK yang menjalani hemodialisa dapat dilakukan terus menerus oleh keluarga klien secara mandiri di rumah.

Hal ini terjadi karena pada keluarga kelompok kontrol diberikan terapi generalis pendidikan kesehatan dan pada semua keluarga yang mengantar sudah saling mengenal sehingga semua informasi tentang kesehatan akan cepat diinformasikan secara legkap dan cepat.

Menurut Townsend (2009), terapi suportif merupakan suatu bentuk terapi yang terprogram waktu dengan baik (*Time Limited Program*). Maksudnya adalah proses pelaksanaan terapi dapat berjalan beberapa minggu sampai bulan. Pada pelaksanaannya teori ini sangat mendukung pelaksanaan terapi suportif yang dilaksanakan peneliti pada keluarga yang merawat klien GGK

yang menunjukkan adanya kesamaan sesuai dengan diawal perencanaan terapi ini akan dilakukan dalam 1 kali pertemuan dalam setiap sesi. Dapat disimpulkan bahwa perlu adanya keberlanjutan penerapan terapi ini di ruang hemodialisa dan penerapan mandiri oleh keluarga klien di rumah. Kegiatan monitoring secara berkala setiap 3 bulan setelah pelaksanaan penelitian ini perlu dilakukan dengan tujuan untuk mengevaluasi kemampuan keluarga dalam merawat klien GGK yang menjalani hemodialisa rutin. Kegiatan ini dapat dilakukan melalui program *Consultation Liaison Nurse* (PCLN).

Kesimpulan akhir dari hasil penelitian terhadap kemampuan keluarga merawat klien GGK adalah bahwa ada peningkatan yang bermakna dalam selisih kemampuan keluarga merawat antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol setelah pelaksanaan intervensi terapi suportif (p value < 0,05). Kesimpulan lainnya adalah dengan pemberian intervensi keperawatan spesialistik dapat memberikan hasil yang lebih baik bila dibandingkan hanya mendapatkan intervensi keperawatan dasar (generalis).

6.2. Faktor yang berkontribusi terhadap Kemampuan Keluarga merawat klien GGK yang menjalani hemodialisa

Terapi suportif adalah suatu terapi yang dipilih dan langsung dapat digunakan pada klien dalam keadaan sangat krisis dan mempunyai fungsi yang rendah pada gejala psikologis serta dapat digunakan pada klien dengan gangguan mental (Stuart dan Laraia, 2005). Menurut Grant-Iramu, 1997 dalam Hunt (2004) maksud didirikannya *supportif group* atau terapi suportif adalah untuk memberikan support terhadap keluarga sehingga mampu menyelesaikan krisis yang dihadapinya dengan cara membangun hubungan yang bersifat suportif antara klien-terapis, fokus untuk pemulihan, aksi social termasuk kebijakan organisasi. Tujuan penting adalah resolusi permasalahan dengan segera, meningkatkan ketrampilan koping keluarga, meningkatkan kemampuan keluarga menggunakan sumber kopingnya, meningkatkan otonomi keluarga dalam keputusan tentang pengobatan, meningkatkan kemampuan keluarga mencapai kemandirian seoptimal mungkin, serta

meningkatkan kemampuan mengurangi distress subyektif dan respons koping yang maladaptive. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan kemampuan merawat klien GGK dengan karakteristik ditunjukkan oleh uraian sebagai berikut:

6.2.1. Faktor Hubungan Keluarga

Penelitian menunjukkan tidak ada kontribusi hubungan keluarga terhadap kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor keluarga dalam merawat klien GGK yang menjalani hemodialisa dalam memberikan terapi suportif dengan p value > 005 .

Menurut penelitian Hernawaty (2009) bahwa hubungan keluarga tidak ada kontribusi dalam kemampuan keluarga merawat klien, dengan asumsi bahwa siapapun keluarga yang memberikan perawatan dapat diberikan secara optimal bagi klien.

Peran keluarga dianggap sebagai salah satu variabel penting yang mempengaruhi hasil perawatan klien dan dalam melibatkan anggota keluarga dalam proses pembelajaran akan menciptakan *win-win situation* bagi klien (Reeber, 1992 dalam Bastable, 2002). Menurut teori Duvall (1982) dan Erickson (1963) memberikan konsep untuk memahami dinamika hubungan keluarga dan pentingnya mengenali tahapan perkembangan keluarga sebagai sesuatu yang mempengaruhi pencapaian pembelajaran dan pengalaman yang telah dicapai. Keluarga harus memutuskan siapa yang paling tepat untuk memikul tanggung jawab utama sebagai pemberi perawatan terhadap anggota keluarga yang sedang mengalami sakit.

Asumsi peneliti berlawanan dengan teori di atas bahwa factor hubungan keluarga dalam penelitian ini tidak berkontribusi dalam tingkat kemampuan keluarga dalam merawat klien GGK. Dan hal yang penting dalam menentukan keberhasilan perawatan adalah kekonsistenan dan komitmen keluarga dalam memberikan perawatan kepada klien. Walaupun pada keluarga yang merawat klien GGK

menjalani hemodialisa di Rumah Sakit PELNI terlihat sebagian besar yang mengantar adalah keluarga terdekat (suami/istri, bapak/ibu).

6.2.2. Faktor usia keluarga

Hasil penelitian menunjukkan tidak ada kontribusi usia keluarga terhadap kemampuan kognitif, afektif maupun psikomotor dengan memberikan terapi suportif. Rerata usia keluarga dalam memberikan perawatan terhadap klien GGK pada usia 48,93 tahun dan pada kelompok kontrol 49,16 tahun, dengan kata lain bahwa kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor tidak dipengaruhi oleh berapapun usianya. Usia tersebut termasuk usia dewasa tengah. Usia tersebut mempunyai tugas perkembangan secara psikososial telah menjalani setengah dari kehidupannya sehingga pada usia ini sudah merasakan pencapaian telah merawat keluarga yang mengalami sakit. Sehingga pada usia tersebut diharapkan keluarga dapat merawat anggota keluarga yang mengalami GGK secara optimal.

Secara teori bahwa pada usia dewasa tengah banyak orang yang telah mencapai puncak karir kesadaran diri telah berkembang dengan baik, mereka telah memikirkan apa yang terbaik untuk keluarga dengan mengkaji kembali tujuan dan nilai-nilai yang ada di masyarakat serta sudah mempunyai banyak pengalaman hidup (Bastable, 2002). Menurut Siagian (1997), semakin lanjut usianya seseorang semakin meningkat pula kedewasaan teknis dan tingkat kedewasaan psikologisnya yang menunjukkan kematangan jiwa, semakin bijaksana, mampu berpikir rasional, mengendalikan emosi dan bertoleransi terhadap orang lain. Stuart dan Laraia (2005) menyatakan usia berhubungan dengan pengalaman seseorang dalam menghadapi berbagai macam stressor, kemampuan memanfaatkan sumber dukungan dan ketrampilan dalam mekanisme coping. Dapat disimpulkan bahwa usia tersebut sudah mampu untuk memilih kebutuhan dasarnya secara baik dan dapat melakukan tindakan yang dapat memperbaiki kondisi dirinya.

Menurut hasil penelitian yang dilakukan oleh Hernawaty (2009) juga didapatkan bahwa usia keluarga tidak berkontribusi terhadap kemampuan keluarga dalam merawat klien. Sedangkan menurut Hurlock (1993) bahwa usia merupakan faktor internal yang menentukan kesiapan seseorang untuk bertindak, dalam hal ini kesiapan untuk bertanggung jawab melakukan perawatan kepada anggota keluarga, kesiapan untuk meningkatkan pengetahuan mengenai sumber pendukung dan kesiapan untuk meningkatkan kemampuan mengurangi stressor, kemampuan memanfaatkan sumber dukungan dan ketrampilan dalam penggunaan sumber koping.

Hasil penelitian di atas menunjukkan kemampuan keluarga dalam merawat klien GGK yang menjalani hemodialisa tidak dipengaruhi oleh karakteristik usia, sehingga usia tidak menjadi variabel confounding terhadap kemampuan keluarga. Dapat diasumsikan bahwa usia keluarga yang merawat hampir sebagian besar usia dewasa tengah sehingga pada usia tersebut sudah terjadi kematangan dalam memutuskan sesuatu sesuai dengan pengalaman yang telah didapatkan. Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan teori yang telah dipaparkan oleh Bastable (2002), Siagian (1997) dan Laraia (2005).

6.3.3. Faktor jenis kelamin responden

Penelitian menunjukkan tidak ada kontribusi jenis kelamin terhadap kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor keluarga dalam merawat klien GGK yang menjalani hemodialisa dalam memberikan terapi suportif dengan $p\text{ value} > 005$. Dari hasil uji statistic didapatkan $p\text{ value}$ 0,486 kebanyakan keluarga berjenis kelamin wanita.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa jenis kelamin responden lebih banyak wanita (75,6%) dibanding laki-laki (24,4%).

Berdasarkan hasil uji kesetaraan kedua kelompok didapatkan bahwa kedua kelompok memiliki varian yang sama ($p \text{ value} > 0,05$). Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa tidak ada pengaruh yang signifikan antara karakteristik jenis kelamin dengan kemampuan keluarga merawat klien GGK yang menjalani hemodialisa rutin. Asumsi peneliti adalah faktor jenis kelamin dalam penelitian ini tidak berkontribusi dalam tingkat kemampuan keluarga dalam merawat klien GGK.

Pengalaman hidup antara laki-laki dan perempuan akan membantu karakteristik pribadi dan menentukan perbedaan gender dengan cara yang sama seperti cara laki-laki dan perempuan berpikir, merasakan dan memberikan tanggapan (Brigley, et al., 1995 dalam Bastable, 2002). Di sini dijelaskan bahwa perbedaan laki-laki dan perempuan juga dipengaruhi oleh biologis dimana laki-laki lebih memahami secara kognitif tentang arah peta, tetapi ada temuan yang mengungkapkan bahwa pada perempuan jika dikaitkan kepribadian dan perilaku afektif maka perempuan lebih dominan. Pada perempuan cepat merasakan sekelilingnya.

Hasil penelitian yang ditemukan adalah berlawanan dengan beberapa teori yang sudah dijelaskan di atas. Pendapat peneliti bahwa laki-laki maupun perempuan dapat merawat klien dengan baik. Keluarga yang mengantar klien GGK menjalani hemodialisa di Rumah Sakit PELNI sebagian besar perempuan dengan asumsi bahwa perempuan mempunyai rasa sayang dan tekun dalam hal perawatan.

6.3.4. Faktor pekerjaan responden

Hasil penelitian menunjukkan tidak ada kontribusi pekerjaan terhadap kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor terhadap kemampuan keluarga dalam merawat klien GGK yang menjalani hemodialisa ($p \text{ value } 0,110 > 0,05$ sehingga dengan status apapun pekerjaan responden tidak berpengaruh terhadap kemampuan dalam merawat

klien GGK. Artinya meskipun masalah pekerjaan merupakan sumber stress seseorang dan pendukung status ekonomi keluarga dalam menyediakan sarana pelayanan kesehatan ternyata bukan factor yang berkontribusi terhadap kemampuan keluarga dalam merawat klien GGK.

Pendapatan keluarga sebagai tolok ukur tentang kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sedang mengalami sakit. Hubungan antara kemiskinan, perkembangan kognitif yang kurang optimal juga akan mempengaruhi kemampuan keluarga. Keluarga yang berasal dari strata rendah dianggap tidak acuh terhadap kesehatan keluarga, mereka tidak mengenali gejala awal sakit sehingga saat berobat sudah dalam keadaan yang kronis (Bastable, 2002). Asumsi peneliti tentang responden yang tidak bekerja akan membawa pengaruh negative terhadap penyakit, penyakit tersebut juga akan berdampak lebih besar pada kesejahteraan social ekonomi keluarga. Penyakit yang kronis dapat menyebabkan pengangguran, hilangnya jaminan kesehatan. Tanpa adanya social ekonomi untuk menanggulangi ancaman kesehatannya, mereka yang mengalami kekurangan tidak berdaya untuk memperbaiki situasi hidup mereka.

Dalam penelitian ini juga didapat sebagian besar responden di kedua kelompok (kelompok intervensi dan kelompok kontrol) merupakan individu yang tidak bekerja (51,15%). Asumsi peneliti dari hasil penelitian ini tidak terdapat pengaruh yang signifikan antara pekerjaan dengan kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor dalam merawat klien GGK. Penelitian juga menunjukkan walaupun responden tidak bekerja, namun klien mendapatkan jaminan kesehatan berupa Jamkesmas, Askeskin dan jaminan lainnya sehingga tidak mengganggu kemampuan secara kognitif, afektif dan psikomotor keluarga akan meningkat apabila diberikan terapi suportif.

Hal ini juga didukung oleh penelitian Hernawaty (2009) didapatkan pekerjaan tidak berkontribusi dengan kemampuan keluarga merawat klien, dengan memberi pengertian bahwa keluarga yang bekerja ataupun tidak, akan tetap dapat memberikan perawatan yang baik bagi anggotanya yang sedang mengalami sakit. Asumsi peneliti dari hasil penelitian ini tidak berpengaruh yang signifikan antara pekerjaan dengan kemampuan keluarga dalam merawat klien. Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan pendapat Freidmen (1988) bahwa salah satu fungsi keluarga adalah ekonomi meliputi ketersediannya sumber-sumber dari keluarga secara financial dan pengalokasian sumber tersebut yang sesuai dengan pengambilan keputusan. Pembiayaan pelayanan tindakan hemodialisa pada klien GGK di Rumah Sakit PELNI sebagian besar menggunakan Jaminan Kesehatan seperti Askeskin, JPS, KTM dan dari institusi lainnya sehingga walaupun sebagian besar keluarga klien atau klien itu sendiri tidak bekerja, mereka masih mampu melakukan tindakan hemodialisa dengan rutin.

6.3.5. Faktor tingkat pendidikan responden

Penelitian menunjukkan tidak ada hubungan tingkat pendidikan terhadap kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor pada keluarga merawat klien GGK yang menjalani hemodialisa (p value $0,389 > 0,05$) sehingga dengan tingkat pendidikan apapun pada responden tidak mempengaruhi kemampuan keluarga dalam merawat klien. Dengan asumsi walaupun responden mempunyai pendidikan minimal SMA/SMU namun responden mampu merawat klien dengan baik. Hasil tersebut menunjukkan walaupun sebagian besar latar belakang pendidikan responden adalah SMA/SMU (68,9%).

Pendidikan dapat melindungi seseorang dari perkembangan buruk dalam menghadapi masalah gangguan jiwa dan dapat meningkatkan daya penyembuhan kembali dari gangguan jiwa. Tingkat pendidikan yang lebih tinggi ditemukan lebih sering memanfaatkan pelayanan kesehatan jiwa. Pendidikan menjadi salah satu tolak ukur kemampuan

seseorang dalam berinteraksi dengan orang lain secara efektif (Stuart dan Laraia, 2005).

Menurut Townsend (2003), terapi suportif menekankan pada tehnik kolaborasi dan partisipasi aktif kliennya. Perawat sebagai terapis mendorong klien untuk terlibat aktif dalam setiap sesi (pertemuan), sehingga klien selalu membuat tugas-tugas yang diberikan di akhir setiap sesi untuk dikerjakan di rumah.

Berdasarkan teori tersebut didukung dengan hasil penelitian yang menunjukkan bahwa latar belakang pendidikan bukan faktor yang berkontribusi terhadap kemampuan keluarga dalam merawat klien GGK, maka peneliti berasumsi bahwa dalam pelaksanaan terapi suportif tidak membutuhkan spesifikasi latar belakang pendidikan tertentu maupun kemampuan spesifik lainnya, sehingga siapapun dan memiliki berbagai latar belakang pendidikan dapat melakukan terapi ini secara mandiri di rumah.

6.3.6. Faktor status perkawinan

Penelitian menunjukkan tidak ada hubungan status perkawinan terhadap kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor pada keluarga merawat klien GGK yang menjalani hemodialisa (p value 0,243 > 0,05) sehingga dengan status apapun pada responden tidak mempengaruhi kemampuan keluarga dalam merawat klien. Dengan asumsi walaupun responden menikah atau tidak menikah namun responden mampu merawat klien dengan baik. Hasil tersebut menunjukkan walaupun sebagian besar latar belakang status perkawinan menikah responden sebesar (80%).

Hasil penelitian ini mendukung penelitian tersebut dimana diperoleh lebih banyak responden yang menikah (83,9%) dibandingkan yang tidak menikah (16,1%).

Meskipun sebagian besar responden memiliki status perkawinan menikah, tapi ini bukanlah patokan munculnya ketidakmampuan keluarga merawat klien GGK. Hal ini diduga dengan adanya ketegangan peran atau konflik tidak mampu menjalankan peran terutama pada klien itu sendiri (klien GGK) setelah mengalami keterbatasan/kelemahan fisik akibat penyakit GGKnya yang akan berpengaruh terhadap pasangannya. Namun demikian, hal ini tergantung dengan kemampuan keluarga khususnya pasangan hidup dalam merawat klien GGK tersebut. Pasangan hidup yang adekuat yang merupakan sumber coping yang sangat baik untuk meningkatkan semangat hidup antar individu dalam memiliki kesehatan jiwa yang terintegrasi dalam meningkatkan derajat kesehatannya, khususnya kesehatan jiwa pada keluarga.

6.3.7. Faktor Lama Merawat

Penelitian menunjukkan tidak ada hubungan lama merawat terhadap kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor pada keluarga merawat klien GGK yang menjalani hemodialisa (p value 0,619 >0,05) sehingga dengan seberapa lamapun pada responden tidak mempengaruhi kemampuan keluarga dalam merawat klien. Dengan asumsi walaupun responden belum lama merawat namun responden mampu merawat klien dengan baik. Hasil penelitian ditemukan rerata lama merawat klien GGK sebesar 29,73 bulan, hal ini ditunjukkan responden merawat klien GGK minimal 1 – 180 bulan. Asumsi peneliti menunjukkan dengan waktu rerata tersebut keluarga mendapatkan pengalaman kemampuan merawat klien GGK yang menjalani hemodialisa secara rutin dari berbagai informasi. Di Rumah Sakit PELNI kecenderungan yang mengantar klien tidak pernah berubah sehingga di lapangan terlihat banyak keluarga yang sudah saling mengenal satu sama lain.

6.3. Keterbatasan penelitian

Dalam setiap penelitian beresiko mengalami kelemahan yang diakibatkan adanya keterbatasan-keterbatasan dalam pelaksanaan penelitian. Peneliti menyadari keterbatasan dari penelitian ini disebabkan oleh beberapa faktor yang merupakan sebagai ancaman meliputi keterbatasan keadaan responden, keterbatasan tempat penelitian (tempat pelaksanaan intervensi terapi suportif), keterbatasan waktu, keterbatasan instrumen, keterbatasan variabel dan keterbatasan hasil.

6.3.1. Keterbatasan keadaan responden

Kondisi fisik klien GGK yang lemah dan terapi hemodialisa yang mengharuskan klien dalam posisi yang statis, dimana klien tidak boleh banyak bergerak khususnya pada bagian yang terpasang alat *cimino* ataupun jarum, juga merupakan salah satu keterbatasan dalam penelitian ini karena dapat mempengaruhi kerja mesin dialisa menyebabkan keluarga terus menunggu di samping klien, sehingga dalam pelaksanaannya keluarga harus sering melihat keadaan klien. dan ada beberapa responden yang kurang konsentrasi pada saat terapi suportif karena memikirkan keadaan klien yang sedang dilakukan hemodialisa. Meskipun responden mau mengikuti terapi namun tidak dapat menyelesaikan sampai akhir, biasanya keluarga tersebut menyampaikan pengalamannya dahulu kemudian keluarga tersebut mohon izin untuk melihat klien GGK di dalam ruangan. Setiap sesi dalam terapi suportif membutuhkan 1 kali pertemuan.

Usia responden yang bervariasi akan mempengaruhi hasil pengujian dalam statistik. Hasil pengamatan peneliti di Ruang Hemodialisa Rumah Sakit PELNI Jakarta didapatkan pada usia responden paling tua pada kelompok intervensi dan usia responden termuda pada kelompok kontrol. Responden yang termuda kurang memahami perawatan klien GGK.

6.3.2. Keterbatasan variabel dan tempat penelitian

Penelitian ini menggunakan desain penelitian “*Quasi experimental with control group*” dengan pemberian intervensi terapi suportif. Pengumpulan data dan pengukuran variabel dilakukan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dan sesudah tindakan pemberian terapi suportif ini. Menurut Polit dan Hungler (2001), pada penelitian *quasi eksperiment* semua variabel harus dikendalikan, jadi dapat dipastikan bahwa tidak ada variabel pengganggu.

Penelitian di Rumah Sakit PELNI dengan desain ini baru pertama kali dilakukan dengan memberikan terapi suportif, sehingga pengalaman pertama untuk peneliti dan ruangan hemodialisa. Namun demikian, area penelitian yang dilakukan adalah keluarga yang merawat klien GGK dengan berbagai karakteristik yang berbeda dan bervariasi. Hal inilah yang menyebabkan peneliti tidak dapat mengontrol semua variabel karakteristik demografi secara optimal sehingga variabel tersebut sedikit banyak akan mempengaruhi variabel penelitian.

Salah satu variabel yang menurut peneliti menjadi pengganggu adalah faktor lingkungan tempat pelaksanaan terapi suportif yang agak terbuka (kurang memberikan privasi), yaitu di ruang tunggu klien yang akan berobat ke dokter lain dan melakukan pemeriksaan laboratorium. Untuk mengantisipasi hal ini maka peneliti saat melakukan terapi suportif ini dengan cara mengatur waktu yaitu pada jam 10.00 untuk yang kelompok pagi hari dan jam 15.00 pada sore hari. Untuk keterbatasan penelitian ini, maka peneliti menawarkan sebuah solusi untuk pelaksanaan terapi suportif sebaiknya dilakukan di ruang khusus dekat ruang hemodialisa yang representative sehingga keluarga tidak mengalami kekhawatiran saat mengikuti terapi suportif.

6.3.3. Keterbatasan Modul Terapi Suportif

Modul (buku pedoman) yang digunakan untuk membantu pelaksanaan terapi suportif pada penelitian ini disusun oleh peneliti sendiri dengan memodifikasi modul hasil Workshop Keperawatan Jiwa 2010. Meskipun buku ini belum dilakukan uji coba pada klien lain diluar penelitian, namun untuk validitas isi (*construct validity*) buku pedoman terapi suportif ini telah dilakukan dengan mengkonsultasikan kepada pakar keperawatan jiwa di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Dalam pelaksanaan terapi suportif terdapat hambatan khususnya pada kolom yang pada buku kerja terapi yang dirasakan responden khususnya pada sesi 2 tentang dukungan keluarga. Keluarga menganggap dukungan dari keluarga lain tidak berpengaruh karena akan menyebabkan klien GGK menjadi tidak patuh lagi dalam hal diet makanan dan pembatasan minumannya. Untuk kendala ini, maka peneliti melakukan solusi pemecahannya dengan memberikan pengalaman dari keluarga lain yang mempunyai pendapat bahwa dukungan dari saudara dekat klien sangat dibutuhkan dapat dengan cara melakukan komunikasi menggunakan telepon untuk meningkatkan motivasi klien dan memberikan perhatian ke keluarga yang merawat klien.

6.3.4. Keterbatasan waktu penelitian

Pelaksanaan terapi suportif yang berlangsung kurang lebih hanya 1 bulan sehingga hal ini belum bisa mengindikasikan efektifitas pelaksanaan terapi suportif terhadap kemampuan keluarga dalam merawat klien GGK, sehingga perlu adanya tindak lanjut pemantauan kondisi psikososial keluarga yang merawat klien GGK selama melakukan terapi hemodialisa di ruang Hemodialisa di Rumah Sakit PELNI. Namun demikian, hasil penelitian ini menunjukkan hasil bahwa terapi suportif merupakan faktor yang sangat berpengaruh jika dilaksanakan dalam kurun waktu tertentu dan akan menghasilkan kemampuan keluarga yang tinggi, sehingga mungkin perlu adanya tindak lanjut dalam pelaksanaan terapi

suportif yang dilakukan oleh keluarga klien secara mandiri di rumah dengan keluarga lain. Solusi lainnya yang dapat peneliti tawarkan adalah perlunya kegiatan monitoring dan evaluasi kemampuan keluarga merawat klien GGK dalam waktu kurang lebih 3 bulan mendatang. Kegiatan ini juga dapat dilakukan melalui kunjungan rumah (*home care*). Kedua kegiatan ini dapat dilakukan oleh seorang *Psychiatric Consultation Liaison Nurse* (PCLN) yang berfungsi memberikan pelayanan perawatan kesehatan jiwa di tatanan pelayanan kesehatan umum

6.4. Implikasi Hasil Penelitian

Implikasi hasil penelitian yang menunjukkan adanya pengaruh terapi suportif terhadap perubahan kemampuan keluarga merawat klien GGK di Ruang Hemodialisa Rumah Sakit PELNI Jakarta :

6.4.1. Pelayanan Keperawatan di Ruang Hemodialisa dan Rumah Sakit Umum

Selama ini pelayanan keperawatan di rumah sakit umum masih terbatas hanya untuk klien saja, keluarga belum tersentuh. Di Rumah Sakit PELNI baru pertama kali dilakukan penelitian dengan quasi eksperimen. Bahkan keluarga yang menunggu seperti diabaikan saja keberadaannya, padahal keluarga adalah yang paling dekat dengan klien. Keluarga dapat diberdayakan dalam merawat klien dan dapat sebagai pendukung klien yang tepat. Pelaksanaan asuhan keperawatan di Ruang Hemodialisa tidak menyentuh aspek psikososial pada keluarga yang menunggu. Pemberian pelayanan kesehatan hanya diberikan untuk klien saja. Padahal dapat dilihat dari pengertian pelayanan keperawatan adalah perawatan memberikan pelayanan ke individu, keluarga dan masyarakat. Hal ini dibuktikan dengan format pengkajian keperawatan yang berlaku di ruangan ini hanya meliputi aspek fisik sebelum, selama dan sesudah pelaksanaan terapi hemodialisa berlangsung dan tidak tercantum dalam pengkajian hanya ke klien saja. Perawatan keluarga biasanya hanya dilakukan bila berada di

masyarakat. Klien dirawat atau klien yang berkunjung ke tempat pelayanan kesehatan sebagian besar diantar oleh keluarga. Perawat juga dapat mengkaji kondisi psikologis keluarga, karena kondisi tersebut dapat mempengaruhi kondisi psikologis klien. Dengan adanya penelitian ini, maka ruang/unit Hemodialisa dapat menambahkan 1 komponen pengkajian yaitu pengkajian kondisi psikososial baik untuk klien maupun ke keluarga berikut dengan rencana tindakannya berupa standar asuhan keperawatan (SAK). Pelayanan kesehatan jiwa di ruang Hemodialisa ini dapat dikembangkan dengan adanya intervensi keperawatan jiwa baik generalis maupun spesialistik pada keluarga dan klien GGK yang menjalani terapi hemodialisa rutin di ruangan ini. Pemberian intervensi keperawatan spesialistik dapat diberikan oleh seorang *Psychiatric Consultation Liaison Nurse* (PCLN) yang berdasarkan dalam uraian sebelumnya dapat berperan sangat tepat dalam mengatasi ketidakmampuan keluarga merawat klien GGK yang menjalani terapi hemodialisa.

Bila kondisi diatas dapat terlaksana, maka hal tersebut dapat berdampak pada meningkatnya mutu pelayanan keperawatan jiwa pada keluarga dan individu di tatanan pelayanan kesehatan umum yang belakangan ini sering diabaikan. Pengembangan program pelayanan kesehatan jiwa di pelayanan kesehatan umum merupakan program utama dalam melaksanakan pelayanan kesehatan jiwa masyarakat yang komprehensif. Hasil penelitian menunjukkan pengaruh terapi suportif terhadap perubahan kemampuan keluarga merawat klien GGK di Ruang Hemodialisa. Penelitian ini bermanfaat untuk perkembangan ilmu keperawatan jiwa khususnya dalam mengembangkan kemampuan melaksanakan intervensi keperawatan jiwa spesialistik pada keluarga, klien dan pelayanan keperawatan jiwa pada umumnya.

6.4.2. Kepentingan Penelitian

Hasil penelitian ini terbatas pada keluarga yang merawat klien GGK yang menjalani terapi Hemodialisa rutin di Rumah Sakit PELNI Jakarta. Penelitian ini dapat menjadi acuan pelaksanaan penelitian di area yang sama dengan menggunakan metode penelitian yang berbeda, seperti dengan metode *Cohort* ataupun dengan metode studi kualitatif. Pelaksanaan penelitian untuk populasi/sample yang sama dapat menggunakan terapi spesialistik yang berbeda dalam meningkatkan kemampuan keluarga merawat klien seperti *Self Help Group*, maupun psikoedukasi untuk klien dan keluarga.



BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan uraian pada pembahasan, maka peneliti dapat menarik simpulan dari penelitian yang telah dilakukan dan mengemukakan beberapa saran demi perbaikan penelitian dengan area yang sama di kemudian hari. Adapun uraiannya adalah sebagai berikut:

7.1. Simpulan

Dalam penelitian tentang pengaruh terapi suportif terhadap kemampuan keluarga merawat klien GGK di ruang Hemodialisa Rumah Sakit PELNI Jakarta memberikan hasil bahwa karakteristik keluarga rata-rata berusia 49,04 tahun, memiliki waktu lama merawat 29,73. Karakteristik lainnya adalah sebagian besar keluarga klien dalam penelitian ini adalah hubungan keluarga sebagai suami/istri sebesar 76,70% dan berjenis perempuan yang tidak bekerja, memiliki jenjang pendidikan SMA (68,9%) , dengan status perkawinan adalah kawin (menikah) sebesar 80%.

Keluarga yang merawat klien GGK menjalani terapi hemodialisa secara rutin dapat menyebabkan stress dalam keluarga. Dukungan keluarga merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi dalam meningkatkan motivasi klien dalam perawatan hemodialisa. Tanpa adanya dukungan keluarga mustahil program terapi hemodialisa bisa dilakukan sesuai dengan jadwal. Keluarga merupakan bagian yang paling dekat dan menetap bersama anggota keluarga harus mampu merawat anggota keluarganya yang sakit. Kesanggupan keluarga melaksanakan pemeliharaan kesehatan dari tugas kesehatan keluarga. Kemampuan keluarga merawat klien GGK dapat dilihat sebelum diberikan terapi suportif yaitu sebesar 48,47 pada kemampuan kognitif, 13,42 secara afektif dan 24,71 pada psikomotor. Peningkatan kemampuan keluarga dapat dilihat setelah diberikan terapi suportif sebesar 15,22 ($p=0,00$).

Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa ada pengaruh terapi suportif yang cukup bermakna terhadap kemampuan keluarga dalam merawat klien GGK, dimana terapi suportif yang telah dilakukan selama kurang lebih 4

minggu telah memberikan hasil yaitu bahwa kemampuan keluarga meningkat.

Dalam penelitian ini peneliti juga membandingkan antara 2 kelompok responden yaitu keluarga yang merawat klien GGK yang mendapatkan terapi suportif dan kelompok yang tidak mendapatkan terapi suportif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kemampuan keluarga meningkat secara bermakna dibandingkan dengan kemampuan keluarga yang tidak mendapatkan terapi suportif.

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang berarti antara hubungan keluarga, usia responden, lama merawat klien, jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan.

Berdasarkan hal tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa terapi suportif memiliki pengaruh yang cukup bermakna dalam perubahan kemampuan keluarga merawat klien GGK. Dengan kata lain bahwa terapi suportif dapat meningkatkan kemampuan keluarga yang merawat klien GGK yang menjalani terapi hemodialisa di Rumah Sakit PELNI Jakarta.

7.2. Saran

Terkait dengan simpulan hasil penelitian, ada beberapa hal yang dapat disarankan demi keperluan pengembangan dari hasil penelitian, yaitu:

7.2.1. Aplikasi keperawatan

7.2.1.1. Kolegium Keperawatan jiwa menetapkan terapi suportif sebagai salah satu kompetensi dari perawat spesialis keperawatan jiwa, khususnya dalam mengembangkan program *Psychiatric Consultation Liaison Nurse (PCLN)*.

7.2.1.2. Peneliti dalam hal ini mahasiswa S2 Keperawatan Jiwa melakukan dapat melakukan terapi suportif secara berkesinambungan pada klien-klien lain yang sangat membutuhkan dukungan dari berbagai pihak khususnya di
Universitas Indonesia

Rumah Sakit PELNI Jakarta yang merupakan lahan praktek peneliti.

7.2.1.3. Perawat spesialis keperawatan jiwa hendaknya menjadikan terapi suportif sebagai salah satu kompetensi yang dapat diberikan pada pelayanan kesehatan jiwa di tatanan pelayanan kesehatan umum (rumah sakit umum) dan meningkatkan kemampuan untuk memperoleh sertifikasi seorang *Psychiatric Consultation Liaison Mental Nurse* (PCLN).

7.2.2. Keilmuan

7.2.2.1. Keperawatan Jiwa hendaknya mengembangkan bentuk terapi lain terkait dalam upaya meningkatkan kemampuan keluarga merawat klien GGK.

7.2.2.2. Keperawatan Jiwa hendaknya mengembangkan modul terapi suportif dan melakukan pengesahan validitas isi secara resmi terhadap modul yang digunakan dalam pelaksanaan terapi suportif untuk memudahkan penggunaan di berbagai tatanan keperawatan.

7.2.2.3. Keperawatan Jiwa hendaknya menggunakan *evidence based* dalam mengembangkan teknik pemberian asuhan keperawatan jiwa pada semua tatanan pelayanan kesehatan dalam penerapan terapi suportif bagi keluarga dan klien GGK yang menjalani hemodialisa rutin di Rumah Umum lainnya.

7.2.3. Metodologi

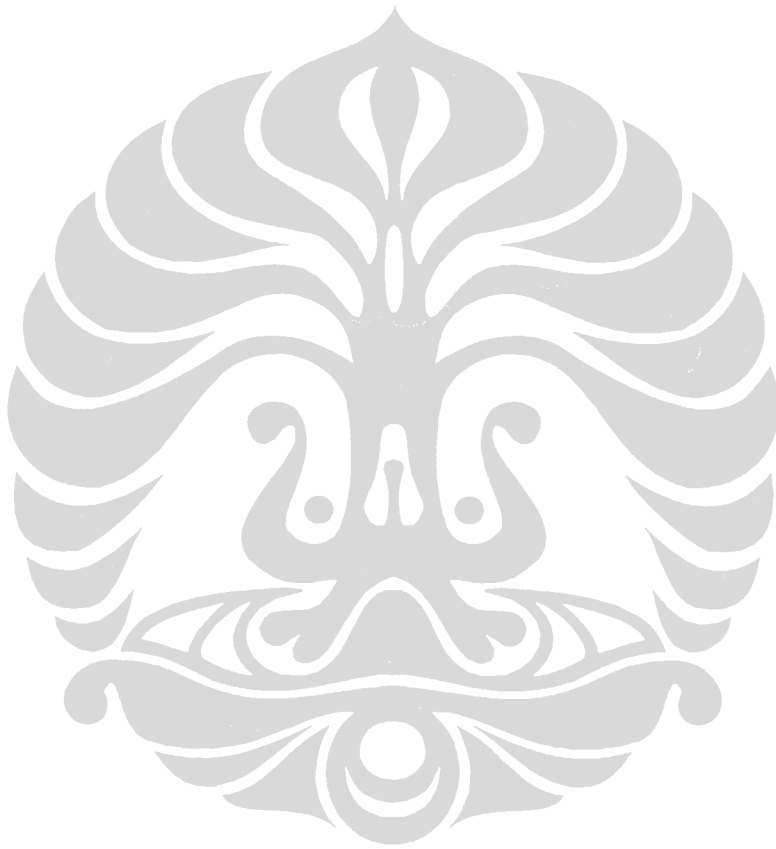
7.2.3.1. Perlu dilakukan penelitian lanjutan pada keluarga yang merawat klien GGK yang telah mendapatkan terapi suportif seperti *self help group*, psikoedukasi keluarga. Hasil penelitian merupakan data awal untuk melakukan penelitian terapi suportif di tatanan pelayanan kesehatan umum.

7.2.3.2. Perlu dilakukan penyempurnaan pelaksanaan terapi suportif untuk menjadikan terapi ini sebagai salah satu model bentuk terapi keperawatan spesialistik yang ditujukan baik pada

Universitas Indonesia

keluarga maupun pada individu/klien yang mengalami gangguan psikososial di pelayanan kesehatan umum.

7.2.3.3. Instrumen yang sudah digunakan dalam penelitian ini hendaknya dapat digunakan sebagai alat ukur dalam mengukur kemampuan keluarga merawat klien.



DAFTAR PUSTAKA

- Anderson, A.J.(2001). *Psychoeducational group therapy for the dually diagnosed*, <http://www.psychosocial.com/dualdx/psychoed.html>, diakses 25 Februari 2011)
- Appelbaum, A.H.(2005). *Supportive therapy*, 4,<http://www.focus.psychiatryonline.org/egi>, diperoleh tanggal 13 Februari 2011 jam 20.00
- Arikunto, S.(2006). *Prosedur penelitian: suatu pendekatan praktik*.edisi revisi VI. Jakarta: Rineka Cipta
- Bastable, B.S.(2002). *Perawat sebagai Pendidik: Prinsip-prinsip Pengajaran dan Pembelajaran*, Jakarta: EGC
- Bellafiore, D.R., *What is group Therapy ?* (2009). <http://www.drbalternatives.com/articles/gc1.html>, diakses, 25 Februari 2011
- Bedell,J.R.,dkk.(1997). *Current approaches to assessment and treatment of person with serious mental illness*, 70, <http://www.psychosocial.com/research/current.html>.diperoleh tanggal 12 Februari 2011 jam 17.00
- Black. M.J., & Hawks, H.J.(2005). *Medical surgical nursing: clinical management for positive outcomes*.(7th, ed).St. Louis: Elsevier Saunders
- Brockopp, D.Y. & Tolsma, M.H.T.(2000). *Fundamental of nursing research (Dasar-dasar riset keperawatan)*.Boston:Jones & Barlett Publisher.
- Budiarto.(2004). *Metodologi penelitian suatu pengantar*.Jakarta:EGC
- Carson, B.V.(2000). *Mental health nursing;the nurse-patient journey*.(2nd, ed).Philadelphia:WB Saunders Company
- Chien, W.T.,Chan,S.W.C,dan Thompson, D.R.(2006). *Effects of a mutual support groups for families of chinese people with schizophrenia:18-months follow-up*.<http://www.proquest.com.pqdauto>.diperoleh tanggal 13 Februari 2011
- Craven,R.F.& Himle,C.J.(2006).*Fundamental of nursing, human health and function*.(5th, ed).Lippincott;Williams & Wilkins
- Endang, S.(2010). *Keberhasilan operasi ginjal di Indonesia di atas 90% ngapain harus ke luar negeri?*<http://www.erabaru.net.kesehatan> diunduh tanggal 13 Februari 2011
- Fortinash, M.K. & Worret, H.A.P.(2006). *Psychiatric mental health nursing*.(3th, ed).St. Louis:Mosby

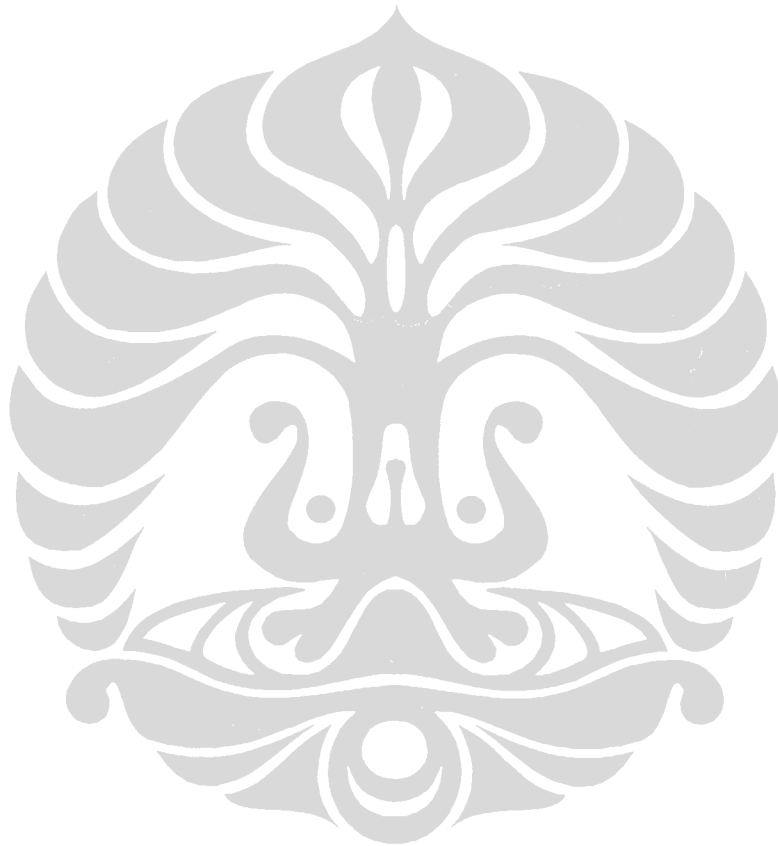
- Friedmen, M.M.(1998). *Keperawatan keluarga: teori dan praktek*, Alih Bahasa: Ina Debora R.L,dkk.(3th, ed). Jakarta: EGC
- Frisch & Frisch (2006). *Psychiatric mental health nursing*. Canada: Thomson Delmar Learning.
- Hamid,A.Y.(2008). *Buku ajar riset penelitian;konsep, etika, & instrumentasi*. Edisi 2. Jakarta.EGC
- Hastono, S.P.(2007). *Modul analisis data kesehatan*. Jakarta :FKM-UI (tidak dipublikasikan).
- Hernawaty,T.(2010).*Pengaruh terapi suportif terhadap kemampuan keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa di Bubulak Bogor*.Tidak dipublikasikan
- Hidayat,A.A.A.(2007). *Metode penelitian keperawatan dan teknik analisa data*. Jakarta: Salemba Medika
- Hunt. R.(2004). *A Resource kit for self help / support groups for people affected by an eating disorder* dibuka pada <http://www.medhelp.org/njgroups/VolunteerGuide.pdf> tanggal 16 Februari 2011 pada Jam 19.30 WIB
- Keliat, B.A.(1996). *Peran serta keluarga dalam perawatan klien gangguan jiwa*.Jakarta:EGC
- .(2003). Disertasi. pemberdayaan klien dan keluarga dalam *keperawatan klien skizofrenia dengan perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Pusat Bogor*. Jakarta.(tidak dipublikasikan).
- Kristianingsih. T.(2009). *Pengaruh Cognitive Therapy pada Klien GGK yang menjalani Hemodialisa di Rumah Sakit Fatmawati*, Tidak dipublikasikan
- Kyrouz & Humphreys (2008). *A review of research on the effectiveness of self-help mutual aid groups* dibuka pada <http://telosnet.com/review/selfres.html> tanggal 14 Februari 2011 Jam 19.00 WIB
- Lemeshow,S.et al., (1990). *Besar sampel dalam penelitian kesehatan*. Yogyakarta: UGM Press
- Lubis, A.J.(2006). *Dukungan sosial pada pasien gagal ginjal terminal yang melakukan terapi hemodialisa*,<http://library.usu.ac.id/diperoleh> tanggal 13 Februari 2011 jam 16.00
- Mubarak, I.W., dkk.(2006). *Buku ajar ilmu keperawatan komunitas 2: teori & aplikasi dalam praktik dengan pendekatan asuhan keperawatan komunitas, gerontik dan keluarga*. Jakarta:Sagung Seto
- Murthy,S.(2003). *Family interventions and empowerment as an approach to enhance mental health resources in developing countries*.<http://www.pubmedcentral.nih.gov>,diperoleh tanggal 13Februari 2011 jam 18.00
- Notoatmodjo, S.(1993). *Metode penelitian kesehatan*.Jakarta:Rineka Cipta

- ,(2007). *Pendidikan dan perilaku kesehatan*. Jakarta:Rineka Cipta
- Oshima,I. et.all.(2008).Family needs and related factors in caring for a family member with mental illness:adopting assertive community treatment in Japan where family caregivers play a large role in community care. *Psychiatric and clinical neuroscience* 62(5):584-90 diunduh tanggal 13 Februari 2011
- Polit, D.F., & Hungler.(2006). *Essentials of nursing research :methods appraisal, and utilization* (6th ed). Philadelphia : Lippincott Williams & Walkins
- Potter,P.A.,& Perry,A.G.(2005).*Fundamental of nursing*.(6th ed).St.Louis.Mosby
- Price, S.A.(2006). *Patofisiologi: Konsep klinis proses-proses penyakit* (alih bahasa Brahm U. Pendi...[et al]). Jakarta: EGC
- Rawlins, R.P., Williams, S.R., Beck, C.K. (1993) *Mental health-psychiatric nursing*. 3th edition. St. Louis : Mosby Year
- Rice, R.(1996). *Home health nursing practice: concept & application*.(2nd , ed). St. Louis.Mosby
- Sarafino,E.P.(1994). *Health psychology: biopsychosocial interactions*.(2nd ,ed). Canada : Simultaneously Published
- Sastroasmoro, S. & Ismael, S.(2008). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*.(3th . ed).Jakarta : CV. Sagung Seto
- Scott, J.E. & Dixon,L.B.(1995). *Psychological intervention for schizophrenia* 13. <http://www.schizophreniabulletin.oxfordjournals.org>, diperoleh tanggal 13 Februari 2011 jam 18.30
- Siagian, P.S.(1994). *Teori dan Praktek Kepemimpinan*. Jakarta:Rineka Cipta
- Smeltzer, S.S.B.(2008). *Buku ajar keperawatan medical bedah*, Jakarta: EGC
- Suharjono.(2008).*Ilmu penyakit dalam*.Jakarta; Penerbit FKUI
- Sugiyono.(2007). *Statistika untuk penelitian*. Bandung: Alfabeta
- Suwitra,dkk,(2009). *Ilmu penyakit dalam*,Edisi 8, Jakarta,CV Sagung Seto
- Swansburg,(1999). *Medical surgical of nursing*.(3th , ed).St.Louis:Mosby
- Stuart,G.W & Laraia, M.T (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing*. (8th . ed). St Louis: Mosby
- Tierney, M.L.,dkk. (2000). *Current medical diagnosis and treatment 2000*.(39th .ed). Toronto,Hill Companies.
- Tim Kekhususan Keperawatan Jiwa.(2009). *Draft terapi spesialis keperawatan jiwa yang telah diriset*. Jakarta:FIKUI.Tidak dipublikasikan
- Townsend, C.M.(2009). *Psychiatric of nursing* .(3th , ed).Philadelphia:F.A.Davis Company

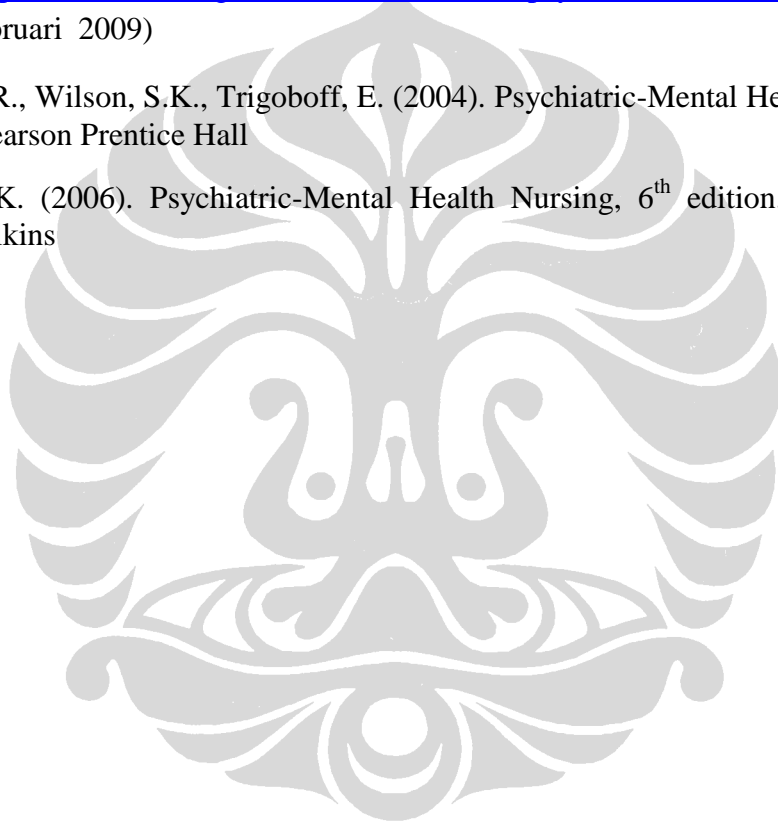
Varcarolis, Elizabet.M et.al (2006). *Foundations of pshychiatric mental health nursing a clinical approach*, Edisi 5. Sounders Elsevier , St Louis Missouri

Videbeck, S.L. (2006). *Psychiatric mental health nursing*. (3rd edition). Philadhelpia: Lippincott Williams & Wilkin

Widiastuti, S.H.(2010). *Pengaruh terapi kelompok suportif terhadap kemampuan keluarga dalam melatih “self care” anak tunanetra ganda di SLB G Rawinala di Jakarta*. Tidak dipublikasikan



- Anonimous. *Introduction of psychoteraphy.* (2000. <http://www.group-psychotherapy.com/intro.htm>, diakses Rabu, 25 Pebruari 2009)
- Bertrando, Paolo. (2006). The Evolution of Family interventions for Schizophrenia : attribute to Gianfanco Cecchin, *Journal of family therapy.* 28,4-22.
- Davis, M., Eshelman, E.R., Mc Kay, M. (1990). The Relaxation and Stress Reduction. 3rd edition. New Harbinger Publication, Inc.
- Fragar, D., et all *Psychoeducational Groups.*
(<http://www.menningerclinic.com/treatment/psychoeducational.htm>, diakses Rabu, 25 Pebruari 2009)
- Kneisl, C.R., Wilson, S.K., Trigoboff, E. (2004). Psychiatric-Mental Helath Nursing. New Jersey : Pearson Prentice Hall
- Mohr, W.K. (2006). Psychiatric-Mental Health Nursing, 6th edition. Lippincott Williams & Wilkins



Jadwal Pelaksanaan Terapi Suportif Keluarga

Hr/tgl Kegiatan	Sls	Rbu	Snn	Sls	Rb	Kms	Jmt	Sbt	Snn	Sls	Rb	Kms	Jmt	Sbt	Snn	Sls	Rb	Kms	
A. Pretest	√																		
B. Pengolahan Data		√																	
C. Intervensi																			
1. Kelompok Intervensi 1			Sesi 1			Sesi 2			Sesi 3			Sesi 4							
2. Kelompok Intervensi 2				Sesi 1			Sesi 2			Sesi 3			Sesi 4						
3. Kelompok Intervensi 3					Sesi 1			Sesi 2			Sesi 3			Sesi 4					
4. Kelompok Intervensi 4			Sesi 1/S			Sesi 2/S			Sesi 3/S			Sesi 4/S							
D. Post Test																			
1. Kelompok Intervensi 1																√			
2. Kelompok Intervensi 2																	√		
3. Kelompok Intervensi 3																		√	
4. Kelompo Intervensi 4																√/S			



MODUL

**TERAPI SUPORTIF
CAREGIVER KLIEN GGK YANG MENJALANI
HEMODIALISA DI RUMAH SAKIT PELNI JAKARTA**

Disusun Oleh:

**TATY HERNAWATY
SRI ATUN WAHYUNINGSIH**

**MAGISTER KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA**

2011

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Price (2006) GGK adalah merupakan perkembangan gagal ginjal yang progresif dan lambat (biasanya berlangsung beberapa tahun), ginjal kehilangan kemampuannya untuk mempertahankan volume dan komposisi cairan tubuh dalam keadaan asupan makanan normal. Klien GGK memerlukan salah satu tindakan adalah hemodialisa. Saat akan dilakukan hemodialisa, klien memerlukan bantuan untuk mengantarkan klien ke tempat pelayanan kesehatan yaitu oleh keluarga atau *caregiver*. Keluarga adalah dua orang atau lebih yang disatukan oleh ikatan-ikatan kebersamaan dan ikatan emosional dan yang mengidentifikasi diri mereka sebagai bagian dari keluarga (Friedman, 1998). Kemampuan keluarga sangat diperlukan dalam merawat anggota keluarganya yaitu kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor. Kemampuan seperti ini dapat ditemukan saat *caregiver* mendampingi klien ke tempat pelayanan kesehatan, berkumpul dengan keluarga lain. Dengan hal tersebut diperlukan terapi kelompok yaitu terapi suportif. Terapi suportif merupakan salah satu bentuk psikoterapi yang secara luas digunakan pada tatanan keluarga sakit dan komunitas didasarkan pada penatalaksanaan psikiatri (Stuart & Laraia, 2005). Terapi ini dilakukan dengan menggunakan tiga pendekatan dasar: ekspresi perasaan, dukungan sosial, dan keterampilan manajemen kognitif. *Supportif group* merupakan sekumpulan orang-orang yang berencana, mengatur dan berespon secara langsung terhadap isu-isu dan tekanan yang khusus maupun keadaan yang merugikan. Tujuan awal dari grup ini didirikan adalah memberikan suport dan menyelesaikan pengalaman isolasi dari masing-masing anggotanya (Grant-Iramu, 1997 dalam Hunt, 2004).

Pada modul ini terapi suportif ditujukan pada caregiver yang mempunyai anggota keluarga dengan GGK yang menjalani hemodialisa. Keluarga dan

klien tersebut membutuhkan banyak informasi dari berbagai pihak maupun dari kelompok keluarga yang lain. Terapi ini dilakukan secara berkelompok dengan anggota berjumlah 8-12 orang dan bersifat homogen. Townsend (2009) menyatakan bahwa jumlah yang besar dapat memberikan kesempatan anggota kelompok belajar dari anggota yang lain. Terapi yang terdiri dari empat sesi ini dapat dilakukan dua kali seminggu atau dua minggu sekali (AGPA, 2007). Waktu pertemuan untuk tiap sesi adalah 20 sampai 40 menit untuk fungsi kelompok yang rendah, sedangkan untuk fungsi kelompok yang tinggi pertemuan dilakukan satu hingga dua jam. Dalam pelaksanaannya terapi suportif dipimpin oleh seorang profesional dengan kemampuan mengelola kelompok, sehingga seluruh anggota berperan aktif menyampaikan gagasan dan mengekspresikan perasaannya sehingga tujuan dari terapi dapat tercapai.

B. Tujuan

Setelah mempelajari modul ini diharapkan:

1. Mampu melakukan terapi suportif pada keluarga yang mempunyai anggota keluarga dengan GGK yang menjalani hemodialisa
2. Mampu melakukan evaluasi kemampuan keluarga dalam merawat klien GGK yang menjalani hemodialisa
3. Mampu melakukan tindak lanjut sebagai hasil dari evaluasi kemampuan keluarga setelah dilakukan terapi suportif.

BAB II

PEDOMAN PELAKSANAAN TERAPI SUPORTIF PADA *CAREGIVER* KLIEN GGK YANG MENJALANI HEMODIALISA

Terapi suportif merupakan terapi kelompok yang dapat dilakukan pada berbagai situasi dan kondisi diantaranya pada caregiver yang merawat klien GGK yang menjalani hemodialisa.

A. Pengertian

Terapi suportif merupakan salah satu bentuk psikoterapi yang secara luas digunakan pada tatanan keluarga sakit dan komunitas didasarkan pada penatalaksanaan psikiatri (Stuart & Laraia, 2005). Psikoterapi kelompok adalah suatu bentuk terapi dimana sejumlah kecil orang bertemu bersama-sama di bawah arahan tenaga profesional yang telah dilatih menjadi terapis untuk membantu anggota kelompok tidak hanya mengatasi masalah yang dihadapi anggotanya tetapi juga memberi perubahan dan pertumbuhan. *Groups support* adalah bentuk terapi yang dipimpin oleh tenaga profesional untuk membantu anggota kelompok mengatasi situasi sulit pada berbagai waktu tetapi yang ditujukan pada meringankan gejala (AGPA, 2007). *Supportive therapy* diartikan sebagai jenis terapi psikologis yang bertujuan membantu klien untuk dapat berfungsi lebih baik dengan memberikan dukungan personal. Sedangkan *mutual support* (dukungan yang bermanfaat) adalah suatu proses partisipasi dimana terjadi aktivitas berbagi berbagai pengalaman, situasi dan masalah yang difokuskan pada prinsip memberi dan menerima, mengaplikasikan keterampilan swabantu (*self help*), dan pengembangan pengetahuan (Cook, dkk., 1999 dalam Chien, Chan, & Thompson, 2006).

Dengan demikian pengertian terapi suportif caregiver yang merawat klien GGK yang menjalani hemodialisa adalah terapi yang diberikan pada sekumpulan caregiver yang merawat klien GGK yang menjalani hemodialisa mengalami dengan cara mengidentifikasi permasalahan yang dihadapi caregiver sehingga mampu memanfaatkan *support system* yang ada di dalam maupun di luar keluarga serta mampu mampu mengekspresikan pikiran dan perasaannya secara verbal.

B. Tujuan

Tujuan terapi suportif adalah memberikan dukungan kepada individu sehingga mampu mengatasi masalah yang dihadapinya dengan cara menguatkan daya tahan mental yang ada, mengembangkan mekanisme baru yang lebih baik untuk mempertahankan kontrol diri, dan mengembalikan keseimbangan yang adaptif (dapat menyesuaikan diri), sehingga mampu mencapai tingkat kemandirian yang lebih tinggi serta mampu mengambil keputusan secara otonom (Maramis, 1998 dan Rockland, 1989 dalam Stuart & Laraia, 2005)

C. Indikasi

Terapi kelompok dapat dilakukan untuk mengatasi masalah seperti: kesulitan dalam melakukan hubungan interpersonal (ditujukan pada perasaan isolasi, depresi atau ansietas), masalah-masalah yang dihadapi anak dan remaja (seperti perceraian, kelompok teman sebaya, masalah belajar atau perilaku), penuaan, penyakit medis, depresi dan ansietas, kehilangan, trauma, masalah gaya hidup, gangguan kepribadian, serta masalah ketergantungan (AGPA, 2007). Rockland (1989 dalam Stuart & Laraia, 2005) menambahkan bahwa terapi suportif efektif untuk mengatasi masalah ansietas, stres posttrauma, makan, gangguan ketergantungan, serta beberapa penyakit fisik.

D. Prinsip

Pada pendekatan terapi suportif, prinsip yang harus diperhatikan adalah: pengalaman anggota kelompok digunakan secara positif, hubungan antar anggota kelompok bersifat harmonis, tidak harus intensif, menjaga kerahasiaan jika diperlukan, serta setiap anggota kelompok saling memberikan dukungan.

E. Karakteristik

Karakteristik dari kelompok suportif adalah: klien membatasi kebutuhannya, setiap anggota memiliki kekuasaan yang sama, kelompok bisa menjadi otonomi dari terapis ataupun tidak, keanggotaan bersifat sukarela, dan kelompok dapat berupa populasi yang spesifik (Fontaine, 2009). Karakteristik kelompok pada penelitian ini adalah:

1. Terdiri dari 8-12 orang anggota
2. Sukarela
3. Bersedia mengikuti seluruh proses terapi dan berpartisipasi aktif
4. Anggota bersifat homogen
5. Dipimpin oleh tenaga profesional

F. Aturan

Aturan dalam pemberian Terapi Suportif meliputi:

1. Terapis dan keluarga berperan aktif dengan komunikasi dua arah.
2. Terapis menghindari konfrontasi dan umpan balik negatif.
3. Setiap anggota kelompok saling memberikan dukungan.
4. Pengalaman anggota kelompok digunakan secara positif.
5. Menjaga hubungan harmonis dalam kelompok.
6. Kenyamanan secara fisik dan emosi harus dijaga. Kelompok harus menghargai *privacy* dan kerahasiaan dari anggota kelompoknya.

G. Keanggotaan

Syarat yang harus dipenuhi untuk mengikuti terapi ini adalah:

1. Terdiri dari 8-12 orang
2. Caregiver yang merawat klien GGK yang menjalani hemodialisa

3. Bersedia berpartisipasi penuh dalam kegiatan terapi

H. Pengorganisasian

Terapi dipimpin oleh tenaga profesional dalam hal ini adalah mahacaregiver S2 keperawatan yang telah dibekali dengan keterampilan terapi suportif. Adapun peran pemimpin kelompok adalah sebagai berikut:

1. Membentuk kelompok (menentukan *setting* dan ukuran kelompok, memilih frekuensi dan lamanya sesi pertemuan, memutuskan sifat kelompok, memformulasikan aturan kelompok).
2. Menciptakan kelompok terapi dengan memformulasikan pendekatan kelompok, memilih anggota, dan mempersiapkan anggota kelompok terapi.
3. Membangun dan mempertahankan lingkungan yang terapeutik.
4. Memimpin jalannya proses terapi.
5. Berupaya melibatkan semua anggota kelompok dalam proses terapi, dengan memfasilitasi anggota yang kurang aktif untuk menyampaikan pendapat dan mengekspresikan perasaannya.
6. Mengembangkan kelompok yang kohesif dengan menciptakan atmosfer yang kondusif dan keputusan kelompok dikomunikasikan oleh anggota kelompok.

Peran anggota kelompok adalah mengikuti jalannya proses terapi dengan mematuhi kesepakatan yang telah dibuat antara anggota kelompok dan terapis sebagai pemimpin kelompok. Anggota kelompok juga berpartisipasi aktif selama proses kegiatan berlangsung dengan memberikan umpan balik, masukan serta melakukan simulasi.

I. Waktu Pelaksanaan

Kegiatan dilakukan dua kali seminggu dengan waktu 40 hingga 60 menit sesuai fungsi kelompok pada tiap sesinya dan kesepakatan kelompok

J. Tempat Pelaksanaan

Kegiatan terapi di lakukan di ruanga tunggu dengan memanfaatkan ruangan yang tersedia dan kondusif untuk melakukan terapi suportif.

K. Pelaksanaan

Pada penelitian ini, terapi suportif dilaksanakan dalam 4 (empat) sesi, yakni: sesi pertama mengidentifikasi kemampuan caregiver dan sistem pendukung yang ada, sesi kedua menggunakan sistem pendukung yang ada di dalam keluarga, sesi ketiga menggunakan sistem pendukung yang ada di luar keluarga, dan sesi keempat mengevaluasi hasil dan hambatan penggunaan sumber pendukung.

Sesi pertama: mengidentifikasi kemampuan *caregiver* dan sumber pendukung yang ada. Pada sesi ini, yang dilakukan adalah mendiskusikan dengan caregiver mengenai apa yang diketahuinya mengenai keperawatan GGK dan hemodialisa , cara yang biasa dilakukan untuk mengatasi klien mengalami penurunan kesehatan dan hambatan dalam melakukannya, serta mengidentifikasi sumber pendukung yang ada. Selain itu, memberikan motivasi pada *caregiver* untuk mengungkapkan pendapat dan pikirannya tentang berbagai macam informasi yang diketahui, memberikan umpan balik positif kepada *caregiver* mengenai cara mengatasi hambatan klien yang sudah tepat, dan memberikan masukan serta penjelasan mengenai cara mengatasi hambatan yang belum diketahui/belum dipahami. Hasil dari sesi pertama ini, *caregiver* mampu menjelaskan: kemampuan positif dalam mengatasi kemampuan keluarga cara merawat klien GGK dan hambatannya, serta menjelaskan sumber pendukung yang ada.

Sesi kedua: menggunakan sistem pendukung di dalam keluarga, monitor dan hambatannya. Pada sesi ini yang dilakukan adalah: mendiskusikan dengan

caregiver mengenai kemampuan positifnya menggunakan sistem pendukung di keluarga dan hambatannya, melatih serta meminta *caregiver* untuk melakukan demonstrasi menggunakan sistem pendukung di keluarga dengan melibatkan anggota kelompok lainnya. Hasil dari sesi kedua ini, *caregiver* mampu: memiliki daftar kemampuan dalam menggunakan sistem pendukung yang ada di keluarga, mampu melakukan *roleplay* menggunakan sistem pendukung yang ada di keluarga, mengetahui cara menggunakan sistem pendukung yang ada di keluarga, dan mampu memonitor dalam pelaksanaan, hasil serta hambatan menggunakan sistem pendukung yang ada di keluarga.

Sesi ketiga: menggunakan sistem pendukung di luar keluarga. Pada sesi ini yang dilakukan adalah: mendiskusikan dengan *caregiver* mengenai kemampuan positifnya menggunakan sistem pendukung di luar keluarga dan hambatannya, melatih serta meminta *caregiver* untuk melakukan demonstrasi menggunakan sistem pendukung di luar keluarga dengan melibatkan anggota kelompok lainnya. Hasil dari sesi ketiga ini, *caregiver*: memiliki daftar kemampuan dalam menggunakan sistem pendukung yang ada di luar keluarga, mampu melakukan *roleplay* menggunakan sistem pendukung di luar keluarga, mengetahui cara menggunakan sistem pendukung yang ada di luar keluarga, dan mampu memonitor dalam pelaksanaan, hasil, serta hambatan menggunakan sistem pendukung di luar keluarga.

Sesi keempat: mengevaluasi hasil dan hambatan menggunakan sumber pendukung. Pada sesi ini yang dilakukan adalah mengevaluasi pengalaman yang dipelajari dan pencapaian tujuan, mendiskusikan hambatan dan kebutuhan yang diperlukan terkait dengan penggunaan sumber pendukung baik yang berada di dalam maupun di luar keluarga, dan cara memenuhi kebutuhan tersebut, serta mendiskusikan kelanjutan dari perawatan setelah program terapi. Hasil dari sesi ini, *caregiver* mampu mengungkapkan

hambatan dan upaya menggunakan sumber pendukung yang ada baik di dalam dan di luar keluarga.

Pelaksanaan terapi suportif ini menggunakan area komunitas yang dilakukan di lingkungan keluarga dengan menggunakan ruangan yang cukup nyaman untuk melakukan kegiatan terapi dan menunjang tercapainya tujuan terapi. Metode yang digunakan adalah dinamika kelompok, diskusi, tanya jawab, dan *role play* dengan *setting* posisi klien-terapis dalam formasi melingkar. Adapun alat dan bahan yang diperlukan meliputi: kursi, meja, alat tulis, LCD atau laptop terkait efektifitas pencapaian tujuan terapi.



BAB III

IMPLEMENTASI TERAPI SUPORTIF

Sesi I: Mengidentifikasi kemampuan *caregiver* dan sistem pendukung yang ada.

A. Tujuan

1. *Caregiver* mampu menyepakati kontrak terapi suportif yang akan dilakukan
2. *Caregiver* mengetahui tujuan program terapi
3. *Caregiver* mampu mengidentifikasi masalah atau hambatan dalam upaya meningkatkan kemampuan keluarga dan motivasi klien
4. *Caregiver* mampu mengidentifikasi sumber pendukung yang ada dan dapat digunakan

B. Setting

1. *Caregiver* dan terapis duduk dalam formasi lingkaran.
2. Ruangan dalam kondisi nyaman dan tenang.

C. Alat

1. Meja dan kursi
2. Alat tulis
3. Buku kerja
4. Audio visual/gambar terkait materi

D. Metoda

1. Diskusi
2. Tanya jawab
3. *Role play*

E. Langkah-langkah pelaksanaan

1. Persiapan
 - a) Membuat kontrak dengan kelompok.

- b) Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan.
2. Orientasi
 - a. Salam terapeutik:
 - b) Terapis menyampaikan salam terapeutik kepada seluruh anggota kelompok.
 - c) Seluruh anggota kelompok saling memperkenalkan diri.
 3. Evaluasi validasi:
 - 1) Menanyakan perasaan anggota kelompok pada hari ini.
 - 2) Menanyakan apa yang dirasakan anggota kelompok sekarang.
 4. Kontrak

Menjelaskan tujuan terapi, kegiatan, dan peraturan terapi (lama kegiatan 60 menit, jika anggota ingin meninggalkan kelompok meminta ijin terlebih dahulu pada terapis).

 - a. Doa bersama
 5. Kerja
 - a) Meminta pada seluruh anggota kelompok untuk mengulang mengenai GSK dan hemodialisa, serta menjelaskan meliputi definisi, penyebab, tanda dan gejala, akibat, dan cara mengatasinya.
 - b) Memberikan pujian atas kemampuan anggota kelompok menyampaikan pendapatnya.
 - c) Menanyakan pada seluruh anggota kelompok mengenai apa dampak yang dirasakan dari kemampuan keluarga dalam merawat klien
 - d) Memberikan pujian atas kemampuan anggota kelompok menyampaikan perasaannya.
 - e) Mendiskusikan hambatan dalam mengatasi masalah kemampuan keluarga dalam merawat klien
 - f) Mendiskusikan sumber pendukung yang ada.
 6. Terminasi
 - a. Evaluasi Subjektif
 - 1) Menanyakan kepada anggota kelompok perasaannya setelah mengikuti terapi.
 - 2) Terapis memberikan pujian kepada kelompok.

- b. Evaluasi objektif
 - 1) Menanyakan hambatan atau masalah yang dialami dalam mengatasi masalah kemampuan keluarga dalam merawat klien.
 - 2) Menanyakan sumber pendukung yang dapat digunakan.
- c. Rencana tindak lanjut
 - 1) Memotivasi seluruh anggota kelompok untuk mengenal masalah, hambatan dalam mengatasi kemampuan keluarga dalam merawat klien.
 - 2) Memotivasi seluruh anggota kelompok untuk mengidentifikasi sumber pendukung yang ada.
- d. Kontrak yang akan datang
 - 1) Bersama kelompok menentukan waktu dan tempat untuk pertemuan berikutnya.
 - 2) Bersama kelompok menyepakati topik untuk pertemuan yang akan datang.
- e. Doa penutup

F. Evaluasi dan Dokumentasi

- 1. Evaluasi proses
Kemampuan yang dievaluasi: kehadiran, waktu pelaksanaan terapi, keterlibatan anggota dalam kegiatan terapi.

Format Evaluasi

Sesi I : Identifikasi kemampuan *caregiver* dan sistem pendukung yang ada

Hari/Tanggal :

No	Kegiatan	Anggota											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Hadir dalam terapi												
2	Menyepakati kontrak kegiatan												
3	Menyampaikan masalah atau hambatan yang dialami												
4	Menidentifikasi sumber pendukung yang dimiliki												
5	Aktif dalam kegiatan												

Keterangan: beri tanda *checklist* pada kolom yang tersedia jika kegiatan dilakukan

b. Dokumentasi

Pada dokumentasi dituliskan ungkapan secara singkat apa yang telah disampaikan oleh anggota kelompok, yaitu hambatan atau masalah yang dialami serta sistem pendukung yang dimiliki.

Format Dokumentasi

Sesi I : Identifikasi kemampuan *caregiver* dan sistem pendukung yang ada

Hari/Tanggal :

No	Nama Anggota	Hambatan atau masalah	Sistem pendukung

Sesi II: Menggunakan sistem pendukung di keluarga, monitor hasil, dan hambatannya.

1. Tujuan

- a. *Caregiver* mampu mengidentifikasi aspek positif dari sistem pendukung di keluarga.
- a. *Caregiver* mampu mendemonstrasikan penggunaan sistem pendukung yang ada di keluarga.
- b. *Caregiver* mampu membuat jadwal penggunaan sistem pendukung yang ada di keluarga.

- c. *Caregiver* mampu memantau dan menilai hasil penggunaan sistem pendukung di keluarga.
- d. *Caregiver* mampu mengidentifikasi hambatan dalam menggunakan sistem pendukung yang ada di keluarga.

2. Setting

- a. *Caregiver* dan terapis duduk dalam formasi lingkaran.
- b. Ruangan dalam kondisi nyaman dan tenang.

3 Alat

- a. Meja dan kursi
- b. Alat tulis
- c. Buku kerja
- d. Audio visual/gambar terkait materi

4 Metoda

- a. Diskusi
- b. Tanya jawab
- c. *role play*

5 Langkah-langkah pelaksanaan

- a. Persiapan
 - 1) Membuat kontrak dengan kelompok.
 - 2) Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan.
- b. Orientasi
 - 1) Salam terapeutik
Terapis menyampaikan salam terapeutik kepada seluruh anggota kelompok.
 - 2) Evaluasi validasi
 - 2) Menanyakan perasaan anggota kelompok pada hari ini.
 - 3) Menanyakan hasil diskusi sesi I.
 - 3) Kontrak
Menjelaskan tujuan kegiatan dan peraturan terapi (lama kegiatan 60 menit, jika anggota ingin meninggalkan kelompok meminta ijin terlebih dahulu pada terapis).

4) Doa bersama

c. Kerja

- 1) Mendiskusikan kemampuan positif sistem pendukung yang ada di keluarga.
- 2) Meminta anggota kelompok untuk melakukan *role play* penggunaan sistem pendukung yang ada di dalam keluarga.
- 3) Memberikan pujian atas kemampuan anggota kelompok melakukan *role play*.
- 4) Meminta anggota kelompok membuat jadwal penggunaan sistem pendukung yang ada dalam keluarga.
- 5) Memberikan motivasi pada kelompok untuk menggunakannya (sistem pendukung yang ada di keluarga).
- 6) Meminta anggota kelompok memantau dan menilai hasil penggunaannya (sistem pendukung yang ada di keluarga).
- 7) Mendiskusikan hambatan dalam menggunakan sistem pendukung yang ada di keluarga.

d. Terminasi

- 1) Evaluasi Subjektif
Menanyakan kepada keluarga perasaannya setelah mengikuti terapi.
- 2) Evaluasi objektif
Menanyakan kepada kelompok untuk mengungkapkan kembali aspek positif dari sumber pendukung yang ada di keluarga.
- 3) Rencana tindak lanjut
 - a. Mengajukan kepada anggota kelompok untuk menggunakan sumber pendukung yang ada di keluarga.
- 4) Kontrak yang akan datang
 - a. Bersama kelompok menentukan waktu dan tempat untuk pertemuan berikutnya.
 - b. Bersama kelompok menyepakati topik untuk pertemuan yang akan datang.
- 5) Doa penutup

6. Evaluasi

Kemampuan yang dievaluasi:

a. Evaluasi proses

Kemampuan yang dievaluasi: kehadiran, waktu pelaksanaan terapi, keterlibatan anggota dalam kegiatan terapi.

Format Evaluasi

Sesi II : Menggunakan sistem pendukung yang ada di keluarga

Hari/Tanggal :

No	Kegiatan	Anggota											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Hadir dalam terapi												
2	Menyampaikan sistem pendukung yang ada di keluarga												
3	Mendemonstrasikan cara menggunakan sistem pendukung di keluarga												
4	Mengidentifikasi hambatan menggunakan sistem pendukung di keluarga												
5	Aktif dalam kegiatan												

Keterangan: beri tanda checklist pada kolom yang tersedia jika kegiatan dilakukan

c. Dokumentasi

Pada dokumentasi dituliskan ungkapan secara singkat apa yang telah disampaikan oleh anggota kelompok, yaitu mengidentifikasi sistem pendukung yang ada di keluarga serta hambatan dalam menggunakannya.

Format Dokumentasi

Sesi II : Menggunakan sistem pendukung yang ada di keluarga

Hari/Tanggal :

No	Anggota	Sistem pendukung di keluarga	Hambatan menggunakan sistem pendukung

Sesi III : Menggunakan sistem pendukung di luar keluarga, monitor hasil, dan hambatannya.

1. Tujuan

- a. *Caregiver* mampu mengidentifikasi sistem pendukung di luar keluarga.
- b. *Caregiver* mampu mendemonstrasikan penggunaan sistem pendukung yang ada di luar keluarga.
- c. *Caregiver* mampu membuat jadwal penggunaan sistem pendukung yang ada di luar keluarga.
- d. *Caregiver* mampu memantau dan menilai hasil penggunaan sistem pendukung di luar keluarga.
- e. *Caregiver* mampu mengidentifikasi hambatan dalam menggunakan sistem pendukung yang ada di luar keluarga.

2. Setting

- a. *Caregiver* dan terapis duduk dalam formasi lingkaran.
- b. Ruang dalam kondisi nyaman dan tenang.

3. Alat

- a. Meja dan kursi
- b. Alat tulis
- c. Kertas/buku
- d. Audio visual/gambar terkait materi

4. Metoda

- a. Diskusi
- b. Tanya jawab
- c. *Role play*

5. Langkah-langkah pelaksanaan

- a. Persiapan
 - 1) Membuat kontrak dengan kelompok.
 - 2) Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan.

b. Orientasi

1) Salam terapeutik

Terapis menyampaikan salam terapeutik kepada seluruh anggota kelompok.

2) Evaluasi validasi

(a) Menanyakan perasaan keluarga pada hari ini.

(b) Menanyakan hasil diskusi sesi II.

3) Kontrak

Menjelaskan tujuan kegiatan dan peraturan terapi (lama kegiatan 60 menit, jika anggota ingin meninggalkan kelompok meminta izin terlebih dahulu pada terapis).

4) Doa bersama

c. Kerja

1) Mendiskusikan sistem pendukung yang ada di luar keluarga: di keluarga, kelompok dalam masyarakat, dan pelayanan di masyarakat.

2) Meminta anggota kelompok untuk melakukan *role play* penggunaan sistem pendukung yang ada di luar keluarga.

3) Memberikan pujian atas kemampuan anggota kelompok melakukan *role play*.

4) Meminta anggota kelompok membuat jadwal penggunaan sistem pendukung yang ada di luar keluarga.

5) Memberikan motivasi pada anggota kelompok untuk menggunakannya (sistem pendukung yang ada di luar keluarga).

6) Meminta keluarga memantau dan menilai hasil penggunaannya (sistem pendukung yang ada di luar keluarga).

7) Mendiskusikan hambatan dalam menggunakan sistem pendukung yang ada di luar keluarga.

d. Terminasi

1) Evaluasi Subjektif

Menanyakan kepada anggota kelompok perasaannya setelah mengikuti terapi.

2) Evaluasi objektif

Menanyakan kepada kelompok untuk mengungkapkan kembali kemampuan positif yang dimiliki sumber pendukung yang ada di luar keluarga.

3) Rencana tindak lanjut

a. Mengajukan kepada anggota kelompok untuk menggunakan kemampuan yang dimiliki sumber pendukung yang ada di luar keluarga bagi *caregiver*.

4) Kontrak yang akan datang

a. Bersama kelompok menentukan waktu dan tempat untuk pertemuan berikutnya.

b. Bersama kelompok menyepakati topik untuk pertemuan yang akan datang.

5) Doa penutup

6. Evaluasi

Kemampuan yang dievaluasi:

a. Evaluasi proses

Kemampuan yang dievaluasi: kehadiran, waktu pelaksanaan terapi, keterlibatan anggota dalam kegiatan terapi.

Format Evaluasi

Sesi III : Menggunakan sistem pendukung yang ada di luar keluarga

Hari/Tanggal :

No	Kegiatan	Anggota											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Hadir dalam terapi												
2	Menyampaikan sistem pendukung yang ada di luar keluarga												
3	Mendemonstrasikan cara menggunakan sistem pendukung yang ada di luar keluarga												
4	Mengidentifikasi hambatan menggunakan sistem pendukung yang ada di luar keluarga												
5	Aktif dalam kegiatan												

Keterangan: beri tanda checklist pada kolom yang tersedia jika kegiatan dilakukan

d. Dokumentasi

Pada dokumentasi dituliskan ungkapan secara singkat apa yang telah disampaikan oleh anggota kelompok, yaitu mengidentifikasi sistem pendukung yang ada di keluarga serta hambatan dalam menggunakannya.

Format Dokumentasi

Sesi III : Menggunakan sistem pendukung yang ada di luar keluarga

Hari/Tanggal :

No	Anggota	Sistem pendukung di luar keluarga	Hambatan menggunakan sistem pendukung

Sesi IV : Mengevaluasi hasil dan hambatan penggunaan sumber pendukung baik di dalam maupun di luar keluarga.

1. Tujuan

- a. *Caregiver* mampu mengevaluasi pengalaman yang dipelajari berkaitan dengan penggunaan sistem pendukung baik di dalam maupun di luar keluarga.
- b. *Caregiver* mampu mengidentifkasi hambatan dan kebutuhan yang diperlukan berkaitan dengan penggunaan sumber pendukung yang ada baik di dalam maupun di luar keluarga .
- c. *Caregiver* mampu mengidentifikasi upaya untuk mengatasi hambatan dan memenuhi kebutuhan yang diperlukan berkaitan dengan penggunaan sumber pendukung yang ada baik di dalam maupun di luar keluarga.
- d. *Caregiver* mampu mengungkapkan rencana kelanjutan dari program terapi.

2. Setting

- a. *Caregiver* dan terapis duduk dalam formasi lingkaran.
- b. Ruangan dalam kondisi nyaman dan tenang.

3. Alat

- a. Meja dan kursi
- b. Alat tulis
- c. Kertas/buku

4. Metoda

- a. Diskusi
- b. Tanya jawab

5. Langkah-langkah pelaksanaan

- a. Persiapan
 1. Membuat kontrak dengan kelompok.
 2. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan.
- b. Orientasi
 1. Salam terapeutik
Terapis menyampaikan salam terapeutik kepada seluruh anggota.
 2. Evaluasi validasi
 - (a) Menanyakan perasaan anggota kelompok pada hari ini.
 - (b) Menanyakan hasil diskusi sesi III.
 3. Kontrak
Menjelaskan tujuan kegiatan dan peraturan terapi (lama kegiatan 40 menit, jika keluarga ingin meninggalkan kelompok meminta izin terlebih dahulu pada terapis).
 4. Doa bersama
- c. Kerja
 1. Menanyakan pada seluruh keluarga tentang pengalaman yang dipelajari berkaitan dengan penggunaan sistem pendukung baik di dalam maupun di luar keluarga dan meminta mengevaluasinya.
 2. Memberikan pujian atas kemampuan anggota kelompok menyampaikan pendapatnya dan *reinforcement* atas pengalamannya

menggunakan sistem pendukung baik di dalam maupun di luar keluarga.

3. Mendiskusikan hambatan dan kebutuhan yang diperlukan berkaitan dengan penggunaan sumber pendukung yang ada baik di dalam maupun di luar keluarga.
4. Mendiskusikan upaya yang diperlu dilakukan berkaitan dengan penggunaan sumber pendukung yang ada baik di dalam maupun di luar keluarga.
5. Mendiskusikan rencana kelanjutan dari program terapi.

d. Terminasi

1) Evaluasi Subjektif

Menanyakan kepada anggota kelompok perasaannya setelah mengikuti terapi.

2) Evaluasi objektif

Menanyakan kepada seluruh anggota kelompok untuk mengungkapkan kembali kemampuannya dalam memilih tindakan untuk memenuhi kebutuhan.

3) Rencana tindak lanjut

Menganjurkan kembali kepada anggota kelompok untuk mengingat dan mempraktekan kemampuan positif sistem pendukung baik yang di dalam maupun di luar keluarga.

4) Kontrak yang akan datang

Menyampaikan pada seluruh anggota kelompok bahwa sesi pertemuan sudah selesai. Bila keluarga masih mempunyai masalah dapat menghubungi guru bimbingan dan konseling.

5) Doa penutup

6. Evaluasi

Kemampuan yang dievaluasi:

a. Evaluasi proses

Kemampuan yang dievaluasi: kehadiran, waktu pelaksanaan terapi, keterlibatan anggota dalam kegiatan terapi.

Format Evaluasi

Sesi IV : Evaluasi hasil dan hambatan menggunakan sistem pendukung

Hari/Tanggal :

No	Kegiatan	Anggota											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Hadir dalam terapi												
2	Menyampaikan pengalaman menggunakan sistem pendukung.												
3	Menyampaikan hambatan menggunakan sistem pendukung.												
4	Menyampaikan upaya mengatasi hambatan menggunakan sistem pendukung												
5	Aktif dalam kegiatan												

Keterangan: beri tanda checklist pada kolom yang tersedia jika kegiatan dilakukan

e. Dokumentasi

Pada dokumentasi dituliskan ungkapan secara singkat apa yang telah disampaikan oleh anggota kelompok, yaitu mengidentifikasi sistem pendukung yang ada di keluarga serta hambatan dalam menggunakannya.

Format Dokumentasi

Sesi IV : Evaluasi hasil dan hambatan menggunakan sistem pendukung

Hari/Tanggal :

No	Anggota	Hambatan dalam menggunakan sistem pendukung	Upaya yang dilakukan untuk menatasi hambatan menggunakan sistem pendukung

BAB IV

PENUTUP

Psikoterapi kelompok adalah suatu bentuk terapi dimana sejumlah kecil orang bertemu bersama-sama di bawah arahan tenaga profesional yang telah dilatih menjadi terapis untuk membantu anggota kelompok tidak hanya mengatasi masalah yang dihadapi anggotanya tetapi juga memberi perubahan dan pertumbuhan. *Groups support* adalah bentuk terapi yang dipimpin oleh tenaga profesional untuk membantu anggota kelompok mengatasi situasi sulit pada berbagai waktu tetapi yang ditujukan pada meringankan gejala. Ansietas merupakan masalah yang setiap orang pernah mengalaminya. Masalah ini dapat terjadi dimana saja, tak terkecuali *caregiver* di keluarga.

PENJELASAN PENELITIAN

Judul Penelitian : Pengaruh Terapi Suportif terhadap Kemampuan Keluarga dalam Merawat Klien Gagal Ginjal Kronik (GGK) yang Menjalani Hemodialisa di Rumah Sakit PELNI Jakarta

Peneliti : Sri Atun Wahyuningsih

Telepon : 081314665954

Saya Sri Atun Wahyuningsih mahasiswa (Program Magister Keperawatan Spesialis Keperawatan Jiwa Universitas Indonesia) bermaksud mengadakan penelitian untuk mengetahui pengaruh terapi kelompok suportif keluarga terhadap kemampuan keluarga dalam merawat klien gagal ginjal kronik (GGK) yang menjalani hemodialisa di Rumah Sakit PELNI. Hasil penelitian ini akan direkomendasikan sebagai masukan untuk program pelayanan keperawatan jiwa di tatanan rumah sakit.

Responden penelitian akan dibagi dalam dua kelompok, yaitu kelompok yang diberikan terapi suportif dan kelompok yang tidak diberikan terapi suportif. Proses penelitian ini terdiri dalam tiga tahap kegiatan yaitu pre test, intervensi, dan post test. Terapi suportif yang akan dilakukan pada kelompok intervensi terdiri dari empat sesi dimana pada setiap sesi dilaksanakan dalam waktu kurang lebih 60 menit. Partisipan diharapkan mengikuti proses terapi secara keseluruhan pada kelompok yang sama dengan mematuhi aturan yang akan disepakati pada pertemuan pertama.

Peneliti menjamin sepenuhnya bahwa peneliti ini tidak akan menimbulkan dampak negative bagi siapapun. Peneliti berjanji akan menjunjung tinggi hak-hak responden dengan cara : 1) menjaga rahasia data yang diperoleh, baik dalam proses pengumpulan data, analisa data, maupun saat penyajian hasil penelitian, 2) menjaga kerahasiaan identitas responden kecuali individu yang terlibat dalam penelitian dan orang-orang yang berkepentingan dengan penelitian ini, 3) menghargai hak responden untuk tidak terlibat dalam penelitian dan mengundurkan diri dalam proses penelitian. Melalui penjelasan singkat ini, peneliti mengharapkan kesediaan anda untuk menjadi responden.

Terima kasih atas partisipasinya.

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Setelah membaca dan memahami penjelasan penelitian, saya bersedia turut berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian yang akan dilakukan oleh :

Nama : Sri Atun Wahyuningsih

NPM : 0906594753

Judul : Pengaruh Terapi Suportif terhadap Kemampuan Keluarga dalam Merawat Klien Gagal Ginjal Kronik (GGK) yang Menjalani Hemodialisa di Rumah Sakit PELNI Jakarta.

Saya memahami bahwa penelitian ini tidak akan merugikan saya, oleh karena itu saya bersedia menjadi responden dan mematuhi segala ketentuan pada penelitian ini.

Jakarta, Mei 2011

Responden

()

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa sehingga penulis dapat menyusun tesis dengan judul “Pengaruh Terapi Suportif terhadap Kemampuan Keluarga Merawat Klien Gagal Ginjal Kronik (GGK) yang Menjalani Hemodialisa di Rumah Sakit PELNI Jakarta”. Hasil ini disusun dalam rangka menyelesaikan tugas ujian akhir untuk meraih gelar Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa Fakultas Keperawatan Universitas Indonesia.

Selama proses penyusunan hasil penelitian ini, penulis mendapatkan arahan dan bimbingan dari berbagai pihak. Untuk itu dengan segala kerendahan hati, penulis menyampaikan terima kasih kepada :

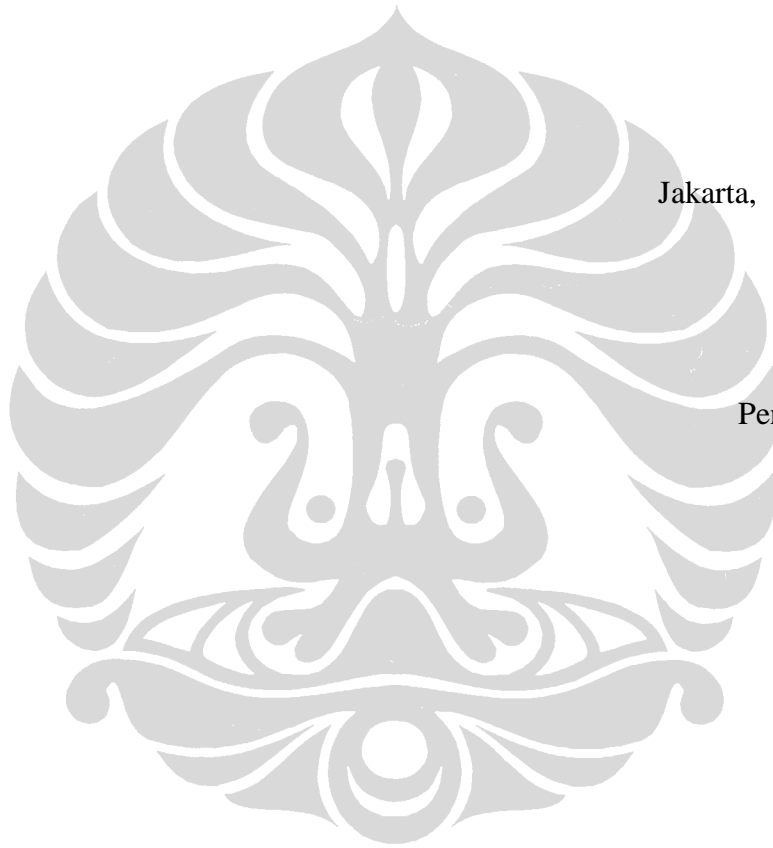
1. Dewi Irawaty, MA.,Ph.D., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Krisna Yetti, SKp., M.App.Sc., selaku Koordinator Mata Ajar Tesis sekaligus Ketua Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan.
3. Mustikasari, SKp., MARS, selaku Pembimbing I yang telah memberikan saran, arahan, bimbingan dan motivasi dalam penyusunan hasil tesis ini.
4. Agung Waluyo, Ph.D., selaku pembimbing II yang telah memberikan arahan dan bimbingan dalam penyusunan hasil tesis ini.
5. Staf pengajar Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan di Indonesia yang telah membekali ilmu, sehingga penulis mampu menyusun laporan hasil tesis ini.
6. Dr. Sri Rachmani, M.MKes.,M.H.Kes selaku Direktur Utama Rumah Sakit PELNI yang telah memberikan ijin penelitian.
7. Wahram B suami dan anak Abiem yang senantiasa memberikan motivasi serta berjuang bersama-sama untuk mencapai cita-cita.
8. Semua responden yang terlibat penelitian ini, sehingga dapat melakukan penelitian ini tepat waktu.
9. Bapak dan kakak-kakakku yang telah mendukung dan membantu memberikan materi serta doa selama menempuh studi

10. Teman-teman Akper Rumah Sakit PELNI Jakarta yang telah memberikan dorongan dan keringanan beban kerja dalam menjalani studi.
11. Teman-teman seperjuangan yang telah saling memberikan dorongan dan semangat dalam menjalani studi

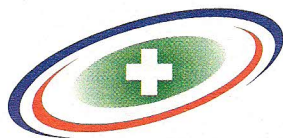
Hasil penelitian ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu penulis sangat mengharapkan masukan dan saran demi perbaikan laporan dan proses penelitian selanjutnya. Semoga hasil penelitian ini dapat berguna bagi peneliti pada khususnya dan untuk semua mahasiswa pada umumnya.

Jakarta, Juli 2011

Penulis







RUMAH SAKIT PELNI

Nomor : 869/ D / VII / 2011.

Jakarta, 18 Juli 2011

Lampiran :

Perihal : Penelitian .

K e p a d a Yth.
Dekan Universitas Indonesia
Fakultas Ilmu Keperawatan
Kampus UI Depok
Depok

Dengan hormat,

1. Sehubungan dengan surat Saudari Nomor : 1487/H2.F12.D1/PDP.04.02/2011 tertanggal 30 Mei 2011, tentang Permohonan ijin penelitian
2. Bersama ini, disampaikan bahwa kami bersedia menerima Mahasiswa Saudari untuk mengadakan Penelitian Tentang Pengaruh Terapi Supportif Terhadap Kemampuan Keluarga Dalam Merawat Klien Gagal Ginjal Kronik (GGK) yang menjalani Hemodialisa di RS.PELNI .
Adapun Mahasiswa tersebut :

Nama : Sdr. Sri Atun Wahyuningsih
NIP : 0906594753

4. Demikian, atas perhatiannya diucapkan terima kasih .

DIREKTUR UTAMA


dr. SRI RACHMANI. S ,MKes,MH.Kes

RUMAH SAKIT PELNI

RUMAH SAKIT PELNI



UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

Komite Etik Penelitian Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

Pengaruh Terapi Suportif Terhadap Kemampuan Keluarga Merawat Klien Gagal Ginjal Kronik (GGK) Yang Menjalani Hemodialisa Di Rumah Sakit Pelni Jakarta.

Nama peneliti utama : **Sri Atun Wahyuningsih**

Nama institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 23 Mei 2011

Ketua,

Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 001

Dekan,



Dewi Irawaty, MA, PhD

NIP. 19520601 197411 2 001



UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : 1987/H2.F12.D1/PDP.04.02/2011
Lampiran : --
Perihal : Permohonan ijin penelitian

30 Mei 2011

Yth. Direktur Utama
RS. PELNI
Jakarta

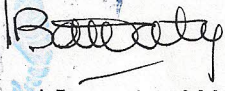
Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Medikal Bedah Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:

Sdr. Sri Atun Wahyuningsih
0906594753

akan mengadakan penelitian dengan judul : **"Pengaruh Terapi Suportif Terhadap Kemampuan Keluarga Dalam Merawat Klien Gagal Ginjal Kronik (GGK) yang Menjalani Hemodialisa di RS. PELNI Jakarta"**.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan penelitian di RS. PELNI Jakarta.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.

Dekan

Dewi Irawaty, MA, PhD
NIP 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth. :

1. Wakil Dekan FIK-UI
2. Direktur Usaha RS. PELNI
3. Divisi Umum dan SDM RS. PELNI
4. Kepala Instalasi Rawat Jalan RS. PELNI
5. Kepala Ruang Hemodialisa RS. PELNI
6. Sekretaris FIK-UI
7. Manajer Pendidikan dan Mahalum FIK-UI
8. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
9. Koordinator M.A. "Tesis"
10. Peringgal



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : 300/H2.F12.D1/PDP.04.02/2011
Lampiran : -
Perihal : Permohonan pengambilan data awal

28 Januari 2011

Yth. Direktur Utama
RS. Pelni
Jakarta

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama

Sdr. Sri Atun Wahyuningsih
0906594753

bersama ini kami sampaikan bahwa pelaksanaan tesis tersebut merupakan bagian akhir dalam menyelesaikan studi di FIK-UI.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon kesediaan Saudara mengizinkan mahasiswa untuk mencari data awal di RS. Pelni Jakarta sebagai tahap awal pelaksanaan kegiatan tesis.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.



Dekan,

Dewi Irawaty, MA, PhD
NIP 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth. :

1. Wakil Dekan FIK-UI
2. Kepala Diklat RS. Pelni
3. Kepala Ruang Hemodialisa RS. Pelni
4. Sekretaris FIK-UI
5. Manajer Pendidikan dan Mahalum FIK-UI
6. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
7. Koordinator M.A. "Tesis"
8. Pertinggal