

IR-Perpustakaan Universitas Ailangga  
**DEPARTEMEN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN  
DIREKTORAT JENDERAL PENDIDIKAN TINGGI  
UNIVERSITAS AIRLANGGA**

1. KIDNEY FAILURE, 1998  
2. 1998 1998

**PERANAN KELUARGA  
DALAM PERAWATAN PENDERITA  
GAGAL GINJAL KRONIK YANG DIRAWAT  
DI RS. Dr. SOETOMO TAHUN 1998**

KKC  
K.C  
362.196 614  
Per  
1

**Ketua Peneliti :**

**Lucia Y. Hendrati.**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**



**LEMBAGA PENELITIAN UNIVERSITAS AIRLANGGA**

**Dibiayai Oleh : Dana Rutin Unair 1998/1999  
SK.Rektor Nomor : 6128/J03/PL/1998**

*3000 02700 3141*



# UNIVERSITAS AIRLANGGA

## LEMBAGA PENELITIAN

- |                                      |                                       |  |
|--------------------------------------|---------------------------------------|--|
| 1. Puslit Pembangunan Regional       | 5. Puslit Pengembangan Gizi (5995720) | 9. Puslit Kependudukan dan Pembangunan (5995719) |
| 2. Puslit Obat Tradisional           | 6. Puslit/Studi Wanita (5995722)      | 10. Puslit / Kesehatan Reproduksi                |
| 3. Puslit Pengembangan Hukum         | 7. Puslit Olahraga                    |  |
| 4. Puslit Lingkungan Hidup (5995718) | 8. Puslit Bioenergi                   |  |

Kampus C, Jl. Mulyorejo Telp. (031) 5995246, 5995248, 5995247 Fax. (031) 5995246, Surabaya 60115

### IDENTITAS DAN PENGESAHAN LAPORAN AKHIR HASIL PENELITIAN

1. a. Judul Penelitian : Peranan Keluarga Dalam Perawatan Gagal Ginjal Kronik Yang Di Rawat Di R.S. dr. Soetomo Tahun 1998
- b. Macam Penelitian : ( ) Fundamental, (V) Terapan, ( ) Pengembangan  
( ) Institusional
- c. Kategori Penelitian : ( ) I (V) II ( ) III ( ) IV
2. Kepala Proyek Penelitian
- a. Nama Lengkap Dengan Gelar : Lucia Y. Hendrati, SKM.
- b. Jenis Kelamin : W a n i t a
- c. Pangkat/Golongan dan NIP : Penata Muda/IIIa/132 129 144
- d. Jabatan Sekarang : Staf Pengajar
- e. Fakultas/Jurusan/Puslit. : Kesehatan Masyarakat/Epidemiologi
- f. Univ./Inst./Akademi : Universitas Airlangga
- g. Bidang Ilmu Yang Diteliti : Kesehatan Masyarakat (Epidemiologi Perilaku)
3. Jumlah Tim Peneliti : 5 (lima) orang
4. Lokasi Penelitian : Kotamadya Surabaya
5. Kerjasama dengan Instansi Lain
- a. Nama Instansi :
- b. A l i a m a t :
6. Jangka Waktu Penelitian : 6 (enam) bulan
7. Biaya Yang Diperlukan : Rp 3.000.000,00
8. Seminar Hasil Penelitian :
- a. Dilaksanakan Tanggal : 31 Mei 1999
- b. Hasil Penelitian : ( ) Baik Sekali ( ) Baik  
( V ) S e d a n g ( ) K u r a n g

Surabaya, 31 Mei 1999

Mengetahui/ Mengesahkan :  
a.n. Rektor  
Ketua Lembaga Penelitian,

~~Prof. Dr. Noor Cholies Zaini f  
NIP. 130 355 372~~

**PERANAN KELUARGA  
DALAM PERAWATAN PENDERITA  
GAGAL GINJAL KRONIK YANG DIRAWAT  
DI RS Dr. SOETOMO TAHUN 1998**

**Ketua Peneliti :**  
**Lucia Y. Hendrati**  
**M. Bagus Qomaruddin**  
**Rachmah Indawati**  
**Santi Martini**  
**Atik Choirul Hidajah**

**LEMBAGA PENELITIAN UNIVERSITAS AIRLANGGA**

Dibiayai oleh : Dana Rutin Universitas Airlangga  
SK. Rektor No. : 6128/J03/PL/1998  
Tanggal : 24 Agustus 1998

## RINGKASAN PENELITIAN

**Judul Penelitian** : Peranan keluarga dalam perawatan penderita gagal ginjal kronik yang dirawat di RS dr. Soetomo tahun 1998

**Ketua Peneliti** : Lucia Y. Hendrati

**Anggota Peneliti** : M. Bagus Qomaruddin  
Rachmah Indawati  
Santi Martini  
Atik Cholrul Hidajah

**Fakultas** : Kesehatan Masyarakat

**Sumber Biaya** : Dana Rutin tahun anggaran 1998/1999 Unair  
SK. Rektor No. 6128/JO3/PL/1998

---

Penyakit gagal ginjal kronik (GGK) menyebabkan fungsi ginjal penderita tidak dapat disembuhkan total dan kembali seperti sediakala bahkan bisa berlanjut menjadi lebih parah. Oleh karena itu untuk mempertahankan hidup penderita gagal ginjal kronik melakukan hemodialisis ataupun transplatasi ginjal disamping perawatan kesehatan yang harus dipatuhi.

Perawatan kesehatan penderita gagal ginjal kronik dengan hemodialisis (GGK-HD) dalam pelaksanaannya perlu mendapat dukungan baik dari keluarga ataupun penderita itu sendiri dikarenakan memerlukan waktu yang lama. Dukungan keluarga dapat berupa ekonomi, pemberian perlindungan, afektif (kasih sayang), pengakuan status penderita, mendorong penderita agar penderita bersosialisasi dengan masyarakat maupun keluarga lainnya.

Fokus permasalahan dalam penelitian ini ada 5 permasalahan yaitu (1) Bagaimana karakteristik responden dan penderita ? (2) Bagaimana peranan keluarga untuk memberi dukungan ekonomi dalam merawat penderita GGK-HD ? (3) Bagaimana peranan keluarga dalam hal melindungi penderita GGK-HD ? (4) Bagaimana peranan keluarga dalam membantu penderita untuk memecahkan permasalahan psikis penderita gagal ginjal kronik dengan hemodialisis ? (5) Bagaimana peranan keluarga dalam mensosialisasikan penderita gagal ginjal kronik dengan hemodialisis ke lingkungan sekitar ?

Tujuan penelitian untuk mempelajari seberapa jauh peranan keluarga dalam merawat penderita gagal ginjal kronik dengan hemodialisis dan faktor yang mendukung dan menghambat dalam menjalankan peranan tersebut.

Manfaat penelitian dapat menghasilkan informasi tentang faktor-faktor pendukung dan penghambat dalam perawatan penderita gagal ginjal kronik dengan hemodialisis yang dilakukan oleh keluarga, sehingga dapat dipakai oleh instansi terkait.

Penelitian dilakukan secara observasional dengan rancangan *cross-sectional* dan data dianalisa secara deskriptif. Responden adalah penderita maupun keluarga penderita yang diwakili oleh seorang yang bertanggung jawab terhadap perawatan penderita. Lokasi penelitian adalah di RS Dr. Sutomo Surabaya. Sampel yang diambil adalah pasien gagal ginjal kronik yang menjalankan hemodialisis pada bulan Januari 1999. Pengambilan sampel dilakukan secara purposive, dipilih pasien dan keluarga yang komunikatif. Cara pengumpulan data dengan wawancara yang berpedoman pada kuesioner berstruktur.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden yaitu keluarga telah berperan dalam perawatan kesehatan penderita dalam hal pembiayaan (ekonomi), pemberian perlindungan termasuk dalam hal penyediaan makanan yang benar dan obat



yang harus diminun, peranan dalam afektif yaitu membantu dalam memecahkan masalah psikis , dan mendorong penderita agar bersosialisasi dengan lingkungannya.

Kesimpulan adalah secara umum peranan keluarga dalam hal perawatan kesehatan penderita gagal ginjal kronik dengan hemodialisis cukup baik dan sarannya adalah masih diperlukan pengetahuan yang lebih banyak tentang perawatan kesehatan pada penderita dan perlunya asuransi kesehatan yang menanggung biaya secara keseluruhan untuk penderita gagal ginjal kronik dengan hemodialisis.



## **KATA PENGANTAR**

Rasa syukur kehadirat Allah SWT. kami ucapkan atas terselesaikannya penelitian ini. Penelitian yang mempelajari seberapa jauh peranan keluarga dalam merawat penderita gagal ginjal kronik perlu dilakukan karena penyakit gagal ginjal kronik sifatnya reversibel dan progresif, sehingga perlu perawatan yang didukung oleh keluarga agar status menjadi gagal ginjal terminal dapat terhambat dan penderita dapat menikmati hidupnya.

Terselesainya penelitian ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak, untuk itu kami ucapkan terima kasih yang pertama kepada dr. Pranowo, dr. M. Yogiantoro, dan dr. Chandra B. I., yang telah memberikan bantuan konsultasi dan supervisi kepada tim peneliti. Kedua kepada Kepala ruang hemodialisis ibu Dorce dan perawat yang telah dengan senang hati membantu dalam menyediakan daftar data penderita hemodialisis. Ketiga rekan-rekan yang membantu dalam pengumpulan data, kemudian yang keempat kepada responden yang bersedia diwawancarai atas waktu yang disediakan kami ucapkan terima kasih, yang kelima kepada Rektor Universitas Airlangga Surabaya yang bersedia mendanai penelitian ini.

**Tim Peneliti**





## DAFTAR ISI

	<u>Halaman</u>
Ringkasan	I
Kata Pengantar	iii
Daftar Isi	iv
Daftar Grafik	v
<b>Bab 1. Pendahuluan</b>	
I. 1. Latar Belakang	1
I. 2. Rumusan Masalah Penelitian	3
I.3. Tujuan Penelitian	4
I.4. Manfaat Penelitian	6
<b>Bab II. Tinjauan Pustaka</b>	
II.1. Pengertian Gagal Ginjal Kronik (GGK dan Faktor Risikonya	6
II.2. Diet Pada penderita Ginjal	7
II.3. Fungsi Keluarga	9
<b>Bab III. Metodologi Penelitian</b>	
III.1. Jenis Penelitian	12
III.2. Responden Penelitian	12
III.3. Lokasi Penelitian	12
III.4. Populasi Penelitian	12
III.5. Sampel	12
III.6. Cara Pengambilan Sampel	12
III.7. Cara Pengambilan Data	12
III.8. Tehnik analisis data	13
III.9. Variabel	13
<b>Bab IV. Hasil dan Pembahasan</b>	
IV. 1. Karakteristik Responden	14
IV. 2. Karakteristik Penderita	14
IV. 3. Peranan Keluarga dalam Pembiayaan Perawatan Penderita	16
IV.4. Peranan Keluarga Dalam Melindungi Penderita	23
IV.5. Peranan Keluarga Dalam Memberik afektif Pada Penderita	34
IV.6. Peranan Keluarga Dalam Sosialisasi Penderita	39
<b>Bab V. Kesimpulan dan Saran</b>	
V.1. Kesimpulan	41
V.2. Saran	42
Daftar Lampiran	



**DAFTAR TABEL**

	<b>Halaman</b>
Grafik 1 Distribusi Permasalahan Transportasi Menurut Tempat Tinggal Penderita	19
Grafik 2 Distribusi Masalah Transportasi Menurut Frekuensi Hemodialisis	19
Grafik 3 Distribusi Masalah Transportasi Menurut Kendaraan yang digunakan Keluarga	20
Grafik 4 Distribusi Peranan Keluarga Menurut Status Keluarga	20
Grafik 5 Distribusi Keterlibatan Keluarga Menurut Permasalahan Biaya Transportasi	21
Grafik 6 Distribusi Peranan Keluarga dan Masyarakat Menurut Permasalahan Biaya obat	22
Grafik 8 Distribusi Peranan Keluarga Dalam Mengatur Makanan Penderita Menurut Pendapat Responden	24
Grafik 9 Distribusi Peranan Keluarga dan Masyarakat terhadap Keterlibatannya Mengatur makanan Penderita	30
Grafik 10 Usaha Keluarga untuk Mengupayakan Penderita agar Mau Makan	31
Grafik 11 Distribusi penderita dalam Merespon Keluarga	32
Grafik 12 Distribusi Peranan Keluarga dan Masyarakat dalam Pengantar Penderita Menurut Status Keluarga	33
Grafik 13 Distribusi Usaha Keluarga Menenangkan Penderita	36



# BAB I

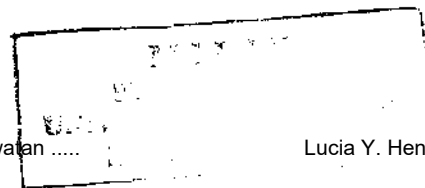
## PENDAHULUAN

### I.1. Latar Belakang Penelitian

Gagal Ginjal Kronik (GGK) adalah gangguan faal ginjal yang berjalan kronik dari mulai faal ginjal normal sampai tak berfungsi lagi. Penyakit gagal ginjal kronik ini merupakan masalah penting dalam kesehatan masyarakat karena menurut laporan yang bersumber dari data penderita gagal ginjal kronik yang pernah dirawat di R.S. dr. Kariadi tahun 1979 sampai dengan Juni tahun 1983 menyatakan 80% penderita merupakan usia produktif (Parsoedi, 1984). Kondisi ini dapat menghambat kualitas hidup dan kemampuan produktif disamping menghambat pembangunan secara umum.

Gagal ginjal kronik dapat menyebabkan fungsi ginjal penderita tidak dapat disembuhkan total kembali seperti sediakala bahkan bisa berlanjut menjadi lebih parah. Untuk mempertahankan hidupnya penderita gagal ginjal kronik dapat melakukan hemodialisis atau transplatasi ginjal, yang harus didukung dengan perawatan dirumah yang benar seperti pengaturan makanan yang harus dipatuhi. Agar usaha ini dapat terlaksana dengan baik maka peranan keluarga tidak dapat diabaikan.

Keluarga merupakan unit terkecil dalam suatu masyarakat, di mana salah satu fungsinya adalah memberikan perlindungan/ayoman dan kasih sayang kepada anggota keluarga yang lain. Berkaitan dengan perawatan penderita di rumah peranan keluarga sangat diperlukan bagi penderita. Adapun peranan keluarga yang dimaksud adalah dalam hal ini dapat berupa aktivitas yang berupa antara lain membantu memecahkan masalah, berkomunikasi, mengontrol perilaku maupun pemberian kasih sayang dan memberi respon kepada penderita (Evans, 1991). Dukungan keluarga sangat





diperlukan dalam kesembuhan maupun dalam mempertahankan status kesehatan penderita.

Dalam menjalankan fungsi ekonomi, keluarga mempunyai peranan dalam hal pembiayaan diantaranya dalam mengusahakan tersedianya dana untuk pelaksanaan hemodialisis. Mekanisme keluarga dalam menyediakan dana untuk pelaksanaan hemodialisis ataupun rencana untuk pelaksanaan transplantasi ginjal ini merupakan salah satu hal yang akan diamati dalam penelitian ini. Mengingat biaya untuk hemodialisis ini semakin lama semakin meningkat seiring dengan semakin parahnya kondisi krisis moneter yang dialami oleh bangsa Indonesia maka peneliti ini ingin mengetahui bagaimanakah mekanisme keluarga penderita dalam pembiayaan apakah cenderung menghentikan atau mengurangi frekwensi hemodialisisnya.

Peranan keluarga yang lain adalah dalam hal penyediaan pengobatan atau peralatan yang dibutuhkan untuk pertolongan pertama di rumah maupun di rumah sakit apabila sewaktu-waktu penderita mengalami serangan yang sifatnya tiba-tiba di rumah hal inipun merupakan hal yang juga dicermati oleh peneliti. Dalam hal ini peneliti ingin mempelajari apakah keluarga penderita gagal ginjal kronik mempunyai persiapan dalam menghadapi serangan yang mendadak dari penderita. Untuk mengontrol perilaku penderita yang dapat memperparah penyakitnya, Apa yang dilakukan oleh keluarga penderita untuk mencegahnya atau mengarahkan ke perilaku yang lebih baik, hal ini merupakan permasalahan yang akan dikaji dan menarik peneliti untuk dikembangkan dalam penelitian ini. Seringkali penyakit membebani penderita sedemikian rupa sehingga mengurangi motivasi penderita untuk berobat atau membuat penderita menjadi putus asa. Penderita gagal ginjal kronik khususnya penderita dengan perawatan hemodialisis mengalami problem psikis yaitu merasa hidupnya tergantung





pada suatu alat/mesin hemodialisis. Untuk menyelami permasalahan tersebut peneliti berkeinginan untuk mempelajari tentang pendekatan yang bagaimanakah yang dilakukan oleh keluarga penderita dalam usaha untuk meringankan beban psikis penderita.

Pendekatan kepada penderita agar memperhatikan kesehatan dirinya tidak hanya perlu dilakukan oleh petugas kesehatan karena jalur pendekatan keluarga jauh lebih penting sebab keluarga lebih sering berada didekat penderita. Hambatan-hambatan apa sajakah yang dialami keluarga dalam upaya perawatan kepada penderita perlu diketahui untuk dicari pemecahan yang komprehensif. Oleh karenanya hasil penelitian ini merupakan hal yang diperlukan karena dengan mengetahui permasalahan yang dialami keluarga dalam melakukan perawatan terhadap penderita dapat menjadi bahan masukan untuk selanjutnya sebagai bahan untuk membuat dikembangkan pedoman perawatan penderita gagal ginjal kronik yang aman di rumah bagi keluarga.

## **L2. Rumusan Masalah Penelitian**

Keluarga selayaknya menjalankan fungsi perawatan sebagai keluarga diantaranya dalam merawat penderita gagal ginjal kronik dengan hemodialisis (GGK-HD) baik di rumah, maupun di Rumah Sakit misalnya mengantar penderita ke rumah sakit, dan membimbing di rumah sakit perlu dilakukan keluarga juga dalam rangka mempertahankan hidup penderita. Oleh karenanya yang menjadi permasalahan dalam penelitian ini adalah peranan apa sajakah yang dilakukan atau diterapkan keluarga dalam menjalankan fungsi keluarga dalam merawat penderita gagal ginjal kronik dengan hemodialisis, terlebih dalam masa krisis moneter di tahun 1998 ini ?

Adapun perincian permasalahan yang akan dipelajari adalah sebagai berikut :

1. Bagaimanakah karakteristik dari penderita GGK-HD dan keluarganya ?

2. Bagaimanakah peranan keluarga dalam melaksanakan fungsi ekonomi dalam merawat penderita gagal ginjal kronik dengan hemodialisis ?
3. Bagaimanakah peranan keluarga dalam melaksanakan fungsi melindungi penderita untuk mengontrol perilakunya agar tidak semakin parah penyakit ?
4. Bagaimanakah peranan keluarga dalam menjalankan fungsi afektif dalam membantu memecahkan permasalahan psikis penderita ?
5. Bagaimanakah peranan keluarga dalam menjalankan fungsi sosialisasi yaitu mengadaptasikan penderita ke lingkungan sekitar ?

### **I.3. Tujuan Penelitian**

#### *1.3.1. Tujuan umum*

Mempelajari peranan keluarga dalam merawat penderita gagal ginjal kronik dengan hemodialisis.

#### *1.3.2. Tujuan khusus :*

1. Mengidentifikasi karakteristik responden (keluarga penderita) dan penderita yang meliputi umur, jenis kelamin, status perkawinan.
2. Memahami peranan keluarga dalam menjalankan fungsi ekonomi (menyediakan biaya )
3. Memahami peranan keluarga dalam melindungi penderita (mengantarkan ke rumah sakit, mengatur diet, menghindarkan dari kebiasaan yang memperburuk penyakit, menyediakan pengobatan dirumah untuk pertolongan pertama )
4. Memahami keluarga dalam menjalankan fungsi afektif (mendorong penderita untuk lebih bersemangat, menghibur penderita)

5. Memahami peranan keluarga dalam menjalankan fungsi sosialisasi (mendorong penderita untuk berkumpul dengan anggota keluarga dan masyarakat)

#### **1.4. Manfaat Penelitian**

Memberikan informasi kepada pihak yang terkait melalui penelitian penderita gagal ginjal kronik dengan hemodialisis seperti Rumah Sakit, Dinas Kesehatan yang dapat digunakan untuk pengembangan pedoman keluarga dalam perawatan yang aman pada penderita gagal ginjal kronik dengan perawatan hemodialisis, dan materi penyuluhan pengabdian masyarakat bagi Fakultas. Disamping itu juga menambah pengetahuan bagi civitas akademika.



## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **II.1. Pengertian gagal ginjal kronik (GGK) dan Faktor Risikonya**

Kerusakan ginjal dalam periode yang lama seringkali mengarah kepada kerusakan jaringan nepron yang progresif dan irreversibel. Kerusakan jaringan ginjal tersebut pada akhirnya menyebabkan hipertrofi struktural dan fungsional dari jaringan ginjal yang masih hidup, hipertrofi kompensatory ini merupakan upaya adaptasi terhadap peningkatan tekanan kapiler glomerular yang merupakan maladaptasi (Lazarus, 1998).

Gagal ginjal kronik adalah penurunan faal ginjal yang menahun, yang tidak reversibel dan cukup lanjut (Soeparman, 1994). Faktor-faktor yang memperburuk terjadinya gagal Ginjal Kronik adalah :

- a. infeksi traktus urinarius
- b. obstruksi traktus urinarius
- c. hipertensi
- d. gangguan aliran darah ginjal
- e. gangguan elektrolit
- f. pemakaian obat-obat nefrotoksis(Soeparman, 1994)

Menurut Lazarus (1998) penyebab utama terjadinya gagal ginjal kronik (Chronic Renal Failure) adalah :

1. Diabetes mellitus
2. Hipertensi



3. Glomerulonephritis

4. Renal sistikus

Pada penderita yang mengalami kegagalan fungsi ginjal dapat menjalani perawatan dialisis atau tranplantasi ginjal. Keputusan untuk melakukan perawatan tersebut ditentukan oleh kualitas hidup penderita dan apakah terapi tersebut lebih bermanfaat dibandingkan risikonya (Lazarus, 1998).

## **II.2. Diet Pada Penderita Ginjal**

Tujuan terapi diet bagi penderita penyakit ginjal adalah untuk mengurangi beban kerja ginjal dalam mengendalikan keseimbangan cairan dan mengeluarkan sisa metabolisme. Diet yang sesuai dengan kebutuhan pasien dan secara berkala diperlukan penyesuaian adalah :

- a. Masukan energi memadai untuk mencegah terjadinya pemecahan protein jaringan
- b. Pembatasan garam pada penderita gagal ginjal kronik dengan riwayat hipertensi dan edematous
- c. Pembatasan masukan protein (Beck, 1995)

Penatalaksanaan diet pada penderita ginjal kadang-kadang digunakan untuk memainkan peranan pendukung bersama-sama dengan hemodialisis atau transplantasi ginjal. Penatalaksanaan diet dihubungkan dengan kemampuan fungsi ginjal penderita gagal ginjal kronis yang telah diketahui fungsinya.

Salah satu fungsi ginjal adalah mengeskresikan hasil-hasil pemecahan protein karena fungsi ginjal penderita telah menurun, maka jumlah protein dalam makanan





harus dibatasi. Protein dengan nilai biologis tinggi dan mengandung semua asam amino esensial yang harus diberikan, dimana protein tersebut terdapat dalam telur, susu, daging, serta ikan. Sedangkan makanan yang kaya akan protein nabati seperti tempe, tahu, kacang hijau, kacang tanah, roti biasanya tidak diberikan dalam diet rendah protein yang ketat karena protein nabati relatif lebih berisikan asam amino non esensial. Makanan pokok seperti nasi, ketela, ubi dan kentang mengandung protein nabati yang sedikit sehingga masih diperbolehkan (Andry, 1995).

Penelitian tentang malnutrisi pada penderita gagal ginjal terminal yang dirawat dengan hemodialisis sebanyak dua kali seminggu menunjukkan bahwa sebagian yaitu sebesar 37,5% mengalami malnutrisi dimana sebagian besar merupakan malnutrisi ringan. Hampir semua pasien takut makan-makanan kaya protein hewani disebabkan oleh nasehat dokter (Sja'bani, 1996).

Diduga kebiasaan diet rendah protein yang dianjurkan oleh dokter pada fase predialitik ikut berperan terhadap terjadinya malnutrisi pada penderita gagal ginjal kronik dengan hemodialisis. Penelitian Sja'bani dan Raka tentang perilaku diet menunjukkan bahwa penderita yang mendapat masukan protein harian kurang dari 1 gram/kg berat badan cenderung terjadi pada sebagian besar penderita gagal ginjal terminal dengan perawatan hemodialisis yang mengalami hipoalbumenia (Sja'bani, 1996).

Lowrie dan Lew (1990) melaporkan bahwa penderita hemodialisis dengan kadar albumin 3,5 / 4,0 gram/dl memiliki risiko kematian 2 kali dan penderita dengan kadar albumin 3,00 - 3,5 gram/dl mempunyai risiko kematian 5 kali lebih besar dari



kelompok penderita dengan kadar albumin 4,0 - 4,5 gram/dl (dikutip : Sja'bani, 1996).

Diet protein rendah dapat menekan progresivitas gagal ginjal dan menekan gejala toksisitas uremik pada penderita. Namun diet protein rendah disisi lain menyebabkan kemungkinan malnutrisi dan retardasi pertumbuhan pada anak-anak (dikutip : Sja'bani,1996).

Diet rendah protein dapat menyebabkan penderita mual, gejala mual dapat hilang jika dibujuk untuk memakan seluruh makanannya.

Sebagian pasien akan menahan kalium hingga taraf yang tidak proporsional sehingga diperlukan pembatasan kalium (Andry, 1995). Pembatasan garam mungkin diperlukan misalnya makanan yang dimasak dan disajikan tanpa penambahan garam dan menghindari makanan yang bergaram termasuk margarine atau mentega tetapi roti rendah protein akan memberikan masukan natrium (karena dibuat dengan soda kue).

Penggunaan makanan yang mengandung tinggi kalori rendah protein seperti gula glukosa, mentega, margarine, minyak, cream, nasi, makanan manis seperti selei sirup, kopi.

Minumman yang sesuai bagi penderita gagal ginjal kronik adalah teh, sirup, maupun kopi yang encer akan tetapi jumlahnya perlu dibatasi.

Makanan nabati umumnya mengandung lebih banyak kalium daripada hewani sebaliknya makanan hewani lebih banyak mengandung natrium.

### **II.3. Fungsi Keluarga**



Keluarga adalah suatu sistem dan tata cara yang diterima untuk menyelesaikan sejumlah tugas penting.

Sedangkan dalam literatur yang lain keluarga merupakan bentuk utama persekutuan antara pria dan wanita setelah menikah untuk mendapat dan memelihara keturunan sekalipun fungsi itu mungkin gagal untuk dijalankan atau dikerjakan. Keluarga adalah suatu struktur kelembagaan yang berkembang melalui upaya masyarakat untuk menyelesaikan tugas-tugas tertentu (Shadily, 1994) Tugas keluarga diantaranya adalah :

1. Fungsi pengatur seksual

Keluarga adalah lembaga pokok yang merupakan wahana bagi masyarakat untuk mengatur dan mengorganisasikan kepuasan keinginan seksual.

2. Fungsi reproduksi

Keluarga berfungsi untuk meneruskan keturunan dengan jalan memperoleh anak sebagai keturunan. Masyarakat yang menetapkan seperangkat normal bahwa untuk memperoleh anak harus melalui lembaga yaitu keluarga.

3. Fungsi sosialisasi

Sosialisasi adalah suatu proses dimana seorang mulai menerima dan menyesuaikan diri kepada adat istiadat suatu golongan, dimana lambat laun ia akan merasakan sebagai bagian dari golongan. Sosialisasi merupakan pertumbuhan perasaan yang menimbulkan tindakan.

4. Fungsi afeksi

Salah satu kebutuhan dasar manusia adalah kebutuhan akan kasih sayang atau rasa dicintai. Permasalahan gangguan emosional, masalah-masalah perilaku dan



kesehatan fisik, menurut pandang psikiater penyebab utamanya adalah ketidakadaan cinta.

Cinta atau kasih sayang merupakan salah satu kebutuhan sosial manusia yang paling penting seperti kebutuhan akan persahabatan dan keintiman, tanggapan manusiawi yang penuh kasih sayang. Orang yang tidak pernah dicintai jarang bahagia sehat dan berguna.

Sebagian besar masyarakat hampir seluruhnya bertumbuh kepada keluarga untuk mendapatkan tanggapan kasih sayang kebutuhan persahabatan sebagian dipenuhi oleh keluarga dan sebagian lagi oleh sejumlah kelompok yang lain, seperti klub yang diorganisasikan atas dasar kekerabatan merupakan perluasan dari keluarga.

#### 5. Fungsi penentuan status

Keluarga berfungsi sebagai dasar untuk memberi status baik fisik, ekonomi dan psikologi bagi seluruh anggotanya. Beberapa masyarakat memandang serangan terhadap seorang anggota berarti serangan terhadap seluruh keluarga, dan seluruh nasib untuk membela keluarga.

#### 6. Keluarga ekonomi

Keluarga sebagai unit ekonomi dasar dan merupakan unit dasar kerjasama dan sepenanggungan. (Horton, 1991).





### **BAB III**

## **METODOLOGI PENELITIAN**

**III.1. Jenis penelitian :** Penelitian ini merupakan penelitian observasional dengan rancangan *cross-sectional*, untuk menggambarkan peranan keluarga dalam perawatan kesehatan penderita gagal ginjal kronik dengan perawatan hemodialisis.

**III.2. Responden Penelitian :** Keluarga penderita gagal ginjal kronik yang menjalani perawatan hemodialisis yang berkesinambungan, dimana yang diwawancarai meliputi keluarga penderita yang diwakili oleh satu orang dan penderitanya sendiri.

**III.3. Lokasi Penelitian :** Penderita gagal ginjal kronik yang mendapat perawatan hemodialisis secara berkesinambungan di ruang hemodialisis di Rumah Sakit dr. Soetomo Surabaya.

**III.4. Populasi Penelitian :** Penderita gagal ginjal kronik yang menjalankan perawatan hemodialisis di Rumah Sakit dr. Soetomo.

**III.5. Sampel :** Penderita gagal ginjal kronik yang dirawat dengan hemodialisis yang berkesinambungan yang dirawat di ruang hemodialisis Rumah Sakit dr. Soetomo pada bulan Januari 1999 sebanyak 44 orang.

**III.6. Cara Pengambilan Sampel :** secara purposive diambil penderita gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis yang komunikatif.

**III.7. Cara Pengambilan data :** wawancara dengan kuesioner berstruktur. Data dalam penelitian dikumpulkan melalui dua cara, yaitu : wawancara secara langsung dengan keluarga penderita dengan menggunakan pedoman kuesioner yang berstruktur lalu diikuti dengan wawancara terhadap penderitanya. Guna mencari data yang lebih rinci maka dilakukan probing dan wawancara secara mendalam (*in-depth interview*).



**III.8. Teknik analisa data :** data yang berhasil dikumpulkan kemudian diedit dan ditabulasi serta disajikan secara deskriptif.

**III.9. Variabel :**

- a. Karakteristik responden (anggota keluarga) dan penderita : umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, tempat tinggal. Khusus untuk penderita ditambah riwayat hemodialisis.
- b. Peranan keluarga dalam hal pembiayaan meliputi pembiayaan hemodialisis, pembiayaan diluar hemodialisis (transportasi, obat-obatan, pemeriksaan laboratorium, dan lain-lain)
- c. Peranan keluarga dalam melindungi penderita meliputi mengatur makanan (kalori, protein, air minum, garam, kaldu, buah-buahan), mengatur minum obat, mengantar pada waktu pemeriksaan.
- d. Peranan keluarga dalam memberi afektif penderita meliputi upaya yang dilakukan keluarga dalam membantu mengatasi masalah psikis.
- e. Peranan keluarga dalam sosialisasi penderita meliputi upaya keluarga dalam membantu penderita berinteraksi dengan lingkungannya.



## BAB IV

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### IV.1. Karakteristik Responden

Responden yang merupakan sumber informasi ada 2 yaitu keluarga penderita yang diwakili oleh satu orang dan penderita itu sendiri. Sebagian besar keluarga penderita yang diwawancarai mempunyai keterikatan sebagai istri atau suami (65,9%), sebagai anak (20,5%), saudara (4,5%), yang lainnya sebagai menantu dan pembantu (9,1%). Pendidikan mereka sebagian besar Perguruan Tinggi (45,5%), lainnya SMA (22,7%), SMP (15,9%), SD (9,1%) dan hanya 6,8% yang tidak tamat SD. Keluarga yang diwawancarai berumur antara 22 sampai 74 tahun dan rata-rata berumur 42 tahun. Sebagian besar responden adalah perempuan 77,3% dan laki-laki 22,7%.

#### IV.2. Karakteristik Penderita

##### *IV.2.1. Umur dan jenis kelamin penderita*

Penderita gagal ginjal kronik yang dirawat dengan hemodialisis yang berkesinambungan di ruang hemodialisis Rumah Sakit dr. Soetomo Surabaya berjumlah 114 orang dan yang diambil sebagai sampel sejumlah 44 orang. Penderita berumur antara 32 tahun sampai 75 tahun dan rata-rata berumur 52 tahun.

Penelitian oleh Hari pada penderita gagal ginjal kronik yang dirawat dengan hemodialisis pada tempat yang sama dalam kurun waktu 1991 sampai 1992 menunjukkan karakteristik penderita menurut umur yaitu umurnya antara 10 - 71 tahun (Hari, 1993).



Penelitian Soewanto pada penderita gagal ginjal tahap akhir di unit hemodialisis di Rumah Sakit Katolik Surabaya menunjukkan 52,7% merupakan usia produktif dengan rata-rata umur 47,2 tahun (Soewanto, 1992).

Sebagian penderita adalah laki-laki (77,3%), sedangkan wanita (22,7%).

#### *IV.2.3. Jenis Pekerjaan*

Sebagian besar penderita bekerja sebagai Pegawai Negeri Sipil (61,4%), di BUMN (15,9%) di Swasta dan Wiraswasta (6,8%) dan tidak bekerja (15,9%). Adapun selama dirawat dengan hemodialisis sebagian besar penderita tidak bekerja sama sekali (59,1%) dengan alasan memang dari dulu tidak bekerja atau dari dulunya bekerja dan selama perawatan tidak bekerja sama sekali, sedangkan penderita yang lain mengungkapkan bahwa selama dirawat dengan hemodialisis rutinitas pekerjaan berkurang (25%) sedangkan 15,9% bekerja seperti biasa hanya waktu-waktu tertentu untuk tujuan hemodialisis tidak masuk kerja karena keperluan ke rumah sakit.

#### *IV.2.4. Status Perkawinan dan Jumlah Anak*

Seluruh penderita sudah menikah dan sebagian besar dalam status kawin (88,6%) sedangkan 11,4% dalam status janda atau duda. Jumlah anak yang dimiliki oleh penderita rata-rata 3 anak hanya sebagian kecil penderita 6,8% tidak mempunyai anak dan maksimal jumlah anak yang dimiliki 8 orang.

#### *IV.2.5. Tempat Tinggal Penderita*

Sebagian besar penderita tinggal di luar Surabaya (59,1%) sedangkan lainnya tinggal di kotamadya Surabaya (40,9%). Penderita sebagian besar tinggal bersama istri dan anaknya (90,9%), sedangkan yang lainnya ikut saudara (4,5%), ikut anak (2,3%) dan kost (2,3%).





#### *IV.2.6. Tingkat Pendidikan Penderita*

Penderita sebagian besar lulusan SMA (47,7%), sedangkan lainnya lulusan perguruan tinggi (34,1%), SMP (9,1%) serta SD dan tidak tamat SD (9,1%).

#### *IV.2.7. Riwayat Hemodialisis*

Sebagian besar penderita mempunyai penyakit dasar yang mengawali sebelum perawatan hemodialisis adalah hipertensi (40,9%), Obstruktif uropati dan infeksi (25%), diabetes melitus (20,5%), dan lainnya (13,6%).

Penderita telah menjalani hemodialisis rata-rata 16,5 bulan dengan rentang waktu antara 1 bulan sampai 73 bulan. Sebagian besar menjalani rutinitas hemodialisis seminggu sekali (77,3%) dan seminggu 2 kali (22,7%). Pada umumnya pelaksanaan hemodialisis seharusnya dilakukan seminggu dua kali, akan tetapi hal ini tidak dapat dilaksanakan oleh Rumah Sakit dr. Soetomo pada seluruh penderita karena mesin hemodialisis yang dioperasikan hanya 10 unit.

### **IV.3. Peranan Keluarga dalam Pembiayaan Perawatan Penderita**

Pembiayaan merupakan salah satu unsur pendukung yang penting dalam perawatan kesehatan. Keluarga berperan dalam penyediaan dana guna usaha penyembuhan anggota keluarga yang sakit, dimana anggota keluarga yang sakit mempunyai hak untuk dirawat dan keluarga berkewajiban untuk mengusahakan kesembuhan anggota keluarga yang sakit.

#### *IV.3.1. Peranan Keluarga dalam Pembiayaan hemodialisis*

Data yang dikumpulkan menunjukkan bahwa sebagian besar pembiayaan hemodialisis dibiayai oleh Askes, sehingga sebagian besar (97,7%) responden merasakan untuk pembiayaan hemodialisis tidak merupakan suatu masalah. Permasalahan pembiayaan hemodialisis baru terasa bermasalah apabila penderita

•

membutuhkan perawatan hemodialisis secara mendadak, misalnya karena salah makan yang menyebabkan penderita sesak nafas akibatnya penderita perlu hemodialisis mendadak, sedangkan penderita tidak masuk dalam jadwal hemodialisis di unit hemodialisis Rumah Sakit dr. Soetomo sehingga keluarga berusaha mencari biaya untuk melakukan hemodialisis di rumah sakit swasta.

#### *IV.3.2. Peranan Keluarga dalam Pembiayaan diluar hemodialisis*

Walaupun perawatan kesehatan penderita sebagian besar ditanggung oleh askes, akan tetapi keluarga masih mengularkan biaya pendukung lainnya. Biaya pendukung ini meliputi biaya untuk transportasi, membeli obat, biaya laboratorium, membeli alat suntik honor tenaga untuk mengambil darah, akomodasi seperti biaya kost, membeli makanan untuk penderita, biaya rawat inap dan konsultasi ke dokter praktek swasta. Hal ini dinyatakan oleh semua responden (100%). Sebagian besar responden (52,5%) menyatakan bahwa biaya diluar hemodialisis masih dirasakan sebagai masalah keluarga dalam hal penyediaannya, karena menurut responden uang masih dibutuhkan untuk keperluan lain dimana menurut sebagian responden masih menanggung biaya sekolah dari anak. Selain itu menurut responden sebenarnya semua biaya harus ditanggung oleh Askes, apalagi dengan kondisi krisis moneter biaya obat meningkat padahal menurut sebagian responden setiap minggu ada obat yang harus dibeli disamping ongkos transportasi juga meningkat. Alasan yang lain menurut responden adalah uang yang diperoleh keluarga hanya bersumber pada gaji pensiunan yang hanya cukup untuk keperluan hidup sehari-hari. Sedangkan menurut 47,8% responden yang tidak bermasalah dalam hal pembiayaan disebabkan karena biaya ditanggung bersama anak dan saudara disamping tidak punya beban yang lain dan pada umumnya tinggal di Surabaya.



Hal ini juga dinyatakan oleh sebagian besar penderita (57,1%) yang merasakan bahwa untuk perawatan hemodialisis keluarga banyak mengeluarkan biaya. Walaupun demikian menurut penderita keluarga selalu berusaha untuk mencari biaya seperti yang dinyatakan oleh 43,2% penderita.

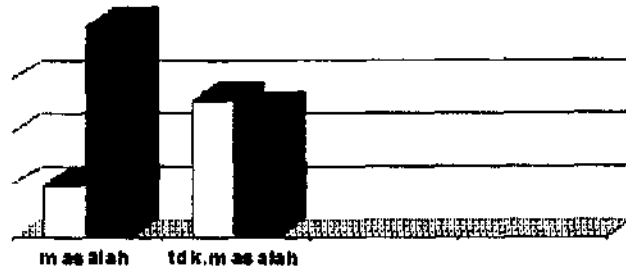
#### *IV.3.2.1. Peranan Keluarga Dalam Pembiayaan Transportasi Ke Rumah Sakit*

Biaya transportasi yang dikeluarkan keluarga untuk kepentingan rutinitas perawatan penderita dimana yang utama adalah untuk mengantarkan penderita ke rumah sakit untuk keperluan hemodialisis seperti yang diungkapkan oleh 95,5% responden, sedangkan responden yang lainnya tidak mengeluarkan biaya transportasi karena menggunakan taksi milik keluarga pribadi.

Dalam penyediaan dana untuk transportasi sebagian besar responden (65,9%) menyatakan tidak bermasalah dan sebagian responden (34,1%) merasakan masih merupakan masalah karena keluarga masih membutuhkan biaya untuk menyekolahkan anaknya. Walaupun merupakan masalah keluarga tetap mencarikan biaya.

Apabila dikaitkan dengan jarak tempat tinggal penderita dengan rumah sakit masalah biaya terutama dirasakan oleh penderita yang tinggal di luar Surabaya (80%) dari responden yang menyatakan biaya transportasi bermasalah dibandingkan penderita yang tinggal dikotamadya Surabaya. Seperti yang ditunjukkan pada grafik 1.

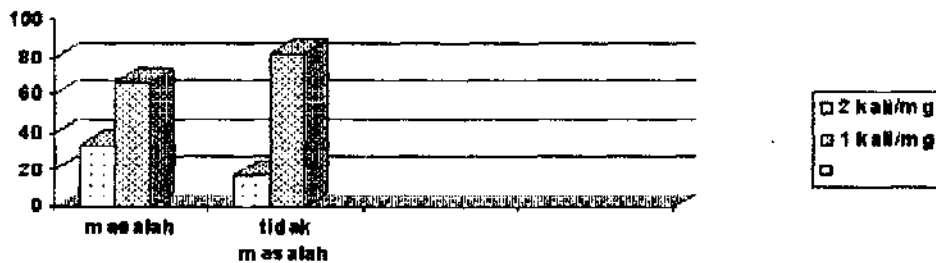




Grafik 1 Distribusi Pemasalahan Transportasi Menurut Tempat Tinggal Penderita

Jadi berdasarkan grafik 1 maka responden yang tidak bermasalah sebagian besar tinggal di kotamadya Surabaya.

Apabila dikaitkan dengan frekuensi hemodialisis keluarga yang merasakan adanya masalah biaya transportasi dirasakan baik oleh keluarga yang anggota keluarganya melakukan hemodialisis dua kali seminggu maupun yang melakukan hemodialisis sekali seminggu. Hal ini dapat ditunjukkan dengan grafik 2 sebagai berikut :

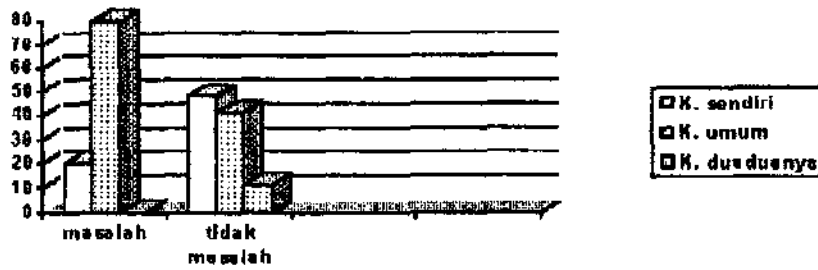


Grafik 2. Distribusi masalah transportasi menurut frekuensi hemodialisis

Kendaraan yang digunakan keluarga untuk mengantarkan penderita ke rumah sakit dalam rangka hemodialisis sebagian besar menggunakan kendaraan umum (54,5%), hanya sebagian kecil saja keluarga menggunakan kendaraan pribadi (38,6%) sedangkan lainnya menggunakan kendaraan sendiri dan umum (6,8%). Keterkaitan pemakaian kendaraan dengan masalah biaya transportasi dapat dicermati dari grafik 3 berikut ini :



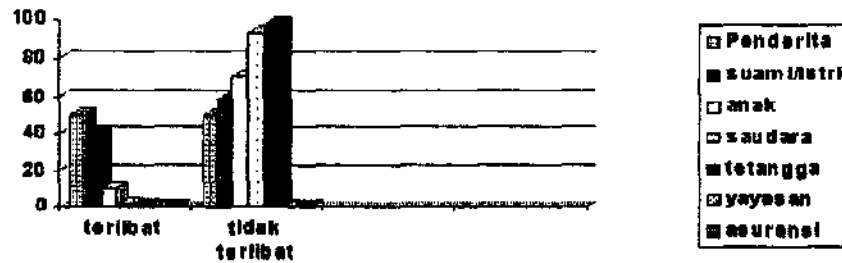




Grafik 3. Distribusi masalah transport menurut kendaraan yang digunakan keluarga

Keluarga yang merasakan biaya transportasi bermasalah terutama keluarga yang menggunakan kendaraan umum dibandingkan yang menggunakan kendaraan sendiri.

Peranan keluarga dan masyarakat untuk memikul bersama biaya transportasi ditunjukkan dalam grafik 4.



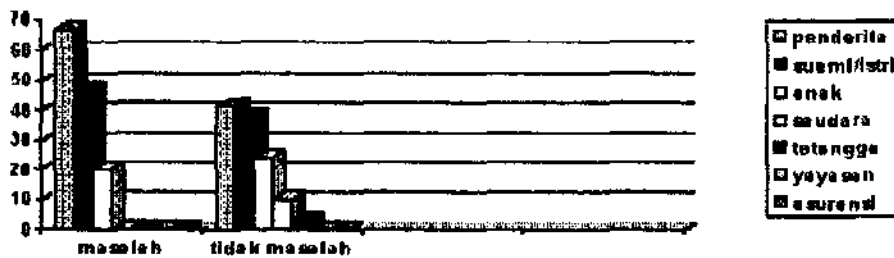
Grafik 4. Distribusi peranan keluarga menurut status keluarga

Dari grafik 4 menunjukkan bahwa peranan keluarga dan masyarakat masih kurang didalam bergotong royong dalam menanggung biaya transportasi penderita, terlihat penderita masih terbebani untuk menanggung biaya transportasi. Bila kita cermati dari keluarga yang mempunyai masalah dalam menanggung biaya transportasi bila dikaitkan dengan peranan keluarga dan masyarakat terlihat masih kecil, seperti yang ditunjukkan pada grafik 4. Hal ini disebabkan karena anak mempunyai kebutuhan biaya untuk rumah tangga nya sendiri, saudara bertempat tinggal jauh sehingga jarang



berkomunikasi, tetangga acuh, memang tidak ada yayasan yang mendukung, sedangkan asuransi tidak menanggung biaya transportasi.

Walaupun demikian keluarga masih berusaha untuk mencari biaya dengan cara meminjam tetangga. Keluarga berperan dalam pembiayaan transportasi baik keluarga yang bermasalah maupun keluarga yang tidak bermasalah. Mengenai hal ini dapat diamati dari grafik 5 berikut ini.

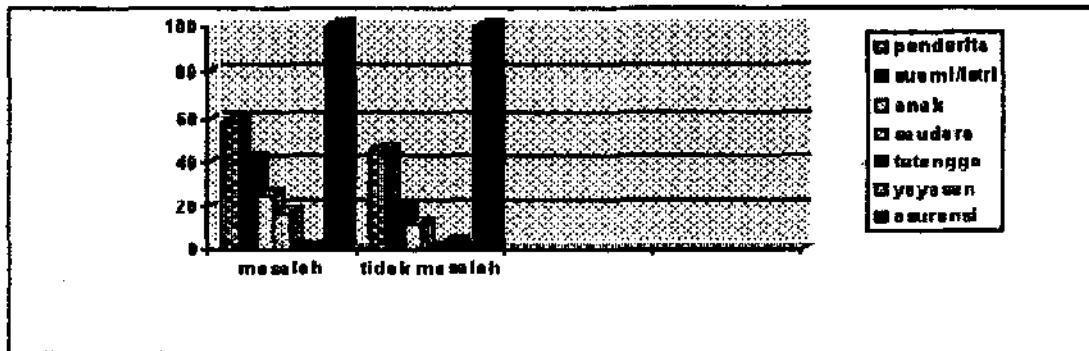


Grafik 5. Distribusi keterlibatan keluarga menurut permasalahan biaya transportasi

#### IV.3.2.2. Peranan keluarga dalam pembiayaan obat

Obat walaupun sebagian ditanggung oleh askes, akan tetapi keluarga masih mengeluarkan biaya untuk membeli obat yang sebagian tidak terdananai oleh askes seperti yang diungkapkan oleh sebagian besar responden (36,4%), tetapi hal ini tidak dirasakan oleh sebagian besar responden (75%), karena jarang membeli obat, sedangkan menurut 25% responden masih menjadi masalah karena obat ditanggung penderita sendiri. Untuk menggambarkan peranan keluarga dan masyarakat dalam keterlibatannya menanggung beban biaya pengobatan penderita ditunjukkan oleh grafik 6.





Grafik 6. Distribusi peranan keluarga dan masyarakat menurut permasalahan biaya obat

Menurut grafik 6 presentasi peranan keluarga didalam pembiayaan pembelian obat semakin jauh keterikatan status keluarga semakin kecil presentasi keterlibatannya dalam pembiayaan penderita. Keterlibatan keluarga dalam pembiayaan pengobatan baik keluarga yang tidak bermasalah dalam pembiayaan maupun yang bermasalah.

#### IV.3.2.3. Peranan keluarga dalam Pembiayaan Laboratorium

Pemeriksaan di Laboratorium hanya sebagian saja yang ditanggung oleh askes sehingga keluarga masih menanggung sebagian biaya Pemeriksaan Laboratorium, seperti diungkapkan oleh sebagian besar responden (61,4%), Walaupun pemeriksaan laboratorium ini jarang dilakukan tetapi sebagian kecil responden (27,3%) menyatakan bermasalah dalam pembiayaan pemeriksaan laboratorium karena ekonomi .

#### IV.3.3.4. Peranan keluarga dalam pembiayaan lainnya

Keluarga tetap mengeluarkan biaya-biaya pendukung hemodialisis yang tidak terdani oleh askes, seperti pembelian alat-alat suntik, penginapan, pemberian honor untuk pengambilan darah, pembelian makanan untuk penderita, untuk penginapan (kost), dan biaya kamar untuk rawat inap di Rumah Sakit. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh sebagian kecil responden (34,1%).

Biaya pendukung itu dirasakan bermasalah oleh sebagian kecil responden diantaranya 11,4% responden merasakan bermasalah dalam mengeluarkan uang untuk



membelikan makanan bagi penderita setelah pelaksanaan hemodialisis dalam rangka untuk memenuhi 'tombo pingin' penderita terhadap makanan-makanan yang dipantangkan. Menurut responden setiap kali penderita merasa tidak mau makan responden berusaha membelikan makanan "di luar" dalam hal ini membutuhkan biaya ekstra. Masalah penginapan hanya dirasakan bermasalah dalam penyediaan dana oleh sebagian kecil responden (6,8%), sedangkan masalah biaya pendukung untuk membeli alat suntik yang digunakan dalam pelaksanaan hemodialisis dirasakan bermasalah dalam penyediaan biaya oleh sebagian kecil responden (2,3%). Pembiayaan untuk konsultasi ke dokter praktek swasta hanya dirasakan oleh sebagian kecil responden (2,3%) bermasalah didalam pembiayaan ini.

#### **IV.4. Peranan Keluarga Dalam Melindungi Penderita**

Keluarga mempunyai kewajiban untuk melindungi anggota keluarganya yang menderita sakit dari faktor-faktor yang dapat menyebabkan penyakitnya menjadi parah bahkan fatal. Menurut penelitian, lama hidup penderita gagal ginjal terminalis yang dirawat dengan hemodialisis sebagian besar penderita hidup kurang dari 1 tahun yaitu 68,18% (Pranawa, 1990).

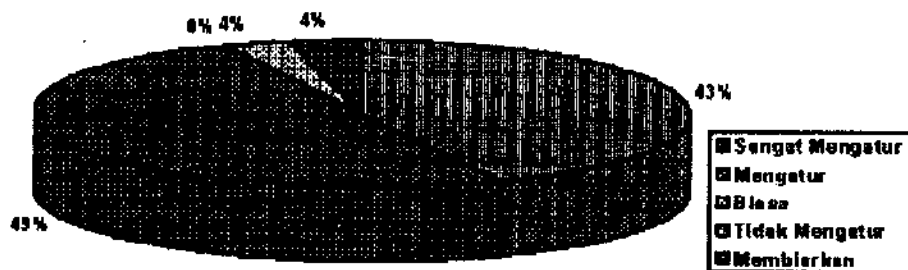
##### *IV.4.1. Peranan Keluarga didalam mengatur makanan penderita*

Salah satu penyebab dari kefatalan penderita gagal ginjal terminalis adalah kadar albumin di dalam darah, dimana kadar albumin 3-3,5 g/dl memberikan risiko kematian 5 kali lebih besar daripada kadar albumin 4-4,5 g/dl (dikutip : Sja'bani, 1996). Oleh karenanya faktor gizi merupakan salah satu yang berperan didalam mempengaruhi lama hidup penderita gagal ginjal terminalis yang dirawat dengan hemodialisis.





Oleh karenanya konsumsi gizi untuk penderita perlu diatur, disini peranan keluarga diperlukan untuk membantu penderita dalam mengatur makanan yang dikonsumsi oleh penderita. Menurut penderita dalam penelitian ini sebagian besar keluarga ikut mengatur makanannya seperti yang diungkapkan oleh 95,4% penderita yang diwawancarai dalam penelitian ini seperti yang ditunjukkan didalam grafik 8



Grafik 8 Distribusi peranan keluarga dalam mengatur makanan penderita menurut pendapat responden.

Untuk mengatur makanan penderita keluarga harus mempunyai pengetahuan bagaimana cara mengatur makanan yang benar untuk penderita. Berikut ini akan diperinci pengetahuan keluarga tentang makanan yang diperbolehkan dan dipantangkan untuk penderita.

#### *IV.4.1.1. Pengetahuan Keluarga dalam Pemilihan sumber Kalori*

Sumber kalori yang utama untuk penderita gagal ginjal kronik dapat bersumber nasi, ketela, ubi, dan kentang yang mengandung protein nabati sedikit tetapi kandungan kalornya tinggi (Andry, 1995). Mengenai hal ini pengetahuan responden sebagian besar sudah benar yaitu nasi masih diperbolehkan menurut responden (100%), kentang diperbolehkan menurut 72,7% responden ketela diperbolehkan menurut 72,7%.



#### *IV.4.1.2. Peranan Keluarga dalam Pemilihan sumber Protein*

Sumber protein untuk penderita gagal ginjal kronik lebih diutamakan pada protein yang mengandung asam amino esensial yang banyak terdapat pada protein hewani (Andry, 1995). Sumber protein biasanya dipakai sebagai lauk pauk, pengetahuan responden dalam pemilihan lauk-pauk untuk penderita akan diperinci pada alinea dibawah ini .

**Telur** diperbolehkan untuk diberikan kepada penderita menurut sebagian besar responden (86%) dimana menurut sebagian responden diberikan dalam batas tertentu, sedangkan menurut 13,6% responden lainnya telur tidak diperbolehkan untuk penderita.

**Daging** diperbolehkan menurut oleh sebagian besar responden (95,5%) untuk diberikan kepada penderita dimana menurut sebagian kecil responden diantaranya daging hanya diberikan dalam batas tertentu, sedangkan menurut sebagian kecil responden (4,5%) daging tidak boleh diberikan kepada penderita.

**Ikan** diperbolehkan untuk diberikan kepada penderita menurut sebagian besar responden (79,5%) dimana menurut sebagian responden diantaranya (22,7%) diperbolehkan dalam batas-batas tertentu dan jenis tertentu dimana kepiting dan udang tidak diperbolehkan karena dapat meningkatkan kadar asam urat, sedangkan menurut sebagian kecil responden (22,7%) ikan tidak boleh diberikan kepada penderita.

**Tempe dan Tahu** merupakan sumber protein nabati yang banyak mengandung asam amino non esensial yang seharusnya tidak diberikan kepada penderita. Pengetahuan responden dalam hal ini sudah baik dimana menurut sebagian besar responden (61,4%) tempe dan tahu tidak dipilih untuk diberikan



kepada penderita, hanya sebagian kecil responden (38,6) saja yang mengatakan bahwa tempe dan tahu masih boleh diberikan kepada penderita.

**Kacang hijau maupun Kacang Tanah** sama halnya dengan tempe mengandung sumber protein nabati yang mengandung asam amino non esensial yang seharusnya tidak diberikan kepada penderita. Pengetahuan responden dalam hal ini sudah baik karena menurut sebagian besar responden (79,6%) tidak dipilih sebagai konsumsi untuk penderita sedangkan untuk sebagian kecil responden (20,4%) mengatakan kedua macam kacang masih diperbolehkan untuk diberikan kepada penderita.

Susu mengandung lemak dan protein yang tinggi, hanya susu produk olahan tertentu yang diperbolehkan. Pengetahuan responden tentang hal ini sudah baik, karena menurut sebagian besar responden (81,8%) susu tidak boleh diberikan kepada penderita, alasan yang dikemukakan responden adalah susu dilarang atas anjuran dokter, disamping itu menurut responden susu mengandung lemak, protein, kalium yang tinggi serta bahan pengawet. Hanya susu tertentu seperti nefrozil saja yang diperkenankan untuk diberikan kepada penderita. Sedangkan menurut sebagian kecil responden (18,2%) susu dapat diberikan kepada penderita karena berdasarkan pengalaman responden melihat pada waktu di rumah sakit penderita juga diberi susu.

**Air minum** harus dibatasi sesuai dengan jumlah air kencing yang dikeluarkan oleh penderita, karena air minum mengandung mineral tertentu seperti kalium. Penderita gagal ginjal kronik sebagian besar menahan kalium hingga taraf yang tidak proposional sehingga diperlukan pembatasan kalium (Andry, 1995). Pengetahuan responden tentang hal ini sudah benar, karena menurut sebagian



responden (90,9%) jumlah minum untuk penderita perlu dibatasi karena berdasarkan anjuran dokter. Adapun alasan yang dikemukakan responden adalah bila tidak dibatasi dapat berakibat badan penderita menjadi bengkak dan sesak nafas. Menurut responden pembatasan jumlah air yang diminum tergantung jumlah kencing penderita. Sedangkan menurut sebagian kecil responden penderita boleh minum dengan jumlah tak terbatas (9,1%), karena selama ini penderita minum dengan jumlah tak terbatas tidak terjadi apa-apa.

Garam memang seharusnya dibatasi karena dapat berpengaruh pada pengaturan cairan dalam tubuh baik intracelluler maupun extraseluller. Pengetahuan responden dalam hal ini sudah benar, karena menurut sebagian besar responden (81,8%) konsumsi garam oleh penderita harus dikurangi, akan tetapi tetap ada dengan tujuan menambah nafsu makan penderita, disamping itu pengurangan jumlah konsumsi garam bertujuan agar tekanan darah penderita tidak naik. Sedangkan menurut sebagian kecil responden (18,2%) penderita boleh mengkonsumsi garam seperti biasa karena penderita bukan pengidap hipertensi.

Kaldu yang merupakan hasil olahan daging dan air yang dimasak sampai mendidih kemudian diambil airnya dan biasanya digunakan untuk memasak sayuran seperti sup. Dalam hal ini seharusnya kaldu tidak diperbolehkan untuk penderita karena kaldu mengandung mineral diantaranya kalium yang sangat berbahaya untuk penderita. Pengetahuan responden dalam hal ini belum benar karena menurut sebagian besar responden (54,5%) sayuran berkaldu dapat dipilih untuk diberikan kepada penderita dimana menurut sebagian responden diantaranya menyatakan kaldu dapat diberikan dalam jumlah terbatas, sedangkan menurut sebagian responden (45,5%) kaldu tidak diperbolehkan untuk diberikan kepada penderita ,





karena kaldu merupakan racun yang menyebabkan meningkatnya asam urat disamping mengandung lemak dan kolesterol yang tinggi yang berbahaya bagi penderita gagal ginjal kronik yang dihemodialisis berkesinambungan.

Sayuran tidak berkaldu lebih sedikit mengandung kalium dibandingkan sayuran berkaldu akan tetapi jumlahnya tetap perlu dibatasi. Pengetahuan responden dalam hal ini belum benar karena hanya sebagian kecil (6,8%) yang mengatakan sayuran yang tidak berkaldu boleh diberikan dalam jumlah terbatas dengan alasan takut badan penderita bengkak sedangkan menurut sebagian besar responden (70,5%) boleh berikan, dan menurut (22,7%) tidak dipilih untuk diberikan kepada penderita.

Buah-buahan mengandung kalium yang tinggi sehingga sama sekali tidak diperkenankan untuk dikonsumsi untuk penderita gagal ginjal kronik dengan perawatan hemodialisis. Pengetahuan responden dalam hal ini sudah benar karena menurut sebagian besar responden (59,1%) menyatakan buah-buahan tidak dipilih untuk konsumsi penderita, sedangkan menurut 36,3% responden menyatakan bahwa buah-buahan diperbolehkan untuk diberikan kepada penderita asalkan buah-buahan dengan jenis tertentu seperti apel merah, pisang sobo baik yang dimakan mentah ataupun yang dimakan setelah dimasak lebih dahulu biasanya dipakai penderita untuk minum obat, buah-buahan yang dimasak kemudian dibuang airnya, pepaya, buah-buahan yang tidak mempunyai rasa asam atau boleh semua buah-buahan asal diberikan pada waktu dilakukan hemodialisis, hal ini sesuai anjuran dokter, alasan responden yang lain adalah karena buah-buahan mengandung kalium dan natrium yang tinggi, sehingga dapat menimbulkan sesak nafas. Sedangkan menurut 2,3%



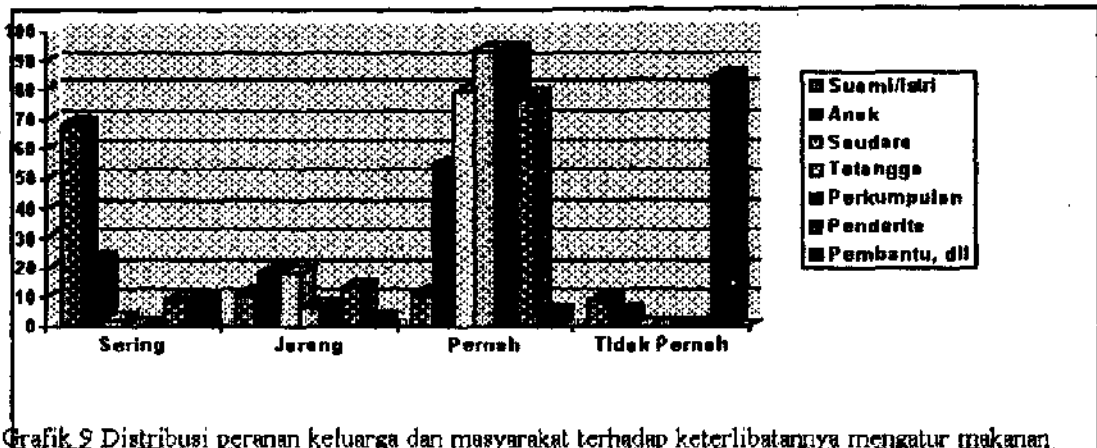
responden menyatakan boleh diberikan dan 2,3% responden lainnya menyatakan tidak tahu.

Jadi pengetahuan responden sebagian besar tentang jenis makanan tertentu sudah benar. Demikian juga pengetahuan sebagian besar penderita menyatakan tidak semua makanan dapat dikonsumsi seperti yang dinyatakan oleh 86,4% penderita hanya sebagian kecil (3,6%) yang menyatakan boleh makan semua jenis makanan.

Akan tetapi faktor mual dan muntah menyebabkan penderita bosan terhadap makanan yang telah disediakan oleh keluarga, sehingga menurut sebagian besar responden (59,1%) penderita tidak selalu makan makanan yang disediakan oleh keluarga menurut responden hal ini disebabkan karena penderita tidak mempunyai nafsu makan, badan terasa tidak enak dan merasa mual dan muntah, responden lainnya menyatakan bahwa 36,4% penderita sudah menyadari sehingga mau makan makanan yang disediakan oleh keluarganya, dan hanya 4,6% responden menyatakan tidak tahu.

Keluarga berkewajiban untuk mengontrol makanan yang dikonsumsi untuk penderita. Memasak makanan sendiri merupakan salah satu upaya untuk mengontrol makanan penderita. Peranan keluarga dalam mengatur makanan penderita seperti yang dinyatakan oleh sebagian besar penderita (93 %) bahwa keluarga ikut mengatur makanan penderita. Peranan keluarga dalam menyediakan makanan penderita dapat dicermati dari grafik 9





Grafik 9 Distribusi peranan keluarga dan masyarakat terhadap keterlibatannya mengatur makanan.

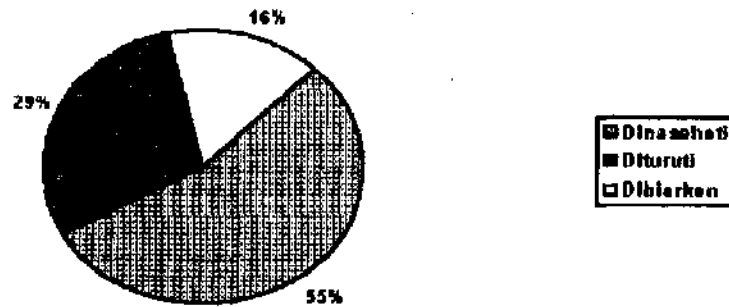
penderita.

Dalam mengatur makanan keluarga yang meliputi menyediakan makanan penderita sebagian besar keluarga terlibat (95,6%), hanya sebagian (4,5%) keluarga tidak menyediakan makanan untuk penderita, makanan penderita disediakan oleh pembantu dan beli di warung. Dalam hal penyediaan makanan untuk penderita semakin dekat pertalian keluarga semakin berperan dalam mengatur makanan keluarga. Dalam hal ini istri atau suami (68,2%) mempunyai peranan yang lebih banyak, hanya sebagian kecil saja suami/istri tidak menyediakan karena sibuk bekerja. Sebagian besar anak penderita (54,5%) ikut berperan dalam menyediakan makanan untuk penderita, sedangkan 23,5% anak penderita tidak berperan dalam menyediakan makananan penderita karena mempunyai keterbatasan seperti masih kecil, sekolah diluar kota. Hanya sebagian kecil saudara penderita (2,3%) saja yang membantu menyediakan makanan penderita, karena saudara bertempat tinggal jauh dengan penderita dan sibuk bekerja. Hanya sebagian kecil tetangga penderita (6,8%) yang berperan membantu menyediakan penderita karena menurut responden tetangga mempunyai urusan sendiri dan keluarga penderita tidak mau merepotkan tetangga dalam perawatan penderita. Perkumpulan seperti para ibu



pengajian atau perkumpulan gereja hanya sebagian kecil (6,8%) yang ikut berperan membantu menyediakan makanan keluarga.

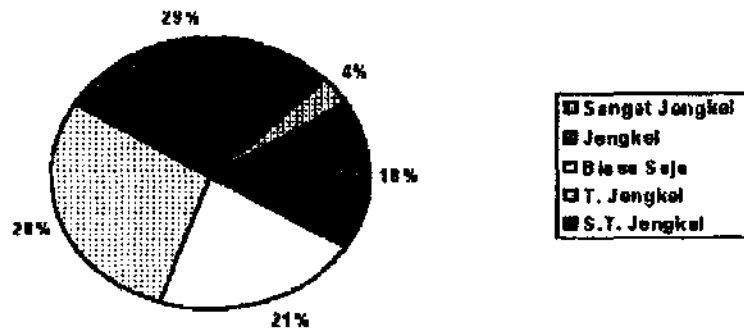
Usaha keluarga untuk mengupayakan penderita agar mau makan ditempuh dengan berbagai cara seperti yang terlihat dalam grafik 10



Upaya keluarga untuk mengusahakan agar penderita mau makan sebagian besar masih berusaha agar penderita mau makan makanan dibawah kontrol keluarga (54,8%) yaitu dengan cara merayu dan menasehati penderita, membuatkan makanan dalam bentuk yang lain, bersikap empaty dengan cara keluarga tidak makan makanan yang dipantangkan untuk penderita dengan maksud untuk mengurangi keinginan penderita. Sedangkan menurut 29% keluarga bersifat longgar terhadap keinginan penderita akan makanan yang dipantangkan dengan cara membelikan makanan diluar rumah dengan terlebih dahulu memesan makanan pada rumah makan/warung misalnya garamnya dikurangi, permintaan penderita dituruti tapi dengan jumlah sedikit atau dituruti makan makanan yang dipantangkan waktu menjelang hemodialisis. Respoden lainnya sebesar 16,2% menyatakan tidak sanggup mengontrol penderita dengan perkataan lain membiarkan penderita karena pada waktu penderita bekerja, penderita dapat beli sendiri. Hal ini dicermati dari perasaan penderita dalam merespon keluarga yang ditunjukkan dalam grafik 11







Sebenarnya sebagian besar penderita (57,2%) tidak merasa jengkel apabila keluarga mengatur makanan yang dikonsumsinya, akan tetapi faktor bosan dan perasaan mual dan muntah yang menyebabkan penderita tidak selalu makan makanan yang disediakan oleh keluarga.

#### IV.4.2. Peranan Keluarga dalam Mengatur Minum obat Penderita

Obat merupakan salah satu penunjang disamping hemodialisis dan mengatur diet dalam mendukung kelangsungan hidup penderita gagal ginjal kronik yang dirawat dengan hemodialisis.

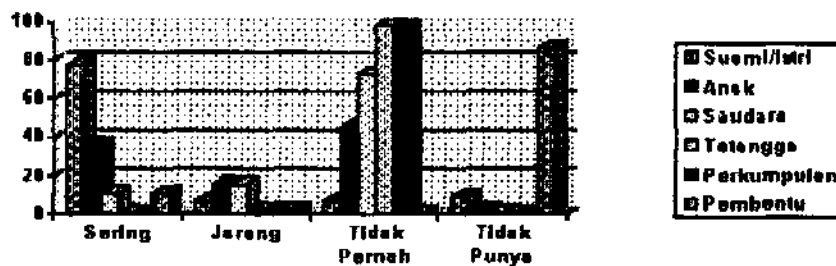
Menurut sebagian besar responden penderita kurang menyadari perlunya minum obat, sehingga sebagian besar responden (61,4%) perlu menyediakan dan mengingatkan penderita, sedangkan lainnya penderita menyediakan obat keluarga tinggal mengingatkan saja (31,8%) dan hanya sebagian kecil responden (2,3%) merasa tidak dapat mengatur penderita sehingga membiarkan penderita. Kemudian 4,5% sudah sadar sendiri sehingga keluarga merasa tidak perlu mengatur karena penderita mempunyai kesadaran terhadap minum obat baik.



#### IV.4.3. Peranan Keluarga dalam Mengantar Pemeriksaan Penderita

Untuk kelangsungan hidup penderita perlu melakukan hemodialisis dan hanya dapat dilakukan di Surabaya untuk peserta Askes. Dukungan keluarga dalam pelaksanaan hemodialisis ini salah satunya mengantar penderita ke rumah sakit, karena hanya sebagian kecil penderita yang mampu berangkat sendiri ke rumah sakit (13,6%), sedangkan yang lainnya perlu diantar (86,4%).

Oleh karena penderita sebagian besar tidak dapat datang sendiri dan keluarga juga tidak tega membiarkan penderita datang sendiri disamping bila ada keperluan administrasi seperti mengambil darah, mengambil obat dan alat suntik maka keluarga merasa perlu mengantar penderita. Peranan keluarga dalam mengantar penderita dapat dicermati dari grafik 12.



Gambar 12. Distribusi Peranan Keluarga dan Masyarakat dalam Pengantar Penderita menurut Status Keluarga.

Peranan keluarga dalam mengantar penderita dari grafik 12 terlihat bahwa semakin dekat pertalian keluarga semakin sering mengantar penderita. Istri/suami lebih banyak memegang peranan dalam mengantar penderita ke rumah sakit (77,3%), sedangkan lainnya (22,7%) tidak dapat mengantar karena sibuk bekerja.



**Anak**, hanya sebagian kecil saja anak penderita (36,4%) yang dapat mengantar penderita, sedangkan lainnya (63,6%) tidak dapat mengantar penderita karena bertempat tinggal jauh dari penderita dan sibuk sekolah.

**Saudara**, hanya sebagian kecil saudara penderita (22,7%) yang dapat mengantar penderita, sedangkan lainnya (77,3%) tidak dapat mengantar penderita karena bertempat tinggal jauh dengan penderita.

**Tetangga**, hanya sebagian kecil tetangga penderita (2,3%) yang dapat mengantar penderita sedangkan 97,3% tidak dapat mengantar penderita karena mempunyai kesibukan rumah-tangga masing masing.

**Perkumpulan**, hanya sebagian kecil teman penderita diperkumpulan (2,3%) yang dapat mengantar penderita, dan sebagian besar (97,7%) tidak dapat karena kesibukan mengurus rumah-tangganya juga disebabkan karena penderita tidak ikut perkumpulan.

#### **IV.5. Peranan Keluarga dalam Memberi afektif pada penderita**

Kegiatan hemodialisis harus dijalani oleh penderita gagal ginjal kronik yang dirawat dengan hemodialisis berkesimbangan sepanjang hidup penderita dan apabila tidak dijalankan akan berakibat pada diri penderita berupa keluhan sesak napas, badan terasa tidak enak seperti yang diungkapkan oleh penderita, sehingga penderita harus mau untuk melakukan hemodialisis bahkan sebagian penderita menyatakan selalu menanti-nanti atau ingat dengan sendiri jadwal hemodialisis dan meminta keluarga untuk diantar ke rumah sakit.

Kebosanan dalam proses penyembuhan sering dialami oleh penderita terutama penderita yang mendapatkan perlakuan perawatan kesehatan yang mempunyai jangka waktu yang lama seperti juga penderita gagal ginjal kronik yang



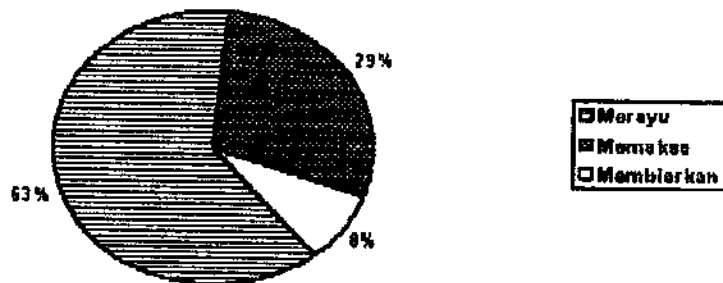
mendapatkan hemodialisis berkesinambungan selama hidupnya. Kebosanan ini terjadi juga pada penderita yang diteliti seperti yang diungkapkan oleh sebagian besar responden (50%) yang merasakan bahwa penderita pernah mengalami kebosanan selama proses perawatan kesehatannya, menurut responden bahwa penderita mengalami kebosanan karena merasa capek dan waktu hemodialisis yang lama baik waktu menunggu giliran maupun waktu pelaksanaan hemodialisis, perasaan takut jika mesin rusak, perjalanan ke rumah sakit yang jauh dengan kendaraan umum menyebabkan penderita merasa tidak enak, penderita merasa tidak bebas hidupnya karena tergantung mesin hemodialisis dan menurut responden penderita mengeluh ketidak adaan alternatif pengobatan yang lainnya. Sedangkan 43,2% responden menyatakan penderita tidak pernah mengalami kebosanan dalam proses perawatan kesehatannya dan hanya 6,8% responden merasa tidak tahu tentang respon penderita terhadap proses perawatan kesehatannya, karena penderita terlalu diam. Sebagian besar penderitapun merasa bosan terhadap proses perawatan kesehatan dirinya (60,7%), menurut penderita kebosanan ini timbul karena terikat dengan mesin hemodialisis, proses hemodialisis waktunya lama sehingga timbul kejenuhan karena tidak ada musik, capek dan menunggu sebelum pelaksanaan hemodialisis diluar ruangan menyebabkan badan tidak enak karena terkena angin, takut ditusuk jarum pada waktu hemodialisis, karena hemodialisis berjalan terus menerus selama hidup dan tidak tahu batas selesainya, perasaan capek jika mau berangkat karena badan lemah dan harus naik kendaraan umum disamping biaya transportasi yang mahal bagi penderita yang naik kendaraan umum.. Sedangkan sebagian kecil penderita (39,3%) tidak merasa bosan dengan proses perawatan kesehatannya, alasan yang dikemukakan penderita karena ingin mempertahankan hidup dan menyadari kalau hemodialisis





merupakan satu-satunya alternatif pengobatan, serta bila tidak hemodialisis kepala menjadi pusing dan badan tidak enak disamping sikap pasrah kepada Allah. Jadi penderita sudah dapat merasakan manfaat hemodialisis yaitu untuk menghilangkan racun yang ada dalam tubuh disamping sudah biasa sehingga penderita tidak merasa bosan.

Usaha keluarga dalam mengatasi kebosanan penderita dalam proses perawatan kesehatannya sebagian besar dengan merayu penderita (63%) seperti yang ditunjukkan pada grafik 13.



Grafik 13. Distribusi Usaha Keluarga Menenangkan Penderita

Penderita gagal ginjal kronik yang dirawat dengan hemodialisis yang berkesinambungan sering mengeluh bahwa dirinya tidak berarti lagi seperti yang diungkapkan oleh 50% responden. Perasaan ini timbul karena pada sebagian penderita merasa hidupnya tergantung mesin hemodialisis seperti yang diungkapkan oleh 75% penderita, seperti yang diungkapkan responden bahwa penderita sering mengeluh bahwa dirinya tidak berarti lagi karena merasa putus asa/pesimis terhadap kesembuhan dirinya, sebab penderita merasa tindakan hemodialisis sudah lama dijalani dan tidak pernah selesai. Perasaan putus asa juga dikarenakan karena banyaknya makanan yang dipantang sehingga penderita merasa matipun tidak apa-apa, perasaan merepotkan



keluarga dan merasa dirinya seperti sampah sehingga menyebabkan penderita ingin mati, merasa hidupnya terikat dengan mesin hemodialisis sehingga tidak bisa bekerja seperti sediakala, alasan yang lain perasaan kangen pada anak yang tinggal di luar pulau Jawa, perasaan sakit pada seluruh badan dan berbeda dengan kondisi sebelum hemodialisis sehingga merasa dirinya sudah menjadi cacat. Keluh kesah ini timbul terutama bila penderita tidak diajak omong atau tidak diperhatikan, atau bila merasa tersinggung bagi penderita yang telah mampu menyekolahkan anaknya perasaan putus asa dan keinginan mati lebih terdorong karena perasaan bahwa tugasnya sebagai orang tua yang mengasuh anak telah selesai. Sedangkan 50% responden merasa penderita tidak pernah mengeluh bahwa dirinya tidak berarti lagi, karena menurut responden penderita menyadari pentingnya hemodialisis dan merupakan satu-satunya cara untuk mempertahankan hidupnya, disamping itu karena penderita merasa dirinya diperlukan oleh anak dan istrinya dan merasa belum siap mati karena masih memerlukan waktu untuk beribadah kepada Tuhan, disamping itu penderita merasa dirinya masih kuat dan menyadari bahwa kondisi ini merupakan kehendak Allah. Hal inilah yang menyebabkan penderita masih bersemangat untuk hidup.

Perasaan penderita yang tergantung mesin hemodialisis membuat penderita merasa putus asa seperti yang diungkapkan oleh 57,7% penderita, sedangkan 42,3% penderita merasa tidak pernah putus asa. Perasaan putus asa timbul pada saat pertama kali dilakukan hemodialisis seperti yang dialami oleh 38,5% dari seluruh penderita yang diwawancarai bahkan menurut 19,2% penderita sampai sekarang masih merasakan perasaan putus asa. Perasaan putus asa teraktualisasi dalam bentuk keinginan penderita untuk ingin cepat mati, malas atau tidak ingin melakukan hemodialisis, ingin frekuensi

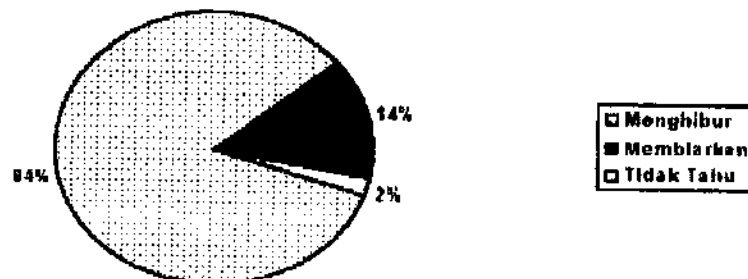


hemodialisis dijarangkan atau dipercepat durasi perlakuan hemodialisis dimana rata-rata 4 jam menjadi 2 jam.

Upaya keluarga dalam mengatasi perasaan putus asa penderita adalah dengan melakukan pendekatan pada penderita (95,5%) yaitu merayu dan memaksa penderita dan hanya sebagian kecil responden (4,5%) yang menyatakan membiarkan penderita, tapi pada akhirnya penderita mengajak untuk hemodialisis.

Transplantasi ginjal sebagai salah satu upaya untuk menghindari kebosanan rutinitas hemodialisis memang diinginkan oleh penderita dan keluarga akan tetapi karena keterbatasan keluarga dan penderita seperti biaya yang tinggi, tidak adanya donor ginjal dan merasa transplantasi akan mengorbankan orang lain, disamping itu disebabkan karena kondisi penderita yang tidak memungkinkan menyebabkan usaha transplantasi tidak ditindak lanjuti.

Menurut responden semenjak dirawat dengan hemodialisis penderita kelihatan stres atau berubah perilakunya seperti yang diungkapkan oleh seluruh responden. Perubahan itu antara lain penderita cenderung mudah marah (43,2%), diam saja, atau menyatakan merepotkan keluarga.



Grafik 13. Distribusi Usaha Keluarga Menenangkan Penderita



Sebagian besar responden berusaha menghibur penderita seperti menasehati, memotivasi dengan cara mendatangi anak dan saudara kerumah, mengajak bercanda, bercerita, masak bersama, menanyakan apa yang dipikirkan dan memberi alternatif pemecahan terhadap masalahnya, memutar musik, mengajak jalan-jalan, berdon bersama, diberi kesibukan misalnya menjahit, dibiarkan dulu bila reda marahnya baru didekati. hanya sebagian kecil responden yang membiarkan penderita ini karena penderita terlalu diam dan keluarga tidak tahu apa yang harus dilakukan.

#### **V.6. Peranan keluarga dalam sosialisasi penderita**

Menyandang status sebagai penderita dapat menyebabkan penderita diasingkan atau dikucilkan baik oleh teman, keluarga maupun masyarakat. Karena penderita itu dalam kondisi yang lemah sehingga menurut pandangan orang sekitarnya penderita perlu ketenangan dan istirahat yang panjang agar tidak kambuh atau dapat sembuh dari penyakitnya, sehingga penderita tidak dilibatkan dalam kegiatan ataupun dimintai bantuan pikiran dalam pemecahan masalah baik yang berasal dari masalah masyarakat, keluarga bahkan permasalahan penderita itu sendiri.

Responden yang diwawancarai sebagian besar (52,3%) menyatakan bahwa penderita tidak selalu dilibatkan dalam pemecahan masalah keluarga, karena takut penyakitnya tambah parah, tambah stress, takut kalau berfikir kondisinya tambah buruk/semakin parah, sebab berdasarkan pengalaman keluarga bahwa penderita bila memikirkan sesuatu penderita mual-mual. Oleh karena itu agar pikirannya tenang dan tidak bertambah susah penderita tidak dilibatkan dalam pemecahan masalah karena hanya menambah beban penderita, dalam kondisi tertentu saja penderita dilibatkan dan biasanya keluarga hanya menceritakan hasil dari pemecahan masalah yang diceritakan sendiri oleh keluarga





kepada penderita, dalam hal ini hasil yang positif misalnya pelaksanaan perkawinan anak penderita, pembayaran perawatan penderita. Sedangkan menurut 47,7% responden menyatakan bahwa penderita selalu dilibatkan dalam pemecahan masalah keluarga karena responden menganggap karena penderita merupakan anggota keluarga dan masih mampu memberi pertimbangan. Disamping itu keluarga sendiri masih memerlukan sebagai pendidik anaknya.

Keterlibatan penderita dalam kegiatan di masyarakat adalah perlu agar penderita merasa tidak rendah diri akibat dan penyakit yang dideritanya. Menurut sebagian responden (61,4%) penderita masih aktif dalam kegiatan masyarakat diantaranya melakukan kegiatan yang sifatnya aktif (77,7%) seperti mendatangi pengajian ataupun arisan. Dalam kegiatan di masyarakat pada penderita yang aktif ini selalu diantar (33%) sedangkan hanya 19% yang tidak diantar, sehingga keluarga dalam mengantar harus menyediakan waktu untuk penderita dalam aktifitas di masyarakat, yang tidak pernah diantar 48%. Hanya sebagian kecil penderita (22,3%) melakukan keterlibatan dengan masyarakat secara pasif yaitu didatangi tetangga untuk dimintai nasihat. Sebenarnya menurut sebagian besar responden (75%), penderita ingin beraktifitas di masyarakat akan tetapi keluarga tidak memperbolehkan karena khawatir penderita lelah atau bertambah sakit, sedangkan sisanya (25%), responden mengatakan penderita tidak mau terlibat dalam kegiatan di masyarakat karena penderita mempunyai anggapan bahwa orang yang telah menjalani cuci darah (hemodialisis) adalah orang yang lemah sehingga orang lain akan melihat dengan rasa kasihan. Dalam hal ini penderita merasa rendah diri dengan statusnya sebagai orang yang menyandang penyakit tersebut.



## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### V.1. Kesimpulan

1. Karakteristik keluarga adalah sebagian besar mempunyai keterikatan sebagai istri/suami, sebagian besar tingkat pendidikan perguruan tinggi dan SMA, rata-rata usia berumur 42 tahun dan sebagian besar bertempat tinggal di luar Surabaya.
2. Karakteristik penderita adalah rata-rata berumur 52 tahun dan sebagian besar berjenis kelamin laki-laki. Pekerjaan penderita sebagian besar sebagai pegawai negeri sipil, dimana sebagian besar lulusan SMA. Seluruh penderita sudah menikah dengan rata-rata jumlah anak tiga, hanya sebagian kecil yang berstatus duda atau janda. Sebagian besar penderita melakukan hemodialisis seminggu sekali dan riwayat penyakit yang mendasari terjadinya GKG-HD adalah hipertensi pada sebagian besar penderita.
3. Keluarga berperan dalam pembiayaan di luar hemodialisis yang tidak ditanggung oleh asuransi kesehatan. Pembiayaan diluar hemodialisis seperti pembelian obat, pemeriksaan laboratorium, akomodasi (persiapan transportasi) masih dirasakan masalah oleh sebagian kecil keluarga tapi tetap diusahakan keluarga, karena penderita harus dihemodialisis. Pembiayaan yang dirasakan berat apabila penderita salah makan yang berakibat harus melakukan cuci darah (hemodialisis) di Rumah Sakit swasta yang mana biaya hemodialisis tersebut tidak ditanggung oleh asuransi kesehatan karena diluar jadwal yang ditentukan oleh rumah sakit dr. Soetomo.

4. Peranan keluarga dalam melindungi penderita diantaranya dalam mengatur makanan. Dan hal ini didukung pengetahuan responden yang sudah benar dalam mengatur makanan untuk penderita kecuali pengetahuan tentang pemberian kaldu masih banyak yang belum mengerti. Disamping itu keluarga juga mengatur tentang keteraturan minum obat pada penderita.
5. Peranan keluarga dalam memberi afektif pada penderita telah dilaksanakan oleh sebagian besar responden dan keluarganya dalam mengatasi kebosanan penderita dalam perawatan kesehatannya.
6. Peranan keluarga dalam mensosialisasikan penderita telah dilakukan oleh sebagian besar responden dan keluarga baik dalam pemecahan masalah keluarga maupun masyarakat.

## **V.2. Saran**

1. Bagi penderita diusahakan untuk ditingkatkan pengetahuan tentang pengaturan makanan yang baik bagi penderita gagal ginjal kronik yang dirawat dengan hemodialisis yang berkesinambungan.
2. Bagi penderita yang baru pertama kali menjalani perawatan hemodialisis, sebaiknya diadakan suatu peer education agar keluarga penderita bisa menerima perawatan tersebut.
3. Bagi perusahaan asuransi kesehatan disarankan untuk menyediakan dana keseluruhan dalam rangka perawatan GJK-HD termasuk juga apabila penderita membutuhkan hemodialisis sewaktu-waktu dan biaya diluar hemodialisis seperti obat-obatan, pemeriksaan laboratorium dan alat suntik untuk meringankan beban penderita terutama dimasa krisis moneter.

4. Bagi penderita dan keluarganya agar diberi penjelasan tentang kegunaan dari asuransi kesehatan sehingga penderita selalu menjalani hemodialisis dengan tepat waktu.

**DAFTAR PUSTAKA :**

- Evans R.L., 1991 .Factors Predicting Satisfactory Home Care After in : Arch Phys Med Rehabilitation Vol. 72 February
- Hari Basuki, N, Tingkat Kemaknaan dan Kekuatan Efisiensi Gerhan's Generalized Wilcoxon test dan Peto and Peto's Generalized Wilcoxon test dalam analisa data Surveval, Tesis, Unair : Pascasarjana, 1993.
- Lazarus, J. M., Brenner, B. M. Chronic Renal Failure. In: Harrison's Principles of Internal Medicine, Edisi ke-14, Amerika Serikat : McGraw-Hill company, 1998.
- Pranawa, Pengenalan Dini dan Penatalaksanaan Gagal Ginjal Kronis Dalam : Majalah Ilmu Penyakit Dalam vol. 23, no. 3 Juli - September 1997.
- Sja'bani M., Widiani I.G.R. Malnutrisi dan Perilaku Diet Penderita Gagal Ginjal Terminal dalam Hemodialisis, Medika no. 8, tahun XXII, Agustus 1996.
- Andry H., Ilmu Gizi dan Diet, Yogyakarta : Yayasan Essentia Media, 1993.

**PERANAN KELUARGA DALAM PERAWATAN KESEHATAN PENDERITA  
GAGAL GINJAL KRONIK DENGAN HEMODIALISIS BERKESINAMBUNGAN  
DI RS DR. SOETOMO TAHUN 1998**

Interviewer :	Nama Responden :	
Tanggal :	Nama Penderita :	
Alamat Responden :	Tanda tangan :	

**I. Karakteristik Responden**

1. Umur : \_\_\_\_\_ TAHUN (L/P)
2. Pendidikan : Tidak tamat SD/ tamat SD/ SMP/ SMA/ PT.
3. Keterikatan dengan penderita :
  - a. Istri / Suami
  - b. Anak
  - c. Saudara
  - d. Tetangga
  - e. Lain-lain : \_\_\_\_\_

**II. Karakteristik Penderita**

1. Umur penderita : \_\_\_\_\_ Th. (L/P)
2. Pekerjaan : Sebelum perawatan hemodialisis : \_\_\_\_\_  
Sekarang : \_\_\_\_\_
3. Status perkawinan : Belum kawin/ kawin/ janda/ duda
4. Bila sudah kawin, jumlah anak kandung : \_\_\_\_\_
5. Tempat tinggal penderita :
  - a. Bersama istri dan anak
  - b. Ikut anak
  - c. Ikut saudara
  - d. Ikut orang tua
  - e. Lain-lain : \_\_\_\_\_
6. Tingkat pendidikan penderita : TT SD/ SD/ SMP/ SMA / PT
7. Riwayat penyakit :
  - a. Diabetes Mellitus
  - b. Hipertensi
  - c. Glomeronefritis
  - d. Obstruktif uropati & infeksi
  - e. ginjal polikistik
  - f. lain-lain : -----



8. Mulai dilakukan hemodialisis : \_\_\_\_\_

### III. Peranan Dalam Pembiayaan

9. Apakah mengenai pembiayaan untuk hemodialisi merupakan masalah ?
- Ya
  - Tidak-----ke no. 13
10. Bila ya, mengapa ?
- Karena ekonomi tidak mampu
  - Karena masih menanggung biaya anak sekolah
  - Karena bayar sendiri
  - Lain-lain : -----
11. Bila ya, bagaimana upaya keluarga untuk mengatasi biaya tersebut ?
- Berhutang
  - Menunggu kiriman dari saudara atau anak
  - Lain-lain : \_\_\_\_\_
12. Dalam kondisi krisis moneter, frekuensi hemodialisis dilakukan :
- Terus, seperti semula
  - Frekuensi dikurangi
  - Dihentikan
13. Bila tidak, mengapa ?
- Karena ditanggung oleh asuransi atau perusahaan
  - Karena ditanggung bersama-sama dengan keluarga lainnya
  - Karena mampu membayar
  - Lain-lain : -----
14. Diluar hemodilisis keluarga harus menanggung biaya untuk perawatan penderita dalam hal : (bisa lebih dari satu)
- Transportasi ke RS
  - Beli obat
  - Laboratorium
  - Lain-lain : \_\_\_\_\_
15. Apakah cuci darah dilakukan 2kali dalam seminggu ?
- Ya ----- ke nomor 17
  - Tidak
16. Bila tidak, kenapa ?
- Tidak mempunyai uang untuk transportasi
  - tidak mempunyai uang untuk menginap
  - Tidak ada yang mengantar

17. Diluar biaya hemodialisis tersebut, dalam hal pembiayaan apakah memperoleh masalah :

No.	Jenis Pembiayaan	Ya	Tidak	Alasan
a.	Transportasi			
b.	Obat			
c.	Laboratorium			
d.	Lain-lain : .....			

Ke Nomor 19

18. Bila biaya hemodialisis bersumber dari biaya sendiri, siapa yang menanggung biaya hemodialisis : (lebih dari satu)

- a. Penderita sendiri
- b. Suami / istri
- c. Anak
- d. Saudara
- e. Tetangga
- f. Yayasan sosial (agama, PKK, Perkumpulan : \_\_\_\_\_ )

19. Siapa yang menanggung biaya : ( baik ditanggung asuransi, perusahaan maupun sendiri)

No.	Jenis biaya	Penderi ta	Suami/ Istri	Anak	Saudara	Tetangga	Yysn	Asuransi Perusahaan
1.	Beli obat							
2.	Transportasi							
3.	laboratorium							
4.	konsultasi							
5.	.....							

**IV. Peranan Dalam Melindungi Penderita**

20. Menurut pengetahuan Saudara /bapak/ ibu jenis makanan apa yang boleh dimakan oleh penderita ?

Jenis Makanan	Dipilih	Tidak dipilih	Alasan
1. makanan pokok			
a. nasi			
b. kentang			
c. ketela			
2. lauk pauk			
a. telur			
b. daging			

Jenis Makanan	Dipilih	Tidak dipilih	Alasan
c. ikan			
d. tempe			
e. tahu			
3. Kacang-kacangan			
a. kacang hijau			
b. kacang tanah			
4. Susu			
5. Minuman :			
a. terbatas			
b. tidak terbatas			
6. Pemberian Garam			
a. sama sekali			
b. dikurangi			
7. Jenis sayuran			
a. kuah kaldu			
b. tidak berkuah kaldu			
8. Buah-buahan apa yang boleh diberikan ?			

21. Siapa yang menyediakan makanan untuk penderita ?

	Sering (A)	Jarang (B)	Tidak pernah (C)	Alasan (B/C)
- Suami/ Istri				
- Anak				
- Saudara				
- Tetangga				
- Orang yaysan				
- penderita sendiri				
- lain - lain : ----- -----				

22. Apakah makanan yang disediakan di makan oleh penderita ?

a. Ya ----- ke no 24

b. Tidak, kenapa : -----

23. Bagaimana usaha keluarga agar penderita mau makan makanan yang sesuai dengan anjuran dokter ?

a. Dirayu

b. Dinasehati

c. Dibiarkan

d. Lain-lain : -----

24. Bagaimana keluarga membantu agar penderita minum obat ?
- Menyediakan
  - Mengingatkan
  - Mebiarkan

25. Siapa yang mengantar penderita untuk memeriksa kesehatannya

	Sering (A)	Jarang (B)	Tidak pernah (C)	Alasan (B/C)
- Suami/ Istri				
- Anak				
- Saudara				
- Tetangga				
- Orang yayasan				
- Datang sendiri				
- lain - lain : ----- -----				

26. Setiap kali periksa kesehatan , penderita menggunakan alat transportasi apa :
- Kendaraan sendiri
  - Kendaraan umum

**V. Peranan Keluarga Dalam Memberikan Kasih Sayang (afektif)**

27. Apakah penderita sering mengeluh bahwa dirinya sudah tidak berarti lagi ?
- Ya, kenapa ?
  - Tidak kenapa ?
- Pernyataannya:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

28. Apakah penderita pernah mengalami kebosanan dalam upaya proses penyembuhan penyakitnya (Rutinitas hemodialisis & pengobatan ) ?
- Ya
  - Tidak -----ke no 31

29. Bila ya, apa usaha keluarga untuk mengatasi masalah tersebut ?
- Merayu penderita
  - Memaksa penderita
  - Mebiarkan penderita

30. Apakah untuk menghindari kebosanan terhadap perawatan hemodialisis keluarga berencana untuk melakukan tranplantasi ginjal /
- Ya
  - Tidak, kenapa : .....

31. Apakah penderita semenjak dirawat dengan hemodialisis sering kelihatan stres (berubah perilakunya) ?

No	Kondisi	Ya	Tidak
a.	mudah marah		
b.	diam saja		
c.	menyatakan merepotkan keluarga		
d.	tidak tahu		

d. Tidak tahu, alasannya : \_\_\_\_\_

e. Lain-lain : \_\_\_\_\_

2. Tidak, \_\_\_\_\_ (pernyataannya)

32. Bila ya, bagaimana keluarga menenangkan penderita ? (semua pilihan harus ditanyakan)

Cara Menenangkan	Ya	Tidak
1. Menasehati		
2. Memotivasi		
3. Mengajak bercanda		
4. Mengajak berjalan-jalan		
5. Mengajak bercerita		
6. Menanyakan pada penderita apa yang dipikirkan dan memberi alternatif pemecahannya		
7. Membiarkan		

8. Lain-lain : \_\_\_\_\_

## VI. Peranan Keluarga Dalam Sosialisasi Penderita

33. Apakah penderita selalu dilibatkan dalam pemecahan masalah keluarga :

1. Ya, alasan :

- a. Merupakan anggota keluarga
- b. Masih mampu memberi pertimbangan
- c. Menjaga perasaan penderita

Pernyataannya : \_\_\_\_\_

2. Tidak, alasannya \_\_\_\_\_

34. Apakah penderita masih aktif dalam kegiatan masyarakat ?

a. Ya

b. Tidak ----- ke no. 34



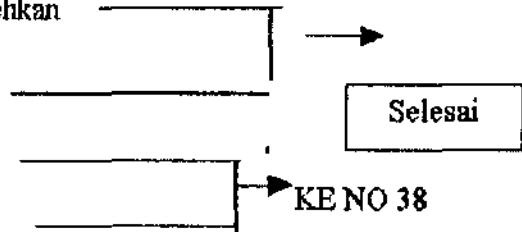
35. Bila ya, jenis kegiatan apa saja ?
- a. Pengajian
  - b. Arisan
  - c. Undangan perkawinan
  - d. Didatangi tetangga untuk dimintai nasehat

36. Apakah dalam kegiatan di masyarakat penderita diantar ?
- a. Selalu
  - b. Jarang
  - c. Tidak pernah

**SELESAI**

37. Bila tidak, kenapa ?

- a. Penderita ingin tapi keluarga tidak memperbolehkan karena takut penderita lelah.
- b. Tidak ada yang mengantar
- c. Penderita sebelum sakit tidak pernah aktif
- d. Penderita tidak mau



38. Bila tidak, bagaimana cara keluarga untuk melibatkan penderita dalam kegiatan masyarakat ?

	Suami/istri	Anak	Saudara	Tetangga	Yayasan
- mendampingi					
- mengajak					





## KUESIONER

1. Nama : .....
2. Apakah saudara /Bapak/ Ibu merasa bahwa keluarga telah banyak mengeluarkan biaya untuk perawatan bapak/ Ibu saudara ?
  - a. Ya
  - b. Tidak
3. Apakah saudara/Bapak/ Ibu merasa bahwa keluarga selalu berusaha untuk mencari biaya untuk perawatan saudara/bapak/ Ibu ?
  - a. Ya
  - b. Tidak
4. Apakah keluarga mengatur makan yang saudara / Bapak / Ibu makan sehari-hari ?
  - a. Sangat mengatur
  - b. Mengatur
  - c. Biasa
  - d. Tidak mengatur
  - e. Membiarkan
5. Apakah menurut saudara/bapak/ibu semua makanan boleh dimakan ?
  - a. Ya
  - b. Tidak, sebutkan : .....
  - .....
  - .....
6. Apakah saudara/ bapak/ibu merasa jengkel apabila keluarga mengatur makanan yang saudara/ bapak/ibu makan ?
  - a. Sangat jengkel
  - b. Jengkel
  - c. Biasa saja
  - d. Tidak jengkel
  - e. Sangat tidak jengkel
7. Apakah pernah merasa bosan dengan proses penyembuhan penyakit yang saudara/bapak /ibu derita ?
  - a. Ya, kenapa ? .....
  - b. Tidak kenapa ? .....
8. Apakah penderita merasa bosan dengan lamanya proses hemodialisis ?
  - a. ya, kenapa : .....
  - b. tidak, kenapa : ..... Ke no 10
9. Apakah bapak/ ibu/ saudara ingin melakukan transplantasi ginjal ?
  - a. Ya, kenapa : .....
  - b. Tidak, kenapa : .....



10. Untuk menunggu lamanya pelaksanaan proses hemodialisis, kegiatan apa sajakah yang saudara/bapak/ibu inginkan selama menunggu proses hemodialisis ? (semua pilihan ditanyakan) :

		Ya	Tidak
a.	Apakah perlu teman untuk ngobrol		
b.	Apakah perlu teman untuk bermain catur		
c.	Perlu diijinkan untuk merajut atau membawa buku		
d.	Dipercepat waktu hemodialisis		
e.	Disediakan TV/ radio		
f.	Lain-lain : .....		

11. Apakah keluarga selalu menemani / menghibur saudara/bapak/ibu untuk mengurangi kejenuhan selama proses cuci darah ?

- a. Selalu setiap saat
- b. Jarang
- c. Pernah
- d. Tidak pernah
- e. Sama sekali tidak pernah

11. Apakah saudara/Bapak /Ibu merasa hidup nya tergantung mesin hemodialisis ?

- a. Ya, kenapa : \_\_\_\_\_ ----- KE NO. 12
- b. Tidak, kenapa : \_\_\_\_\_ -----SELESAI

12. Bila saudara/bapak/ibu pernah merasa putus asa ?

- a. Ya
  - 1. Dulu pertama kali
  - 2. Tidak pernah
  - 3. Sampai sekarang ..... ke no 13.
- b. Tidak ..... Selesai

13 Bila ya , apa yang anda ingin lakukan ?

Macam keinginan	Ya	Tidak
- Makan makanan yang dilarang biar cepat mati		
- Tindakan apa saja yang membuat cepat mati		
- Merasa ingin bunuh diri		

1-AMIE

1 OCT 2002