

**PENGARUH *SELF HELP GROUP* TERHADAP KUALITAS HIDUP PASIEN HEMODIALISA DI RUMAH SAKIT PUSAT KESEHATAN UMUM MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA**

Ambar Relawati<sup>1</sup>, Mohammad Hakimi<sup>2</sup>, Titih huriah<sup>3</sup>  
<sup>1,2,3</sup> Program Studi Magister Keperawatan, Program Pascasarjana  
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta  
[aambarrelawati@yahoo.com](mailto:aambarrelawati@yahoo.com)

**ABSTRACT**

Chronic renal failure patients are required to perform hemodialysis (HD) to replace of kidney function has been damaged. Hemodialysis has side effects that will affect the quality of life of patients. Independent nursing actions to support improved quality of life for hemodialysis patients could be groups therapy, one of which is a Self Help Group (SHG). This study aimed to examine the influence of self-help group action against the quality of life of hemodialysis patients in PKU Muhammadiyah Yogyakarta hospital. This research design using quasi experiment with pretest-posttest control group design.

The sample selection in this study using total sampling technique. Respondents control group of 16 people and the intervention group are 15 people. The respondents in the control group received the standard treatment of the hospital, and the intervention group receive self-help group meeting 8 times. Analysis of the data used independent t-test. Results from the analysis data obtained significant value mean difference test between control group and intervention group before being implemented SHG p value is 0.404, it means that there is no significant difference quality of life HD patients before implementation SHG.

The significant value of the mean difference test between intervention group and control group is p value <0.001, it means that there are significant differences quality of life between intervention group and control group. Combination of HD and self-help group in renal failure patients with undergoing HD can improve the quality of life of patients. Self-help group could be applied to patients suffering from chronic diseases such as kidney failure as a supportive therapy.

**Keywords:** Quality of Life, hemodialysis, self help group.

**PENDAHULUAN**

Gagal ginjal kronis (GGK) merupakan masalah yang penting dalam bidang ilmu keperawatan medikal bedah dan merupakan salah satu penyakit kronis yang mengancam nyawa dengan jumlah penderita yang semakin meningkat. Di Amerika Serikat angka kejadian penyakit

gagal ginjal meningkat tajam dalam 10 tahun. Pada tahun 2000 sekitar 372.000 kasus dan pada tahun 2010 jumlahnya diperkirakan lebih dari 650.000 kasus. Angka ini diperkirakan, masih akan terus naik. Sekitar 6 juta hingga 20 juta individu di Amerika diperkirakan mengalami gagal

ginjal kronis tahap awal. Hal yang sama juga terjadi di Jepang, pada akhir tahun 1996 di dapatkan sebanyak 167.000 penderita yang melakukan terapi pengganti ginjal, dan pada tahun 2000 terjadi peningkatan lebih dari 200.000 penderita (Santoso, 2008).

GGK merupakan kerusakan ginjal progresif yang berakibat fatal dan menyebabkan beberapa komplikasi yang bisa mengancam nyawa (Nursalam, 2006). Penderita gagal ginjal memerlukan terapi pengganti ginjal untuk mempertahankan hidupnya. Beberapa terapi pengganti ginjal antara lain cangkok ginjal dan dialisis. Dialisis merupakan proses yang digunakan untuk mengeluarkan cairan dan produk limbah dari dalam tubuh ketika ginjal tidak mampu melaksanakan proses tersebut (Smeltzer & Bare, 2001).

Proses terapi dialisis harus dialami pasien seumur hidup, dilakukan 2 atau 3 kali seminggu selama 3 atau 4 jam setiap kali terapi. Terapi hemodialisa akan menimbulkan stres fisik seperti kelelahan, sakit kepala dan keluar keringat dingin akibat tekanan darah yang menurun, mual, muntah. Selain itu hemodialisis juga mempengaruhi keadaan psikologis, penderita akan mengalami gangguan dalam proses berfikir dan konsentrasi serta gangguan dalam hubungan sosial. Hal ini akan menyebabkan menurunnya kualitas hidup pasien yang menjalani hemodialisa (Smeltzer & Bare, 2001).

Kualitas hidup pasien yang optimal menjadi isu penting yang harus diperhatikan dalam memberikan pelayanan keperawatan yang komprehensif. Pasien bisa bertahan hidup dengan bantuan mesin hemodialisa, namun ada beberapa masalah yang timbul akibat terapi hemodialisa. Hasil penelitian Ibrahim (2009) menunjukkan bahwa 57.2% pasien yang menjalani hemodialisa mempersepsikan kualitas hidupnya pada tingkat rendah dan 42,9% pada tingkat tinggi. Sampai saat ini masih sedikit tindakan keperawatan yang dikembangkan sebagai pendukung tindakan medis untuk meningkatkan kualitas hidup pasien yang menjalani hemodialisa.

Salah satu tindakan keperawatan yang pernah diteliti sebagai upaya pendukung untuk meningkatkan kualitas hidup adalah *self help group*. Tindakan keperawatan yang bisa dilakukan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien yang memiliki penyakit kronis salah satunya adalah *self help group*. *Self help group* sebagai program promosi kesehatan memberdayakan individu dengan terus meningkatkan harapan dukungan dan pernyataan. Pembentukan *self help group* memungkinkan anggota kelompok memperluas jaringan sosial, menerima informasi, dan mendapat dukungan emosional dari teman sekelompok, sehingga bisa memberikan banyak manfaat dalam berbagai hal (Pender, 2002).

*Self help group* merupakan suatu bentuk terapi kelompok

yang dapat dilakukan dalam berbagai situasi dan kondisi, terdiri dari beberapa orang yang memiliki masalah serupa untuk saling berbagi pengalaman dan cara mengatasi masalah yang dihadapi. Indikasi pemberian terapi ini adalah mereka yang mengalami gangguan jiwa, masalah berat badan, pemulihan dari ketergantungan obat-obatan, klien diabetes, para lanjut usia, klien kanker dan penyakit kronis (Kyrouz & Humphreys, 1997).

Hasil studi pendahuluan di ruang HD RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta menunjukkan bahwa tindakan keperawatan yang dilakukan di ruang HD adalah tindakan-tindakan sesuai prosedur pelaksanaan terapi HD. Perawat menyebutkan belum ada tindakan keperawatan pendukung sebagai upaya meningkatkan semangat hidup pasien. *Self help group* merupakan salah satu tindakan keperawatan yang bisa digunakan sebagai upaya untuk meningkatkan semangat hidup pasien. Pasien yang sama-sama menjalani terapi HD dibentuk menjadi beberapa kelompok agar mereka bisa berbagi pengalaman mengenai berbagai masalah terkait kesehatan mereka semenjak menjalani terapi HD. Kegiatan tersebut diharapkan mampu membantu menyelesaikan masalah yang mereka hadapi dan meningkatkan semangat hidup

serta meningkatkan kualitas hidup mereka.

#### METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan desain *quasy experiment pre-test post-test with control group*. Peneliti melibatkan kelompok kontrol dan kelompok intervensi, kemudian kelompok kontrol dan kelompok intervensi tersebut masing-masing dilakukan *pre-test* yaitu berupa pengukuran nilai kualitas hidup. Kelompok perlakuan diberikan kegiatan *self help group* sebanyak 8x pertemuan, sedangkan pada kelompok kontrol hanya mendapat tindakan HD rutin di rumah sakit. Kemudian setelah empat minggu kedua kelompok tersebut yaitu kelompok kontrol dan kelompok perlakuan keduanya sama-sama dilakukan pengukuran nilai kualitas hidup kembali. Pada penelitian ini teknik pengambilan sampel yang di gunakan adalah total sampel. Responden dalam penelitian ini berjumlah 31 orang dengan rincian responden kelompok kontrol berjumlah 16 orang dan pada kelompok intervensi berjumlah 15.

Penelitian dilakukan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Bulan Juni- Juli 2013.. Variable penelitian ini menggunakan 2 variabel yaitu variabel bebas dan variabel terikat. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah *self help group*, sedangkan variabel terikat dalam penelitian ini adalah kualitas hidup pasien HD.

**HASIL DAN BAHASAN**

**Tabel 1 Usia dan Lama Menderita Pasien HD pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta, Juni - Juli 2013 (N = 31)**

Variabel	Jenis Kelompok	Intervensi	Kontrol	Total
Usia	N	15	16	31
	Mean	38,9	38,9	39,4
	Median	38,0	38,0	38,0
	SD	8,6	8,8	27,1
	Min-Maks	28 ± 59	22 ± 57	22 ± 59
Lama Menjalani HD	N	15	16	31
	Mean	47,5	42,8	45,1
	Median	48	41,0	37
	SD	25,7	28,9	27,1
	Min-Maks	8 ± 97	10 ± 104	8 ± 104

*Based on data primer 2013*

Tabel 1 menjelaskan bahwa dari total 31 pasien HD dalam penelitian ini rata-rata berusia 39,4 tahun dengan usia termuda 22 tahun dan tertua 59 tahun. Analisis lama menderita pada

pasien HD didapatkan dari total 31 pasien HD yang dalam penelitian ini rata-rata memiliki waktu lama menderita HD sebesar 45,1 bulan.

**Tabel 2 Distribusi Pasien HD Menurut Jenis Kelamin, Pekerjaan, Pendidikan, dan Status Perkawinan pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II**

Karakteristik	Kelompok Intervensi (N = 15)		Kelompok Kontrol (N = 16)		Total (N = 31)	
	N	%	N	%	N	%
<b>1. Jenis kelamin pasien HD</b>						
a. Laki-laki	8	53,3	8	50	16	51,6
b. Perempuan	7	46,7	8	50	15	48,4
<b>2. Pekerjaan pasien HD</b>						
a. Wiraswasta	4	26,7	1	6,3	5	16,1
b. Pegawai Swasta	2	13,3	2	12,5	4	12,9
c. Tidak bekerja	9	60	13	81,3	22	71,0
<b>3. Pendidikan pasien HD</b>						
a. SMP	2	13,3	3	18,8	5	16,1
b. SMA	13	86,7	8	50	21	83,9
c. Perguruan Tinggi	0	0	5	31,3	5	16,1
<b>4. Status perkawinan pasien HD</b>						
a. Menikah	10	66,7	12	75	22	71
b. Lajang	5	33,3	3	18,7	8	25,8
c. Janda	0	0	1	6,3	1	3,2

*Based on data primer 2013*

Tabel 2. Menunjukkan bahwa sebagian besar responden berjenis kelamin laki-laki (51,6%), sebanyak 71% tidak bekerja dan tingkat pendidikan responden paling banyak adalah

SMA (83,9%), sedangkan status perkawinan responden didominasi dengan status kawin yaitu sebesar 74,2% dari total responden sebanyak 31 orang.

### Analisis Bivariat

**Tabel 3 Kualitas Hidup Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Sebelum Dilakukan SHG Di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II, Juni - Juli 2013 (N = 31)**

Karakteristik	Kelompok	n	Mean	SD	SE	Mean Difference	t	p
Kualitas Hidup (Pre Test)	1. Intervensi	15	74,8	3,99	1,03	1,54	0,847	0,404
	2. Kontrol	16	73,6	4,53	1,13			

Based on data primer 2013

Tabel 3. menunjukkan bahwakualitas hidup pasien HD sebelum dilakukan SHG antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol tidak memiliki perbedaan yang bermakna ( $p$

value >0,05). Artinya secara statistik kedua kelompok mempunyai kualitas hidup yang sama sebelum dilaksanakan kegiatan SHG.

Tabel 4 Kualitas Hidup Setelah Dilakukan SHG Di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II, Juni - Juli 2013 ( N = 31 )

Karakteristik	Kelompok	n	Mean	SD	SE	Mean Difference	t	p
Kualitas Hidup (selisih nilai <i>pre test- post test</i> )	1. Intervensi	15	5	1,36	0,35			
	2. Kontrol	16	0,25	1,61	0,40	4,75	8.828	0,001

Sumber: Data Primer 2013.

Tabel 4 menjelaskan bahwa bahwa pada  $\alpha$  5% kualitas hidup pasien HD setelah dilakukan SHG antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol didapatkan  $p$  value < 0,001 yang bermakna kedua kelompok mempunyai perbedaan rata-rata yang bermakna.

Analisis Univariat (Karakteristik Responden)

Usia adalah lama waktu hidup atau ada (sejak dilahirkan atau diadakan). Usia meningkatkan atau menurunkan kerentanan terhadap penyakit tertentu. Pada umumnya kualitas hidup menurun dengan meningkatnya umur. Penderita gagal ginjal kronik usia muda akan mempunyai kualitas hidup yang lebih baik oleh karena biasanya kondisi fisiknya yang lebih baik dibandingkan yang berusia tua. Penderita yang dalam usia produktif merasa terpacu untuk sembuh mengingat dia masih muda mempunyai harapan hidup yang lebih tinggi dan

sebagai tulang punggung keluarga, sementara yang tua menyerahkan keputusan pada keluarga atau anak-anaknya.

Rata-rata usia responden penelitian ini adalah 39,4 tahun. Usia tersebut adalah usia produktif. Kecenderungan terjadinya gagal ginjal kronis pada usia yang masih produktif di akibatkan oleh kegagalan pencegahan primer. Beberapa budaya hidup yang tidak sehat seperti merokok, meminum minuman suplemen pada anak-anak muda merupakan faktor yang berkontribusi terhadap timbulnya penyakit gagal ginjal kronis. Usia juga erat kaitannya dengan *prognose* penyakit dan harapan hidup mereka, penderita yang berusia diatas 55 tahun kecenderungan untuk terjadi berbagai komplikasi yang memperberat fungsi ginjal sangat besar bila dibandingkan dengan yang berusia dibawah 40 tahun (Walgito, 2008).

Rata-rata lama pasien menjalani HD selama 45,1

bulan. Ini merupakan waktu yang cukup lama. Dalam menjalani HD akan muncul beberapa masalah yang merupakan efek samping dari terapi tersebut sehingga lama pasien dalam menjalani HD juga akan memberikan pengaruh terhadap kualitas hidup mereka. Pada awal-awal menjalani HD keluhan-keluhan yang berkaitan dengan efek samping terapi HD akan sering muncul, setelah beberapa waktu tubuh akan mulai beradaptasi. Semakin lama pasien menjalani hemodialisa kondisi kesehatan mereka akan semakin menurun (Avis, 2005).

Mayoritas jenis kelamin responden dalam penelitian ini adalah laki-laki yaitu sebanyak 53,3%. Setiap penyakit dapat menyerang manusia baik laki-laki maupun perempuan, tetapi pada beberapa penyakit terdapat perbedaan frekuensi antara laki-laki dan perempuan. Hal ini antara lain disebabkan perbedaan pekerjaan, kebiasaan hidup, genetika atau kondisi fisiologis (Budiarto & Anggraeni, 2002).

Responden dalam penelitian ini mayoritas tidak bekerja yaitu sejumlah 71 % dari jumlah total seluruh responden. Penyakit gagal ginjal kronis mengakibatkan penurunan fungsi ginjal sehingga mengharuskan penderitanya melakukan terapi pengganti ginjal. Salah satu terapi pengganti ginjal yaitu HD, yang mengharuskan penderitanya meluangkan waktu 2-3x/minggu dengan durasi HD 4-5 jam setiap kali HD. Keadaan tersebut menyita waktu yang

cukup banyak sehingga sebagian dari mereka harus keluar dari pekerjaannya. Pekerjaan adalah merupakan sesuatu kegiatan atau aktifitas seseorang yang bekerja pada orang lain atau instansi, kantor, perusahaan, untuk memperoleh penghasilan yaitu upah atau gaji baik berupa uang maupun barang demi memenuhi kebutuhan hidupnya sehari-hari (Lase, 2011).

Yulaw (2009) mengatakan bahwa penderita yang memiliki pendidikan lebih tinggi akan mempunyai pengetahuan yang lebih luas sehingga memungkinkan pasien itu dapat mengontrol dirinya dalam mengatasi masalah yang di hadapi, mempunyai rasa percaya diri yang tinggi, berpengalaman, dan mempunyai perkiraan yang tepat bagaimana mengatasi kejadian, mudah mengerti tentang apa yang dianjurkan oleh petugas kesehatan, serta dapat mengurangi kecemasan sehingga dapat membantu individu tersebut dalam membuat keputusan. Mayoritas responden dalam penelitian ini (83,9%) memiliki pendidikan yang memadai yaitu setingkat sekolah menengah atas. Ini memungkinkan mereka memiliki pengetahuan yang cukup baik dan pengetahuan yang cukup luas sehingga dengan mudah dapat memahami informasi-informasi baru mengenai penyakitnya.

Karakteristik responden terakhir dalam penelitian ini adalah status perkawinan. Mayoritas responden dalam penelitian ini mempunyai status perkawinan menikah yaitu 66,7 %. Perkawinan merupakan salah

suatu hal yang berkaitan dengan kualitas hidup pasien. Perkawinan merupakan suatu aktivitas dari satu pasangan yang mempunyai tujuan tertentu. Tetapi karena perkawinan itu terdiri dari dua individu, maka ada kemungkinan bahwa tujuan mereka itu tidak sama sehingga terkadang menimbulkan masalah-masalah dalam kehidupan perkawinan. Bila hal tersebut terjadi, maka tujuan itu harus dibulatkan agar terdapat suatu kesatuan dalam tujuan tersebut. Adanya pasangan hidup bisa saling memberikan motivasi yang berdampak pada kenyamanan hidup seseorang (Tarigan, 2011).

**Analisis Bivariat**

**Kualitas Hidup Pasien HD RS  
PKU Muhammadiyah  
Yogyakarta pada kelompok  
intervensi dan kelompok  
kontrol sebelum pemberian  
SHG**

Hasil analisis terhadap skor kualitas hidup pasien HD sebelum dilakukan SHG pada kelompok intervensi dan pada kelompok kontrol menunjukkan *p value* 0,404 yang bermakna tidak ada perbedaan yang signifikan antara nilai kualitas hidup kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum di lakukan SHG. Nilai rata-rata kualitas hidup pasien HD di kedua kelompok pada saat pengukuran awal berada di tingkatan yang sama yaitu tingkat sedang yang berarti tidak dapat bekerja, dapat hidup di rumah, dan dapat mengurus sebagian besar kebutuhan pribadi.

Pasien tersebut sebagian besar tidak lagi bekerja di luar rumah akibat dari jadwal HD yang harus mereka jalani yaitu 3 kali seminggu, selain itu pada saat sehari menjelang HD badan mereka terasa kurang nyaman sehingga pekerjaan mereka menjadi tidak optimal. Dalam penelitian ini sejumlah 81,3% responden tidak memiliki pekerjaan, kegiatan mereka sehari-hari hanya membantu pekerjaan rumah tangga yang ringan seperti menyapu.

Rata-rata usia responden adalah usia produktif yaitu 39,4 tahun. Dalam usia produktif mereka masih terpacu untuk sembuh karena mereka masih mempunyai harapan hidup yang tinggi, mereka merasa harus tetap bertanggung jawab terhadap keluarganya walaupun kondisi sudah tidak sebaik sebelum melakukan HD. Pasien yang memiliki usia di bawah 40 tahun mempunyai komplikasi yang lebih ringan di bandingkan pasien yang berusia di atas 55 tahun. Rata-rata lama responden menjalani HD lebih dari 40 bulan, hal tersebut mempengaruhi nilai kualitas hidup mereka. Seseorang yang lama menjalani HD kualitas hidupnya akan semakin menurun (Walgito, 2008).

**Kualitas Hidup Pasien HD RS  
PKU Muhammadiyah  
Yogyakarta pada kelompok  
intervensi dan kelompok  
kontrol sesudah pemberian  
SHG.**

Hasil analisis terhadap selisih nilai kualitas hidup pasien HD pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah dilakukan kegiatan SHG



didapatkan nilai *p value* sebesar  $<0,001$  yang bermakna ada perbedaan yang signifikan antara nilai kualitas hidup pasien HD sebelum dan sesudah di laksanakan SHG antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Hal ini menunjukkan bahwa pemberian terapi SHG mampu membantu meningkatkan kualitas hidup pasien HD.

Pemberian HD di kombinasikan dengan SHG mampu membantu meningkatkan nilai kualitas hidup pasien. Hasil analisis terhadap selisih nilai kualitas hidup pasien HD sebelum dan setelah dilakukan SHG baik pada kelompok intervensi maupun pada kelompok kontrol menunjukkan *p value* sebesar  $0,001$  yang bermakna ada perbedaan yang signifikan antara nilai kualitas hidup kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Ini menunjukkan bahwa ada pengaruh antara pelaksanaan SHG sebagai terapi pendamping HD dalam meningkatkan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronis. Hasil penelitian (Kotani dan sakane, 2004) menunjukkan bahwa setelah dilakukan SHG sebanyak 8 sesi pada penderita diabetes didapatkan hasil yang signifikan terkait pengetahuan mengenai diet, perasaan positif terhadap dukungan sosial, dan solidaritas. Ketiga hal tersebut berkontribusi terhadap peningkatan kualitas hidup pasien yang menderita penyakit kronis.

Hasil analisa data menunjukkan hasil dari analisa data nilai kualitas hidup

mengalami perubahan signifikan pada kelompok intervensi, akan tetapi nilai perbedaan mean dari hasil analisa data menunjukkan perubahan angka yang tidak terlalu besar. Hal ini bisa jadi karena pelaksanaan SHG yang hanya berlangsung selama empat minggu. Dalam penelitian Chaveepojnkamjorn (2009) mengenai peningkatan kualitas hidup pasien diabetes tipe 2 melalui program SHG menunjukkan bahwa setelah dilakukan kegiatan SHG selama 16 minggu, penderita diabetes tipe 2 mengalami peningkatan yang signifikan terkait persepsi kualitas hidup. Apabila kegiatan SHG ini dilaksanakan lebih lama lagi, hal ini akan semakin meningkatkan perubahan *mean* pada kelompok intervensi. Sehingga kegiatan SHG ini akan semakin optimal sebagai terapi keperawatan pendukung HD dan terapi medis serta sebagai upaya untuk meningkatkan kualitas hidup penderita gagal ginjal yang menjalani HD.

SHG adalah suatu kelompok dimana setiap anggotanya saling berbagi masalah baik fisik maupun emosional. Tujuan SHG adalah agar setiap anggota kelompok bersosialisasi, menceritakan masalah yang mereka alami dan saling berbagi pengalaman kepada sesama anggota kelompok (Bensley & Fisher, 2003). Kombinasi SHG dan HD dapat meningkatkan kualitas hidup di karenakan dalam kegiatan SHG tersebut responden bisa saling membantu menyelesaikan permasalahan dan berbagi pengalaman mereka mengenai berbagai hal sesuai topik yang mereka sepakati.

Misalnya pada sesi kedua SHG yang membahas mengenai permasalahan-permasalahan akibat pembatasan cairan. Responden yang menjadi anggota kelompok saling bertukar pengalaman tentang masalah-masalah yang mereka hadapi dan juga saling berbagi tentang bagaimana mereka mengatasi masalah tersebut. Kegiatan ini membuat masing-masing responden merasa memiliki masalah yang sama, saling membutuhkan dan dapat memberikan dukungan satu sama lain.

Pelaksanaan penelitian ini didasari oleh teori PRECEDE PROCEED dimana teori ini merupakan pendekatan yang dapat membantu perencanaan dan evaluasi promosi kesehatan. Pada awal proses pelaksanaan penelitian ini mempunyai kendala yaitu waktu pelaksanaan yang tidak sesuai dengan perencanaan. Awalnya peneliti menggunakan asisten peneliti untuk membantu jalannya penelitian. Karena pelaksanaan SHG dilakukan pada saat asisten peneliti bertugas diruangan sehingga kegiatan SHG tidak berjalan optimal. Pada akhirnya peneliti melakukan penelitian mandiri tanpa di damping asisten peneliti.

Kegiatan SHG dilakukan selama 4 minggu sebanyak 8 sesi. Pada sesi pertama peneliti menjadi leader, kemudian peneliti menjelaskan tentang SHG, kontrak waktu terkait pelaksanaan SHG, berkenalan sesama anggota kelompok, menetapkan tema-tema yang akan di bahas pada pertemuan

selanjutnya dan menceritakan penyebab mereka mengalami gagal ginjal. Dalam SHG sesi pertama ini setiap anggota kelompok mendapatkan lembar catatan yang di gunakan untuk mencatat beberapa indikator fisik yang berkaitan dengan kualitas hidup pasien (Berat badan sebelum dan sesudah HD, Tekanan darah sebelum dan sesudah HD, *Pitting* edema, dan kekuatan otot) dan untuk mendokumentasikan hasil kegiatan SHG di setiap pertemuan.

Dalam pertemuan SHG yang pertama ini anggota kelompok membahas awal mula mereka menderita gagal ginjal. Mayoritas anggota kelompok mengatakan bahwa sebelum mengalami gagal ginjal mereka menderita diabetes militus (DM) dan tekanan darah tinggi yang tidak terkontrol. Hipertensi dan DM merupakan penyebab gagal ginjal tahap akhir yang paling besar prosentasenya dari total kasus ( Smeltzer & Bare, 2001). Sesi pertama SHG ini berlangsung selama 45 menit, dan di sepakati oleh seluruh anggota kelompok bahwa di sesi kedua SHG akan membahas mengenai pengaturan asupan cairan.

Pada pertemuan kedua sebelum membahas tema yang sudah di sepakati terlebih dahulu memilih ketua yang akan memimpin jalannya diskusi. Kemudian ketua kelompok memimpin diskusi sesuai tema yang disepakati di pertemuan sebelumnya yaitu tentang asupan cairan untuk pasien HD. Sebagian anggota kelompok sudah memahami bagaimana

cara menghitung cairan maksimal yang boleh di konsumsi oleh pasien HD, namun sebagian anggota kelompok masih belum tepat cara menghitung batas maksimal cairan yang boleh di konsumsi agar tidak timbul masalah seperti sesak nafas dan bengkak. Pada sesi kedua ini SHG berlangsung selama 40 menit, semua anggota kelompok aktif berpendapat dan menanggapi pendapat antar anggota kelompok. Pembahasan terkait asupan cairan pada pertemuan ini baru membicarakan aturan jumlah cairan dan cara menghitung kebutuhan cairan yang boleh dikonsumsi pasien HD, sehingga untuk pertemuan ketiga kelompok menyepakati untuk mendiskusikan masalah-masalah yang pernah mereka alami terkait ketidakpatuhan diet cairan dan penanganan yang dilakukan.

Pada SHG sesi ketiga sebelum memulai diskusi sesuai tema yang di sepakati, terlebih dahulu di lakukan evaluasi apakah informasi yang di dapatkan pada SHG sesi kedua sudah dilaksanakan. Anggota kelompok sudah mampu menghitung asupan cairan maksimal yang boleh di konsumsi akan tetapi masih ada anggota kelompok yang mengatakan bahwa terkadang sulit mengendalikan untuk minum sesuai aturan yang seharusnya. Cuaca yang kadang panas menyebabkan mereka tidak mampu mengendalikan volume minuman yang mereka konsumsi sehingga terkadang muncul sesak nafas akibat

terlalu banyak mengkonsumsi cairan. Dalam pertemuan ini mereka juga membahas minuman-minuman yang harus dihindari oleh pasien HD.

Rata-rata masalah yang muncul akibat ketidakpatuhan diet cairan adalah sesak nafas dan terkadang edema. Masalah yang mereka alami akan reda setelah melakukan HD. Sebagian dari mereka mengatakan karena terlalu banyak jumlah cairan yang harus di ambil saat HD akibat terlalu banyak cairan yang di konsumsi terkadang menimbulkan masalah lain seperti terasa lemas dan terkadang hipotensi. Pasien gagal ginjal kronis perlu penyesuaian dan pembatasan cairan walaupun melakukan HD rutin (Smeltzer & Bare, 2001)

Pada sesi keempat dan kelima kelompok mendiskusikan diet terkait makanan untuk pasien yang menjalani HD. Dalam pertemuan ini pasien berbagi pengalaman mengenai beberapa makanan yang bisa menimbulkan masalah kesehatan pada diri mereka. Misalnya beberapa pasien tidak toleran terhadap beberapa jenis buah dan makanan. Mereka berbagi tips tentang jumlah dan cara mengkonsumsi buah serta sayuran untuk pasien HD. Diet merupakan faktor yang penting untuk pasien yang menjalani HD. Ginjal yang rusak tidak mampu mengekskresikan produk akhir metabolisme, substansi yang bersifat asam ini akan menumpuk dalam serum pasien kemudian menjadi racun. Diet rendah protein akan mengurangi penumpukan limbah nitrogen sehingga akan

meminimalkan gejala (Smeltzer & Bare, 2001).

Pada pertemuan keenam pasien mendiskusikan mengenai komplikasi atau masalah yang biasanya muncul saat HD. Masalah yang rata-rata semua anggota kelompok pernah alami selama HD adalah hipotensi dan pusing. O' Callabhan (2007) menyebutkan bahwa beberapa komplikasi yang muncul pada saat HD adalah hipotensi, emboli udara, pruritus, dan hipoksemia. Mual, muntah, kram otot, dan nyeri juga sering dialami oleh pasien pada saat melakukan HD (Kotanko & Levin, 2008).

Pada pertemuan ketujuh anggota kelompok mendiskusikan terkait adekuasi HD. Rata-rata anggota kelompok melakukan HD 3x setiap minggu dengan durasi 3,5 jam- 4jam setiap kali HD. Anggota kelompok menceritakan bahwa mereka merasa lebih nyaman ketika durasi tiap kali HD minimal 4 jam dan dilakukan 3 kali seminggu dibandingkan ketika mereka melakukan HD dengan durasi kurang dari 4 jam. Mereka mengatakan saat durasi HD hanya 3 jam, keluhan seperti sesak nafas dan badan terasa tidak nyaman menjadi lebih cepat muncul. Proses terapi dialysis harus dialami pasien seumur hidup, dilakukan 2 atau 3 kali seminggu setiap kali terapi ( Smeltzer & Bare, 2001)

Pertemuan terakhir digunakan untuk evaluasi dan merencanakan terkait kelanjutan kelompok SHG yang sudah di bentuk. Anggota kelompok sepakat untuk tetap meneruskan SHG sebagai sarana

untuk berbagi informasi mengenai masalah-masalah yang mereka alami. Mereka sepakat untuk melakukan diskusi rutin seperti ini di sela-sela waktu menunggu giliran HD.

Kegiatan SHG yang dilaksanakan oleh pasien mempunyai pengaruh terhadap perilaku kesehatan pasien. Dalam penelitian ini perilaku kesehatan tidak diamati, akan tetapi dalam setiap awal SHG dilakukan evaluasi terhadap tema yang sudah dibahas sebelumnya dan diklarifikasi apakah informasi-informasi yang didapatkan pada pertemuan sebelumnya dilaksanakan. Semua anggota kelompok menyatakan bahwa mereka berusaha melakukan apa yang di sepakati dalam kegiatan SHG yang sudah dilakukan, walaupun ada sebagian anggota kelompok yang kadang belum optimal menerapkan hasil kegiatan SHG. Anggota kelompok menyatakan mendapatkan banyak manfaat dan beberapa pengetahuan baru mengenai penyakitnya yang berasal dari sesama anggota kelompok. Informasi-informasi yang didapat dari rekan kelompok ini perlahan-lahan akan diterapkan oleh masing-masing anggota kelompok sehingga akan berdampak pada peningkatan kualitas hidup pasien. Manusia seutuhnya (*Human Being*) merupakan sistem terbuka yang secara konsisten berinteraksi dengan lingkungan. Salah satu tujuan interaksi manusia dengan lingkungannya adalah untuk membantu individu dalam memelihara kesehatannya (Frey, Sieloff & Norris, 2002).

#### SIMPULAN

1. Terdapat pengaruh *self help group* terhadap kualitas hidup pasien hemodialisa di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II
2. Demografi responden dalam penelitian ini: dari total 31 pasien HD dalam penelitian ini rata-rata berusia 39,4 tahun dengan usia termuda 22 tahun dan tertua 59 tahun. Lama menjalani HD rata-rata 45,1 bulan. Sebagian besar responden berjenis kelamin laki-laki (51,6%), sebanyak 71% tidak bekerja dan tingkat pendidikan responden paling banyak adalah SMA (83,9%), sedangkan status perkawinan responden didominasi dengan status kawin yaitu sebesar 74,2%
3. Tidak terdapat perbedaan nilai kualitas hidup yang bermakna antara kelompok control dengan kelompok intervensi sebelum dilakukan kegiatan *self help group* di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II.
4. Terdapat perbedaan nilai kualitas hidup yang bermakna antara kelompok control dengan kelompok intervensi sesudah dilakukan kegiatan *self help group* di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II.

#### DAFTAR PUSTAKA

Avis, N. (2005). *Assessing Quality of Life in Adult Cancer Survivors (QLACS)*. Diunduh dari <http://www.wfubmc.edu> pada 15 Desember 2011.

Bensley & Fisher. (2003). *Community Health Education Methods: A Practical Guide*, ed. 2. Sudbury : Jones and Bartlett Publiser, Inc.

Chaveepojnkamjorn, W. (2009). A randomized controlled trial to improve the quality of life of type 2 diabetic patients using a self-help group program. *Thesis*. Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok, Thailand. Di unduh pada tanggal 5 januari 2012 dari: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19323050>

Frey, M.A.; Sielof, C. L.; & Norris, D. M. (2002). *King's Conceptual System and Theory of Goal Attainment: Past, Present, and Future*. <http://nsq.sagepub.com/cgi/content/abstract/15/2/107-a>.

Ibrahim, K. (2009). *Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronis yang Menjalani Hemodialisa*. Diunduh dari [http://www.mkbonline.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=130:kualitas-hiduppasien-gagalginjal-kronis-yang-menjalanihemodialisis&catid=1:kumpulanartikel&Itemid=55](http://www.mkbonline.org/index.php?option=com_content&view=article&id=130:kualitas-hiduppasien-gagalginjal-kronis-yang-menjalanihemodialisis&catid=1:kumpulanartikel&Itemid=55) pada tanggal 15 desember 2011

Kotanko & Levin, N.W. (2008). *Complications During Hemodialysis*. *Handbook of Dialysis Therapy*. ed.4. Chap.26. dalam Nissenson & Fine. Philadelphia : Saunders Elsevier.

- Kotani, K & Sakane, N. (2004). Effects Of A Self Help Groups For Diabetes Care In Long Term Care Patients With Type 2 Diabetes Mellitus: An Experience In Japanese Rural Community. *Australian journal rural health*. 12, 251-252.
- Kyrouz, E.M. & Humphreys, K. (1997). A review of research on the effectiveness of self help/mutual aid groups. *International journal of psychosocial rehabilitation*, 1, 12-17.
- Lase, W.N (2011). *Analisa Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisa di Rumah Sakit Umum Pusat Haji Adam Malik Medan*. Universitas Sumatra Utara.
- Pender, et al. (2002). *Health promotion in nursingpractice*. (4th ed.). New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Santoso, D. (2008). Kasus Gagal Ginjal di Indonesia. Di akses tanggal 15 Desember dari <http://teknologitinggi.wordpress.com/2008/12/19/kasus-gagal-ginjal-di-indonesia-sangat-tinggi/>
- Smeltzer & Bare (2001). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta:EGC.
- Walgito (2008). Faktor-faktor yang Mempengaruhi Ketidakpatuhan Perawatan Hemodialisis. Diakses dari <http://indonesiannursing.com/?=192> tanggal 15 desember 2011.
- Yuliaw, A. (2009). Hubungan Karakteristik Individu dengan Kualitas Hidup Dimensi Fisik pasien Gagal Ginjal Kronik di RS Dr. Kariadi Semarang. Diakses dari [digilib.unimus.ac.id/files/disk1/106/jtpunimus-gdl-annyyuliaw-5289-2-bab2.pdf](http://digilib.unimus.ac.id/files/disk1/106/jtpunimus-gdl-annyyuliaw-5289-2-bab2.pdf) pada tanggal 20 desember 2011